



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

SABRINA LINS SEIBERT

**Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica
no suporte físico à parturiente: critérios e efeitos esperados**

Rio de Janeiro

2010

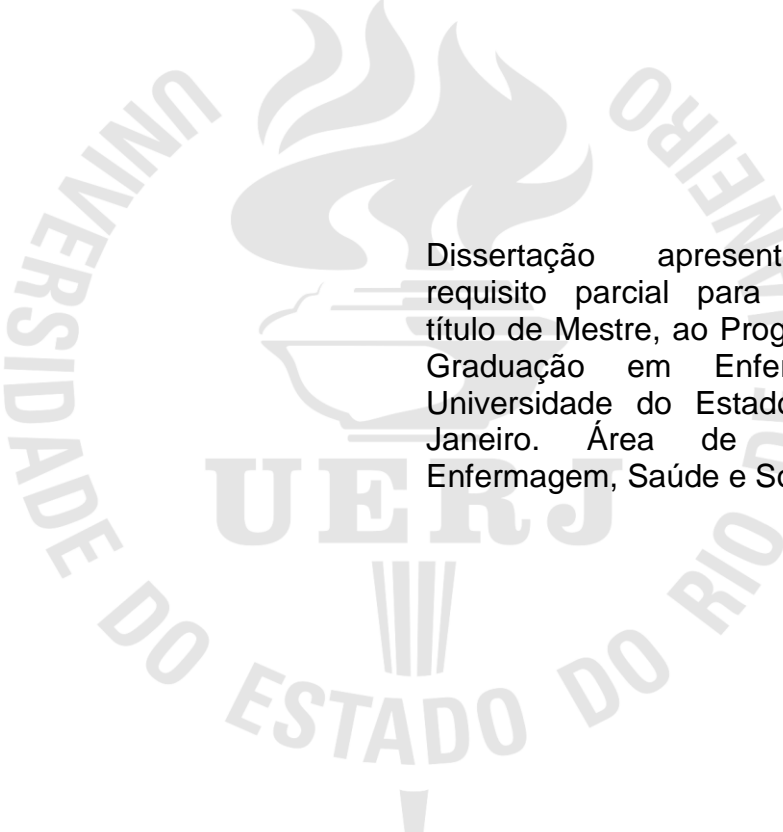
Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SABRINA LINS SEIBERT

**Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no
suporte físico à parturiente: critérios e efeitos esperados**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens.

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S457 Seibert, Sabrina Lins.
Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente : critérios e efeitos esperados / Sabrina Lins Seibert. - 2010.
181 f.

Orientador: Octavio Muniz da Costa Vargens
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Cuidados em enfermagem. 2. Inovações tecnológicas (Enfermagem). 3. Enfermagem obstétrica. 4. Mulheres – Saúde e higiene. I. Vargens, Octavio Muniz da Costa II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

acjc

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

SABRINA LINS SEIBERT

**Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no
suporte físico à parturiente: critérios e efeitos esperados**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 12 de março de 2010.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens (Orientador)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Jane Márcia Progianti
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Vânia Reis Girianelli
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

Este trabalho é especialmente dedicado a minha querida avó Victoria, que tanto amo, e que foi responsável por tudo o que sou hoje e ao meu avô Edgar que mesmo em outro plano inspira minha caminhada. Dedico também aos que amo, em especial meu marido, minhas filhas, minha mãe, e meus sogros. Muito obrigada por compreenderem meus momentos de ausência e introspecção. Vocês são tudo em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ser meu amigo, meu estímulo, minha força, e a luz que me guia em meu caminho.

À minha querida avó Victoria, pelo amor incondicional, dedicação, carinho, compreensão, parceira, incentivo, apoio e principalmente pelos valores semeados e cultivados em mim, que possibilitaram me tornar a mulher e a profissional que sou hoje.

Às minhas filhas Victoria e Milena e ao meu marido Thiago, por estarem sempre ao meu lado, restabelecendo minhas energias nos momentos em que eu me sentia mais exaurida. Vocês são a maior alegria da minha vida.

À minha mãe que mesmo distante se fez presente nos momentos que precisei. Obrigada por ter me presenteado com o maior bem da humanidade: a vida. Também te amo muito.

Aos meus sogros Vanja e Luiz, e minha cunhada Fernanda, que tanto me ajudaram para que este trabalho pudesse ser concluído. Obrigada pelo amor e carinho que sempre dedicaram a mim.

A todos os professores da FENF/ UERJ pelos conhecimentos transmitidos e pela disposição que sempre mostravam ao me ajudar.

Ao meu admirável orientador, Prof^o Dr^o. Octávio Muniz da Costa Vargens, por ter acreditado no meu potencial, pelo tempo dedicado a mim, pelas sugestões, pela paciência, pela compreensão, pela liberdade que me proporcionou na condução deste estudo e pelo carinho demonstrado.

À Prof^a. Dr^a. Vânia Reis Girianelli pelas contribuições significativas em meu estudo, conduzidas com seriedade, sensibilidade e rigor técnico.

À Prof^a. Dr^a. Jane Márcia Progianti pelas valiosas contribuições durante todo o desenvolvimento deste estudo.

À Prof^a. Dr^a. Thelma Spindola pelas contribuições, pela disponibilidade, sensibilidade e carinho com que conduziu sua avaliação.

Às enfermeiras obstétricas que participaram deste estudo pela disposição e contribuição, pois sem elas esta pesquisa não seria possível.

Às minhas queridas amigas e conselheiras Maysa Ludovice, Heloísa Lessa e Cláudia Orthof por me acolherem em suas vidas pessoais e profissionais, e por todos os ensinamentos que influenciaram muito no desenvolvimento deste trabalho.

Às minhas amigas, que sempre estarão no meu coração, em especial Aline Porfírio, Beatriz Arêas, Fernanda Maria, Jéssica Louise, Rachelli Iozzi, Priscila Macedo e Andrea Lara, pela força, amizade, risos, e broncas dispensadas nestes anos de convivência.

Nada é impossível de mudar. Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de mudar.

Bertold Brecht

RESUMO

SEIBERT, Sabrina. Lins. *Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente: critérios e efeitos esperados*. 2010. 181 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Este estudo buscou identificar os critérios utilizados pelas enfermeiras obstétricas para empregar as tecnologias não-invasivas de cuidado no suporte físico à parturiente e quais são seus efeitos esperados. Para tanto, se realizou uma pesquisa quantitativa exploratória do tipo *survey*, que abordou as práticas/cuidados fornecidas pelas enfermeiras obstétricas durante a assistência às parturientes que tinham relação com o suporte físico. Estas foram agrupadas em: suporte relacionado ao ambiente; suporte ao posicionamento (livre movimentação e adoção de posturas verticais, deambulação, movimentos pélvicos, posição de cócoras, e posição de quatro apoios); suporte aos estímulos táteis (massagens, compressas frias/mornas, banho morno de aspensão e imersão); e suporte energético (oferta de alimento). Para tanto, utilizou-se um questionário, que foi disponibilizado via internet, após a criação de um domínio e *web site* próprio para tal finalidade. A população-alvo constituiu-se de enfermeiras obstétricas que atuam no cuidado da parturiente em território nacional, sendo que estas foram convidadas a participar, entre os meses de julho e setembro de 2009, através de e-mails *survey* individuais ou coletivos. Participaram do estudo 120 profissionais, sendo que 45,8% foram excluídos automaticamente pelo sistema, pois não possuíam os critérios de inclusão. Dos participantes elegíveis (65), 33,8% responderam somente o teste de elegibilidade, 4,6% responderam parcialmente e 61,6% responderam completamente o questionário. Os resultados demonstraram que alguns aspectos relacionados ao conceito ainda encontram-se pouco compreendidos pelas profissionais da área, entretanto este não é um entrave para que práticas/cuidados relacionados a esta nova terminologia sejam utilizadas durante a assistência à parturiente. De acordo com os objetivos propostos, conseguiu-se determinar os critérios e efeitos esperados pelas enfermeiras obstétricas ao utilizarem as tecnologias não-invasivas de cuidado estudadas, entretanto também se evidenciou brechas no conhecimento científico. Assim conclui-se que as enfermeiras obstétricas utilizam práticas/cuidados relacionadas as tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente, pautadas em critérios e efeitos esperados que em sua maioria possuem bases científicas que os comprove. Considera-se que a utilização destas são uma ferramenta importante para a desmedicalização do processo de parto e conseqüentemente, para a diminuição dos índices de morbimortalidade materna e neonatal. Portanto, é necessário estimular à assistência ao parto por enfermeiras obstétricas, de modo a suplantarem o modelo de assistência tecnocrático, ainda hegemônico no país.

Palavras-chave: Tecnologia. Enfermagem Obstétrica. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

This study sought to identify the criteria used by midwives to use the non-invasive technologies of care in physical support for women during childbirth and what are its effects. Therefore, conducted a exploratory quantitative research type survey, which dealt with the practice/care provided by obstetric nurses for assistance to pregnant women who were related to physical support. These were grouped into: the environment support, the position support (free movement and adoption of vertical posture, walking, pelvic movements, squatting, and the fours position), tactile support (massage, cold/warm compresses, warm bath spray and warm bath immersion), and energy support (food supply). We used a questionnaire, which was made available by Internet, after the creation of a domain and web site suitable for this purpose. The target population consisted of nurse-midwives who work in the care of the parturient in Brazil, and these were invited to participate between July and September 2009, by individuals or collective e-mails survey. Participated of this research 120 professionals, but 45.8% were deleted automatically by the system, because they did not have the criteria for inclusion. Of the eligible participants (65), 33.8% responded only the eligibility test, 4.6% responded partially and 61.6% answered the questionnaire completely. The results showed that some aspects of the concept are still poorly understood by professionals, however this is not a barrier to practice/care related to this new terminology be used during assisting the mother. According to the proposed objectives, we were able to determine the criteria and expected effects of nurse-midwives to use the non-invasive technologies of care, however also highlighted gaps in scientific knowledge. It was concluded that midwives use practices/cares related the non-invasive technologies of obstetric nursing care in physical support to laboring women guided criteria and expected effects most of which have the scientific proof. It is considered that the use of these are an important tool for the desmedicalization of the birthing process and consequently to reduce the rates of maternal morbidity and neonatal. Therefore, it is necessary to stimulate the delivery care by nurses-midwives in order to overcome the technocratic model of care, even hegemonic in the country.

Keywords: Technology. Obstetrical Nursing. Women's Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Práticas/cuidados e efeitos esperados relacionados à variável suporte ao ambiente, segundo suas categorias. Brasil, 2009.....	54
Quadro 2 – Critérios e efeitos esperados relacionados à variável Livre movimentação e adoção de posturas verticais, segundo suas categorias. Brasil, 2009.....	54
Quadro 3 – Critérios e efeitos esperados relacionados à variável deambulação, segundo suas categorias. Brasil, 2009.....	55
Quadro 4 – Critérios e efeitos esperados relacionados à variável movimentos pélvicos, segundo suas categorias. Brasil, 2009.....	55
Quadro 5 – Critérios e efeitos esperados relacionados à variável posição de cócoras, segundo suas categorias. Brasil, 2009.....	56
Quadro 6 – Critérios e efeitos esperados relacionados à variável posição de quatro apoios, segundo suas categorias. Brasil, 2009.....	56
Quadro 7 – Critérios e efeitos esperados relacionados à variável banho morno de aspersão, segundo suas categorias. Brasil, 2009.....	57
Quadro 8 – Critérios e efeitos esperados relacionados à variável massagem, segundo suas categorias. Brasil, 2009.....	57
Quadro 9 – Critérios e efeitos esperados relacionados à variável banho morno de imersão, segundo suas categorias. Brasil, 2009..	58
Quadro 10 - Critérios e efeitos esperados relacionados à variável compressas frias ou mornas, segundo suas categorias. Brasil, 2009.....	58
Quadro 11 - Critérios e efeitos esperados relacionados à variável oferta de alimento, segundo suas categorias. Brasil, 2009.....	59
Figura 1 – Parturiente totalmente relaxada no ambiente que escolheu para seu processo de parto. Pode ser visto o banquinho, que é um dos instrumentos que auxiliam no estímulo ao posicionamento de cócoras. Brasil 2008.....	106

Figura 2 –	Mulher em processo de parto acompanhada por enfermeiras obstétricas, tendo a possibilidade de movimentar-se livremente e adotando posturas verticais. Brasil, 2009.....	110
Figura 3 –	Parturiente na fase inicial do processo de parto utilizando a bola do nascimento para a realização de movimentos pélvicos. Brasil, 2009.....	116
Figura 4 –	Mulher posicionada de cócoras durante a dequitação enquanto seu bebê é avaliado pela enfermeira obstétrica. Brasil, 2009.....	119
Figura 5 –	Mulher em trabalho de parto na posição de quatro apoios, recebendo o apoio do seu companheiro. Brasil, 2009.....	122
Figura 6 –	Mulher em processo de parto no banho morno de aspersão. Brasil, 2007.....	126
Figura 7 –	Parturiente sendo massageada pela enfermeira obstétrica enquanto passa pelo processo de parto. Brasil, 2009.....	129
Figura 8 –	Parturiente no banho morno de imersão na piscina de parto sendo acompanhada pela enfermeira obstétrica. Brasil, 2009.....	134

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição das características dos enfermeiros participantes do estudo. Brasil, 2009.....	65
Tabela 2 –	Distribuição numérica e percentual relativa à compreensão do conceito das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica, entre o total de participantes e os indivíduos que responderam completamente ao questionário. Brasil, 2009.....	67
Tabela 3 –	Distribuição numérica e percentual das práticas/cuidados oferecidas às parturientes, entre o total de participantes do estudo e os indivíduos que responderam completamente ao questionário. Brasil, 2009.....	68
Tabela 4 –	Distribuição numérica e percentual das práticas/cuidados utilizadas pelas enfermeiras obstétricas no suporte físico à parturiente. Brasil, 2009.....	71
Tabela 5 –	Distribuição numérica e percentual das práticas/cuidados e efeitos esperados relacionados ao ambiente. Brasil, 2009...	72
Tabela 6 –	Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados ao estimular a livre movimentação e a adoção de posturas verticais. Brasil, 2009.....	73
Tabela 7 –	Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados ao estimular a deambulação. Brasil, 2009.....	75
Tabela 8 –	Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados ao estimular os movimentos pélvicos. Brasil, 2009.....	76
Tabela 9 –	Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados ao estimular a posição de cócoras. Brasil, 2009.....	78
Tabela 10 –	Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados ao estimular a posição de quatro apoios. Brasil, 2009.....	79
Tabela 11 –	Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados ao estimular o banho morno de aspersão. Brasil, 2009.....	81
Tabela 12 –	Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados ao oferecer ou estimular a massagem. Brasil, 2009.....	82

Tabela 13 – Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados ao estimular o banho morno de imersão. Brasil, 2009.....	84
Tabela 14 – Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados ao oferecer ou estimular o uso de compressas frias ou mornas. Brasil, 2009.....	85
Tabela 15 - Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados com a oferta de alimento durante o processo de parto. Brasil, 2009.....	87

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	16
1	REVISÃO DE LITERATURA	22
1.1	As tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica	28
1.1.1	<u>Entendendo o conceito de tecnologia</u>	29
1.1.2	<u>O conceito de cuidado</u>	31
1.1.3	<u>As tecnologia de cuidado</u>	32
1.1.4	<u>A não-invasão</u>	33
1.1.5	<u>O conceito de tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica</u>	35
1.2	A utilização das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente	37
1.2.1	<u>Suporte físico</u>	39
1.2.1.1	Suporte relacionado do ambiente.....	40
1.2.1.2	Suporte ao posicionamento.....	41
1.2.1.2.1	Estímulo às posições verticais.....	43
1.2.1.2.2	Suporte às posições não-verticais.....	45
1.2.1.3	Suporte aos estímulos táteis.....	46
1.2.1.4	Suporte energético.....	48
2	MATERIAIS E MÉTODO	51
2.1	Desenho do estudo	51
2.2.	População	52
2.3	Variáveis estudadas	53
2.4	Estratégias de coleta de dados	59
2.5	Aspectos éticos	63
2.6	Análise dos dados	64
3	RESULTADOS	65
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	89
4.1	A enfermagem obstétrica no Brasil e as tecnologias não-invasivas de cuidado	90

4.2	As tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente: critérios e efeitos esperados	98
4.2.1	<u>O suporte relacionado ao ambiente</u>	99
4.2.2	<u>O suporte ao posicionamento</u>	107
4.2.3	<u>O suporte aos estímulos táteis</u>	122
4.2.4	<u>O suporte energético</u>	136
5	CONCLUSÃO	140
	REFERÊNCIAS	143
	APÊNDICE A – Questionário.....	160
	APÊNDICE B – Questionário pós-teste.....	174
	APÊNDICE C – Página inicial do <i>web site</i>	175
	APÊNDICE D – Carta-convite.....	176
	APÊNDICE E – Folder de divulgação da pesquisa.....	177
	APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	178
	ANEXO A – Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa – COEP/UERJ.....	179
	ANEXO B – Evolução dos usuários da internet no Brasil.....	180
	ANEXO C – Perfil dos usuários da internet no Brasil.....	181

INTRODUÇÃO

Buscar conhecimento através da pesquisa foi um dos caminhos percorridos pela autora desde sua graduação em Enfermagem, como forma de aprofundar e fundamentar os conhecimentos adquiridos. Nesta fase, já se sentia impelida a estudar assuntos relacionados à saúde da mulher, que lhe renderam um maior arcabouço teórico para os estudos que viriam a seguir.

Neste sentido, dedicou-se mais especificamente em desenvolver trabalhos que lhe ajudaram a conhecer melhor a situação atual da Enfermagem Obstétrica. Ao se comprometer com o desenvolvimento destas pesquisas percebeu que muitos autores tratavam da enfermagem como uma profissão jovem devido sua falta de identidade e a dificuldade para se estabelecer um corpo de conhecimentos específicos, visto que freqüentemente estes se utilizavam do conhecimento já adquirido por outras profissões (TORRES, 2006; ALMEIDA; OLIVEIRA; GARCIA, 1996), fato que a incomodava profundamente.

Ao longo da residência em enfermagem obstétrica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a pesquisadora teve oportunidade de atuar em algumas maternidades deste município e observar a prática de algumas enfermeiras obstétricas durante a assistência ao parto. Observou que muitos dos cuidados/práticas¹ não-invasivas utilizadas durante esta assistência eram empregadas de diferentes formas em cada instituição, e que muitos profissionais justificavam que não as utilizavam com mais freqüência por desconhecerem sua aplicabilidade (SEIBERT, 2008). Mesmo dispondo das ferramentas necessárias, poucos eram os profissionais que utilizavam práticas não-invasivas em sua assistência, e muitos limitavam sua atuação apenas à deambulação e quando muito ao banho morno.

Relacionando este fato à realidade hoje vivenciada no Brasil que possui como situação alarmante às altas taxas de cesarianas surgiu o interesse em pesquisar-se acerca das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica (TNICEO).

¹ Estes conceitos foram utilizados pela autora no sentido de significarem as ações desenvolvidas no cotidiano das enfermeiras.

Sabe-se que muitas das intervenções realizadas são desnecessárias, e que estas influenciam negativamente nos índices de morbimortalidade materna e neonatal, elevando os custos hospitalares e promovendo a medicalização e desumanização da assistência (SEIBERT et al., 2005a). Incomodados com tal situação, órgãos governamentais e não-governamentais vêm propondo mudanças no paradigma de assistência ao parto em busca do resgate ao parto natural, estimulando a inserção da enfermeira obstétrica no atendimento às gestantes de baixo risco.

Concordando com Castilho e Pires (2000, p.277) que a utilização de tecnologias de cuidado aproxima “o parto a um fenômeno normal, prazeroso e interativo entre mãe e filho”, acredita-se que a busca por conhecer como tais práticas/cuidados são atualmente utilizadas, buscando confrontar com bases científicas que as justifiquem, possibilitaria criar meios para o incremento de sua utilização pelas enfermeiras obstétricas atuantes na área. Entretanto, acredita-se que isto só será possível quando as dúvidas que ainda pairam sobre o tema sejam sanadas.

Assim, ao se propor como tema uma discussão acerca das TNICEO deve-se ter em mente que a utilização do termo “tecnologia” ainda é polêmico, visto que para alguns profissionais da área este ainda possui uma conotação duvidosa e até mesmo contraditória, uma vez que a assistência de enfermagem vem questionando cientificamente o modelo tecnocrático e medicalizado das práticas de saúde (TORRES, 2006).

Vários estudos primários acerca da assistência ao parto já foram desenvolvidos e em muitos encontramos expressões tais como tecnologias leves, tecnologias leve-duras, cuidados não-invasivos, práticas não-invasivas e outros (NUNES; VARGENS, 2007; DIAS; DESLANDES, 2006; MEDINA, 2003, ZAGONELI et al., 2003). Nestas são atribuídos significados que se referem aos conjuntos de práticas² utilizadas durante a assistência às parturientes.

Contemporaneamente, o uso do termo tecnologia foi incorporado ao conceito de organização e sistematização de atividades, que estariam igualmente relacionadas aos cuidados de enfermagem. De acordo com Koerich et al. (2006)

² O sentido atribuído para a palavra “práticas” vem de acordo com Figueiredo (2002) que em sua obra optou por considerar prática de enfermagem o ato profissional de cuidar que acontece no cotidiano das enfermeiras, cujas funções desempenhadas são direcionadas ao cliente com determinados objetivos, dependente do olhar destas.

tecnologia hoje se refere à um conjunto de saberes e práticas sistematizadas durante a assistência de enfermagem com uma determinada finalidade.

Entende-se, portanto, que ao elocubrar sobre as tecnologias não-invasivas de cuidado não se propõe falar sobre equipamentos ou ferramentas, mas sobre como se utilizar um conjunto de saberes próprios da enfermagem para se discutir um modelo eficaz de assistência, de modo que estes produzam o efeito esperado, baseado em evidências científicas. Vale ressaltar que comumente as enfermeiras se utilizam do conhecimento produzidos por outras áreas para a promoção do cuidado. Entretanto o que irá caracterizar as tecnologias não-invasivas de cuidados como sendo de enfermagem obstétrica é a forma como estas são aplicadas no cotidiano da assistência obstétrica (VARGENS; PROGIANTI, 2004).

Neste sentido observa-se que a palavra tecnologia poderia ser complementar ao cuidado, pois estabelece uma relação de reflexão crítica e especializada acerca deste. Fazer enfermagem significa ter como pressuposto cuidar daqueles que necessitam de ajuda na busca pela manutenção de sua qualidade de vida, independente da existência ou não da doença. Assim sendo, utilizar tecnologias não-invasivas de cuidado faz parte da prática deste profissional, principalmente no que tange a assistência obstétrica, que em sua essência cuida de binômios saudáveis. Deste modo, o cuidado humano deve desenvolver-se de forma a desencadear modificações positivas em busca do bem-estar mútuo (WATSON, 2008).

Acredita-se, portanto, que a utilização de TNICEO deve ser baseada em critério e efeitos esperados, de forma a atender às necessidades individuais das parturientes, visando à manutenção do bem-estar do binômio mãe-bebê. A utilização, portanto, destes critérios e efeitos garantiria assim uma assistência individualizada, segura e eficaz, re-significando a importância deste profissional na assistência obstétrica.

Em vista da amplitude das práticas/cuidados desenvolvidas pelas enfermeiras obstétricas durante a assistência à parturiente, optou-se por utilizar as categorias observadas nos estudos de Adams e Bianch (2008) como base para a seleção das TNICEO que seriam abordadas neste estudo. Assim, nesta pesquisa, as práticas/cuidados seriam classificadas segundo o tipo de suporte oferecido: físico, emocional, e instrucional/informacional.

Para tanto, entende-se por suporte físico as ações que visam à adequação das condições do ambiente, de forma que este atue favoravelmente sobre a fisiologia feminina. Também engloba ações que favorecem o desenvolvimento fisiológico do parto, tais como a estimulação de atitudes e posicionamentos que facilitem o processo de parto normal, em vista de promover maior conforto, segurança e tranquilidade à mulher, e melhores condições para o nascimento. As TNICEO enquadradas nesta categoria podem ser sub-divididas em suporte: ambiental, de posicionamento, energético e suporte aos estímulos táteis.

No suporte emocional estão compreendidas as práticas/cuidados que visam contribuir para que a mulher mantenha pensamentos positivos, diminuindo os obstáculos causados pela sensação de medo, insegurança, e ansiedade (ADAMS; BIACHI, 2008). Para tanto, o profissional que assiste a mulher deve ter habilidade que lhe permita participar e compartilhar os sentimentos que envolvem o processo de parto de modo que o cuidado englobe tanto as dimensões físicas, quanto emocionais, psicológicas e espirituais de suas clientes e família. Assim, algumas práticas/cuidados, tais como, a manutenção de uma presença constante, a utilização de técnicas de descontração psicológica/ distração, o suporte espiritual e incentivo, podem ser consideradas TNICEO.

O suporte instrucional/informacional se refere às práticas/cuidados voltados para a instrumentalização da mulher e sua família, de modo que estas possam vivenciar o parto com o menor nível de ansiedade e medo, desenvolvendo um sentimento de segurança e confiança na capacidade da mulher em parir, e favorecendo o vínculo desta mulher com a profissional que irá acompanhá-la durante o processo. Estas práticas/cuidados estão diretamente relacionadas ao empoderamento feminino, e algumas das TNICEO que podem ser enquadradas nesta categoria são: a oferta de informações acerca do processo fisiológico e natural do parto, a instrumentalização acerca das técnicas de respiração e relaxamento, e a informação sobre os cuidados fornecidos e andamento do processo de parto.

Devido à grande variedade de práticas/cuidados desenvolvidas pelas enfermeiras obstétricas durante a assistência à parturiente, optou-se para este estudo abordar práticas relacionadas ao suporte físico, tais como: tecnologias relacionadas ao ambiente; relacionadas ao posicionamento e aos estímulos táteis, e ao suporte energético.

Assim, entendendo as diversas dimensões que abrangem as TNICEO surge o seguinte questionamento:

Que critérios as enfermeiras obstétricas utilizam para empregar as tecnologias não-invasivas de cuidado no suporte físico à parturiente e quais são os efeitos esperados?

Pretende-se, assim, atingir com esta pesquisa os seguintes objetivos:

- Identificar que critérios são estabelecidos para a recomendação de práticas/cuidados não-invasivas relacionadas ao suporte físico à parturiente à luz da experiência profissional das enfermeiras obstétricas.
- Identificar quais os efeitos esperados pelas enfermeiras obstétricas com a utilização de práticas/cuidados não-invasivas relacionadas ao suporte físico à parturiente, à luz da experiência profissional.

Deste modo, esta pesquisa pretende ser um instrumento de apoio para as enfermeiras obstétricas que atuam na assistência ao parto, procurando transformar ou aprimorar o cuidado oferecido, de forma a incentivar o parto normal com o mínimo ou mesmo sem alguma intervenção no processo.

Considera-se que a grande importância deste estudo se deve ao fato de que para a consolidação da enfermagem obstétrica como ciência é fundamental que seus cuidados/práticas sejam baseados em evidências científicas. Torna-se, portanto válida a necessidade de se buscar estudos que esclareçam os critérios e os efeitos esperados pelas enfermeiras obstétricas nos seus exercícios profissionais.

Divulgar práticas que permitam que a mulher adote uma postura mais ativa no seu processo de parturição poderá influenciar positivamente na assistência obstétrica, de modo a estimular mudança na postura dos profissionais atuantes na área.

Concomitantemente, aos se estabelecer relação entre as práticas/cuidado não-invasivas e os efeitos que se pode esperar destas, as enfermeiras obstétricas terão subsídios para influenciar no processo de forma a minimizar o número de intervenções invasivas realizadas durante o parto, e conseqüentemente colaborar para a diminuição dos índices de cesarianas desnecessárias no Brasil.

No capítulo a seguir será apresentado um breve contexto histórico sobre o parto a partir dos paradigmas que hoje coexistem na assistência obstétrica. Posteriormente, será abordado o principal conceito, que é tema desta pesquisa, que

são as tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica e os termos que lhe deram origem. Por fim, serão trazidas algumas práticas/cuidados fornecidas pelas enfermeiras obstétricas durante a assistência ao parto, relacionadas ao suporte físico e que serão alvo desta pesquisa.

1 REVISÃO DE LITERATURA

A assistência ao parto iniciou-se como uma forma de solidariedade entre as mulheres, onde mães, avós, tias e/ou parteiras foram gradualmente acumulando um saber caracteristicamente feminino (SEIBERT et al., 2005a).

O desenvolvimento da ciência e da medicina e os altos índices de mortalidade materna existentes na época foram fatores importantes que culminaram com a entrada do homem no cenário do parto, determinando que em meados do século XX este já fosse visto como um evento que necessitava de controle e por isso deveria ser institucionalizado (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002, SEIBERT et al., 2005a). O parto deixa de ser um evento íntimo, para ser, portanto, alvo da “ciência”.

A medicina, que é caracterizada por ser ciência tecnocrática e biologicista, ao dominar o processo de parto acabou por determinar normas e ações consideradas mais “cômodas” e “corretas” para a mulher sob o ponto de vista profissional, justificando intervenções nos corpos femininos, e interferindo diretamente na forma de cuidar, inclusive das enfermeiras. Essa experiência humana passou a ser marcada pelo capitalismo cartesiano e positivista, onde a mulher é tida como um sujeito manipulado e sem voz, sujeita às ações dos profissionais que a atendem (SILVA; SERRANO; CHRISTOFFEL, 2006; SILVA, 2004).

Concordando com Wei (2007) salienta-se que o ato de parir é mais do que um evento fisiológico, mas o cumprimento de um ritual social, onde a cultura determina o melhor lugar para parir, quem deve assistir, e como as mulheres devem se comportar. Esta é, indubitavelmente, uma experiência humana universal, entretanto dependendo da visão do indivíduo que assiste, o mesmo pode ser considerado como um ato de coragem e de força, como um momento de sofrimento, como um evento perigoso ou mesmo como um processo fisiológico. Assim, o ponto de vista de quem assiste sempre influencia em como a experiência será vivida. Para Silva (2004, p.29) “Apesar de o parto ter sido eviscerado, estudado e o corpo feminino anatomizado, desconstruído, fragmentado, quem assiste a um parto percebe a presença de algo transcendente: o renovar-se da vida”, mas isso irá depender principalmente dos referenciais da pessoa que está assistindo. Concorda-se que este é um momento rico em emoções, entretanto ainda existem aqueles que não são tocados ao presenciarem esta experiência.

Ao longo da história o acompanhamento do parto já passou a ser alvo da atuação de vários profissionais. Dentre estes, a enfermeira obstétrica é um dos que vem lutando por conquistar seu espaço, entretanto encontra barreiras que são principalmente determinadas pela hegemonia médica. Neste sentido, Silva, Serrano e Christoffel (2006, p. 8) salientam:

É notório que os médicos têm receio de que as enfermeiras venham a se destacar na assistência ao parto normal, talvez pelo fato de, até então terem exclusividade e hegemonia no campo da obstetrícia e também da mudança da concepção no que diz respeito à fisiologia do parto.[...] O profissional médico que têm sua formação totalmente tecnocrata, e sua atuação na assistência ao parto não complicado só tende a perpetuar o modelo, ao contrário da enfermeira que vem recebendo um ensino que lhe permite uma visão cada vez mais holística, por isso é o profissional mais indicado para assistir ao parto eutócico e contribuir com a política de humanização do parto.

Esta, portanto é uma área onde claramente se vêem as lutas existentes entre os gêneros, onde o masculino é representado pela figura do médico, e o feminino, pela da enfermeira obstétrica. A racionalidade, o pensamento abstrato, a força física e as relações de poder no mundo e sobre o outro são papéis diretamente relacionados ao mundo masculino, e que são representados pelas ações propriamente médicas em relação ao parto. Já a mulher é a representação da fragilidade, da intuição, da compaixão e do cuidado, qualidades hoje consideradas fundamentais para a promoção de uma assistência mais humanizada e individualizada.

Hoje, na era do desenvolvimento da engenharia genética, fertilização *in vitro*, e da medicina fetal vivemos um grande dilema: o uso indiscriminado da tecnologia³ transformou o parto num acontecimento perigoso e distante da mulher, roubando-lhe a autonomia e privacidade, fazendo muitas vezes com que este evento natural se transforme em um momento traumatizante para a gestante (BRUGGEMAN, 2001).

O estudo de Silva, Serrano e Christoffel (2006) corrobora este fato ao demonstrar que práticas já condenadas cientificamente ou que deveriam ser utilizadas com cautela são ainda rotina em muitas instituições, tais como o uso de ocitocina, a amniotomia precoce, a adoção da posição litotômica para a mulher no momento da expulsão, e a episiotomia.

Silva (2004, p.46) ainda chama atenção para o seguinte fato:

³ A palavra tecnologia aqui foi empregada no sentido das tecnologias duras, tais como máquinas, instrumentos e medicações.

Não é mistério para ninguém que, em geral, o poder do médico é grande. A obstetra pode conduzir subrepticiamente à grávida para o caminho que melhor lhe convier. Assim como é evidente que uma cesariana é economicamente mais compensatória (*tempo é dinheiro*) para médicos, hospitais e equipes [...] a médica prepara a grávida para a aceitação de sua derrota.

Neste contexto surgem, desde o final do século passado, movimentos e organizações civis, governamentais e não-governamentais que questionam este uso indiscriminado de intervenções no parto, buscando reverter este quadro danoso que trouxe como consequência o aumento da morbimortalidade materna e perinatal. Estes movimentos buscam diminuir os agravos causados pela tecnocracia através de uma assistência pautada em bases científica. No Brasil este vem sendo conhecido como “Humanização do parto e nascimento” e já conquistou muitos adeptos, sendo firmado inclusive como política pública (WEI, 2007).

Para fins de facilitar a compreensão da atual realidade da atenção obstétrica considera-se importante apresentar as principais características dos dois principais paradigmas de assistência, descritos por Davis-Floyd (2001), que coexistem no cenário de atendimento ao parto no mundo, e a inserção da enfermagem como profissão modificadora e criativa. Vale ressaltar que para esta autora (DAVIS-FLOYD, 2001) paradigma é um modelo, um padrão para a realidade, um sistema de crenças que manifesta a relação que existe entre ciência, filosofia e teoria.

Assim, este conceito pode ser entendido como “um modelo de ciência que serve como referência para todo um fazer científico durante uma determinada época ou um período de tempo demarcado” (COSTA NETO, 2000, p.1). Assim, ao atuar segundo um determinado paradigma o indivíduo pode se iludir ao considerar este uma representação única da realidade, não sendo visíveis, portanto outras possibilidades de ação (DAVIS-FLOYD; ST JONH, 2004). Neste sentido, um paradigma pode ser considerado um modo paralisante de agir e pensar uma vez que ao se adotar um determinado modelo passa-se a negar o outro. Entretanto, não é possível viver sem paradigmas, mas é possível perceber a forma como estes modulam nossos pensamentos e experiências, buscando-se refletir sobre outras possibilidades de atuação. Na assistência ao parto, os paradigmas dão forma às atitudes profissionais, institucionais e da clientela.

O paradigma tecnocrático, conforme descrito por Davis-Floyd (2001) representa a corrente de pensamento convencional que norteia a prática da assistência obstétrica há várias décadas. Surge com a entrada do homem no

atendimento ao parto, e com sua institucionalização situando a mulher na condição de *paciente*, sem autonomia sobre o seu corpo, separada dos familiares e do próprio filho ao nascer.

De acordo com esse modelo o parto é considerado um processo patológico, de caráter intervencionista e biologicista (DAVIS-FLOYD, 2001; MEDINA, 2003; LESSA, 2003; PEREIRA, 2001). Assim, metaforicamente o corpo é visto como uma máquina, o hospital uma fábrica e o bebê o produto, onde o corpo da mulher é desprovido de conhecimento e autonomia, e as intervenções significam a salvação de possíveis defeitos no processo de “fabricação” (DAVIS-FLOYD, ST. JONH, 2004). Nesse sentido, a atenção fica organizada como uma linha de produção, com rotinas rígidas e a mulher é transformada em propriedade institucional.

Percebe-se, portanto, que ao ser objeto deste modelo a mulher perde sua autonomia, deixando à mercê do profissional a escolha sobre qual conduta seguir. Assim são inúmeros procedimentos tecnocráticos que foram incorporados como rotina na assistência ao parto constituindo uma prática mecanizada, como o são os procedimentos de tricotomia da região genital, a enteróclise, a episiotomia, A indução com ocitocina, e a anestesia.

Todo este processo de medicalização que caracteriza o modelo hoje hegemônico no Brasil acabou por transformar o país em um dos campeões mundiais de cirurgias cesarianas, elevando os custos hospitalares, e aumentando os riscos para mães e bebês (BRASIL, 2001). Não é incomum ver mulheres sendo submetidas a procedimentos de rotina sem a informação necessária e nem mesmo o direito de escolha ou opinião. “Uma vez que ela está lá e está pagando o profissional, fica subentendido que ele recebeu a autoridade para fazer tudo (ou quase) o que ele (com sua formação, cultura, hábitos e crenças) julgar necessário” (SILVA, 2004, p.34).

Com características mais tênues têm-se o paradigma humanístico, que de acordo com Davis-Floyd (2001), consiste em uma corrente de pensamento que adota atitudes não-convencionais para nortear a assistência obstétrica, e que surge a partir dos questionamentos ao modelo biológico-medicalizado, com grande influência do movimento feminista.

Esta corrente tem como princípios contrapor o modelo de assistência convencional, tornando a mulher sujeito ativo e participativo na tomada de decisões, oferecendo-lhe opções quanto ao tipo de parto que deseja ter (SEIBERT et al.,

2005a). Assim, o profissional de saúde deve ter uma visão crítica evitando intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, respeitando a individualidade da mulher (BRASIL, 2001).

Em geral, quanto menor o número de intervenções realizadas durante o parto, maior a sensação de controle por parte da mulher, e conseqüentemente, será maior o seu grau de satisfação (SEIBERT, 2005b). Assim, ao atuar pautado nos conceitos deste paradigma espera-se que o profissional favoreça o respeito à dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle sobre a situação, garantindo a criação de laços familiares mais fortes, favorecendo o *empoderamento*⁴ feminino e conseqüentemente um começo de vida com boas condições físicas e emocionais ao bebê.

De acordo com este conceito e concordando com Diniz e Chacham (2002), vê-se que a assistência mais efetiva deveria ser, portanto, centrada nas necessidades das parturientes, em vez de organizada segundo as necessidades de instituições e dos profissionais. Assim entende-se que os pilares que sustentam o paradigma humanístico de assistência fornecem as bases necessárias para a modificação do modelo atual de assistência de forma a indicar alternativas que favoreçam o parto normal e uma melhor qualidade no nascimento.

O que se observa hoje no Brasil é este momento de transição, onde em muitas instituições pode-se observar a co-existência dos paradigmas tecnocrático e o humanístico. De modo geral, essas mudanças vêm ocorrendo muito lentamente, principalmente no setor privado. As instituições públicas vêm obtendo melhores resultados, principalmente pelo incentivo governamental em prol da diminuição dos índices de cesarianas e da inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto, entretanto algumas tentativas da saúde suplementar já podem ser observadas.

A publicação do *Guia Prático: assistência ao parto normal* feita pela Organização Mundial de Saúde em 1996 foi um marco para a enfermagem obstétrica, uma vez que neste manual estas profissionais são destacadas como sendo as profissionais qualificadas e fundamentais para a humanização da assistência obstétrica (DINIZ, 2001; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

⁴ Empoderar significa resgatar os poderes e saberes femininos que o processo civilizatório eliminou ou submeteu. “Esses poderes estariam centrados na condição natural, biológica e instintiva da mulher, ou seja, a sua sexualidade, sua capacidade reprodutiva, seu instinto maternal” (TORNQUIST, 2002, p.489).

Em 2000 o Ministério da Saúde (MS) através da portaria nº 569/ GM de 1 de junho deste ano, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento (PHPN) que dentre seus princípios estabelece o direito ao atendimento humanizado no parto, atribuindo aos municípios, estados e ao governo federal a responsabilidade por tais modificações (SILVA; SERRANO; CHRISTOFFEL, 2006; BRASIL, 2000). Desde então, as unidades de saúde vêm sendo incentivadas a modificar seus modelos de assistência ao parto, e no caso da rede pública do município do Rio de Janeiro tais objetivos vêm sendo alcançados com a ajuda das enfermeiras obstétricas que atuam ativamente na assistência de baixo risco obstétrico.

Considera-se que a atuação da enfermeira obstétrica neste momento é um fator importante para a desmedicalização do parto e o resgate da autonomia feminina, onde o uso das tecnologias não-invasivas de cuidado pode ser considerado o principal diferencial desta categoria profissional, que contribui para a diminuição do número de intervenções e a maior satisfação da família em relação ao parto.

Neste sentido, devolver à mulher sua autonomia durante o ato de parir é um dos principais desafios da assistência obstétrica na atualidade e a utilização das tecnologias não-invasivas de cuidado em enfermagem obstétrica vem de acordo com esta proposta, justificando que estudos mais aprofundados sejam, portanto desenvolvidos.

Vale ressaltar que a utilização destas tecnologias é baseada no entendimento da natureza como um todo, onde não se aplicam prescrições impositivas. Estas devem apontar tendências e regularidades que podem ir a várias direções. Cabe ao profissional, parturiente e sua família desenvolverem uma sensibilidade tal que lhe permitam captar essas tendências e tomar suas decisões, pois conforme salienta Odent (2002) a natureza não dispensa a necessidade de decidir e de se exercer o livre arbítrio.

1.1 As tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica

O modelo de assistência a saúde existente hoje no Brasil é fortemente marcado pelos valores, preconceitos e crenças da sociedade ocidental, fortemente orientado pela ciência, pela tecnologia, pelo lucro econômico e pelas instituições patriarcais. Assim sendo, temos um sistema onde a tecnologia pesada reina soberana (DAVIS-FLOYD; ST. JONH, 2004). Mesmo com todos os avanços das pesquisas, procedimentos que têm pouco ou nenhum embasamento científico continuam sendo utilizados, reforçando o poder tecnológico e ideológico exercido pela medicina, principalmente no que tange a assistência ao parto (SILVA, 2004).

As mudanças propostas pelas novas políticas de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996; DINIZ, CHACHAM, 2002; BRASIL, 2001; BRASIL, 2002) demonstram que estas práticas mecanicistas e biologicistas não vêm atendendo as expectativas de saúde da população. A utilização da tecnologia dura, concretizada com o número abusivo de cesarianas no país, não corresponderam à diminuição da morbimortalidade materna e perinatal, mas ao contrário, culminaram com o incremento das complicações maternas e neonatais, em mulheres sem risco obstétrico (BRASIL, 2008). Neste sentido, novas alternativas vem sendo desenvolvidas, ou mesmo resgatadas pelos profissionais de saúde, que desejando oferecer uma assistência menos intervencionista e mais humanizada a suas clientes, buscam utilizar práticas alternativas de cuidado baseadas em evidências.

No caso da assistência obstétrica, o enfermeiro vem atuando em conformidade com estas novas diretrizes, desenvolvendo práticas humanizadoras da assistência em prol do parto natural (MACEDO, 2007). Considerando a compreensão e a complexidade do conjunto de conhecimentos que envolvem a adoção dessas práticas um grupo de enfermeiros no Brasil cunhou a expressão *Tecnologias Não-invasivas de Cuidado de Enfermagem Obstétrica* (VARGENS; PROGIANTI, 2004; MEDINA, 2003; VARGENS et al., 2003). Na busca por compreender o caminho que possibilitou a formação desta nova terminologia este capítulo se destinará a fazer uma revisão acerca dos significados atribuídos aos vocábulos que compõe o termo, tais como: tecnologia, cuidado, tecnologia de cuidado e não-invasão.

1.1.1 Entendendo o conceito de tecnologia

Atualmente, ter como tema uma discussão acerca das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica deve-se ter em mente que a utilização do termo “tecnologia” ainda é polêmica, visto que para alguns profissionais da área este ainda possui uma conotação duvidosa e até mesmo contraditória, uma vez que a assistência de enfermagem vem questionando cientificamente o modelo tecnocrático e medicalizado das práticas de saúde (TORRES, 2006). Reforçando esta idéia Lima et al. (2005) afirma que para algumas enfermeiras, tecnologia significa mecanização, intervenção mediada por aparelhos, enquanto outras compreendem tecnologia como condutas próprias do cuidado de enfermagem.

Torna-se, portanto fundamental se destacar que ao longo do desenvolvimento da sociedade e da ciência a palavra tecnologia já recebeu diversos significados. Etimologicamente este vocábulo deriva do substantivo grego *Techne* que significava arte, habilidade, ofício, com o sufixo *logia* cujo significado é estudo, ou seja, significa a razão do saber fazer ou o estudo deste (WIKIPÉDIA, 2008; ROCHA et al., 2008; KOERICH et al., 2006).

A idéia de tecnologia como intervenção mediada por aparelhos adveio da primeira revolução científica a partir do início do século XX quando, na produção, a força física do homem foi substituída pelas energias das máquinas (ROCHA et al., 2008).

A concepção de tecnologia como condutas próprias do cuidado de enfermagem surge então a partir da insatisfação e dos questionamentos ao modelo tecnocrático e medicalizado que configura as práticas de saúde das mulheres há algumas décadas e que hoje vêm gradativamente perdendo espaço entre os profissionais da área (TORRES, 2006).

Atualmente Priberam (2008, p.1) considera que tecnologia se refere à “teoria geral e estudos especializados sobre os procedimentos, instrumentos e objetos próprios de qualquer técnica, arte ou ofício”. É compreensível entender portanto, que esta palavra abrange muito mais que simples equipamentos, estando relacionada desde a ideação até a concretização destas idéias, consistindo em uma atividade prática.

Assim, o termo tecnologia possui três esferas de significado: a de objetos físicos, compreendida por instrumentos, maquinário, matéria; a de uma forma de conhecimento, onde através de nosso saber podemos utilizar determinados objetos de forma a compreender como usá-lo, repará-lo, projetá-lo e produzi-lo; e, ainda, compondo parte de um conjunto intrincado de atividades humanas (MARTINS; SASSO, 2008).

O significado da palavra tecnologia quando relacionada ao trabalho em saúde transcende ao consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos. Assim as tecnologias foram classificadas em: tecnologias leves, que englobam as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo e acolhimento; tecnologias leve-duras constituídas por saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, tal como a enfermagem; e tecnologias duras, referente aos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais, e afins, que encerram o trabalho morto com saberes e fazeres bem estruturados e materializados (MERHY, 1997).

Vê-se portanto que contemporaneamente o uso do termo tecnologia foi incorporado ao conceito de organização e sistematização de atividades, que estariam igualmente relacionadas aos cuidados de enfermagem. De acordo com Koerich et al (2006) tecnologia hoje se refere à um conjunto de saberes e práticas sistematizadas durante a assistência de enfermagem com uma determinada finalidade, pois as tecnologias permeiam o processo de trabalho.

Neste sentido entende-se que ao discutir-se sobre tecnologias de cuidado de enfermagem não se propõe falar sobre equipamentos ou ferramentas, mas sobre como se utilizar um conjunto de saberes próprios da enfermagem para se discutir um modelo eficaz de assistência, de modo que estes produzam o efeito esperado, baseado em evidências científicas. Por conseguinte, são meios criados/aprimorados pela enfermagem para atuar sobre a realidade com vista a transformá-la para satisfazer necessidades específicas.

1.1.2 O conceito de cuidado

Na história da civilização, o cuidado sempre esteve presente nas suas diferentes dimensões entre o viver e o morrer. Suas atitudes básicas já eram desenvolvidas desde a criação do homem, significando uma forma de estar no mundo e de existir (BACKERS et al., 2006).

A palavra cuidado deriva do latim *coera* e era usada em contextos de relações de amor e de amizade. Expressa a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa ou objeto estimado (BOFF, 1999).

Segundo Ferreira (2004) cuidado significa desvelo, responsabilidade, atenção e cautela. Neste sentido, Merhy (1997) considera que independentemente do papel desempenhado, todo o profissional de saúde é um operador de cuidado, pois como tal deve ao menos estar capacitado para atuar no nível das tecnologias leves, atuando igualmente como mediador dos processos multidisciplinares.

Os profissionais de saúde devem colocar a disposição dos usuários todas as tecnologias disponíveis em termos de conhecimento e de saber para a promoção do cuidado em saúde, utilizando-se das múltiplas opções disponíveis para o estabelecimento de uma relação de cuidado efetivo (KOERICH et al., 2006). Assim a atitude de cuidar implica em uma relação de “compreensão da experiência vivenciada pelo ser humano, que deve ser nas duas direções do profissional para a parturiente, como também da parturiente para com o profissional de saúde” (BRUGGEMAN, 2003, p.3). Cuidado pode, portanto, ser entendido também como um ato singular, um modo de ser-no-mundo que se funda nas relações que se estabelecem a partir da co-existência e con-vivência, presentes no ato de cuidar (BOFF, 1999).

Leininger (2002), ao realizar seus estudos sobre o cuidado, identificou algumas de suas bases culturais, tais como: a antecipação, a atenção, o alívio, a compaixão, o enfrentamento, a empatia, a ajuda, a proteção, a recuperação, o apoio, o estímulo, o alívio do estresse, o socorro, a supervisão, a ternura, o tato e a confiança. Entretanto, todas estas ações separadamente podem não necessariamente produzir o efeito de cuidado desejado quando se trata da relação enfermeiro-cliente. Bobroff (2003) chama a atenção que os profissionais de enfermagem devem ter como meta que suas ações sejam pautadas tanto em

aspéctos afetivo-instrucionais, como gentileza, delicadeza, e empatia; quanto naqueles técnico-instrumentais, como o conhecimento científico. Assim sendo, “O processo de cuidar envolve relacionamento interpessoal e baseia-se no sentimento de ajuda e confiança mútua dos que o vivenciam, desenvolvendo-se com base nos valores humanísticos e no conhecimento científico” (BOBROFF, 2003, p.11).

O que determina se uma tecnologia desumaniza, despersonaliza ou objetifica o cuidado de enfermagem não é a tecnologia por si só, mas como elas operam nos contextos das pessoas; quais seus significados; como um indivíduo ou um grupo cultural define o que é humano; e o que o potencial da técnica enfatiza, a ordem racional ou a eficiência. Assim a tecnologia bem como o cuidado é uma realidade construída socialmente (MARTINS; SASSO, 2008).

Desta forma, cuidado se relaciona com tecnologia, quando este se refere ao cuidado em saúde, pois depende diretamente dos conhecimentos científicos dos profissionais que o prestam, além da intenção, do desejo, da iniciativa, do inter-relacionamento e da disposição para cuidar.

1.1.3 As tecnologia de cuidado

O termo tecnologias de cuidado foi definido no estudo de Neves e Vargens (2003, p.12), como sendo “todas as técnicas, procedimentos, conhecimentos utilizados pelo enfermeiro durante o processo de cuidado com o paciente”. Neste estudo os autores estudaram teses brasileiras defendidas até 1999, sendo que apenas seis produziram conhecimentos acerca das tecnologias de cuidado. A expressão tecnologia de cuidado transcende o seu significado literal e foi cunhada para designar a dimensão tecnológica do cuidado. A tecnologia adquire a expressão de cuidado, quando é ao mesmo tempo processo e produto, com a finalidade para a saúde (ROCHA et al., 2008).

As tecnologias de cuidado se relacionam com recursos tanto humanos quanto materiais (KOERICH et al, 2006). Sendo assim, ao discorrer sobre tecnologia estamos considerando o processo de trabalho, utilizando inúmeras opções tecnológicas no campo da saúde.

Em se tratando da assistência obstétrica, Castilho e Pires (2000, p.277) falam que a utilização de tecnologias de cuidado aproxima “o parto a um fenômeno normal, prazeroso e interativo entre mãe e filho”. Isso se deve principalmente ao fato destas serem práticas fundamentadas no modelo humanístico de assistência, onde são respeitados os direitos de privacidade, não-invasão, e cidadania da mulher.

Ao refletir-se sobre a união desses termos - tecnologia e cuidado - que antes pareciam contraditórios, pode-se observar que durante o exercício profissional em saúde, neste caso, na obstetrícia, muitas são as tecnologias de cuidado implementadas cotidianamente. Uma simples ação, como o ato de favorecer a deambulação da mulher em trabalho de parto é uma tecnologia de cuidado quando é pautada no conhecimento científico, específico do profissional que está atuando, que tem que levar em consideração todas as transformações, critérios e efeitos que se desenrolam a partir deste cuidado.

Entretanto, vale ressaltar que o conhecimento científico não deve ser soberano nesta relação humanística de cuidado, pois é fundamental que as tecnologias de cuidado sejam uma opção e decisão da mulher. Isto evita que estas se tornem práticas impositivas e prescritivas, como o são as inúmeras práticas e procedimentos característicos do modelo tecnocrático de assistência que vem sendo questionado. Salienta-se, portanto, a fala de Medina (2003, p.22) que explica que “Estas tecnologias possuem como principal característica o fato de não serem invasivas, permitindo que a mulher decida seu uso e use seu instinto para vivenciar este momento”.

1.1.4 A não-invasão

Para complementar o entendimento sobre o conceito estudado torna-se necessário definir o que seriam práticas não-invasivas na assistência da enfermagem obstétrica. Para alguns autores, este se refere principalmente ao respeito ao direito de escolha da mulher (PROGIANTI; VARGENS, 2004; MEDINA, 2003; VARGENS et al., 2003), entretanto existem muitas dimensões não contempladas somente por este ponto de vista e que devem ser observadas.

Estudos britânicos, citados por Robertson (2002), relevam que cerca de 90% das mulheres inglesas recebem em algum momento medicações para alívio da dor durante o parto intra-hospitalar, entretanto 70% dos partos são acompanhados por enfermeiras obstétricas. As enfermeiras argumentam que esta é uma escolha da mulher, mas até que ponto estas escolhas são conscientes ou uma indução das próprias enfermeiras? Certamente, em algum momento do parto a mulher vai pedir por ajuda, mas o uso de tantas medicações deixa em dúvida o grau de esclarecimento destas mulheres. Da mesma forma pode-se pensar acerca das cesáreas a pedido, muito comuns no âmbito da saúde suplementar (BRASIL, 2008).

Não instrumentalizar a mulher para este momento é uma violência, como foi constatado no estudo de Oliveira e Madeira (2002, p.140) que relatam que “algumas técnicas, como o toque vaginal e o posicionamento na cadeira de cócoras, quando não explicadas previamente, constituem uma agressão”. A invasão transcende o físico, mas também está relacionada com a intimidade feminina.

Não-invadir também pode ser considerado como: não interferir nos eventos fisiológicos, respeitando-se a natureza. Neste sentido o profissional deve explicar sobre o processo natural de parturição e propor que a mulher experiencie esse momento, estimulando a utilização de práticas milenares que promovem conforto e segurança, tais como: ficar em posições verticais, permitir a livre movimentação, estimular que a parturiente permaneça com os olhos fechados, manter a penumbra do ambiente, favorecer a presença do acompanhante, dentre outras (ROBERTSON, 2002). A não-invasão do universo pessoal da mulher também deve ser outro ponto a ser observado, onde o profissional deve estar atento para os estilos de vida das gestantes, restringindo seus questionamentos e cuidados ao estritamente necessário e conveniente para o momento (HOGA, 2006).

Para alcançar-se a humanização no parto os profissionais devem-se estar dispostos a livrar a mulher de riscos desnecessários, devendo zelar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, e não somente serem gentis e carinhosos, o que sem dúvida são atitudes indispensáveis em qualquer cuidado de enfermagem (SILVA; SERRANO; CHRISTOFFEL, 2006).

Uma prática não-invasiva no parto é, portanto, em primeira instância uma prática que não entra à força, que não invade, não é agressiva ou hostil à mulher em suas dimensões física, psicológica, emocional, e espiritual. É aquela que respeita a cultura da mulher e promove o parto através de recursos informacionais, relacionais,

e instrumentais cuja aplicação é respaldada cientificamente pelas enfermeiras obstétricas (TORRES, 2006). Para tanto, os profissionais devem ter critérios bem definidos para interferirem na fisiologia do parto em busca que efeitos que trarão benefícios tanto para a mãe, quanto para seu bebê.

Assim sendo, não se pode entender que procedimento que em sua essência já pressupõe a invasão de algum desses aspectos da saúde da mulher possam ser considerados não-invasivos, como o são as cesáreas eletivas e as analgesias intra-parto. Tais procedimentos, mesmo sendo consentidos pela mulher de forma esclarecida não deixam de possuir um caráter invasivo e não se enquadram, portanto na terminologia das tecnologias não-invasivas de enfermagem obstétrica.

1.1.5 O conceito de tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica

Este conceito surgiu nas publicações de enfermagem pela primeira vez em um artigo de Vargens e Progianti (2004) publicado na Revista de Enfermagem da USP. Este era utilizado como uma nova forma de ver as ações da enfermeira obstétrica no ato de cuidar, voltado principalmente às ações desenvolvidas no cuidado à mulher durante o parto, entretanto seus limites não foram devidamente esclarecidos, levando a distorções do conceito que o associavam às recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Mais recentemente alguns autores consideram as tecnologias de cuidado em enfermagem obstétrica como as práticas/cuidados desenvolvidos com a mulher, fundamentadas no modelo humanístico de assistência, que se caracterizam principalmente pela não-invasão e pelo respeito à autonomia e privacidade da clientela (PROGIANTI et al., 2009; MACEDO et al., 2008; PROGIANTI; VARGENS, 2004; MEDINA, 2003). São práticas utilizadas no dia-a-dia das enfermeiras obstétricas durante a prestação de um cuidado pleno às parturientes (MACEDO et al., 2008).

Estas tecnologias favorecem o resgate do parto normal e fisiológico, uma vez que possibilitam que a mulher tenha uma experiência mais natural e satisfatória (CASTILHO; PIRES, 2000). Para Lima et al. (2005) estas tecnologias não-invasivas

de cuidado em enfermagem obstétrica têm como base o parto natural, entendendo-o como um processo fisiológico que representa a expressão da saúde emocional e sexual feminina, se refletindo em todo o seu contexto de vida. Tais tecnologias visam proporcionar um momento mais prazeroso e menos traumático para a mulher e seu bebê. O uso destas cria um ambiente favorável para o empoderamento feminino, estimulando a consciência crítica e a autonomia, permitindo que expressem o significado dessa experiência.

A enfermeira utiliza-se de uma base teórica interdisciplinar para a aplicação prática das tecnologias de cuidado. A utilização das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica tem como principal objetivo o resgate do papel central e ativo da mulher, pois entende o parto como mais uma etapa no processo fisiológico da gravidez. Muitas destas tecnologias são reconhecidas como recursos benéficos na assistência ao parto, pois auxiliam na redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996; DINIZ, CHACHAM, 2002; BRASIL, 2002).

Nos estudos de Torres (2006, p.97-99) foram definidos 12 elementos que constituem o significado das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica. Segundo a autora (TORRES, 2006), estas tecnologias são essencialmente relacionais e derivam do saber estruturado das enfermeiras obstétricas. Buscam mobilizar e potencializar as capacidades de cada mulher, sendo, portanto uma tecnologia viva, dinâmica, adaptável e renovável a cada encontro entre a enfermeira e a mulher. São igualmente tecnologias abertas, que incorporam e integram saberes populares e de outras disciplinas para o estabelecimento do cuidado. Não se limitam às instituições hospitalares e saberes acadêmicos, podendo ser aplicadas em outros contextos. São complexas, pois também admitem o uso da emoção, da sensibilidade, da intuição, da espiritualidade, além da razão na elaboração do cuidado.

As tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica possuem como principal instrumento os corpos, pois utilizam instrumentos e equipamentos que facilitam a expressão corporal, não sendo prescritivas e impositivas, e, portanto respeitam os direitos da mulher. Neste sentido, o cuidado aperfeiçoa-se à medida que os sujeitos aprofundam as qualidades das relações e os conhecimentos de si mesmos. Esta é uma tecnologia de autonomia e conforto, pois parte do referencial da mulher, favorecendo o empoderamento feminino, e tendo como objetivo uma

vivência mais prazerosa. É, portanto uma tecnologia com grande justificativa social, pois seu cuidado vai além do período gravídico-puerperal, contribuindo para o desenvolvimento de crianças saudáveis (TORRES, 2006).

Ao refletir-se sobre todos estes significados, é possível perceber que muitos cuidados desenvolvidos pelas enfermeiras obstétricas durante sua prática diária podem ser consideradas tecnologias não-invasivas de cuidado, entretanto o limite entre a imposição e a sugestão é muito sutil e depende principalmente da atitude do profissional que atende.

Macedo et al. (2008, p.342) diz que as enfermeiras obstétricas acreditam que o parto é um processo fisiológico “restaurador da vida sexual da mulher”, e que estas utilizam determinadas práticas/cuidados no ambiente intra-hospitalar como forma de amenizar o cuidado medicalizado instituído no meio. Este suporte favorece a utilização de técnicas não-farmacológicas de alívio da dor e conforto durante o processo de parto, favorecendo o vínculo familiar, e a participação ativa da mulher, que se refletem na diminuição da necessidade de intervenções (ADAMS; BIANCHI, 2008; MEDINA, 2003; ENNING, 2000).

1.2 A utilização das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente

Como já foi discutido anteriormente, o uso de tecnologias não-invasivas de cuidado, tais como o suporte e a disponibilidade contínua da enfermeira obstétrica são um componente crítico para que sejam alcançados melhores resultados no nascimento e maior satisfação da mulher e sua família em relação ao parto. Entretanto buscar entender como estas práticas/cuidados podem ser utilizadas segundo os estudos já realizados, bem como seus critérios para implementação e os possíveis efeitos no processo de parto são condições fundamentais para uma efetiva assistência por parte das enfermeiras obstétricas. Seguindo este raciocínio procuraram-se obras nacionais e internacionais que abordassem os diversos cuidados e práticas utilizadas pelas enfermeiras durante a assistência à parturiente, e que tivessem relação com o objeto de estudo.

Ao buscar obras sobre o tema descobriu-se que alguns autores americanos, na tentativa de sistematizar a assistência de enfermagem na atenção ao parto optaram por classificar suas práticas/cuidados em categorias de acordo com suas características em comum (ADAMS; BIANCHI, 2008). Uma das classificações mais utilizadas entre os pesquisadores americanos foi a mesma utilizada por Adams e Bianchi (2008) em seu trabalho, onde dividiam as práticas/cuidados realizadas pelas enfermeiras em quatro categorias: físico, emocional, instrucional/informacional, e o *advocacy*. Salienta-se que um mesmo cuidado poderia estar contido em mais de uma categoria, visto que uma ação não determina apenas uma resposta.

Compreende-se necessariamente que, para que um cuidado seja realizado este deva estar embasado por um processo, que lhe indique a maneira como fazer, respaldado num modo de pensar. Assim sendo, as ações das enfermeiras obstétricas devem seguir o processo de enfermagem como um instrumento que lhes permita “identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever” as respostas que este cuidado trará na população beneficiada por ele (GARCIA; NÓBREGA, 2000), para tanto, torna-se *mister* que sejam conhecidos os critérios para o emprego de um determinado cuidado, bem como os efeitos que poderão ser observados com o uso deste.

Neste sentido, para que um conjunto de ações seja sistematizada, neste caso o uso das tecnologias não-invasivas de cuidado em enfermagem obstétrica no suporte físico, é preciso que sejam conhecidos os modos de aplicação de cada prática/cuidado, em quais casos estas devem ser indicadas, e quais são os objetivos possíveis de serem alcançados com o uso destas. Como estes cuidados vêm sendo gradualmente aplicados pela enfermagem obstétrica brasileira de acordo com o avanço científico na área, optou-se por buscar tanto em referências nacionais e internacionais os dados que tornassem viável o aprofundamento do conhecimento sobre tais práticas.

Torna-se importante esclarecer que apesar de sistematizadas, a combinação dessas práticas/cuidados deveria ser uma escolha da mulher, a partir de seus desejos e extintos, e da enfermeira que analisa cada situação individualmente de acordo com seus conhecimentos específicos, sendo, portanto como um acordo entre as partes (MACEDO et al., 2008, ADAMS; BIANCHI, 2008). Ser não-invasiva significa primordialmente respeitar o direito à informação e à decisão informada de cada mulher. Assim, estas práticas/cuidados vêm de acordo com as novas políticas

públicas de assistência humanizada, corroborando para a melhoria da atenção à saúde materna e neonatal, e para o empoderamento feminino.

A seguir serão apresentadas algumas práticas/cuidados fornecidas pelas enfermeiras obstétrica durante a assistência às parturientes, relacionadas ao suporte físico e que serão alvo deste estudo.

1.2.1 Suporte físico

Como já foi mencionado anteriormente, o suporte físico compreende ações que visam favorecer a fisiologia feminina em prol do parto normal através do preparo do ambiente, do estímulo à livre movimentação e aos posicionamentos não-convecionais, da promoção de estímulos táteis, tais como o contato com a água, e da livre escolha sobre a oferta de alimentos. De acordo com o Cochrane Pregnancy and Chilbirth Group, “permitir que as mulheres se movimentem, comam e bebam líquidos, conforme elas desejarem será no mínimo tão eficaz e mais agradável para a maioria das mulheres” (LAMAZE INTERNATIONAL, 2003a).

Assim sendo, as tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica que estarão enquadradas na categoria do suporte físico serão, portanto, relacionadas ao suporte ambiental, de posicionamento, energético e aos estímulos táteis.

Considera-se que apoio físico e o conforto são fatores que incrementam a satisfação⁵ com a experiência do parto (ADAMS; BIANCHI, 2008; CASTILHO; PIRES, 2000). Desta forma, a utilização destas práticas/cuidados além de contribuir para a diminuição do número de intervenções sofridas pelas mulheres em processo de parto, também contribui para que este momento seja visto de forma mais prazerosa.

Neste sentido, as TNICEO que podem ser incluídas nesta categoria e que são alvo deste estudo encontram-se expostas a seguir:

⁵ “*Satisfatório* é aquele parto no qual a mulher alcança uma condição emocional discretamente equilibrada [...] no qual a mulher não é avassalada por emoções conflitantes (angústia x expectativa; desejo x pânico); no qual ela não é contagiada pelo estresse da equipe médica e de enfermagem, não sofre a presença de pessoas ou de relações invasivas de sua privacidade, de seu corpo e de sua subjetividade. Protegida de elementos perturbadores, ela pode viver seu primeiro encontro com seu filho de forma aconchegante e afetiva” (SILVA, 2004 p.35-36).

1.2.1.1 Suporte relacionado ao ambiente

O movimento pela humanização do parto fez com que os cuidados relacionados ao ambiente fossem resignificados de forma a tornar o parto natural uma experiência positiva na vida das mulheres. O ambiente hospitalar, desconhecido pelas mulheres, pode ser um gerador de estresse, medos e ansiedades, podendo ter um efeito adverso sobre o processo de parto (ENKIN et al., 2005). Deste modo, a enfermeira deve se preocupar com a composição do ambiente e o conforto da parturiente, de forma a proporcionar um meio favorável ao desenvolvimento do parto.

Estudos controlados já demonstraram que ambientes mais atraentes, com uma estrutura semelhante à de uma casa, auxiliam na diminuição da necessidade de analgesia e do uso de ocitócitos, bem como têm uma maior possibilidade de satisfação da mulher e sua família em relação ao processo de parto (ENKIN et al., 2005). Medidas básicas, como a manutenção de uma temperatura agradável e livre de danos, a diminuição da iluminação, a privacidade, a diminuição de ruídos, a disponibilidade de músicas agradáveis, que podem ser trazidas pela própria parturiente, e a utilização de aromas tranquilizadores do gosto da cliente, podem auxiliar na manutenção de um ambiente favorável.

Alguns métodos não-farmacológicos para o alívio da sensação dolorosa são baseados na promoção de um ambiente confortável para a parturiente (KNOBEL, 2004). Entretanto, as medidas de preparação do ambiente devem ser associadas à manutenção da privacidade da mulher durante o trabalho de parto, evitando estímulos externos como monitorização, luzes e perguntas desnecessárias, pois levam a liberação de neurohormônios que interferem no processo natural do parto (SERRANO; CHRISTOFFEL, 2006; ODENT, 2002).

Lowdermilk, Perry e Bobak (2002, p. 318) afirmam que “a música também pode favorecer sobre o relaxamento durante o parto. [...] O uso de fones de ouvido pode aumentar a eficácia da música porque os sons em volta não constituirão uma distração”, facilitando o contato da mulher consigo mesma. A supressão das funções intelectuais neocorticais, facilita a expressão de funções cerebrais mais instintivas, características do parto e do aleitamento (ODENT, 2000).

O uso de aromas também é uma possibilidade que deve ser levantada junto à cliente, pois estudos demonstram que o uso de óleos essenciais destilados, como as fragrâncias de Lavanda, Bergamota e Sálvia favorecem o relaxamento e podem ser utilizados de diversas formas, tal como diluídos na água do banho e/ ou vaporizados no ambiente (LOWDERMILK, PERRY, BOBAK, 2002).

Deste modo, todas as tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica referidas devem estar inseridas em um ambiente institucional receptivo, acolhedor, afetivo e facilitador da intimidade da mulher, para a promoção do vínculo com a equipe que lhe assiste e a obtenção dos efeitos esperados. As ações relacionadas com o ambiente têm como principal objetivo criar uma atmosfera própria para a produção de ocitocina e endorfinas, necessárias para o desenvolvimento do parto normal, reduzindo-se assim a necessidade de intervenções, tais como o uso de analgésicos exógenos e partos instrumentais (ENKIN et al., 2005; ODENT, 2002).

1.2.1.2 Suporte ao posicionamento

Este tipo de suporte se refere às práticas/cuidados prestados pelas enfermeiras obstétricas no sentido de observar, orientar e apoiar as posturas adotadas pelas mulheres durante o processo de parto, estimulando a livre movimentação, a adoção de posturas verticais, os movimentos pélvicos, dentre outros posicionamentos que favoreçam a fisiologia do parto. Assim como as demais tecnologias não-invasivas de cuidado, essas medidas devem ser implementadas de acordo com a necessidade e desejo da mulher (ENKIN et al., 2005).

A avaliação da melhor posição a ser adotada ao longo do processo de parto deve partir do desejo da mulher, da avaliação obstétrica do profissional que acompanha a parturiente, da fase em que se encontra no trabalho de parto, e da posição fetal (ADAMS, BIANCHI, 2008), sendo, portanto uma decisão compartilhada.

Restringir a mulher ao leito foi uma prática incorporada à assistência obstétrica após a institucionalização do parto, entretanto sabe-se hoje que deixar a mulher livre para adotar as posições que esta achar mais confortável, de modo

intuitivo, pode ser mais favorável ao processo de parto, visto que diminui a sensação dolorosa e facilita a permanência da mulher em um estado de introspecção, que é adequado ao parto (WEI, 2007; ODENT, 2002; LAMAZE, 2003b).

Promover as condições para que a mulher assuma uma postura ativa de forma a conduzir seu próprio processo de parto é uma tecnologia de cuidado (PROGIANTI; VARGENS, 2004). É fundamental para a humanização do parto que a mulher seja protagonista deste evento fisiológico e único em sua vida, uma vez que o paradigma humanístico possui como principal pressuposto a entendimento da mulher como sujeito ativo na relação de cuidado, de forma a favorecer seu *empoderamento*⁶.

A posição adotada durante o parto “afeta as adaptações anatômicas e fisiológicas da mulher” (LONDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002, p.305). Assim, o posicionamento apropriado da parturiente durante o processo de parto e nascimento proporciona o alívio da sensação dolorosa, a diminuição do uso de analgésicos farmacológicos, previne e diminui o trauma perineal, além de permitir o estabelecimento de contrações uterinas mais eficazes e melhorar a oxigenação fetal (ADAMS; BIANCHI, 2008; ENKIN et al., 2005). A parturiente deve ser encorajada a adotar as posições em que se sinta mais confortável, o que parece favorecer a modulação da sensação dolorosa, uma vez que algumas mulheres percebem mais a dor em determinadas posições. Ao mudarem de posição as mulheres alteram a relação entre a gravidade, as contrações, o feto e sua pelve (ENKIN et al., 2005), e essa liberdade de escolha facilita a auto-percepção e a escolha por posições mais confortáveis e que conseqüentemente ajudarão no processo de parto. Vale ressaltar que muitas dessas posições são movimentos básicos que acontecem naturalmente durante o processo de parto (BALASKAS, 1993), e assim sendo o profissional deve manter-se como espectador, não necessitando estimular a mudança de posicionamento.

Knobel (2004) destaca como método para o alívio da sensação dolorosa a categoria relacionada ao suporte físico, que seria composta por algumas ações desempenhadas pelas parturientes e que deveriam ser estimuladas, tais como:

⁶“Empoderador é aquele parto que traz em seu proceder singelo e arrebatador uma experiência de transformação na identidade íntima da mulher. É empoderador aquele parto que se assemelha a um rito de passagem [...] o parto pode conectar a mulher a seu eixo interior dando-lhe forças inesperadas e abrindo-lhe horizontes novos que irão repercutir criativamente sobre os demais aspectos de sua vida” (SILVA, 2004 p.36-38).

deambulação, balançar a pelve, deitar sobre travesseiros, dançar lentamente com o parceiro, usar a bola⁷, e levantar o abdome.

Compreende-se, portanto que favorecer e proporcionar a adoção de variadas posições durante o processo de parto é uma tecnologia não-invasiva de cuidado de enfermagem obstétrica, onde o tipo de posição irá depender tanto das necessidades e desejos da mulher, quanto dos conhecimentos específicos do profissional. Visando a reflexão crítica dessas diversas modalidades de suporte, a seguir serão descritas, separadamente, as tecnologias não-invasivas de cuidado mais estudadas e utilizadas na assistência ao parto segundo os estudos já desenvolvidos.

1.2.1.2.1 Estímulo às posições verticais

Muitos são os estudos já realizados no sentido de comprovar os benefícios da adoção de posições verticais durante o processo de parto, incluindo-se o período expulsivo. Na revisão sistemática realizada por Enkin et al. (2005), este evidenciou que as mulheres instruídas a ficar em pé, a sentar ou a deambular obtiveram uma duração menor do processo de parturição em comparação com aquelas que permaneceram deitadas, além de as posições ortostáticas terem diminuído o uso de analgésicos farmacológicos na maioria dos estudos.

Ao propiciar a livre movimentação, o profissional pode estimular posições verticais, uma vez que a cultura dominante é a permanência da mulher deitada e restrita ao leito, de acordo com as características do modelo tecnocrático.

A livre movimentação da parturiente favorece o contato desta com suas raízes filogenéticas, permitindo que ela perceba o que seu corpo precisa neste momento especial de sua vida sexual e reprodutiva (ODENT, 2000). “A posição vertical apresenta vários benefícios pois é mais eficiente do ponto de vista mecânico, e aumenta o peso para baixo, diminui o esforço muscular e o consumo de oxigênio, facilitando o relaxamento dos músculos perineais” (ODENT, 2002, p.50).

Assim sendo, estas devem ser estimuladas, pois o decúbito dorsal comprime a artéria aorta descendente e a veia cava ascendente que passam entre a coluna

⁷ Também conhecida como Bola Suíça, Bola do Nascimento, Bola de parto, Fisioball.

vertebral e o útero, podendo ocasionar hipotensão supina, diminuição da frequência cardíaca fetal e diminuição do aporte de oxigênio para o feto (ENKIN et al., 2005; MEDINA, 2003; GUPTA; NIKODEM, 2000). A livre movimentação e a adoção de posturas verticais durante o parto também aliviam a sensação dolorosa, e facilitam o apagamento e dilatação da cérvix (KNOBEL, 2004; LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002). Entretanto existem estudos que não demonstraram alterações significativas na evolução do parto, mas que consideram esta uma orientação segura e bem aceita entre as mulheres (MIQUELUTTI, 2006; ENKIN et al., 2005)

Deambular pode ser uma alternativa a ser estimulada pelo profissional que acompanha a mulher, principalmente para aquelas que se encontram em uma fase inicial do processo de parto. Podem ser estimuladas caminhadas por ambientes externos e banhos de sol que ajudam a tirar o foco da mulher na sensação dolorosa, que pode ser prejudicial devido ao sentimento de medo, ansiedade e estresse com conseqüente produção de Adrenalina. Ao deambular a contração se torna mais eficiente, facilitando o encontro dos eixos longitudinais da matriz uterina com o eixo de escavação pélvica. Assim a contração uterina torna-se mais eficiente, reduzindo-se a necessidade de ocitócitos (MEDINA, 2003; OXORN, 1989).

No estudo realizado por Wei (2007) dentre as mulheres que declararam acreditar no benefício da deambulação, os efeitos declarados como positivos foram o alívio da sensação dolorosa, a aceleração do parto, e a maior flexibilidade dos profissionais que as assistiram. A relação com alívio da sensação dolorosa e com aceleração do parto também foi mencionada pelas mulheres no estudo de Makuch, Osis e Cecatti (2007).

Não foram encontradas evidências que comprovem o melhor momento para a deambulação, e nem mesmo quais os critérios para se estimular esta prática, entretanto de acordo com os efeitos já constatados pode-se concluir que a deambulação pode ser eficiente para aquelas mulheres que se encontram tensas, ansiosas e com medo, que referem dor intensa, ou cujo processo de parto encontra-se prolongado devido ao retardo da descida fetal, assim como por ser indicada para a melhoria do fluxo sanguíneo para o bebê.

Uma alternativa para aquelas mulheres que não se sentem confortáveis ao deambular pode ser a posição sentada. Ao utilizar-se a bola como apoio para a posição sentada, pode-se estimular a realização de movimentos pélvicos que facilitam o encaixe, a descida e a rotação do feto no canal de parto, bem como

favorece o apagamento e dilatação do colo uterino (MEDINA, 2003; BALASKAS, 1993). A mulher deve se deixar guiar por seus instintos, seguindo o ritmo das contrações, movendo a pelve lateralmente, ântero-posteriormente ou em movimentos circulares. A mesma deve ser orientada a não quicar na bola, pois a pressão da cabeça fetal sobre a cérvix poderá ocasionar edema de colo e dificultar a descida fetal.

A bola permite que a mulher conserve uma boa postura, visto que mantém os joelhos afastados e relaxamento da musculatura adutora, com a possibilidade de realizar diversificados movimentos (ENKIN et al., 2005). A pressão exercida pela superfície da bola sobre o períneo faz com que a coluna pélvica fique posicionada mais à frente em relação à coluna espinhal, proporcionando um melhor posicionamento do feto no canal de parto (LOPES; MADEIRA; COELHO, 2003).

Para favorecer os movimentos pélvicos a mulher também pode se apoiar em barras, paredes, no banquinho de cócoras, em cordas, no cavalete, ou em outros instrumentos que para ela pareçam confortáveis (MEDINA, 2003).

A posição de cócoras pode também ser encorajada pelo enfermeiro obstétrico que assiste a parturiente. Nesta posição os músculos abdominais funcionam com uma sincronia mais efetiva durante as contrações (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002; BALASKAS, 1993).

O cócoras é utilizado para favorecer a descida fetal, reduzindo a pressão externa sobre o sacro e os quadris da mulher. Pode ser feita de forma sustentada, onde a enfermeira ou o acompanhante seguram na região axilar da mulher e esta solta seu corpo ficando de cócoras durante as contrações (ADAMS; BIANCHI, 2008), assim como podem ser utilizados outros instrumentos como o banquinho de cócoras, as barras presas numa parede, ou uma corda presa ao teto, dando-se preferência para a escolha da mulher de acordo com a estrutura institucional.

1.2.1.2.2 Suporte às posições não-verticais

Apesar das posições verticais apresentarem vantagens quando comparadas as posições não-verticais, algumas mulheres podem não se sentir confortáveis, ou mesmo já estarem fadigadas e preferirem permanecer no leito. Neste caso a

enfermeira obstétrica pode estar sugerindo posições alternativas ao decúbito dorsal, que é comprovadamente prejudicial ao feto (ENKIN et al., 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Dependendo do desejo da mulher e da avaliação da enfermeira a posição de quatro apoios pode ser estimulada, visto que esta é eficaz para o alívio da sensação dolorosa na região lombar, principalmente nos casos em que o feto esteja na posição occiptoposterior, favorecendo sua rotação anteriormente (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002; ODEMENT 2002).

Outras alternativas podem ser: a posição semi-inclinada, o decúbito lateral, e a posição de Sims, entretanto estes posicionamentos não serão aprofundados neste estudo.

1.2.1.3 Suporte aos estímulos táteis

O toque pode trazer conforto para a parturiente, uma vez que esta atitude demonstra a importância que esta tem para a enfermeira que lhe assiste, favorecendo o vínculo entre elas. Entretanto, deve-se observar a relação que esta mulher possui com seu corpo e as reações que este ato lhe causa, pois algumas mulheres podem sentir-se desconfortáveis ao serem tocadas.

Práticas/cuidados como o toque, através de massagens, compressão das regiões dolorosas, carinhos e afagos, bem como o uso de calor ou frio, por compressas ou banhos de aspensão e/ou imersão podem auxiliar a mulher no controle da sensação dolorosa, favorecendo o conforto e a introspecção da parturiente. A estimulação de fibras não dolorosas (aférensiais sensitivas e mecanorreceptores) pode suprimir os sinais dolorosos, assim como fortes sinais condicionados do cérebro, o que poderia explicar a eficiência dessas técnicas (MEDINA, 2003).

A massagem pode ser usada de forma a relaxar a musculatura da mulher que por vezes pode ser contraída devido à tensão. Esta prática auxilia no aumento do fluxo sanguíneo na região massageada e na produção de endorfinas que acabam gerando um alívio da sensação dolorosa de forma generalizada (ADAMS; BIANCHI, 2008).

As massagens e técnicas de relaxamento são práticas comprovadamente úteis, segundo a Organização Mundial de Saúde (1996) e devem ser estimuladas. Além de produzirem efeitos positivos sobre a sensação dolorosa, esta tecnologia não-invasiva de cuidado não possui efeitos colaterais e podem ser utilizadas concomitantemente com compressas frias ou quentes, ou óleos aromáticos, de acordo com os gostos e desejos da mulher (KNOBEL, 2004). Ao utilizarem-se óleos aromáticos ou outros emolientes deve-se ter especial atenção às reações de hipersensibilidade.

Os espasmos musculares e a percepção da dor são igualmente diminuídos quando colocadas compressas quentes ou frias em determinadas áreas do corpo da mulher.

As compressas frias retardam a transmissão dos impulsos dos neurônios sensoriais fazendo com que a sensação dolorosa seja aliviada. A colocação de gelo diretamente na região sacral pode ser bastante eficaz neste sentido (ADAMS; BIANCHI, 2008). Algumas mulheres também se sentem bem com compressas frias na testa e/ou na garganta, podendo ter um efeito calmante e estar associada a menores indicadores de traumas perineais.

A aplicação de calor auxilia no relaxamento dos músculos e aumenta o fluxo sanguíneo no local de aplicação. A água morna possui um efeito calmante, reduzindo a secreção de adrenalina, aliviando as sensações dolorosas e nevralgias (KNOBEL, 2004; SILVA, 2004; OCHIAI, 2000). Pode ser utilizado com o intuito de aumentar a tolerância da mulher à sensação dolorosa, favorecendo a dilatação cervical e proteção da integridade do períneo (MEDINA, 2003, ODENT, 2002, ENNING, 2000).

Para a aplicação do calor também pode ser estimulado tanto o banho de aspersion como o de imersão, entretanto, este último é considerado uma tecnologia não-invasiva de cuidado que ainda não possui estudos que assegurem seus benefícios e sua segurança (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

O banho de aspersion ajuda no alívio da sensação dolorosa, no conforto físico e no relaxamento da mulher durante o parto, favorecendo uma progressão mais rápida do parto e diminuindo a necessidade da utilização de drogas analgésicas (KNOBEL, 2004; MEDINA, 2003; OCHIAI, 2000). Odent (2000) refere que a água possui como efeito misterioso na remoção das travas neocorticais. Assim o banho seria capaz de modificar o padrão das contrações uterinas, tornando-as mais

toleráveis e proporcionando a dilatação cervical necessária ao nascimento. O estudo de Ochiai (2000) demonstrou que dentre os efeitos percebidos pelas mulheres após a utilização do banho morno de aspersão estava aumento das contrações uterinas e evolução mais rápida do parto, indo, portanto de encontro com as considerações apontadas por Odent (2000).

Medina (2003) observou que alguns autores referiam que a melhor hora de se entrar na água durante o trabalho de parto é após os 5 cm de dilatação onde as contrações são mais intensas. Isso provavelmente está relacionado ao fato de que na fase ativa do parto as mulheres já se encontram exauridas devido ao longo processo percorrido.

O banho de imersão é uma alternativa para a promoção do relaxamento e entrega emocional das mulheres. Este surgiu como conseqüência do respeito aos desejos femininos onde as mulheres expressavam a necessidade de permanecerem na piscina ou banheira de parto durante o processo e no momento da expulsão do bebê (ODENT, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1996) a imersão em água durante o processo de parto é uma prática que deve ser utilizada com cautela, visto que não existem evidências científicas que comprovem sua eficácia e segurança. Entretanto, o uso da água morna para imersão vem sendo cada vez mais reconhecida e solicitada pelas mulheres (BALASKAS, 1993), e difundida como uma opção mais confortável nos meios de comunicação, tais como televisão e internet, para a realização do parto. Vale ressaltar que desde as recomendações de 1996 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996) muitos estudos já foram realizados no intuito de comprovar os benefícios do banho de imersão, entretanto ainda existem receios quanto a sua utilização em ambiente hospitalar.

1.2.1.4 Suporte energético

O suporte energético refere-se às práticas/cuidados que favorecem a manutenção e reposição do aporte calórico da mulher em processo de parturição.

A restrição alimentar é uma prática amplamente difundida no meio obstétrico, embora estudos já tenham comprovado que não existem motivos contundentes para

tanto. O problema da nutrição oral durante o processo de parto está totalmente relacionado ao risco de aspiração que pode ocorrer em caso de necessidade de anestesia geral. Entretanto, além desta ser raramente utilizada na obstetrícia atual, nenhum período de jejum é capaz de garantir um estômago vazio (ENKIN et al., 2005; LAMAZE, 2003a). Assim sendo, alguns defensores da liberdade para ingestão de alimentos e líquidos durante o parto afirmam que “com exceção das mulheres com alto risco de necessitar de anestesia geral, os benefícios da nutrição de acordo com os desejos da mulher superam em muito os possíveis benefícios das políticas mais restritivas” (ENKIN et al., 2005, p.139).

Impossibilitar a mulher de ingerir líquidos ou alimentar-se é uma prática tecnocrática que fere os preceitos da Humanização do Parto e Nascimento (BRASIL, 2002), uma vez que não existem evidências que demonstrem alguma alteração do processo de parto devido a isto. Um estudo canadense citado por Enkin et al. (2005) demonstrou que as mulheres ficam satisfeitas ao poderem controlar suas dietas conforme seus desejos, mas este estudo não demonstrou algum benefício nem efeito prejudicial deste tipo de suporte.

Devido aos motivos expostos, muito profissionais optam por não restringir os alimentos e líquidos durante o processo de parto. Alguns se limitam às dietas líquidas claras pobres em resíduos, tais como sucos, chás e sopas. Outros, tais como às parteiras, freqüentemente oferecem alimentos leves e de fácil digestão com baixo teor de gordura, independente de serem sólidos ou líquidos (LAMAZE, 2003a). E ainda existe modelos que não fazem qualquer restrição alimentar, deixando a mulher livre para escolher quando, como e o quê ela deseja comer (SEIBERT, 2005).

É certo que muitas mulheres não sentem vontade de se alimentar durante a fase ativa do parto, entretanto conforme salienta Enkin et al. (2005, p.139) “O jejum forçado também pode causar progresso insatisfatório no trabalho de parto, diagnóstico de distócia e uma cascata de intervenções que culminam em uma cesariana”.

Observa-se, portanto que não existem motivos incisivos para a proibição da ingestão oral da mulher durante o parto, e que esta fica satisfeita ao poder controlá-la por sua livre escolha. Tal iniciativa favorece a participação ativa da parturiente uma vez que ela tem a opção de escolher o que é melhor para si, e de atender aos instintos do seu corpo que esta em franco gasto energético. Uma mulher fadigada e sem alimentação dificilmente conseguirá ter uma postura ativa durante seu processo

de parto, o que poderá culminar numa maior necessidade de intervenções invasivas. Assim como uma mulher nauseada não sentirá vontade de alimentar-se. Neste sentido, assegurar o direito de alimentar-se durante o parto é uma tecnologia não-invasiva de cuidado e deve ser estimulado pelas enfermeiras obstétricas.

2 MATERIAIS E MÉTODO

2.1 Desenho do estudo

Este é um estudo quantitativo exploratório do tipo *Survey* acerca dos critérios utilizados pelas enfermeiras obstétricas para o emprego de tecnologias não-invasivas de cuidado no suporte físico à parturiente e os efeitos esperados com a utilização destas. As variáveis relacionadas ao estudo foram definidas como:

- Dependentes: as práticas/cuidados utilizadas pelas enfermeiras obstétricas que fazem parte do rol das tecnologias não-invasivas de cuidado no suporte físico à parturiente.
- Independente: os critérios e os efeitos esperados pelas enfermeiras obstétricas com o emprego das tecnologias não-invasivas de cuidado no suporte físico à parturiente.

O *Survey* é um tipo de desenho de estudo utilizado na pesquisa social que pode ser utilizado em censos demográficos, pesquisas de opinião, e estudos epidemiológicos (BABBIE, 2005). É utilizado para conhecer a situação do problema estudado num determinado ponto no tempo, permitindo-se identificar “opiniões, atitudes, preferências, comportamentos de um determinado grupo de pessoas” (ALMEIDA et al., 2006, p.3). Neste sentido, a intenção deste estudo não foi explicar ou compreender as causas e efeitos do fenômeno estudado, mas conhecer as atitudes da população pesquisada, descobrindo se esta fundamenta suas ações nas pesquisas já realizadas, buscando identificar se há uma sistematização das práticas/cuidados com base no conhecimento já estabelecido.

2.2 População

Devido à necessidade de se conhecer a situação da enfermagem obstétrica no Brasil e suas formas de atuação, além da facilidade de veiculação do instrumento de coleta de dados, optou-se por um campo de pesquisa de dimensão nacional.

A população-alvo da pesquisa foram todas as enfermeiras obstétricas que atuam no cuidado com a mulher em processo de parturição no território nacional, sendo a população acessível somente aquelas que possuíam meios de se conectar a rede mundial de computadores (Internet), devido à técnica de coleta de dados estabelecida. Além dos critérios de inclusão já descritos, os participantes tinham que utilizar pelo menos uma das práticas/cuidados estudadas, sendo avaliados por um teste de elegibilidade⁸. Portanto, foram excluídas da pesquisa aquelas profissionais que não eram enfermeiras obstétricas, que não atuavam diretamente na assistência ao parto, ou que atuavam em outros países, além daquelas que não utilizavam práticas/cuidados correspondentes às tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica, bem como as que não possuíam acesso à internet.

Determinar o valor numérico da população-alvo desta pesquisa foi um entrave encontrado logo de início, visto que não existe tal dado nem mesmo nos órgãos de representação desta categoria profissional. Primeiramente procurou-se entrar em contato com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) para a busca deste dado, entretanto o mesmo passava por um processo de recadastramento e por isso afirmou que não teria meios de fornecer esta informação. Em seguida, entrou-se em contato com a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), onde mais uma vez deparou-se com problemas, visto que esta instituição só possui representação em 14 estados brasileiros e que nem todos os enfermeiros obstetras são filiados a ela. Decidiu-se, por fim, buscar em obras já publicadas alguns dados que indicassem o valor aproximado da população, entretanto o mesmo não foi encontrado.

Assim, devido à impossibilidade de determinar-se a chance de um indivíduo ser selecionado optou-se por uma amostragem não-propabilística, sendo neste caso escolhido o tipo bola de neve. A técnica de amostragem em bola de neve é utilizada

⁸ Utilizado como meio de eleger o conjunto amostral de forma que seus participantes atendam aos critérios de inclusão da pesquisa.

quando o pesquisador convida diretamente alguns dos participantes e lhes pede para convidar outros indivíduos elegíveis para o estudo (REA; PAKER, 2000). Desta forma, esperou-se que um maior número de sujeitos pudessem tomar ciência da realização do estudo, possibilitando sua participação.

2.3 Variáveis estudadas

As variáveis do estudo foram práticas/cuidados relacionadas às tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente, selecionadas após a revisão de literatura sobre o tema estudado. Assim, buscou-se avaliar quais eram os critérios e efeitos esperados com a implementação de cada prática/cuidado durante a assistência à parturiente.

Os critérios e efeitos esperados poderiam estar incluídos em uma das categorias: corretos de acordo com a literatura científica, incorretos de acordo com a literatura científica, não possuem embasamento científico para seu uso adequado, ou não estão diretamente relacionadas ao estímulo ao parto normal. Vale ressaltar que foram consideradas com embasamento científico mesmo aquelas variáveis que ainda não possuem uma forte evidência, mas cujos estudos que vêm sendo desenvolvidos desde a última revisão da Organização Mundial de Saúde (1996) estejam demonstrando benefícios em relação à assistência ao parto. Outro ponto importante é que os critérios e efeitos esperados não possuíam uma relação direta de causa e efeito, sendo estes avaliados em conjunto, de acordo com a prática/cuidado abordada.

Assim, as tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente pesquisadas e suas variáveis foram:

- Suporte relacionado ao ambiente:

<i>Categorias</i>	<i>Práticas/ Cuidados</i>	<i>Efeitos esperados</i>
Correto de acordo com a literatura científica	Fornecer roupas limpas à paciente sempre que necessário Minimizar ruídos Manter uma temperatura agradável Ter ambiente individualizado para cada parturiente Diminuir a iluminação Disponibilizar músicas agradáveis Utilizar aromas tranquilizadores	Promoção do conforto à parturiente e seu(s) acompanhante(s) Promoção da privacidade Promoção do aconchego à mulher e sua família Favorecimento do relaxamento da parturiente Diminuição dos estímulos externos, evitando o aumento da produção de Adrenalina Aumento da produção da Ocitocina endógena
Não possui embasamento científico para uso adequado	Manter os equipamentos sempre disponíveis Manter todos os prontuários organizados	Espera facilitar o acesso aos equipamentos necessários Espera promover a organização do local de trabalho
Incorreto pela literatura científica		Espero favorecer o aumento da produção de Adrenalina endógena

Quadro 1 – Práticas/cuidados e efeitos esperados relacionados à variável suporte ao ambiente, segundo suas categorias. Brasil, 2009.

- Suporte ao posicionamento:

<i>Categorias</i>	<i>Critérios</i>	<i>Efeitos esperados</i>
Correto de acordo com a literatura científica	Presença de contrações irregulares e ineficientes Parturiente no início da fase ativa do parto Parturiente fica incomodada no leito Parturiente no final da fase ativa do parto Mulher na fase de latência	Contrações mais regulares e eficientes Melhorar a oxigenação fetal Aliviar a sensação dolorosa Diminuir do uso de analgésicos farmacológicos Favorecer o relaxamento dos músculos perineais Observar o apagamento do colo uterino e dilatação da cérvix Facilitar a inclinação uterina para frente diminuindo a resistência da gravidade. Favorecer o contato da mulher com suas raízes filogenéticas
Não possui embasamento científico para uso adequado	Parturiente no período expulsivo Mulher com gestação a termo que queira iniciar o trabalho de parto	Facilitar a expulsão do feto Estimular o início do trabalho de parto
Não se relaciona diretamente com o estímulo ao parto normal	Falta de leitos disponíveis na unidade	

Quadro 2 – Critérios e efeitos esperados relacionados à variável livre movimentação e adoção de posturas verticais, segundo suas categorias. Brasil, 2009.

Categorias	Crítérios	Efeitos esperados
Correto de acordo com a literatura científica	<p>Necessidade de facilitar a descida fetal</p> <p>Necessidade de favorecer a dilatação cervical</p> <p>Necessidade de estimular as contrações uterinas</p> <p>Parturiente encontra-se tensa</p> <p>Mulher na fase inicial do processo de parto</p> <p>Necessidade de favorecer a rotação fetal</p> <p>Parturiente queixando-se de dor</p>	<p>Favorecer a eficiência das contrações uterinas</p> <p>Favorecer a dilatação cervical</p> <p>Favorecer a descida fetal</p> <p>Aliviar a sensação dolorosa</p> <p>Observar a parturiente mais tranqüila e com maior equilíbrio emocional</p> <p>Favorecer o empoderamento da mulher</p> <p>Favorecer a rotação fetal para posições anteriores</p>
Não possui embasamento científico para uso adequado	Mulher com a bolsa íntegra	
Incorreto pela literatura científica	Observação de contrações fracas, sem risco de nascimento no momento	<p>Diminuir a freqüência das contrações uterinas</p> <p>Favorecer o aumento da produção endógena de Adrenalina</p>

Quadro 3 – Critérios e efeitos esperados relacionados à variável deambulação, segundo suas categorias. Brasil, 2009.

Categorias	Crítérios	Efeitos esperados
Correto de acordo com a literatura científica	<p>Feto em plano alto</p> <p>Feto com variação occipto-posterior ou transversa</p> <p>Necessidade de alinhar a coluna pélvica mais à frente em relação à coluna espinhal</p>	<p>Facilitar o encaixe da apresentação fetal</p> <p>Melhor posicionamento do feto no canal de parto</p> <p>Favorecer a descida fetal</p> <p>Favorecer a rotação</p> <p>Promover o relaxamento da musculatura adutora da coxa</p>
Não possui embasamento científico para uso adequado	Observação de edema de colo ao exame	<p>Corrigir o assinclitismo</p> <p>Favorecer a redução do edema de colo</p> <p>Favorecer a ruptura das membranas</p>
Incorreto pela literatura científica	<p>Parturiente assume posições desfavoráveis</p> <p>Mulher pouco participativa no processo de parto</p> <p>Mulher contrai as pernas durante as contrações</p> <p>Acompanhante pouco participativo</p>	

Quadro 4 – Critérios e efeitos esperados relacionados à variável movimentos pélvicos, segundo suas categorias. Brasil, 2009.

Categorias	Crítérios	Efeitos esperados
Correto de acordo com a literatura científica	Mulher se sente confortável nesta posição Mulher próxima do período expulsivo Ângulos pélvicos estreitos Feto grande	Favorecer a descida fetal Pelve atinge maior amplitude Reduzir a pressão externa sobre o sacro e os quadris da mulher Sincronia efetiva entre os músculos abdominais e as contrações uterinas
Não possui embasamento científico para uso adequado	Necessidade de melhorar a intensidade e o ritmo das contrações Feto com variação occiptoposterior ou transversa	Acelerar o processo de parto Mulher menos desgastada Maior intensidade das contrações uterinas Ruptura das membranas
Incorreto pela literatura científica	Risco do recém-nascido cair no chão Necessidade de estimular o apoio do acompanhante	

Quadro 5 – Critérios e efeitos esperados relacionados à variável posição de cócoras, segundo suas categorias. Brasil, 2009.

Categorias	Crítérios	Efeitos esperados
Correto de acordo com a literatura científica	Mulher com intensa dor na região lombar Mulher se sente confortável nesta posição Feto com variação occiptoposterior ou transversa Distócia de ombro Segundo período do parto muito rápido	Alívio da sensação dolorosa na região lombar Movimentação suave da bacia Rotação fetal para posições anteriores Facilitar a expulsão de fetos grandes Mulher com mais controle na expulsão Feto progredindo mais lentamente
Não possui embasamento científico para uso adequado	Necessidade de acelerar a expulsão fetal	Melhores índices de APGAR Menor risco de traumas perineais

Quadro 6 – Critérios e efeitos esperados relacionados à variável posição de quatro apoios, segundo suas categorias. Brasil, 2009.

- Suporte aos estímulos táteis:

Categorias	Critérios	Efeitos esperados
Correto de acordo com a literatura científica	Parturiente com acentuado desconforto físico Parturiente tensa e desgastada Contrações mais intensas Parturiente com mais de 5cm de dilatação Necessidade de acelerar a dilatação cervical	Alívio da sensação dolorosa Relaxamento da mulher Maior conforto da cliente Aumentar a dilatação cervical Acelerar o processo de parto Manutenção da integridade perineal Aumento das contrações uterinas
Não possui embasamento científico para uso adequado		Diminuição das contrações uterinas
Incorreto pela literatura científica	Primeiro estágio do parto acelerado Parturiente acompanhada	

Quadro 7 – Critérios e efeitos esperados relacionados à variável banho morno de aspersão, segundo suas categorias. Brasil, 2009.

Categorias	Critérios	Efeitos esperados
Correto de acordo com a literatura científica	Parturiente com desconforto Contratura da musculatura devido à tensão nervosa Dificuldade da mulher em se centrar no seu corpo e em seu parto	Relaxamento da musculatura da parturiente Alívio a sensação dolorosa Maior participação do acompanhante Maior concentração da parturiente Maior fluxo sanguíneo na região massageada Maior produção de endorfinas
Não possui embasamento científico para uso adequado	Necessidade de utilizar óleos estimuladores da contração uterina Necessidade de favorecer o relaxamento da mulher com óleos calmantes	Menor tempo do segundo estágio do parto Facilitação da descida fetal Aumento da força de contração uterina
Incorreto pela literatura científica	Acompanhante pouco participativo Necessidade de aumentar o vínculo com a cliente	

Quadro 8 – Critérios e efeitos esperados relacionados à variável massagem, segundo suas categorias. Brasil, 2009.

Categorias	Critérios	Efeitos esperados
Correto de acordo com a literatura científica	Contrações estão mais intensas Mulher muito cansada Parturiente com mais de 5cm de dilatação Mulher com dor difusa Processo de parto muito longo	Maior relaxamento e conforto da mulher Mulher mais calma Mulher com maior entrega emocional Menor necessidade de drogas analgésicas Maior atividade uterina sem aumento da sensação dolorosa Manutenção da integridade perineal
Não possui embasamento científico para uso adequado	Musculatura perineal tensa	Facilitação da descida fetal Melhorar os batimentos cardíofetais Redução da velocidade de descida fetal
Incorreto pela literatura científica	Mulher no final da segunda fase do processo de parto Batimentos cardíofetais estão acelerados	

Quadro 9 – Critérios e efeitos esperados relacionados à variável banho morno de imersão, segundo suas categorias. Brasil, 2009.

Categorias	Critérios	Efeitos esperados
Correto de acordo com a literatura científica	Sensação de dor em região localizada Parturiente tensa e desconfortável (compressas quentes) Mulher com espasmos musculares Mulher agitada e transpirando (compressas frias)	Aumento do fluxo sanguíneo local (compressas quentes) Parturiente mais calma e confortável Menor produção de Adrenalina (compressas quentes) Alívio da sensação dolorosa por diminuição dos impulsos nervosos (compressas frias) Diminuir a sensação dolorosa local (gelo local)
Não possui embasamento científico para uso adequado	Edema de colo (gelo local)	Redução do edema de colo (gelo intravaginal)
Incorreto pela literatura científica		Estimular a produção de Adrenalina (compressas quentes)

Quadro 10 – Critérios e efeitos esperados relacionados à variável compressas frias ou mornas, segundo suas categorias. Brasil, 2009.

- Suporte energético:

Categorias	Crítérios	Efeitos esperados
Correto de acordo com a literatura científica	Parturiente classificada como de baixo risco obstétrico Desejo da mulher Mulher há muito tempo em processo de parto Mulher sentindo-se sem forças Risco para anestesia geral descartado Mulher ainda não iniciou a fase ativa do parto	Mulher mais ativa durante o processo de parto Manutenção da hidratação da mulher Mulher mais satisfeita com seu processo de parto Mulher menos cansada no pós-parto Não observar sinais de cetose na parturiente
Não possui embasamento científico para uso adequado	Parturiente não está nauseada Feto não-reativo	Feto mais ativo durante o processo de parto Parturiente não ter lipotímia
Incorreto pela literatura científica		Menor índice de broncoaspiração

Quadro 11 – Critérios e efeitos esperados relacionados à variável oferta de alimento, segundo suas categorias. Brasil, 2009.

2.4 Estratégias de coleta de dados

O método de coleta de dados foi baseado na técnica de auto-relato estruturado utilizando-se como instrumento o questionário, visto que este permite maior imparcialidade do pesquisador, possibilita atingir um maior número de pessoas, e favorece para que estes se expressem com menos constrangimento (GIL, 1999). A elaboração do questionário é a essência da pesquisa *Survey*, sendo este tipo de instrumento mais vantajoso quando a amostra está geograficamente dispersa, por um menor custo total da pesquisa, como foi o caso deste estudo (BABBIE, 2005; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Assim foi elaborado um questionário (APÊNDICE A) com 44 questões, sendo 4 abertas e 40 fechadas. Quanto à formatação, as perguntas foram distribuídas em 3 seções, denominadas:

- Dados pessoais: composta por 4 questões especialmente formuladas como um meio de auxiliar os respondentes a recuperarem seus questionários quando respondidos parcialmente, além de possibilitar o envio dos resultados da pesquisa posteriormente. Ao solicitar o número do COREN esperou-se restringir o acesso somente a enfermeiros, entretanto, conforme já

mencionado este dado não foi utilizado como forma de identificar os participantes da pesquisa. As perguntas relativas à idade e sexo foram utilizadas apenas para a caracterização da amostra;

- Teste de elegibilidade: composta por 7 questões relacionadas aos critérios de inclusão e exclusão propostos pelo estudo. Nesta seção existiram questões sobre a formação profissional, área e local de atuação, que além de proporcionarem o rastreamento de indivíduos elegíveis, possibilitaram uma melhor caracterização da amostra. Ainda foram incluídas 2 questões fechadas relacionadas ao objeto que permitiram verificar o grau de conhecimento e aplicação das práticas/cuidados em estudo; e
- Questionário sobre atuação profissional: composta por 33 questões estruturadas relacionadas ao objeto de estudo e confeccionadas a partir da revisão de literatura previamente realizada. Nestas questões foram abordadas 11 práticas/cuidados, sendo que cada uma destas possuiu duas questões vinculadas. Caso o participante não utilizasse algumas dessas práticas/cuidados as questões vinculadas a estas não foram respondidas e puladas automaticamente. Estas questões vinculadas são referentes aos critérios e efeitos esperados com a utilização de cada prática/cuidado, cujas opções foram determinadas a partir das pesquisas levantadas e da prática profissional da pesquisadora. Deixa-se claro que as 22 questões vinculadas possuíam um campo aberto para eventual complementação, de modo a permitir a expressão de critérios ou efeitos não previstos.

Para validação do instrumento de coleta de dados, foi realizado um pré-teste para identificar falhas e dificuldades dos respondentes no preenchimento do questionário, antes deste ser disponibilizado para a amostra como um todo (MARCONI; LAKATOS, 2002). Assim, o instrumento foi enviado através de e-mail *Survey* com arquivo anexado no padrão MS Word 2003 para 13 residentes em enfermagem obstétrica, tendo-se um retorno de 4 questionários respondidos completamente, o que correspondeu à 30% dos convites. Este teste inicial visou avaliar a compreensão semântica das questões e a estrutura do instrumento de coleta de dados. Após responderem ao questionário, o grupo teste foi estimulado a

fazer comentários e propostas acerca do mesmo, orientados por perguntas (APÊNDICE B) que tratavam do tempo gasto para responder ao questionário, dificuldades, atendimento dos objetivos, sugestões e comentários.

Com base nos comentários feitos pelo grupo do pré-teste foram realizadas pequenas alterações na formatação do instrumento, não sendo necessária alteração, inclusão ou exclusão de nenhuma questão. O grupo também declarou não ter tido dificuldades no preenchimento do instrumento e todos consideraram o tempo adequado. Observou-se que o tempo médio de preenchimento do mesmo foi de 28 minutos, o que se esperava otimizar com a construção do site interativo.

O questionário foi então desenvolvido em um *web site* (APÊNDICE C), e hospedado com o domínio <http://www.tecnologiasdecuidado.com.br> de forma a permitir minimização do tempo de coleta de dados com uma abrangência nacional, e minimização dos custos operacionais. O software utilizado para automatizar o processo de publicação e sumarização dos dados foi o *PHPSurveyor*⁹. Após a publicação do web site, através do provedor Interativa Services LTDA, foi realizada nova testagem para avaliar a adequação e funcionamento do meio de coleta de dados, que evidenciou problemas no armazenamento dos dados, e que foi corrigido pelo web designer responsável pela confecção e suporte técnico do *web site*.

Assim, realizou-se uma coleta de dados com delineamento transversal, cuja divulgação ocorreu entre os dias 01 de julho e 06 de setembro de 2009, através de e-mail direto e entre 20 grupos específicos que discutem sobre assuntos referentes à assistência obstétrica na internet. Foi enviada uma carta-convite (APÊNDICE D) aos possíveis integrantes do conjunto amostral da pesquisa ou grupos como forma de divulgar a mesma, sendo esta reforçada a cada sete dias.

Para a seleção dos e-mails individuais utilizou-se a base de dados da Plataforma Lattes, realizando-se as buscas através da palavra-chave “enfermagem obstétrica”, obtendo-se 1383 sujeitos. Posteriormente, fez a leitura de seus dados individuais, enviando-se a carta-convite somente para aqueles que tinham especialização na área estudada.

A divulgação coletiva ocorreu através de sites de relacionamentos, *blogs*, universidades, associações de enfermeiras obstétricas, e eventos específicos. Visando ampliar o alcance do estudo, foi criado um folder de divulgação da pesquisa

⁹ 7 Vide <http://www.phpsurveyor.org/>.

(APÊNDICE D) que foi encaminhado os meios de divulgação coletiva. Deixa claro que a pesquisa foi bem aceita por estas instituições e que em sua maioria contribuíram muito neste processo. Salienta-se a colaboração dos órgãos de fomento à pesquisa em Enfermagem, tais como a ABEn e a ABENFO na divulgação desta, bem como de grupos individuais que colocaram o folder da pesquisa em *blogs* e sites particulares.

Durante a coleta de dados ocorreram dificuldades, tais como: a baixa aderência à pesquisa, problemas com o armazenamento dos dados, e questionários preenchidos incompletos. Foram recebidos alguns e-mails de participantes que comentavam sobre a extensão da pesquisa, e a falta de tempo disponível para respondê-la. Outros informaram que já haviam participado, entretanto seus dados não foram gravados por completo. Alguns desejavam participar, mas não se encontravam dentro dos critérios de inclusão e foram excluídos automaticamente, mas mesmo assim entraram em contato com a pesquisadora para esclarecimentos. E ainda existiram aqueles que iniciaram sua participação e não concluíram todo o questionário.

Para transpor esses entraves, optou-se por enviar e-mails individuais para aqueles que já haviam iniciado a participação na pesquisa, solicitando que concluíssem, oferecendo-se a opção de responderem através do questionário em formato Microsoft Word 2003, que era enviado em anexo. Tais e-mails eram enviados semanalmente, de forma a estimular o aumento da amostra da pesquisa. Por este meio conseguiu-se que 16 questionários fossem completados. Concomitantemente, o site foi reconfigurado para que não ocorressem mais problemas com o armazenamento das respostas no banco de dados, o que permitiu que novos dados não fossem perdidos.

Visando ainda aumentar o número da amostra da pesquisa optou-se pela busca ativa durante a realização do VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, realizado na cidade de Teresina/ PI, onde a pesquisadora entregou o questionário impresso para ser respondido durante o evento à profissionais que atendessem aos critérios de inclusão da pesquisa e estivessem de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E). Por este meio foram entregues 30 questionários, e destes somente 4 retornaram completamente preenchidos. Muitos participantes referiram a falta de tempo para o preenchimento como um empecilho, e preferiram responder no formato on-line. A

transcrição dos dados ao site foi feita pela própria pesquisadora, sendo apenas utilizados aqueles que estivessem completos.

Apesar do baixo número de questionário completos (40) optou-se por interromper a pesquisa devido aos prazos estipulados para entrega da dissertação de mestrado, entretanto o site permanece aberto à coleta de forma a aumentar a abrangência da pesquisa para publicações futuras.

2.5 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à avaliação da Comissão de Ética em Pesquisa (Coep) da UERJ que é vinculada à Sub-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa da Uerj (SR-2), e aprovado segundo protocolo nº 006.3.2009 (ANEXO A).

Todos os participantes estavam de acordo com a proposta da pesquisa e que desejaram participar voluntariamente, pois aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E), conforme a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Este termo estava disponível no site e todos os participantes que optaram por participar da pesquisa foram automaticamente encaminhados à página onde poderiam aceitar ou não aceitar os itens dispostos pelo consentimento. Os voluntários que não aceitaram o Termo de Consentimento foram automaticamente excluídos da pesquisa e direcionados para a página de agradecimentos.

Para aqueles participantes que receberam o questionário em anexo, no formato Microsoft Word 2003, foi enviado o mesmo termo de consentimento, obedecendo o formato do questionário, entretanto foi acrescentado ao final do mesmo a seguinte frase: *O envio das respostas do questionário via e-mail ou através do site significará que o participante aceita as condições definidas neste termo.* Deixa-se claro que estes participantes já haviam aceitado os termos deste anexo, pois já tinham iniciado sua participação na pesquisa.

Os 4 participantes que responderam ao questionário durante a realização do VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido impresso, com cópia.

2.6 Análise dos dados

Foi realizada a análise descritiva das características estudadas, através do tratamento estatístico, buscando-se cruzar as informações entre as perguntas afins e a literatura consultada. Para tanto, foram utilizados os softwares SPSS 1.5, o Microsoft Excel e o Microsoft Word versão Microsoft Office 2007.

As variáveis contínuas, como idade e tempo de atuação na enfermagem obstétrica, foram analisadas segundo sua média, moda, mediana, desvio-padrão, limite máximo e limite mínimo, de forma a permitir uma melhor caracterização da amostra. As demais variáveis da primeira e segunda seção do questionário foram avaliadas por distribuição de freqüências.

Foram efetuadas análises descritivas das demais variáveis do questionário por distribuição de freqüências numérica e percentual. Avaliaram-se possíveis diferenciais de resposta entre o total de indivíduos que iniciaram sua participação no estudo e aqueles que responderam completamente ao questionário, por teste de qui-quadrado, considerando-se $p\text{-valor} < 0,05$.

3 RESULTADOS

Iniciaram sua participação no estudo um total de 120 profissionais. Dentre estes, 55 (45,8%) foram excluídos automaticamente pelo sistema, pois não possuíam os critérios de inclusão desejados. Dos 65 indivíduos elegíveis, 22 (33,8%) só responderam ao teste de *elegibilidade*, 3 (4,6%) responderam parcialmente ao questionário e 40 (61,6%) responderam completamente. A tabela 1 apresenta algumas características dos indivíduos elegíveis que participaram do estudo.

Tabela 1 – Distribuição das características dos enfermeiros participantes do estudo. Brasil, 2009.

Características	N	%
Sexo		
Masculino	7	10,8
Feminino	58	89,2
Faixa etária		
25-34 anos	23	35,4
35-44 anos	23	35,4
45 anos ou mais	19	29,2
Formação		
Especialização	60	92,3
Habilitação	5	7,7
Tempo de atuação		
1-8 anos	29	44,7
9-16 anos	19	29,2
17-24 anos	06	9,2
25-32 anos	11	16,9
Unidades de federação/ Estados de atuação como enfermeiro obstétrico		
Sudeste	43	66,2
Minas Gerais	4	6,2
Rio de Janeiro	26	40,0
São Paulo	13	20,0
Sul	11	17,0
Paraná	2	3,1
Rio Grande do Sul	7	10,8
Santa Catarina	2	3,1
Nordeste	8	12,2
Bahia	1	1,5
Ceará	2	3,1
Paraíba	1	1,5
Pernambuco	1	1,5
Rio Grande do Norte	2	3,1
Sergipe	1	1,5
Norte	3	4,6
Amapá	2	3,1
Pará	1	1,5
Centro-oeste	0	0

Assim, observou-se que a amostra foi composta em sua maioria por indivíduos do sexo feminino, com uma média de 39,4 anos. As idades estavam compreendidas entre o limite mínimo de 25 anos e o máximo de 66 anos, com mediana de 41 anos e desvio-padrão de 9,9. 60 (92,3%) declararam possuir especialização em enfermagem obstétrica e 5 (7,7%) habilitação no curso. O tempo de atuação na enfermagem obstétrica variou entre 1 e 32 anos, sendo que a média foi de 11,6 anos, mediana 10 anos e desvio-padrão de 9,3. A maioria dos participantes era da região sudeste (66,2%), sendo que não houve algum participante da região centro-oeste. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo, faixa etária, e tempo de atuação entre os indivíduos que responderam integralmente ao questionário e a amostra total dos participantes da pesquisa.

Ainda durante o teste de elegibilidade buscou-se identificar a compreensão dos participantes acerca do conceito estudado. Os resultados podem ser conferidos na tabela 2 abaixo:

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual relativa à compreensão do conceito das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica, entre o total de participantes e os indivíduos que responderam completamente ao questionário. Brasil, 2009.

TNICEO	Categorias	Total de participantes		Responderam completamente ao questionário	
		N	%	N	%
Relacionadas ao conceito das TNICEO					
Práticas/cuidados que se caracterizam principalmente pela não-invasão e pelo respeito à autonomia e privacidade da parturiente	Sim	64	98,4	42	97,7
	Não	1	1,6	1	2,3
	Não sei	0	0	0	0
Práticas/cuidados que favorecem o resgate do parto natural	Sim	62	95,4	41	95,3
	Não	3	4,6	2	4,7
	Não sei	0	0	0	0
São práticas/cuidados que criam um ambiente favorável para o empoderamento feminino.	Sim	61	93,8	41	95,3
	Não	2	3,1	1	2,3
	Não sei	2	3,1	1	2,3
São práticas/cuidados que buscam mobilizar e potencializar as habilidades de cada mulher.	Sim	62	95,4	41	95,3
	Não	2	3,1	1	2,3
	Não sei	1	1,5	1	2,3
São práticas/cuidados humanizadoras da assistência na enfermagem obstétrica.	Sim	62	95,4	40	93,0
	Não	3	4,6	3	7,0
	Não sei	0	0	0	0
São práticas utilizadas no dia-a-dia das enfermeiras obstétricas durante a prestação de um cuidado pleno às parturientes	Sim	54	83,1	38	88,4
	Não	8	12,3	3	7,0
	Não sei	3	4,6	2	4,7
São práticas/cuidados que incorporam e integram saberes populares e conhecimentos de outras disciplinas	Sim	56	86,2	38	88,4
	Não	5	7,7	3	7,0
	Não sei	4	6,1	2	4,7
São tecnologias essencialmente relacionais	Sim	29	44,6	23	53,5
	Não	28	43,1	14	32,6
	Não sei	8	12,3	6	14,0
São práticas/cuidados que derivam essencialmente do saber estruturado das enfermeiras obstétricas	Sim	28	43,1	21	48,8
	Não	32	49,2	18	41,9
	Não sei	5	7,7	4	9,3
Não relacionadas ao conceito das TNICEO					
São práticas empregadas na assistência obstétrica conhecidas como bola suíça, chuveiro, banquinho de cócoras, cavalinho etc.	Sim	57	87,7	37	86,0
	Não	8	12,3	6	14,0
	Não sei	0	0	0	0
São aparelhos utilizados pelas (os) enfermeiras obstétricas no cuidado com a parturiente	Sim	19	29,2	14	32,6
	Não	41	63,1	24	55,8
	Não sei	5	7,7	5	11,6

* Não há diferenças estatisticamente significantes entre as respostas dos dois grupos, segundo o teste de qui-quadrado.

Observa-se que apesar das enfermeiras obstétricas conhecerem algumas características das tecnologias não-invasivas de cuidado, estas ainda não tem clareza do conceito, pois grande parte dos sujeitos confunde tais práticas/cuidados com aparelhos (32,6% e 22,7%) e instrumentos (86% e 90,9%) utilizados durante a implementação destas tecnologias. Além disto, muitos participantes desconhecem todos os aspectos englobados pelo conceito, limitando-o no seu sentido prático, e

esquecendo-se das vertentes mais subjetivas, tais como o inter-relacionamento entre a parturiente e a enfermeira obstétrica e o desenvolvimento intelectual deste profissional.

Ao serem questionados sobre as práticas/cuidados desenvolvidas com as parturientes durante o exercício profissional, observou-se que aquelas menos invasivas eram mais freqüentemente utilizadas, como se pode observar na tabela 3:

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual das práticas/cuidados oferecidas às parturientes, entre o total de participantes do estudo e os indivíduos que responderam completamente ao questionário. Brasil, 2009. (Continua)

<i>Práticas/cuidados</i>	<i>Total de participantes</i>		<i>Responderam completamente ao questionário</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Esclarecer dúvidas acerca do andamento do processo de parto				
Sempre				
Freqüentemente	61	93,8	40	93,0
Raramente	3	4,6	2	4,7
Nunca	1	1,5	1	2,3
	0	0	0	0
Fornecer orientações quanto ao processo fisiológico do parto				
Sempre				
Freqüentemente	60	92,3	39	90,7
Raramente	5	7,7	4	9,3
Nunca	0	0	0	0
	0	0	0	0
Ofereço suporte emocional				
Sempre	58	89,2	37	86,0
Freqüentemente	7	10,8	6	14,0
Raramente	0	0	0	0
Nunca	0	0	0	0
Estimulo a participação do acompanhante				
Sempre	57	87,7	37	86,0
Freqüentemente	6	9,2	4	9,3
Raramente	1	1,5	1	2,3
Nunca	1	1,5	1	2,3
Estimulo a deambulação				
Sempre	54	83,1	34	79,1
Freqüentemente	8	12,3	7	16,3
Raramente	3	4,6	2	4,7
Nunca	0	0	0	0
Estimulo o banho morno de aspensão				
Sempre	48	73,8	30	69,8
Freqüentemente	11	16,9	10	23,3
Raramente	5	7,7	3	7,0
Nunca	1	1,5	0	0
Estimulo os movimentos pélvicos				
Sempre	41	63,1	24	55,8
Freqüentemente	17	26,2	14	32,6
Raramente	6	9,2	4	9,3
Nunca	1	1,5	1	2,3

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual das práticas/cuidados oferecidas às parturientes, entre o total de participantes do estudo e os indivíduos que responderam completamente ao questionário. Brasil, 2009. (Continuação)

<i>Práticas/cuidados</i>	<i>Total de participantes</i>		<i>Responderam completamente ao questionário</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ofereço alimentação				
Sempre	37	57,0	24	55,8
Freqüentemente	16	24,6	10	23,3
Raramente	9	13,8	6	14,0
Nunca	3	4,6	3	7,0
Realizo massagens relaxantes				
Sempre	33	51,6	23	53,5
Freqüentemente	24	37,5	14	32,6
Raramente	4	6,2	3	7,0
Nunca	3	4,7	3	7,0
Estimulo o posicionamento de cócoras				
Sempre	26	40,0	16	37,2
Freqüentemente	27	41,5	18	41,9
Raramente	10	15,4	7	16,3
Nunca	2	3,0	2	4,7
Estimulo a elaboração do plano de Parto				
Sempre	23	35,4	16	37,2
Freqüentemente	10	15,4	5	11,6
Raramente	16	24,6	11	25,6
Nunca	16	24,6	11	25,6
Promovo um ambiente com baixa luminosidade				
Sempre	22	33,8	15	34,9
Freqüentemente	29	44,6	18	41,9
Raramente	11	16,9	9	20,9
Nunca	3	4,6	1	2,3
Ofereço suporte espiritual				
Sempre	20	30,8	13	30,2
Freqüentemente	16	24,6	9	20,9
Raramente	22	33,8	16	37,2
Nunca	7	10,8	5	11,6
Estimulo o posicionamento em quatro apoios				
Sempre	17	26,1	11	25,6
Freqüentemente	23	35,4	15	34,9
Raramente	20	30,8	14	32,6
Nunca	5	7,7	3	7,0
Estimulo o banho morno de imersão				
Sempre	15	23,1	8	18,6
Freqüentemente	12	18,5	10	23,3
Raramente	13	20,0	9	20,9
Nunca	25	38,4	16	37,2
Ofereço compressas frias ou mornas				
Sempre	6	9,2	4	9,3
Freqüentemente	23	35,4	17	39,5
Raramente	20	30,8	12	27,9
Nunca	16	24,6	10	23,3

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual das práticas/cuidados oferecidas às parturientes, entre o total de participantes do estudo e os indivíduos que responderam completamente ao questionário. Brasil, 2009. (Conclusão)

Práticas/cuidados	Total de participantes		Responderam completamente ao questionário	
	N	%	N	%
Utilizo hidratação venosa				
Sempre	1	1,5	0	0
Freqüentemente	10	15,4	7	16,3
Raramente	40	61,5	28	65,1
Nunca	14	21,6	8	18,6
Realizo epsiotomia				
Sempre	1	1,5	0	0
Freqüentemente	8	12,3	7	16,3
Raramente	43	66,2	27	62,8
Nunca	13	20,0	9	20,9
Realizo amniotomia				
Sempre	1	1,5	0	0
Freqüentemente	6	9,2	3	7,0
Raramente	38	58,5	28	65,1
Nunca	20	30,8	12	27,9
Realizo a manobra de Kristeler				
Sempre	1	1,5	0	0
Freqüentemente	2	3,1	2	4,7
Raramente	27	41,6	18	41,9
Nunca	35	53,8	23	53,5

* Não há diferenças estatisticamente significantes entre as respostas dos dois grupos, segundo o teste de qui-quadrado.

Os participantes da pesquisa utilizavam pelo menos uma das tecnologias não-invasivas de cuidado estudadas e por isso todos os 65 eram elegíveis para o estudo. A freqüência da categoria “Sempre” das práticas/cuidados invasivas: hidratação venosa (1,5%), amniotomia (1,5%), manobra de Kristeller (1,5%) e epsiotomia (1,5%), foi menor que aquelas menos invasivas. Apesar da variação das respostas acerca das tecnologias não-invasivas de cuidado no suporte físico ter sido grande, chamou a atenção o fato de a utilização de compressas frias/quentes ser tão baixa (9,2%), visto que seja uma das práticas/cuidados de mais fácil aplicação, independente do local de atuação da enfermeira obstétrica.

Após o teste de *elegibilidade*, somente 43 indivíduos continuaram a responder ao questionário. Assim, estes passaram para a sessão do questionário intitulada “Questionário sobre a atuação profissional”, que abordava as práticas/cuidados que estavam relacionadas às TNICEO no suporte físico à parturiente. A distribuição de freqüências de utilização destas práticas/cuidados está apresentada na tabela 4:

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual das práticas/cuidados utilizadas pelas enfermeiras obstétricas no suporte físico à parturiente. Brasil, 2009.

<i>Práticas/ Cuidados</i>	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ambiente	41	95,3	2	4,7	43	100
Livre movimentação e adoção de posturas verticais	42	97,7	1	2,3	43	100
Deambulação	41	95,3	2	4,7	43	100
Movimentos pélvicos	37	86,0	6	14,0	43	100
Posição de cócoras	37	90,2	4	9,8	41	100
Posição de quatro apoios	27	64,3	15	35,7	42	100
Banho morno de aspersão	38	90,5	4	9,5	42	100
Massagem	38	90,5	4	9,5	42	100
Banho morno de imersão	18	45,0	22	55,0	40	100
Compressas frias/mornas	18	45,0	22	55,0	40	100
Oferta de alimento	35	87,5	15	12,5	40	100

Vê-se que a maioria das TNICEO no suporte físico à parturiente são utilizadas com freqüência pelas enfermeiras obstétricas, visto que das 11 práticas/cuidados estudadas 8 (72,7%) têm freqüência maior que 85,0%. A prática/cuidado mais utilizada foi o estímulo a livre movimentação e adoção de posturas verticais (97,7%), sendo que todas as que possuíam relação com o estímulo às posições verticais estavam dentre aquelas que foram citadas com maior freqüência (maior que 85,0%).

As práticas/cuidados menos utilizadas pelas participantes da pesquisa são aquelas relacionadas com os estímulos táteis: banho morno de imersão (45,0%) e compressas frias/mornas (45,0%).

As práticas/cuidados relacionadas ao ambiente que visariam garantir uma assistência obstétrica favorável ao parto normal, segundo os 41 respondentes encontram-se discriminadas na tabela 5, bem como os efeitos esperados com a utilização destas:

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual das práticas/cuidados e efeitos esperados relacionados ao ambiente. Brasil, 2009.

Práticas/ Cuidados	Categorias	N	%	Efeitos esperados	Categorias	N	%
Correta de acordo com a literatura científica				Correto de acordo com a literatura científica			
Fornecer roupas limpas à paciente sempre que necessário	Sim	40	98,0	Promoção do conforto à parturiente e seu(s) acompanhante(s)	Sim	41	100
	Não	1	2,4		Não	0	0
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Minimizar ruídos	Sim	39	95,0	Promoção da privacidade	Sim	41	100
	Não	2	4,9		Não	0	0
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Manter uma temperatura agradável	Sim	38	93,0	Promoção do aconchego à mulher e sua família	Sim	41	100
	Não	3	7,3		Não	0	0
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Ter ambiente individualizado para cada parturiente	Sim	37	90,0	Favorecimento do relaxamento da parturiente	Sim	41	100
	Não	3	7,3		Não	0	0
	Não sei	1	2,4		Não sei	0	0
Diminuir a iluminação	Sim	36	88,0	Diminuição dos estímulos externos, evitando o aumento da produção de Adrenalina	Sim	40	98,0
	Não	5	12,0		Não	1	2,4
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Disponibilizar músicas agradáveis	Sim	23	56,0	Aumento da produção da Ocitocina endógena	Sim	40	98,0
	Não	18	44,0		Não	1	2,4
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Utilizar aromas tranquilizadores	Sim	18	44,0	Não se relaciona diretamente com o estímulo ao parto normal			
	Não	23	56,0	Espera facilitar o acesso aos equipamentos necessários	Sim	34	83,0
	Não sei	0	0		Não	6	15,0
Não se relaciona diretamente com o estímulo ao parto normal					Não sei	1	2,4
Manter os equipamentos sempre disponíveis	Sim	38	93,0	Espera promover a organização do local de trabalho	Sim	29	71,0
	Não	2	4,9		Não	11	27,0
	Não sei	1	2,4		Não sei	1	2,4
Manter todos os prontuários organizados	Sim	34	83,0	Incorreto pela literatura científica			
	Não	5	12,0	Espero favorecer o aumento da produção de Adrenalina	Sim	8	20,0
	Não sei	2	4,7		Não	30	73,0
					Não sei	3	7,3

Assim, observou-se que as enfermeiras preocupam-se freqüentemente em atender as necessidades básicas da mulher em trabalho de parto, sendo estas referidas por mais de 90,0% das participantes. Entretanto algumas tecnologias, tais como a disposição de músicas (56,0%) e aromas (44,0%) ainda são pouco utilizadas. Além disto, as atividades administrativas, relacionadas a organização de equipamentos (93,0%) e prontuários (83,0), foram apontadas como necessárias para tornar o ambiente favorável para o parto normal. Tais atividades enquadram-se na categoria das opções relativas às práticas/cuidados que não estavam diretamente relacionadas ao estímulo ao parto normal.

As práticas/cuidados relacionadas à manutenção da higiene da mulher, diminuição de ruídos e manutenção de uma temperatura agradável foram

mencionadas por mais de 93% das enfermeiras. E vale ressaltar que dentre os efeitos esperados, as enfermeiras unanimemente demonstraram preocupação com o conforto, a privacidade, o aconchego e o relaxamento da parturiente.

Entre as práticas/cuidados relacionadas ao suporte ao posicionamento, a livre movimentação e a adoção de posturas verticais foi apontada por 97,7% das participantes (Tabela 4). Os critérios e efeitos esperados ao se estimular esta TNICEO pela parturiente obtiveram a seguinte distribuição de frequência das respostas das enfermeiras obstétricas (Tabela 6):

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados ao estimular a livre movimentação e a adoção de posturas verticais. Brasil, 2009.

Critérios	Categorias	N	%	Efeitos esperados	Categorias	N	%
Correto de acordo com a literatura científica				Correto de acordo com a literatura científica			
Presença de contrações irregulares e ineficientes	Sim	40	95,2	Contrações mais regulares e eficientes	Sim	41	97,6
	Não	2	4,8		Não	1	2,4
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Parturiente no início da fase ativa do parto	Sim	37	88,1	Melhorar a oxigenação fetal	Sim	41	97,6
	Não	5	11,9		Não	1	2,4
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Parturiente fica incomodada no leito	Sim	37	88,1	Aliviar a sensação dolorosa	Sim	40	95,2
	Não	4	9,5		Não	1	2,4
	Não sei	1	2,4		Não sei	1	2,4
Parturiente no final da fase ativa do parto	Sim	36	83,7	Diminuir do uso de analgésicos farmacológicos	Sim	38	90,5
	Não	6	14,3		Não	3	7,1
	Não sei	0	0		Não sei	1	2,4
Mulher na fase de latência	Sim	34	81,0	Favorecer o relaxamento dos músculos perineais	Sim	38	90,5
	Não	8	19,0		Não	3	7,1
	Não sei	0	0		Não sei	1	2,4
Não possui embasamento científico para uso adequado				Observar o apagamento do colo uterino e dilatação da cérvix	Sim	37	88,1
Parturiente no período expulsivo	Sim	31	73,8		Não	3	7,1
	Não	11	26,2		Não sei	2	4,8
	Não sei	0	0	Facilitar a inclinação uterina para frente diminuindo a resistência da gravidade.	Sim	35	83,3
Mulher com gestação a termo que queira iniciar o trabalho de parto	Sim	23	54,8		Não	4	9,5
	Não	19	45,2		Não sei	3	7,1
	Não sei	0	0	Favorecer o contato da mulher com suas raízes filogenéticas	Sim	26	61,9
Não se relaciona diretamente com o estímulo ao parto normal					Não	6	14,3
Falta de leitos disponíveis na unidade	Sim	12	28,6		Não sei	10	23,8
	Não	27	64,3	Não possui embasamento científico para uso adequado			
	Não sei	3	7,1	Facilitar a expulsão do feto	Sim	40	95,2
					Não	2	4,8
					Não sei	0	0
				Estimular o início do trabalho de parto	Sim	35	83,3
					Não	6	14,3
					Não sei	1	2,4

Como se pode observar as enfermeiras obstétricas possuem critérios para a implementação das TNICEO relacionadas à livre movimentação e a adoção de

posturas verticais, e esperam observar alguns efeitos que beneficiem a mulher em processo de parto. A maioria das enfermeiras obstétricas (95,2%) concorda que está é uma prática/cuidado que deve ser estimulada quando se observa que as contrações encontram-se irregulares e ineficientes, e conseqüentemente observarão como efeito a regularidade e maior eficiência das contrações (97,6%).

O estudo demonstrou que alguns critérios e efeitos ainda são pouco disseminados, e se confundem entre o que é científico e o que é empírico. Assim, alguns critérios e/ou efeitos que foram propostos no questionário e que não possuíam qualquer evidência científica que o comprovassem, foram adotados como verdadeiros por mais da metade dos participantes do estudo. 73,8% das enfermeiras obstétricas consideraram como critério a mulher estar no período expulsivo do parto, bem como 54,8% consideraram que esta prática deve ser estimulada naquelas mulheres que desejam iniciar o trabalho de parto. Como um efeito não comprovado obteve-se que 95,2% enfermeiras obstétricas acreditavam que esta prática/cuidado facilitaria a expulsão fetal, e 83,3% que desencadeava o início do trabalho de parto.

Outra TNICEO estudada foi o estímulo à deambulação, onde 95,3% das participantes da pesquisa (Tabela 4) declararam utilizar esta prática/cuidado durante a assistência à parturiente. Ao questionar-se acerca dos critérios e efeitos esperados ao se estimular a deambulação, obteve-se a seguinte distribuição de freqüências (Tabela 7):

Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados ao estimular a deambulação. Brasil, 2009.

Crítérios	Categorias	N	%	Efeitos esperados	Categorias	N	%
Correto de acordo com a literatura científica				Correto de acordo com a literatura científica			
Necessidade de facilitar a descida fetal	Sim	39	95,1	Favorecer a eficiência das contrações uterinas	Sim	40	97,6
	Não	2	4,9		Não	1	2,4
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Necessidade de favorecer a dilatação cervical	Sim	38	92,7	Favorecer a dilatação cervical	Sim	38	92,7
	Não	3	7,3		Não	2	4,9
	Não sei	0	0		Não sei	1	2,4
Necessidade de estimular as contrações uterinas	Sim	38	92,7	Favorecer a descida fetal	Sim	38	92,7
	Não	3	7,3		Não	2	4,9
	Não sei	0	0		Não sei	1	2,4
Parturiente encontra-se tensa	Sim	34	82,9	Aliviar a sensação dolorosa	Sim	37	90,2
	Não	7	17,1		Não	4	9,8
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Mulher na fase inicial do processo de parto	Sim	34	82,9	Observar a parturiente mais tranqüila e com maior equilíbrio emocional	Sim	36	87,8
	Não	7	17,1		Não	4	9,8
	Não sei	0	0		Não sei	1	2,4
Necessidade de favorecer a rotação fetal	Sim	30	73,2	Favorecer o empoderamento da mulher	Sim	36	87,8
	Não	11	26,8		Não	4	9,8
	Não sei	0	0		Não sei	1	2,4
Parturiente queixando-se de dor	Sim	33	80,5	Favorecer a rotação fetal para posições anteriores	Sim	23	56,1
	Não	8	19,5		Não	16	39,0
	Não sei	0	0		Não sei	2	4,9
Não possui embasamento científico para uso adequado				Incorreto pela literatura científica			
Mulher com a bolsa íntegra	Sim	33	80,5	Diminuir a freqüência das contrações uterinas	Sim	11	26,8
	Não	7	17,1		Não	30	73,2
	Não sei	1	2,4		Não sei	0	0
Incorreto pela literatura científica				Favorecer o aumento da produção endógena de Adrenalina	Sim	8	19,5
Observação de contrações fracas, sem risco de nascimento no momento	Sim	32	78,0		Não	28	68,3
	Não	7	17,1		Não sei	5	12,2
	Não sei	2	4,9				

Observou-se, portanto, que os critérios e efeitos esperados incorretos ou sem embasamento científico foram menos mencionados, mas ainda permaneceram com uma freqüência elevada, principalmente no que tange aos critérios estabelecidos para se estimular a deambulação durante o processo de parto. As opções incorretas acerca dos efeitos esperados tiveram uma freqüência menor, pois somente 26,8% consideraram a diminuição das contrações uterinas e 19,5% o aumento da produção endógena de Adrenalina.

Os critérios que visam estimular as contrações uterinas, a dilatação cervical, e a descida fetal foram mencionados por mais de 92,7% das enfermeiras. Como conseqüência, os efeitos esperados estavam de acordo com estes critérios, pois com um percentual semelhante (maior que 97,2%) as enfermeiras também acreditavam que poderiam observar o aumento da contração uterina, da dilatação cervical e da descida fetal.

Em outra prática/cuidado abordada no estudo obteve-se que 86,0% das participantes (Tabela 4) referiram estimular a realização de movimentos pélvicos pelas parturientes. Na tabela 8, consta a distribuição das freqüências dos critérios e efeitos esperados com a utilização desta prática/cuidado.

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados ao estimular os movimentos pélvicos. Brasil, 2009.

Crítérios	Categorias	N	%	Efeitos esperados	Categorias	N	%
Correto de acordo com a literatura científica Feto em plano alto	Sim	34	91,9	Correto de acordo com a literatura científica Facilitar o encaixe da apresentação fetal	Sim	37	100
	Não	3	8,1		Não	0	0
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Feto com variação occipito-posterior ou transversa	Sim	29	78,4	Melhor posicionamento do feto no canal de parto	Sim	37	100
	Não	7	18,9		Não	0	0
	Não sei	1	2,7		Não sei	0	0
Necessidade de alinhar a coluna pélvica mais à frente em relação à coluna espinhal	Sim	20	54,1	Favorecer a descida fetal	Sim	36	97,3
	Não	9	24,3		Não	1	2,7
	Não sei	8	21,6		Não sei	0	0
Não possui embasamento científico para uso adequado Observação de edema de colo ao exame	Sim	17	45,9	Favorecer a rotação	Sim	35	94,6
	Não	17	45,9		Não	1	2,7
	Não sei	3	8,1		Não sei	1	2,7
Incorreto pela literatura científica Parturiente assume posições desfavoráveis	Sim	35	94,6	Promover o relaxamento da musculatura adutora da coxa.	Sim	29	78,4
	Não	2	5,4		Não	3	8,1
	Não sei	0	0		Não sei	5	13,5
Mulher pouco participativa no processo de parto	Sim	33	89,2	Não possui embasamento científico para uso adequado Corrigir o assinclitismo	Sim	30	81,1
	Não	4	19,8		Não	6	16,2
	Não sei	0	0		Não sei	1	2,7
Mulher contrai as pernas durante as contrações	Sim	32	86,5	Favorecer a redução do edema de colo	Sim	23	62,2
	Não	4	10,8		Não	13	35,1
	Não sei	1	2,7		Não sei	1	2,7
Acompanhante pouco participativo	Sim	27	73,0	Favorecer a ruptura das membranas	Sim	11	29,7
	Não	9	24,3		Não	25	67,6
	Não sei	1	2,7		Não sei	1	2,7

Observando-se a tabela 7, destaca-se a alta freqüência dos critérios tidos como incorretos, onde 94,6% consideraram correto estimular esta prática/cuidado quando a parturiente assume posições desfavoráveis ao parto, 89,2% quando a mulher encontra-se pouco participativa, 86,5% quando a mulher contrai as pernas durante as contrações e 73,0% quando desejam estimular a participação do acompanhante. Apesar de somente 45,9% participantes citarem como critério a constatação de edema de colo durante o parto, 62,2% esperam ter como efeito a

redução do mesmo, entretanto ambos ainda não possuem evidências que os comprove. Na mesma situação encontra-se o efeito esperado relacionado à correção do assinclitismo¹⁰, que teve um alto percentual de respostas (81,1%).

Como critério que possui bases científicas que o comprove, foi mencionado por 91,9% das enfermeiras que tais movimentos deveriam ser estimulados para fetos cuja apresentação encontrava-se alta. Em consonância destacou-se como efeitos esperados o fato de 100% das enfermeiras acreditarem que esta prática/cuidado facilita o encaixe da apresentação fetal e proporciona um melhor posicionamento do feto no canal de parto.

O estímulo ao posicionamento de cócoras foi outra TNICEO estudada. Assim, 90,2% das enfermeiras obstétricas declararam utilizar tal prática/cuidado, de acordo com a distribuição de freqüências dos critérios e efeitos esperados apresentada na tabela 9:

¹⁰ Assinclitismo é o termo técnico utilizado para quando o feto com apresentação cefálica posiciona-se de modo que a sua sutura sagital (linha que divide o crânio em dois hemisférios) esteja oblíqua a pelve materna, dificultando sua insinuação/ nascimento (CARRARA, DUARTE, 1996).

Tabela 9 – Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados ao estimular a posição de cócoras. Brasil, 2009.

Crítérios	Categorias	N	%	Efeitos esperados	Categorias	N	%
Correto de acordo com a literatura científica				Correto de acordo com a literatura científica			
Mulher se sente confortável nesta posição	Sim	37	100	Favorecer a descida fetal	Sim	37	100
	Não	0	0		Não	0	0
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Mulher próxima do período expulsivo	Sim	33	89,2	Pelve atinge maior amplitude	Sim	36	97,3
	Não	4	10,8		Não	1	2,7
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Ângulos pélvicos estreitos	Sim	25	67,6	Reduzir a pressão externa sobre o sacro e os quadris da mulher	Sim	31	83,8
	Não	11	29,7		Não	6	16,2
	Não sei	1	2,7		Não sei	0	0
Feto grande	Sim	17	45,9	Sincronia efetiva entre os músculos abdominais e as contrações uterinas	Sim	29	78,4
	Não	17	45,9		Não	6	16,2
	Não sei	3	8,1		Não sei	2	5,4
Não possui embasamento científico para uso adequado				Não possui embasamento científico para uso adequado			
Necessidade de melhorar a intensidade e o ritmo das contrações	Sim	29	78,4	Acelerar o processo de parto	Sim	33	89,2
	Não	8	21,6		Não	4	10,8
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Feto com variação occipitoposterior ou transversa	Sim	19	51,4	Mulher menos desgastada	Sim	30	81,1
	Não	14	37,8		Não	7	18,9
	Não sei	4	10,8		Não sei	0	0
Incorreto pela literatura científica				Maior intensidade das contrações uterinas	Sim	27	73,0
Risco do recém-nascido cair no chão	Sim	21	56,8		Não	9	24,3
	Não	16	43,2		Não sei	1	2,7
	Não sei	0	0	Ruptura das membranas	Sim	15	40,5
Necessidade de estimular o apoio do acompanhante	Sim	21	56,8		Não	20	54,1
	Não	16	43,2		Não sei	2	5,4
	Não sei	0	0				

Observa-se que muitos dos critérios e efeitos esperados estabelecidos ao se estimular o posicionamento de cócoras foram freqüentemente admitidos como verdadeiros mesmo sendo classificados como incorretos pela literatura científica, ou sem embasamento para serem indicados de forma adequada.

Destaca-se, devido à unanimidade, o fato das enfermeiras terem citado como um critério para estímulo da posição de cócoras a mulher se sentir confortável, e como efeito esperado o favorecimento da descida fetal. Outro efeito bastante mencionado (97,3%) foi que a pelve atinge sua maior amplitude quando a mulher encontra-se nesta posição. Muitas enfermeiras obstétricas (89,3%) também referiram que esta posição deve ser estimulada quando a mulher encontra-se próxima do período expulsivo.

Os critérios incorretos tiveram freqüências de 56,8% e tratavam sobre o risco do feto cair no chão e sobre a necessidade de estimular a participação do acompanhante.

Sobre a posição de quatro apoios, pouco mais da metade (64,3%) das respondentes desta questão declararam estimulá-la durante a assistência às parturientes (Tabela 4). Assim, a distribuição das frequências acerca dos critérios e efeitos esperados para a utilização desta TNICEO pode ser vista na tabela 10:

Tabela 10 – Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados ao estimular a posição de quatro apoios. Brasil, 2009.

Crítérios	Categorias	N	%	Efeitos esperados	Categorias	N	%
Correto de acordo com a literatura científica				Correto de acordo com a literatura científica			
Mulher com intensa dor na região lombar	Sim	27	100	Alívio da sensação dolorosa na região lombar	Sim	27	100
	Não	0	0		Não	0	0
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Mulher se sente confortável nesta posição	Sim	27	100	Movimentação suave da bacia	Sim	23	85,2
	Não	0	0		Não	3	11,1
	Não sei	0	0		Não sei	1	3,7
Feto com variação occítoposterior ou transversa	Sim	23	85,2	Rotação fetal para posições anteriores	Sim	21	77,8
	Não	3	11,1		Não	6	22,2
	Não sei	1	3,7		Não sei	0	0
Distócia de ombro	Sim	15	55,6	Facilitar a expulsão de fetos grandes	Sim	21	77,8
	Não	10	37,0		Não	6	22,2
	Não sei	2	7,4		Não sei	0	0
Segundo período do parto muito rápido	Sim	8	29,6	Mulher com mais controle na expulsão	Sim	19	70,4
	Não	17	63,0		Não	8	29,6
	Não sei	2	7,4		Não sei	0	0
Não possui embasamento científico para uso adequado				Feto progredindo mais lentamente	Sim	13	48,1
Necessidade de acelerar a expulsão fetal	Sim	10	37,0		Não	13	48,1
	Não	15	55,6		Não sei	1	3,7
	Não sei	2	7,4	Não possui embasamento científico para uso adequado			
				Melhores índices de APGAR	Sim	17	63,0
					Não	8	29,6
					Não sei	2	4,7
				Menor risco de traumas perineais	Sim	25	92,6
					Não	2	7,4
					Não sei	0	0

Observa-se que as enfermeiras obstétricas possuem conhecimento acerca do alívio da sensação dolorosa na região lombar quando a mulher adota a posição de quatro apoios, pois esta afirmativa foi unanimemente aceita tanto como critério para o estímulo, quanto para o efeito esperado disposto na tabela 10. Observou-se também, que estas levam em consideração o fato da mulher se sentir confortável nesta posição (100%). Entretanto, poucas enfermeiras adotam como critério a suspeita de distócia de ombros (55,6%), e o fato do segundo período do parto estar acontecendo rapidamente (29,6%).

Os efeitos esperados considerados corretos também foram relacionados ao favorecimento da movimentação da bacia (85,2%), a observação da rotação fetal para posições anteriores (77,8%), o favorecimento da expulsão de fetos grandes (77,8%), o maior controle da expulsão fetal (70,4%), e menos freqüentemente, a progressão lenta do feto pelo canal vaginal (48,1%).

Os critérios sem embasamento científico foram menos mencionados, pois apenas 37% declararam que utilizavam quando desejavam acelerar a expulsão fetal. Já os efeitos esperados tiveram índices mais altos, uma vez que 92,6% esperavam diminuir os traumas perineais, e 63,0% encontrar melhores índices de APGAR nos recém-nascidos cujas mães adotaram esta posição.

Ao questionar as enfermeiras obstétricas acerca do suporte aos estímulos táteis, obteve-se que as práticas/cuidados mais utilizadas, segundo a tabela 4, foram: o banho morno de aspensão (95,0%); e a massagem (95,0%). Com menor freqüência, as enfermeiras obstétricas participantes também estimulavam o banho morno de imersão (45,0%) e ofereciam compressas frias/mornas durante o processo de parto (45,0%). Assim sendo, os critérios e efeitos esperados apontados pelas enfermeiras obstétricas para o estímulo ao banho morno de aspensão encontram-se dispostos na tabela 11:

Tabela 11 – Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados ao estimular o banho morno de aspersão. Brasil, 2009.

Crítérios	Categorias	N	%	Efeitos esperados	Categorias	N	%		
Correto de acordo com a literatura científica	Parturiente com acentuado desconforto físico	Sim	38	100	Alívio da sensação dolorosa	Sim	38	100	
		Não	0	0		Não	0	0	
		Não sei	0	0		Não sei	0	0	
	Parturiente tensa e desgastada	Sim	38	100	Relaxamento da mulher	Sim	38	100	
		Não	0	0		Não	0	0	
		Não sei	0	0		Não sei	0	0	
	Contrações mais intensas	Sim	37	97,4	Maior conforto da cliente	Sim	37	97,4	
		Não	1	2,6		Não	1	2,6	
		Não sei	0	0		Não sei	0	0	
	Parturiente com mais de 5cm de dilatação	Sim	29	76,3	Aumentar a dilatação cervical	Sim	34	89,5	
		Não	7	18,4		Não	4	10,5	
		Não sei	2	5,3		Não sei	0	0	
	Necessidade de acelerar a dilatação cervical	Sim	28	73,7	Acelerar o processo de parto	Sim	30	78,9	
		Não	9	23,7		Não	7	18,4	
		Não sei	1	2,6		Não sei	1	2,6	
	Incorreto pela literatura científica	Primeiro estágio do parto acelerado	Sim	28	73,7	Manutenção da integridade perineal	Sim	21	55,3
			Não	8	21,1		Não	15	39,5
			Não sei	2	5,3		Não sei	2	5,3
Parturiente acompanhada		Sim	25	65,8	Aumento das contrações uterinas	Sim	17	44,7	
		Não	11	28,9		Não	19	50,0	
		Não sei	2	5,3		Não sei	2	5,3	
					Não possui embasamento científico para uso adequado	Diminuição das contrações uterinas	Sim	19	50,0
							Não	18	47,4
							Não sei	1	2,6

Observa-se que as enfermeiras obstétricas estimulam o banho morno de aspersão principalmente quando observam acentuado desconforto físico por parte da parturiente (100%), quando a parturiente encontra-se tensa e desgastada (100%) e quando as contrações estão muito intensas (97,4%). Com esta prática/cuidado esperam predominantemente: favorecer o alívio da sensação dolorosa (100%), o relaxamento da mulher (100%), promover o conforto (97,4%), favorecer a dilatação cervical (89,5%), e acelerar o processo de parto (78,9%).

Os critérios relacionados à aceleração do primeiro estágio de parto (73,7%) e a necessidade de estimulação do acompanhante (65,8%) foram citados, apesar de serem considerados incorretos. Além de que 50% das enfermeiras obstétricas alegaram que esperam a diminuição das contrações uterinas com esta prática/cuidado, mesmo sem bases científicas que comprove tal fato.

Salienta-se o fato de que menos da metade 44,7% das enfermeiras terem considerado como efeito da utilização do banho morno de aspersão o aumento das contrações uterinas, mesmo esta opção sendo considerada correta.

O estímulo à massagem, que pode ser oferecida pelo profissional à parturiente ou realizada pelo acompanhante, foi outra TNICEO relacionada ao Suporte Físico, que se destacou pela frequência de utilização, visto que 90,5% das enfermeiras obstétricas admitiram que a utilizavam (Tabela 4). A distribuição das frequências dos critérios e efeitos esperados pelas enfermeiras obstétricas para a utilização desta está apresentada na tabela 12:

Tabela 12 – Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados ao oferecer ou estimular a massagem. Brasil, 2009.

Crítérios	Categorias	N	%	Efeitos esperados	Categorias	N	%		
Correto de acordo com a literatura científica	Parturiente com desconforto	Sim	38	100	Correto de acordo com a literatura científica	Relaxamento da musculatura da parturiente	Sim	38	100
		Não	0	0			Não	0	0
		Não sei	0	0			Não sei	0	0
	Contratura da musculatura devido à tensão nervosa	Sim	37	97,4	Alívio a sensação dolorosa	Sim	38	100	
		Não	1	2,6		Não	0	0	
		Não sei	0	0		Não sei	0	0	
	Dificuldade da mulher em se centrar no seu corpo e em seu parto	Sim	36	94,7	Maior participação do acompanhante	Sim	37	97,4	
		Não	2	5,3		Não	1	2,6	
		Não sei	0	0		Não sei	0	0	
Não possui embasamento científico para uso adequado	Necessidade de utilizar óleos estimuladores da contração uterina	Sim	22	57,9	Maior concentração da parturiente	Sim	36	94,7	
		Não	16	42,1		Não	2	5,3	
		Não sei	0	0		Não sei	0	0	
	Necessidade de favorecer o relaxamento da mulher com óleos calmantes	Sim	22	57,9	Maior fluxo sanguíneo na região massageada	Sim	35	92,1	
		Não	16	42,1		Não	3	7,9	
		Não sei	0	0		Não sei	0	0	
Incorreto pela literatura científica	Acompanhante pouco participativo	Sim	37	97,4	Maior produção de endorfinas	Sim	34	89,5	
		Não	1	2,6		Não	3	7,9	
		Não sei	0	0		Não sei	1	2,6	
	Necessidade de aumentar o vínculo com a cliente	Sim	35	92,1	Não possui embasamento científico para uso adequado	Menor tempo do segundo estágio do parto	Sim	24	63,2
		Não	2	5,3			Não	12	31,5
		Não sei	1	2,6			Não sei	2	5,3
				Facilitação da descida fetal	Sim	22	59,5		
					Não	14	37,8		
					Não sei	2	5,3		
				Aumento da força de contração uterina	Sim	20	54,1		
					Não	16	43,2		
					Não sei	2	5,3		

Todas as enfermeiras obstétricas respondentes desta questão utilizam como critério para a estimulação/oferecimento da massagem a observação do desconforto da mulher, e em igual proporção esperam favorecer o relaxamento e proporcionar o alívio da sensação dolorosa. Outros critérios, com embasamento científico, que tiveram elevadas frequências foram: 97,4% que estimulam/oferecem a massagem

quando observam contratura muscular, e 94,7% quando observam a dificuldade da mulher de se centrar em si, no seu corpo e em seu parto.

Dos efeitos que possuem sustentação teórica, observou-se que as enfermeiras obstétricas ao estimular/oferecer a massagem esperam favorecer a participação do acompanhante (97,4%), favorecer a concentração da parturiente (94,7%), o fluxo sanguíneo na região massageada (92,1%), e a produção de endorfinas (89,5%).

O critério relacionado ao estímulo da participação do acompanhante, mesmo sendo considerado incorreto teve um percentual elevado (97,4%) de utilização pelas enfermeiras, bem como o critério relacionado ao estabelecimento de vínculo com a cliente (92,1%).

Mais da metade das enfermeiras (57,9%) respondentes afirmaram utilizar como critério a necessidade de estimular o parto e o relaxamento com óleos, tais como a canela e a lavanda respectivamente, estes foram considerados incorretos por não possuírem bases científicas que os comprove. Nesta mesma situação encontram-se os efeitos esperados relacionados à diminuição do tempo do segundo estágio do parto (63,2%), a facilitação da descida fetal (59,5%), e o aumento da força de contração (54,1%).

Outra TNICEO estudada foi o estímulo ao banho morno de imersão, que apesar da menor frequência de utilização (45,0%) obteve a distribuição de frequências acerca de seus critérios de utilização e efeitos esperados apresentada na tabela 13:

Tabela 13 – Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados ao estimular o banho morno de imersão. Brasil, 2009.

Crítérios	Categorias	N	%	Efeitos esperados	Categorias	N	%			
Correto de acordo com a literatura científica	Contrações estão mais intensas	Sim	17	94,9	Correto de acordo com a literatura científica	Maior relaxamento e conforto da mulher	Sim	18	100	
		Não	1	5,6			Não	0	0	
		Não sei	0	0			Não sei	0	0	
Mulher muito cansada		Sim	16	88,9	Mulher mais calma		Sim	18	100	
		Não	2	11,1			Não	0	0	
		Não sei	0	0			Não sei	0	0	
Parturiente com mais de 5cm de dilatação		Sim	14	77,8	Mulher com maior entrega emocional		Sim	17	94,9	
		Não	4	22,2			Não	0	0	
		Não sei	0	0			Não sei	1	5,6	
Mulher com dor difusa		Sim	14	77,8	Menor necessidade de drogas analgésicas		Sim	17	94,9	
		Não	3	16,7			Não	1	5,6	
		Não sei	1	5,6			Não sei	0	0	
Processo de parto muito longo		Sim	13	72,2	Maior atividade uterina sem aumento da sensação dolorosa		Sim	16	88,9	
		Não	5	27,8			Não	2	11,1	
		Não sei	0	0			Não sei	0	0	
Não possui embasamento científico para uso adequado	Musculatura perineal tensa	Sim	14	77,8	Manutenção da integridade perineal		Sim	15	83,3	
		Não	4	22,2			Não	3	16,7	
		Não sei	0	0			Não sei	0	0	
Incorreto pela literatura científica	Mulher no final da segunda fase do processo de parto	Sim	14	77,8	Não possui embasamento científico para uso adequado	Facilitação da descida fetal	Sim	13	72,2	
		Não	4	22,2				Não	5	27,8
		Não sei	0	0				Não sei	0	0
Batimentos cardíofetais estão acelerados		Sim	7	38,9	Melhorar os batimentos cardíofetais		Sim	12	66,6	
		Não	10	55,6			Não	6	33,4	
		Não sei	1	5,6			Não sei	0	0	
					Redução da velocidade de descida fetal		Sim	11	61,1	
							Não	7	39,9	
							Não sei	0	0	

Observa-se que dentre as poucas enfermeiras obstétricas que utilizavam o banho morno de imersão, os critérios mais evidentes para sua estimulação foram: a observação de contrações intensas (94,9%) e o fato da mulher encontrar-se exaurida (88,9%). Da mesma forma, os efeitos esperados mais apontados pelas respondentes estavam relacionados com: o relaxamento e conforto da mulher (100%), o favorecimento da tranqüilidade (100%), a entrega emocional (94,5%), a diminuição da necessidade de drogas analgésicas (94,5%), o aumento da atividade uterina sem aumento da sensação dolorosa (88,9%), e a integridade perineal (83,3%).

Os critérios incorretos e sem embasamento científico tiveram um alto número de respostas, como se podem ver no fato de se estimular o banho morno de imersão quando a mulher encontra-se no final da segunda fase do processo de parto (77,8%), e quando a musculatura perineal encontra-se tensa (77,8%). Ao mesmo

tempo 55,6% das enfermeiras obstétricas negaram que utilizassem a aceleração dos batimentos cardíacos como parâmetro para a estimulação desta TNICEO, que também era uma opção incorreta para esta questão.

Para os efeitos esperados, as questões sem embasamento científico tiveram um menor percentual de respostas afirmativas, quando comparadas com as demais, entretanto ainda correspondeu a maioria das respondentes. Assim foram os efeitos de descida fetal (72,2%), diminuição dos batimentos cardíacos (66,6%) e redução da velocidade de descida fetal (61,1%).

O oferecimento de compressas frias ou mornas durante a assistência ao parto é uma TNICEO igualmente pouco utilizada, uma vez que apenas 45,0% das enfermeiras obstétricas (tabela 4) afirmaram utilizá-la em sua prática profissional. Os critérios e efeitos esperados com esta prática/cuidado estão apresentados na tabela 14, disposta a seguir.

Tabela 14 – Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados ao oferecer ou estimular o uso de compressas frias ou mornas. Brasil, 2009.

Critérios	Categorias	N	%	Efeitos esperados	Categorias	N	%
Correto de acordo com a literatura científica				Correto de acordo com a literatura científica			
Sensação de dor em região localizada	Sim	16	88,9	Aumento do fluxo sanguíneo local (compressas quentes)	Sim	17	94,4
	Não	2	11,1		Não	1	5,6
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Parturiente tensa e desconfortável (compressas quentes)	Sim	15	83,3	Parturiente mais calma e confortável	Sim	16	88,9
	Não	2	11,1		Não	1	5,6
	Não sei	1	5,6		Não sei	1	5,6
Mulher com espasmos musculares	Sim	12	66,7	Menor produção de Adrenalina (compressas quentes)	Sim	15	83,3
	Não	5	27,8		Não	3	16,7
	Não sei	1	5,6		Não sei	0	0
Mulher agitada e transpirando (compressas frias)	Sim	9	50,0	Alívio da sensação dolorosa por diminuição dos impulsos nervosos (compressas frias)	Sim	9	50,0
	Não	7	38,9		Não	5	27,8
	Não sei	2	11,1		Não sei	4	22,2
Não possui embasamento científico para uso adequado				Diminuir a sensação dolorosa local (gelo local)	Sim	5	27,8
Edema de colo (gelo local)	Sim	9	50,0		Não	10	55,6
	Não	8	44,4		Não sei	3	16,7
	Não sei	1	5,6	Não possui embasamento científico para uso adequado			
				Redução do edema de colo (gelo intra-vaginal)	Sim	10	55,6
					Não	6	33,3
					Não sei	2	11,1
				Incorreto pela literatura científica			
				Estimular a produção de Adrenalina (compressas quentes)	Sim	2	11,1
					Não	16	88,9
					Não sei	0	0

Vê-se que nenhum dos critérios pré-definidos no estudo foi considerado correto pela totalidade das respondentes. Os dois critérios que apresentaram maior frequência estavam relacionados com a sensação de dor localizada (88,9%) e com a tensão e desconforto da mulher (83,3%). O efeito esperado que obteve a maior frequência de respostas afirmativas estava relacionado ao uso da compressa quente para o aumento de fluxo sanguíneo local (94,4%), seguido pela promoção de calma e conforto à mulher (88,9%), e a diminuição da produção de adrenalina (83,3%).

A opção incorreta que estabelecia como efeito o aumento da produção de adrenalina foi selecionada por apenas 11,1% enfermeiras obstétricas. As opções sem embasamento científico versaram sobre o edema de colo uterino, sendo esta observação apontada como critério para a utilização de gelo local por 50% das enfermeiras, sendo que 55,6% esperavam observar sua redução como efeito.

A última prática/cuidado estudada acerca das TNICEO relacionadas ao suporte físico foi o fornecimento de alimentação à mulher durante o processo de parto. Das enfermeiras obstétricas que responderam esta questão (40), 87,5% afirmaram que ofereciam algum tipo de alimento às parturientes. Os critério e efeitos esperados com a oferta de alimentos estão apresentados na tabela 15, abaixo:

Tabela 15 – Distribuição numérica e percentual dos critérios e efeitos esperados com a oferta de alimento durante o processo de parto. Brasil, 2009.

Crítérios	Categorias	N	%	Efeitos esperados	Categorias	N	%
Correto de acordo com a literatura científica				Correto de acordo com a literatura científica			
Parturiente classificada como de baixo risco obstétrico	Sim	33	94,3	Mulher mais ativa durante o processo de parto	Sim	34	97,1
	Não	2	5,7		Não	1	2,9
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Desejo da mulher	Sim	33	94,3	Manutenção da hidratação da mulher	Sim	34	97,1
	Não	2	5,7		Não	1	2,9
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Mulher há muito tempo em processo de parto	Sim	31	88,6	Mulher mais satisfeita com seu processo de parto	Sim	33	94,3
	Não	4	11,4		Não	2	5,7
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Mulher sentindo-se sem forças	Sim	31	88,6	Mulher menos cansada no pós-parto	Sim	30	85,7
	Não	4	11,4		Não	5	14,3
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Risco para anestesia geral descartado	Sim	28	80,0	Não observar sinais de cetose na parturiente	Sim	30	69,8
	Não	7	20,0		Não	4	9,3
	Não sei	0	0		Não sei	1	2,3
Mulher ainda não iniciou a fase ativa do parto	Sim	23	65,7	Não possui embasamento científico para uso adequado			
	Não	12	34,4	Feto mais ativo durante o processo de parto	Sim	33	94,3
	Não sei	0	0		Não	2	5,7
Não possui embasamento científico para uso adequado					Não sei	0	0
Parturiente não está nauseada	Sim	29	82,9	Parturiente não ter lipotímia	Sim	32	91,4
	Não	6	17,1		Não	3	8,6
	Não sei	0	0		Não sei	0	0
Feto não-reativo	Sim	21	60,0	Incorreto pela literatura científica			
	Não	12	34,3	Menor índice de broncoaspiração	Sim	11	31,4
	Não sei	2	5,7		Não	20	57,1
					Não sei	4	11,4

Nenhuma das opções de resposta foi considerada pela totalidade das respondentes, mas quando se observa somente os critérios para o fornecimento de alimento para a parturiente vemos que todos foram muito freqüentes, pois foram considerados por mais de 60% das enfermeiras obstétricas.

Os critérios considerados corretos pela literatura científica foram mais freqüentes, sendo estes relacionados ao fato da mulher ser considerada de baixo risco obstétrico (94,3%), de acordo com o desejo da mulher (94,3%), de acordo com o longo tempo em trabalho de parto (88,6%) e de acordo com fato da mulher referir que está sem forças (88,6%). A opção relacionada ao risco de anestesia geral estar descartada, apesar de também ser considerada correta, foi considerada por 80% das enfermeiras obstétricas, assim como o critério que visava a oferta de alimento para aquelas mulheres que ainda não iniciaram a fase ativa do parto (65,7%).

As opções acerca dos critérios sem bases teóricas que os comprove foram igualmente freqüentes, e se referiam ao fato da mulher não estar nauseada (82,9%) e quando a enfermeira observa que o feto está não-reativo (60,0%).

Quanto aos efeitos esperados, as duas opções mais freqüentes eram consideradas corretas, pois possuíam bases científicas e versavam sobre o fato da mulher manter-se mais ativa durante processo de parto quando ela tem a opção de alimentar-se (97,1%) e sobre a manutenção da hidratação da mulher (97,1%). As opções relacionadas à satisfação da mulher (94,3%), ao fato desta estar menos cansada no pós-parto (85,7%) e ao risco de cetose (69,8%) foram menos referidas, apesar de ainda manterem índices altos.

Mesmo sendo o critério relacionado à observação de feto não-reativo ter sido menos mencionado (60,0%), 94,3% das enfermeiras obstétricas referiram que esperavam observar fetos mais ativos durante o trabalho de parto quando a mulher tem a opção de se alimentar. Deixa-se claro que ambas as opções não possuem bases científicas que as comprove. Nesta mesma situação encontra-se o efeito relacionado à observação de menor índice de lipotímia pós-parto (91,4%) quando é oferecida alimentação durante o trabalho de parto.

O efeito considerado incorreto pela literatura científica versava sobre a diminuição do risco de broncoaspiração quando a mulher tem a opção de alimentar-se, e foi considerado correto por apenas 31,4% das enfermeiras respondentes.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo ficou limitado devido ao meio escolhido para a coleta de dados. De acordo com a matéria publicada na *web site* da Financial Web (2008) o número de pessoas no Brasil que possuíam acesso à Internet em 2007 era de 39 milhões de usuários (ANEXO B), sendo que de acordo com publicação da E-Commerce (2008) cerca de 50% dos usuários da internet em 2000 possuíam escolaridade universitária ou mais (ANEXO C). Tais considerações demonstram que apesar de a internet ser hoje um meio de comunicação difundido em quase todo o país, principalmente entre os profissionais de nível superior, parece que o Brasil ainda possui limitações na veiculação e credibilidade de pesquisas realizadas através de suas ferramentas. Mesmo enviando inúmeros convites e adotando diferentes formas de divulgação da pesquisa, a aderência ao estudo foi muito abaixo do esperado.

As dificuldades encontradas com a elaboração e manutenção do *web site* foram um entrave desde o início, pois dependiam de um profissional especializado para executá-las, entretanto, foi um meio viável de coleta de dados para a população estudada, visto a dispersão dos indivíduos no território nacional.

O tempo foi outro limitador do estudo, pois na medida em que se deve cumprir prazos para o término do curso de mestrado, o período de coleta de dados não pode se estender demasiadamente, ou poderia atrasar todo o andamento da pesquisa. Assim, optou-se por fechar o banco de dados após pouco mais de 2 meses de coleta.

Superados os obstáculos, conseguiu-se construir um banco de dados que possibilitou a continuidade do estudo. Considerando que se trata de uma pesquisa quantitativa exploratória, acredita-se que os dados puderam demonstrar a realidade da prática das enfermeiras obstétricas que atuam na assistência à parturiente independente do número de questionários completos coletados, visto que puderam ser determinadas quais práticas/cuidados são mais utilizadas e os critérios e efeitos esperados com sua implementação.

Os dados permitiram destacar quais práticas/cuidados eram mais utilizadas, quais eram os critérios adotados pelas enfermeiras ao indicá-las, e quais eram os efeitos esperados quando tais práticas/cuidados eram implementadas. Para a discussão serão abordados os critérios e efeitos mais significativos, principalmente

aqueles que foram apontados por mais de 80% das enfermeiras obstétricas respondentes.

Como forma de favorecer a compreensão optou-se por dividir a discussão dos resultados em dois capítulos, sendo o primeiro relacionado às características das enfermeiras obstétricas no Brasil e a mudança de conduta frente à utilização das tecnologias não-invasivas de cuidado. O segundo trata da discussão acerca dos critérios e efeitos esperados pelas enfermeiras ao implementarem algumas práticas/cuidados no suporte físico.

4.1 A enfermagem obstétrica no Brasil e as tecnologias não-invasivas de cuidado

Participaram do estudo 65 enfermeiras obstétricas que atuavam com assistência à parturiente em território nacional. As características da amostra demonstraram que esta especialidade é composta em sua maioria por profissionais do sexo feminino, sendo que a maior parte das respondentes possuía especialização em enfermagem obstétrica e atuava cerca de 10 anos na área. As enfermeiras que tinham atividades diretamente com a assistência à parturiente se concentram principalmente na região sudeste do país.

Para se entender como que se chegou à atual situação das enfermeiras obstétricas no país, considera-se necessário buscar bases históricas da formação e da distribuição de curso de pós-graduação, que possibilite a compreensão da configuração atual.

No início da formação da enfermeira obstétrica no Brasil a hierarquia hospitalar já se encontrava estabelecida, de forma que as enfermeiras reproduziam o modelo tecnocrático de assistência dominante, atuando de forma a evitar preventivamente os aspectos patológicos do processo de parto (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002). Neste paradigma, não cabia a enfermeira a assistência direta à parturiente, pois com a institucionalização do parto este passou a ser considerado um evento cirúrgico, e, portanto, um ato médico. Assim, suas práticas estavam voltadas para áreas de desenvolvimento científico ou atividades administrativas. A assistência ao parto era delegada quando muito às obstetizes, que a princípio foram

formadas por escolas médicas, e por isso mantinham uma postura subjugada em relação a estes profissionais (RIESCO, 1998).

Após anos de uma atenção extremamente intervencionista, que não conseguiu dar conta das necessidades de saúde da população feminina, e das lutas travadas entre diversos setores da sociedade, a criação de políticas públicas voltadas para a humanização do parto e nascimento marcou a mudança de postura do Estado frente às práticas utilizadas na assistência obstétrica (SEIBERT et al., 2005; DIAS; DOMINGUES, 2005; DINIZ, 2001). Essa tendência já era sentida desde o final da década de 90, quando o Ministério da Saúde passou a incentivar a formação de enfermeiras obstétricas que deveriam atuar na saúde materna e perinatal, uma vez que o número de profissionais já formadas era incipiente (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002; BRÜGGEMANN, 2003). Tais investimentos governamentais proporcionaram às enfermeiras a renovação do seu *habitus* profissional institucionalizado e a aquisição de um novo capital de conhecimentos (CAMACHO, 2010).

Confrontando-se o panorama supracitado com os dados desta pesquisa observa-se que apesar do incentivo quanto à formação da enfermeira obstétrica, sua atuação na assistência ao parto ainda encontra-se limitada. É certo que houve avanços, visto que hoje o parto assistido por enfermeiras entrou para a tabela de procedimentos do SUS e é uma realidade em algumas maternidades e casas de parto públicas (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002). Entretanto, as enfermeiras ainda são excluídas do setor privado e muitas vezes são desviadas de sua função junto à mulher para desempenharem papéis administrativos ou assistências fora de sua especialidade. Este fato pode ser observado no estudo de Yoshizato e Merighi (2002) realizado com as enfermeiras egressas do curso de habilitação e especialização de enfermagem obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Neste, as autoras constataram que apenas 21,7% das enfermeiras obstétricas atuavam na assistência ao parto mesmo que esporadicamente, sendo que algumas (11,9%) sequer conseguiram se inserir no mercado de trabalho em sua área de formação.

Levando-se em consideração que a realidade do estado de São Paulo difere muito da realidade dos demais estados brasileiros, no que tange a disponibilidade de cursos de pós-graduação *Lato Sensu*, isso explicaria o fato de se ter encontrado um percentual muito maior de enfermeiras que atuam diretamente com as parturientes

na região sudeste do país. Tal afirmativa pode ser comprovada ao relacionar-se a existência dos cursos de pós-graduação *Lato Sensu* aos dados encontrados na última Sinopse Estatística da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP (2007), uma vez que estes cursos estão vinculados a alguma instituição de ensino superior. Tal sinopse aponta que a região sudeste é a que possui o maior número de instituições de nível superior (48,0%), seguida pela região nordeste (18,5%), sul (16,4%), centro-oeste (10,9%) e norte (6,2%).

Tais dados evidenciam a desigualdade na oportunidade de formação, que certamente é um dos fatores que interferem na disponibilidade de profissionais especializados para a prática, entretanto não se encontraram estudos que abordassem somente os programas de pós-graduação *Lato Sensu*, nem ao menos de forma genérica para buscar tal correlação. Segundo Silva (2008), o próprio governo reconhece a falta de dados precisos acerca da pós-graduação *Lato Sensu* em seu quadro de análise. No entanto, através desta tabela é possível ter uma noção das desigualdades existentes no território nacional, no que tange à disponibilidade de instituições de ensino.

A representação das unidades da federação brasileira neste estudo não foi proporcional à disponibilidade de instituições em cada uma das regiões, entretanto a predominância de profissionais da região sudeste pode ser explicada por este enfoque. Assim, considera-se que os baixos índices encontrados dos demais estados podem estar relacionados à pequena oferta de cursos de especialização, e à dificuldade de inserção no mercado de trabalho das enfermeiras obstétricas, principalmente no que se refere à assistência direta à parturiente.

Com a atual conjuntura das políticas públicas relacionadas ao cuidado à saúde da mulher, a especialização em enfermagem obstétrica tornou-se ainda mais importante (DINIZ, 2001). A inserção da enfermeira obstétrica na assistência à parturiente é vista como uma medida capaz de reduzir o número de intervenções desnecessárias, além de oferecer um cuidado mais integral às clientes (DIAS; DOMINGUES, 2005). Entretanto, para que essas mudanças ocorressem, as enfermeiras obstétricas necessitaram atualizar suas práticas/cuidados para atender às demandas governamentais. Isso significa pensar que estas tiveram que se liberar da dominação simbólica masculina e modificar seu *habitus* para o estabelecimento no cenário do parto.

O estudo de Progianti e Mouta (2009) teve como objetivo analisar as estratégias institucionais utilizadas por uma maternidade municipal do Rio de Janeiro para implantar o modelo humanizado. Para tanto, desenvolveu-se oficinas de sensibilização nesta instituição, com a participação de toda a equipe de saúde. No entanto, apenas as enfermeiras obstétricas foram capazes de renovar seu *habitus*, fato que demonstra a predisposição dessa classe profissional ao cuidado humanizado. Assim, o contato das enfermeiras obstétricas com novas propostas de assistência fez com que estas conseguissem incorporar, tanto na abordagem, quanto no desenvolvimento de habilidades específicas, práticas/cuidados que hoje fazem parte do *rol* das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica – TNICEO (VARGENS; PROGIANTI, 2004).

Assim, neste novo cenário, não cabia mais a enfermeira desenvolver práticas pautadas no saber biomédico, visto que este já era campo de atuação de outros profissionais. Essa mudança gradual trouxe a necessidade de eliminação do raciocínio biologicista, clínico-médico e o desenvolvimento de habilidades diferenciadas que fossem de encontro com as demandas atuais, em busca de um cuidado humanizado e desmedicalizado (PROGIANTI et al, 2009). Por conseguinte, a utilização das tecnologias não-invasivas de cuidado surgiu como um meio para o rompimento com o modelo tecnocrático hegemônico, pois sua utilização é pautada basicamente na atitude profissional durante a sua prática assistencial.

Entretanto, esta nova definição sobre o que são as TNICEO ainda encontra-se confusa para as enfermeiras, que desconhecem aspectos mais profundos deste conceito. Instrumentos que são utilizados para a aplicação das práticas/cuidados, que fazem parte do *rol* das TNICEO são confundidos com a própria tecnologia. Tal fato foi evidenciado nesta pesquisa, onde a maioria (88,4%) das enfermeiras considerou que instrumentos, tais como, a *bola suíça*, o *banquinho de cócoras*, o *cavalinho*, o *chuveiro*, entre outros, seriam as tecnologias em si. Acredita-se que este fato deva-se principalmente à dificuldade em compreender o verdadeiro significado da palavra tecnologia, que pelo senso comum refere-se às máquinas, mecanização, intervenção, e a dificuldade em romper definitivamente com o modelo biomédico hegemônico (TORRES, 2006; LIMA et al., 2005). Destaca-se que apenas 32,6% confundiram o conceito das TNICEO com aparelhos utilizados pelas enfermeiras obstétricas em sua prática profissional, demonstrando a negação das demais enfermeiras em aceitar que os instrumentos utilizados para a aplicação

destas tecnologias sejam sinônimos dos aparelhos citados nesta opção. Sugere-se que, ao negar o modelo tecnocrático e medicalizado de assistência, as enfermeiras têm a necessidade de negar o uso de qualquer aparelho que venha a interferir no processo fisiológico do parto, e que as assemelhe ao modelo criticado. Assim, negam a similaridade entre os instrumentos utilizados pelas enfermeiras obstétricas e os aparelhos característicos do modelo biomédico, como se o próprio instrumento tivesse um potencial não-intervencionista e não-invasivo em si.

Outra questão interessante acerca deste conceito foi o fato de que menos da metade das enfermeiras obstétricas (48,8%) considerou que as TNICEO derivam de seu saber estruturado. Isto evidencia a dificuldade em se compreender o que é próprio da enfermagem e o que é adotado de outras profissões. É certo que muitas das práticas/cuidados englobadas por este conceito foram aos poucos sendo incorporadas às ações das enfermeiras obstétricas à medida que estas profissionais vinham tendo contato com outra forma de cuidar (PROGIANTI; MOUTA, 2009). Muitas das práticas/cuidados utilizadas por estas profissionais derivam deste saber que foi sendo modificado a partir do contato destas com o modelo humanizado de assistência, com as novas diretrizes da Organização Mundial de Saúde, e a com as experiências nacionais e internacionais na área. Assim, ao criticar o modelo medicalizado de assistência, as enfermeiras obstétricas procuraram alternativas não-invasivas que pudessem contribuir para o bom desenvolvimento do parto fisiológico. A dificuldade em enxergar tal fato demonstra que as raízes profundas da tecnocracia e a dominação simbólica ainda permeiam as atividades das enfermeiras obstétricas, exigindo estudos científicos rígidos que embasem o desenvolvimento de suas práticas. Tal afirmativa por ser reforçada ao se observar a citação de um trecho do estudo de Torres (2006, p.83), que diz:

A dificuldade da enfermagem em buscar desenvolver tecnologias ao invés de estruturar seu fazer apenas na aprendizagem de técnicas deriva-se da forte influência do saber médico na configuração desta profissão. Influência esta que levou as enfermeiras a supervalorizarem o domínio de técnicas que muito mais servem de apoio ao diagnóstico e terapêutica médicos do que propriamente à identificação da natureza dos cuidados de enfermagem. Com isso, as enfermeiras permanecem desenvolvendo e incorporando técnicas sem um questionamento aprofundado sobre sua finalidade e sem uma identificação com um saber próprio da enfermagem.

Assim, observa-se que o trabalho da enfermeira foi se desenvolvendo a partir do conhecimento biomédico, e que por isso existe uma dificuldade em se estabelecer essa ruptura. A utilização de tecnologias não-invasivas de cuidado força

este rompimento, pois se configura em práticas contrárias, baseadas em modelos assistenciais divergentes em sua essência. Assim, considera-se que seu desenvolvimento parte do saber estruturado das enfermeiras obstétricas, pois mesmo aplicando uma ação que surgiu da experiência de outro profissional, estas continuam refletindo em seu melhor modo de fazer, sua intencionalidade e justificativas, levando à transformação do cuidado implementado (TORRES, 2006). Assim, a enfermeira obstétrica adquire continuamente o conhecimento sobre o cuidado com a mulher, à medida que experiencia cada tecnologia não-invasiva de cuidado em sua realidade (AIRES, 2006). Não se trata em disputar a legitimidade de um corpo de conhecimentos com as demais profissões envolvidas com a assistência obstétrica, mas de entender que a enfermeira é capaz de transformar estas práticas de forma a estabelecer a conexão entre o empírico e o científico, entre o cuidado domiciliar e o cuidado hospitalar.

Ainda no que se refere ao conceito das TNICEO destacou-se o fato de que apenas 53,5% das enfermeiras obstétricas atribuírem às tecnologias uma característica essencialmente relacional. Isso reforça a idéia da dificuldade das enfermeiras em correlacionar a tecnologia com o cuidado, visto que o cuidado de enfermagem em si é fundamentalmente relacional, pois se estabelece a partir da interação entre os sujeitos, neste caso a enfermeira obstétrica e a mulher. A tecnologia relacional é o instrumento básico da enfermeira na assistência à mulher, sendo considerada fundamental para o estabelecimento do vínculo de confiança (BONADIO, 1998).

Ao contrário do que foi encontrado neste estudo, na pesquisa realizada por Torres (2006) acerca das concepções de tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica, a tecnologia relacional foi a que mais freqüentemente apareceu na fala dos co-pesquisadores. Segundo a conclusão deste estudo, esta tecnologia é aquela que se constitui a partir do contato entre a enfermeira e a mulher. Compõem-se de uma relação profunda, íntima, comprometida, de construção conjunta, onde todas as partes são fundamentais para o processo de construção do cuidado. Esta tecnologia é repleta de características do gênero feminino, pois é constituída de práticas de cuidado utilizadas por mulheres durante milênios (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008). Entretanto, conforme explica Bourdieu (2002) o trabalho com características femininas é pouco valorizado, e a desvalorização desta tecnologia poderia ser

explicada pela dominação simbólica masculina ainda instituída na enfermagem obstétrica.

Apesar dos conflitos ainda existentes no campo obstétrico, a enfermeira obstétrica é considerada a categoria profissional mais disposta a desenvolver práticas humanizadoras da assistência, pois conseguiu reconfigurar seu *habitus* medicalizado, de modo a atender as demandas governamentais e sociais (MOUTA, 2009). Assim, algumas práticas/cuidados antes discriminadas, passaram a ser utilizadas pelas enfermeiras que tiveram contato com este conhecimento, e outras, que eram utilizadas rotineiramente passaram a ser menos freqüentes após a inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto. Assim, o reconhecimento e legitimação do conhecimento adquirido pelas enfermeiras obstétricas significaram o lucro simbólico da categoria que saiu da posição de dominada e passou a atuar diretamente na assistência ao parto, tornando-se agentes de luta no campo hospitalar (CAMACHO, 2010).

Essa mudança em relação às práticas/cuidados utilizadas pelas enfermeiras obstétricas pode ser confirmada com os dados desse estudo, uma vez que algumas práticas invasivas, que eram rotineiras há poucos anos, hoje são utilizadas com menos freqüência, ou simplesmente nunca são utilizadas por algumas enfermeiras obstétricas, como são os casos da hidratação venosa, da episiotomia, da amniotomia e da manobra de Kristeler. Isso não significa dizer que tais práticas invasivas têm sido menos utilizadas na assistência obstétrica, visto que a indicação de intervenções depende da hierarquia institucional existente. Tal afirmativa se comprova através do estudo de Sodr e e Lacerda (2007) que buscou investigar a indica o de práticas como o jejum, enema e tricotomia em institui es do município de Londrina-PR, cujos resultados demonstraram que:

O profissional médico emergiu como o principal agente desse processo, detendo o poder de decisão para sua efetiva o. O trabalho da enfermeira apareceu subordinado ao do médico, evidenciando-se uma divisão técnica e social do trabalho de assistência ao parto, de cujas decisões a enfermeira não participa. (SODR E; LACERDA, 2007, p.88)

Assim, observa-se que a prescri o médica serve como instrumento de poder e subordina o dos profissionais que atuam na assistência ao parto, que nem sempre possuem autonomia sobre a indica o e contra-indica o destas práticas invasivas. No estudo de  ngulo-Tuesta et al. (2003) que buscou compreender as rela es de coopera o e conflito entre as enfermeiras obstétricas e os médicos,

reforça-se esta idéia ao constatar que questões, como a indicação terapêutica e tomada de decisão sobre procedimentos ainda era uma atribuição exclusiva do profissional médico. Salienta-se que este estudo foi realizado em maternidades do Rio de Janeiro onde havia implantação da assistência das enfermeiras obstétricas ao parto, entretanto o médico sentia-se numa posição hierárquica superior, de modo a criticar e desqualificar as práticas inovadoras propostas pelas enfermeiras. As práticas/cuidados não intervencionistas foram apontadas como motivo de conflito entre as categorias profissionais, visto que o médico não foi capaz de reconfigurar seu *habitus* profissional, mesmo após os estímulos governamentais e institucionais para uma atenção humanizada ao parto.

No estudo de Silva, Serrano e Christoffel (2006) realizado em uma maternidade do Rio de Janeiro, as pesquisadoras constataram que 100% das enfermeiras responderam ser administrada ocitocina de rotina, por indicação médica, 50% realizavam amniotomia de rotina na assistência ao parto, e 100% utilizavam a episiotomia no parto. Infelizmente considera-se que o universo estudado foi muito pequeno, visto que a amostra contava apenas com seis enfermeiras. Entretanto, apesar de não ter evidenciado mudanças quanto às intervenções realizadas na assistência ao parto desta instituição, este estudo mostrou que outras práticas/cuidados, tais como a deambulação e o banho morno passaram a ser utilizadas.

É certo que as mudanças ocorridas após a implantação da política de humanização do parto e nascimento vêm ocorrendo de forma lenta, entretanto o presente estudo demonstrou uma mudança de postura das enfermeiras frente às intervenções supracitadas, quando comparado com pesquisas anteriores. Essa mudança na prática da enfermeira também está reforçada no estudo de Camacho (2010) onde estas profissionais referiram que após os incentivos para a humanização do parto e nascimento estas modificaram seu modo de ver a mulher e sua atuação no campo obstétrico. Passaram a reduzir o número de intervenções desnecessárias, a preservar a integridade do corpo da mulher, a respeitar o processo natural e fisiológico do parto e os direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Assim, compreende-se que a utilização de tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica é importante para a delimitação do espaço da enfermeira obstétrica na assistência ao parto e sua diferenciação frente à assistência dos demais profissionais do campo obstétrico, além de significar um

ganho no sentido da humanização da assistência e respeito aos direitos da mulher. Entretanto, para que estas possam ser utilizadas amplamente é necessário que possuam embasamento científico que comprove seus benefícios diretos na assistência ao processo de parto. Assim, o capítulo a seguir apresentará os critérios e efeitos esperados pelas enfermeiras obstétricas para algumas TNICEO no suporte físico à parturiente e suas implicações com a prática baseada em evidências no que se refere ao julgamento clínico e implementação destas.

4.2 As tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente: critérios e efeitos esperados

Após passarem pelo teste de elegibilidade somente 43, das 65 enfermeiras obstétricas elegíveis para o estudo continuaram a responder ao questionário sobre sua atuação profissional. Considera-se que o tamanho do questionário e os problemas enfrentados com o provedor do *web site* tenham sido um dos principais fatores que contribuíram para essas perdas.

Conforme já mencionado, nesta seção as enfermeiras marcariam, dentre as práticas/cuidados estudadas, quais elas utilizavam em sua atividade profissional, mesmo que esporadicamente. Ao responder que utilizavam uma determinada prática/cuidado abriam-se automaticamente outras duas questões, sendo a primeira relacionada aos critérios para a utilização e a segunda acerca dos efeitos esperados com esta. Deixa-se claro que não foi estabelecida a relação direta entre um determinado critério e o efeito esperado por este especificamente. Os critérios e efeitos foram elaborados e analisados conjuntamente, de acordo com a revisão prévia da literatura.

Para facilitar a compreensão da discussão das TNICEO estudadas, optou-se por subdividi-las de acordo com o tipo de suporte físico oferecido. Assim, será apresentado respectivamente: o suporte relacionado ao ambiente, o suporte ao posicionamento, o suporte aos estímulos táteis, e o suporte energético.

4.2.1 O suporte relacionado ao ambiente

As práticas/cuidados relacionadas a este suporte foram apontadas como uma preocupação freqüente (95,3%) entre as enfermeiras obstétricas que referiram buscar a adequação do ambiente onde ficará a parturiente. Nos últimos anos, algumas unidades de saúde vêm implantando modificações em seus ambientes, de forma a reduzir o medo e a ansiedade causada pela estrutura hospitalar (BRASIL, 2008; CARRARO et al., 2006). Entretanto a preocupação com o ambiente vai além da estrutura física, podendo estar relacionada a outras práticas/cuidados que interferem no processo de parto fisiológico.

A relação do ambiente com o processo de parto foi muito estudada por Odent (2002; 2009) que afirma que para o bom desenvolvimento deste evento os profissionais devem redescobrir as necessidades básicas da parturiente, sendo estas intimamente relacionadas ao ambiente do parto. Para tanto, o autor buscou correlacionar este evento entre os mamíferos ao longo de suas obras. Assim, observou que a grande diferença entre os humanos e os demais mamíferos está principalmente no desenvolvimento do neocórtex, que corresponde ao “cérebro intelectual”. Em determinadas situações, como no parto, esse é fonte de inibição, o que explica o fato deste evento seja mais difícil entre os humanos do que nas demais espécies. Assim, a mulher em processo de parto deve ser protegida de qualquer estimulação do seu neocórtex, e o suporte ao ambiente inclui cuidados vitais para se evitar tal estimulação. Sabe-se que ruídos, cheiros, vozes, presença de pessoas estranhas, observação constante e iluminação são fatores que estimulam esta área do cérebro, principalmente da mulher em trabalho de parto. Esta área é responsável pelo pensamento racional, e deve estar em hipó-atividade para que a mulher libere seu cérebro primitivo e produza os coquetéis de hormônios que irão desencadear o parto, tais como a ocitocina, as endorfinas e catecolaminas no momento da expulsão.

O cérebro primitivo é uma parte da estrutura cerebral que se encontra ao redor no hipotálamo e que comanda alguns eventos instintivos, tais como: o ato sexual, o parto e a amamentação, chamados por Odent (2009) de estados orgásticos. Para que estes sejam alcançados é necessário escapar da realidade espaço-tempo, determinadas pelo neocórtex, e transcender para outra realidade,

comandada pelo cérebro primitivo, onde as respostas do sistema nervoso e endócrino, e a mudança do nível de consciência tornem possível se alcançar estados emocionais transcendentais. Isso não significa que mulheres que não atingem tal estado, não consigam dar a luz, entretanto estas não conseguem ter o reflexo de ejeção do feto, que segundo Odent (2009) seria o clímax do processo de parturição. Assim, as enfermeiras obstétricas devem atentar para o cuidado com as necessidades básicas da parturiente, que seriam: não estimulação do neocórtex, baixa luminosidade, privacidade (não se sentir observada), e segurança, de modo a favorecer o desenvolvimento do parto e o reflexo de ejeção do feto.

Assim sendo, considera-se que as modificações no ambiente são fundamentais para que sejam alcançados melhores indicadores no parto (HODNETT et al., 2007), pois a estrutura encontrada na maioria das instituições de assistência obstétrica não priorizam o atendimento das necessidades básicas da mulher. Entretanto, vale ressaltar que o cuidado com o ambiente não trata apenas de modificações estruturais físicas dos locais onde a assistência obstétrica ocorre. Existem diversas práticas/cuidados que devem ser utilizadas e que independem da estrutura, mas que estão diretamente relacionadas à postura da equipe obstétrica frente ao atendimento à mulher.

Desde sua origem, nos ensinamentos de Florence Nightingale, a enfermagem tem um papel fundamental no equilíbrio ambiental de modo a preservar a “energia vital” de seus clientes e assim favorecer a cura, ou a manutenção da saúde, como no caso da assistência ao parto. Apesar das diferenças quanto à concepção de ambiente, Florence já concebia que as atitudes profissionais, tais como a pontualidade, são fatores que influenciam o ambiente onde se dá a assistência de enfermagem, demonstrando que sua preocupação com o ambiente ia além de suas estruturas físicas (MACEDO et al., 2008). Na medida em que o conhecimento da enfermagem foi se desenvolvendo, a concepção de ambiente foi sendo expandida, e especificamente com relação ao processo de parto este passou a ser valorizado e estudado por alguns pesquisadores contemporâneos.

A relação do ambiente e o contato com as raízes filogenéticas foi outra tese defendida por Odent (1982) que estabelecia que para a mulher parir naturalmente esta deve entrar em contato com sua memória filogenética, e que o ambiente é um fator fundamental para que este contato se estabeleça. Esta memória seria aquela relacionada às suas raízes animais, capaz de acessar os instintos do cérebro

primitivo e com isso favorecer o processo fisiológico do parto. Para este autor, todas as mulheres são capazes de parir naturalmente, entretanto aquelas que não conseguem entrar em contato com esta memória filogenética possivelmente terão partos difíceis, iatrogênicos, que na maioria das vezes acabam se tornando um evento cirúrgico. Assim, compreende-se a importância da atuação da enfermeira obstétrica no suporte relacionado ao ambiente de modo a atender as necessidades básicas da mulher e conseqüentemente favorecer o parto fisiológico. Entretanto, vale ressaltar os estudos de Lenninger (1991) acrescenta que a cultura determina a percepção do ambiente pelos indivíduos, assim como interfere na percepção do que é natural ou perigoso em determinado momento. Assim, considera-se que um mesmo ambiente pode ser prazeroso e hostil para diferentes parturientes, demonstrando a necessidade de individualização do cuidado para com esta TNICEO.

Observa-se que à medida que a enfermeira obstétrica amplia sua visão em relação às práticas/cuidados relacionados ao ambiente, esta gera um ganho no modo de cuidar do corpo da mulher. Se antes, no modelo tecnocrático de assistência, esse corpo era visto apenas por suas bases biológicas, no modelo humanizado de assistência admite-se a integração corpo e mente, e sua relação com o ambiente (DAVIS-FLOYD, 2004). Esta visão de inter-relação aguça a compreensão do corpo como ambiente onde se estabelece o desenvolvimento fetal e por fim o processo de parto. Assim, cuidar do ambiente também significa cuidar do corpo da mulher, atendendo às necessidades que este expressa durante o parto. Tal afirmativa foi observada nesta pesquisa, uma vez que o cuidado mais freqüentemente apontado pelas enfermeiras obstétricas em relação ao ambiente estava voltado para o fornecimento de roupas limpas sempre que necessário (98,0%). Chama-se atenção para o fato de que os cuidados de higiene são fortemente marcantes na formação da enfermeira, pois se encontram no arcabouço teórico dos cuidados próprios da profissão desde seu surgimento, com Florence Nightingale. Durante o processo de parto as mulheres apresentam perdas fisiológicas, como por exemplo, secreções transvaginais que requerem cuidados de higiene freqüentes, e o fornecimento de roupas limpas é fundamental para a manutenção do seu conforto (MACEDO et al., 2008).

As práticas/cuidados relacionadas à estrutura física e ao processo de trabalho também foram apontadas com grande freqüência pelas enfermeiras. Assim,

considerou-se de grande importância o fato das enfermeiras obstétricas demonstrarem atenção quanto à diminuição dos ruídos (95,0%) e com o controle da temperatura do ambiente (93,0%). Oliveira e Madeira (2002) salientam que uma forma eficaz para diminuir os ruídos no pré-parto é limitar o acesso ao menor número de pessoas possível. Como já foi mencionado, qualquer som, e principalmente a linguagem verbal é percebida pelo neocórtex, que quando está em atividade dificulta a conexão da mulher com seu cérebro primitivo (ODENT, 1982, 1991, 2000, 2002, 2009). Assim sendo, considerou-se relevante as enfermeiras obstétricas zelarem pela manutenção do silêncio, principalmente na fase ativa do parto, evitando perguntas desnecessárias e conversas paralelas. Os acompanhantes devem ser igualmente orientados a não interferirem na concentração da parturiente.

Com relação à manutenção da temperatura, sabe-se que os mecanismos de termorregulação do recém-nascido são imaturos e que por isso este tende à hipotermia, que é considerada uma condição séria para a morbimortalidade neonatal. A hipotermia leva a um aumento do consumo de oxigênio e glicose, e pode resultar em hipoglicemia e acidose metabólica (THIMOU, 2001). Ao nascer o bebê sai de um ambiente quente, intra-uterino, e se depara com um ambiente mais frio, extra-uterino, e por estes motivos o cuidado com a manutenção da temperatura é fundamental para o bem-estar do bebê. A temperatura também é um fator importante para a manutenção do conforto da parturiente, pois ambientes muito frios desencadeiam mecanismos físicos e químicos de regulação térmica, tais como postura encurvada, aumento de tônus da musculatura esquelética, calafrios, e vasoconstrição periférica, que resultam no aumento de estresse e da produção de adrenalina pela mulher (GUYTON; HALL, 1996). Assim sendo, a preocupação com a manutenção da temperatura a níveis agradáveis deve ser uma prática/cuidado não-invasiva valorizada pelas enfermeiras obstétricas conforme demonstrado pelos dados dessa pesquisa.

A manutenção da privacidade também foi um cuidado destacado pelas respondentes, uma vez que 90% destas afirmaram que se preocupam em manter um ambiente individualizado para cada cliente. Este é um direito assegurado na Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988), que em seu artigo 5º trata da privacidade e afirma ser inviolável o direito à intimidade, e à vida privada. Este direito também é instituído pelo Código de Ética de Enfermagem, que em seu capítulo IV,

Art. 28 determina como dever dos profissionais desta categoria “respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2000, p.6). Durante o processo de parto esse direito adquire proporções muito maiores visto que a preservação da privacidade auxilia a mulher a atingir o estado de introspecção necessário para o bom desenvolvimento do parto (ODENT, 2000). Há momentos, em especial durante o trabalho de parto e parto, em que a mulher necessita fechar os olhos, emitir sons, balançar o corpo. Essas atitudes muitas vezes são interrompidas pelos profissionais que a cercam, desnecessariamente. A enfermeira ao valorizar a privacidade implementa uma tecnologia não-invasiva de cuidado que favorece a vivência do parto, contribuindo para o processo de desmedicalização ao proporcionar condições que permitam a mulher se expressar e conduzir seu parto de uma maneira natural (PROGIANTI et al, 2009).

A diminuição da iluminação é uma das práticas/cuidado que favorecem a manutenção da privacidade e auxiliam a mulher a centrar-se em seu corpo. Uma das necessidades básicas, apontadas por Odent (2002) para que a mulher tenha um parto natural, é que esta não deve sentir-se observada. A iluminação facilita a observação de acontecimentos externos ao processo de parto, que dificultam a supressão do neocórtex e a total autonomia do cérebro primitivo sobre este evento, uma vez que a visão é um dos extintos mais intelectuais do ser humano. Além destas considerações, é importante salientar que fisiologicamente, durante a noite os humanos produzem um hormônio chamado melatonina, que é responsável pela supressão do neocórtex para permitir o sono (ODENT, 2009). Assim, torna-se compreensível o porquê da baixa iluminação favorecer o processo de parto, sendo neste estudo apontada como uma das práticas/cuidados utilizadas pelas enfermeiras obstétricas (88,0%) no suporte ao ambiente.

Outras TNICEO relacionadas ao ambiente podem ser implementadas pelas enfermeiras obstétricas, como é o caso da utilização de músicas e de aromas do gosto da mulher. Infelizmente, este estudo demonstrou que tais práticas/cuidados são pouco utilizadas por estas profissionais (56,0% e 44,0% respectivamente).

A aplicação da música no processo de parto foi estudada por Castro (2009) que observou que ao utilizá-la o ambiente do parto era modificado, de forma a tornar a assistência mais humanizada e facilitar a comunicação entre os profissionais e a clientela. Apesar da pesquisadora considerar a música um meio de aliviar a

angústia, ansiedade, estresse, medo, cujos benefícios podem ter relação com o relaxamento e minimização da dor, neste estudo não foi possível generalizar os efeitos observados desta TNICEO devido ao pequeno percentual da população estudada. Entretanto, considera-se importante salientar que foram observados indícios desses benefícios, além desta prática/cuidado ser considerada um meio para a implementação de um cuidado mais holístico e, portanto, menos intervencionista. O estudo de Browning (2001) realizado com 9 parturientes no Canadá, demonstrou que a utilização de musicoterapia associada ao apoio contínuo no trabalho de parto foi uma estratégia eficaz para auxiliar a mulher no enfrentamento da sensação dolorosa durante o processo de parto, de acordo com o relato das mulheres estudadas. Vale ressaltar que estas foram estimuladas a escolherem suas músicas durante a realização do pré-natal, de acordo com seus gostos pessoais. Estes achados demonstram que novos estudos que relacionam a utilização da música no processo de parto devem ser realizados, avaliando-se não somente os benefícios desta TNICEO, mas também que tipo de música desencadeia determinado efeito, e o momento de ser utilizada, entretanto salienta-se que mesmo sem comprovação esta é uma prática/cuidado que não possui contra-indicação desde que respeite os desejos e gostos da parturiente.

Apesar da aromaterapia ser citada em alguns trabalhos como uma alternativa não farmacológica no alívio da dor, não foram encontrados estudos que avaliassem os critérios para utilização, os benefícios ou contra-indicações desta durante o processo de parto (ORANGE; AMORIM; LIMA, 2003; KNOBEL, 2004; CARRARO et al., 2006). Em livro específico sobre o assunto observou-se a indicação de aromas, tais como o Jasmim e a *Salvia officinalis* para utilização em compressas durante o trabalho de parto e a *Salvia sclarea* para o relaxamento durante o período de dilatação do colo (KELLER, 1989). Também estão indicados na mesma obra as fragrâncias de lavanda e mirra para o alívio da sensação dolorosa no processo de parto.

Para a Organização Mundial de Saúde (1996, p.72) a utilização de música e aromas se encontra classificada entre “*as práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão*”. A mesma recomendação encontra-se em Brasil (2001), apesar destas TNICEO estarem relacionadas a medidas de relaxamento e alívio da dor. Considera-se que além da

dificuldade de embasamento científico, a utilização destas seja dificultada, principalmente, pelo fato das estruturas hospitalares não possuírem quartos individuais para as parturientes, o que impede o atendimento aos desejos e gostos individuais. Assim, tais práticas/cuidados devem ser utilizadas com cautela pelas enfermeiras obstétricas, que devem procurar observar e adequar às condições do ambiente onde estas mulheres estão inseridas.

Considerando-se os efeitos esperados, as enfermeiras obstétricas ao adequarem as condições do ambiente para que este atue favoravelmente no processo de parto normal esperavam proporcionar conforto e aconchego à parturiente e sua família. Procuravam também favorecer o relaxamento da mulher, proporcionar a privacidade que ela necessita para parir, e diminuir os estímulos externos de modo a facilitar a produção de Ocitocina e não estimular a produção de Adrenalina. Os hormônios Adrenalina e Noradrenalina fazem parte da família das catecolaminas e são produzidos em situações de estresse, medo, frio, perigo ou raiva (ODENT, 2000). Na primeira fase do trabalho de parto as catecolaminas inibem a produção de ocitocina, reduzindo o fluxo sanguíneo uterino e placentário, que conseqüentemente acabam inibindo o desenvolvimento do parto. Entretanto, quando a mulher entra no período expulsivo, esses hormônios, principalmente a noradrenalina, aumentam subitamente, ativando o reflexo de ejeção do feto (ODENT, 2009; BUCKLEY, 2003). Os sinais dessa explosão hormonal fisiológica podem ser vistos com a mudança repentina de atitudes da parturiente, que por vezes pode exprimir sentimentos de medo, raiva, excitação, pode adotar uma postura mais ereta, ficar com a boca seca, sentir dificuldade respiratória, gemer, gritar, ou se agarrar em algo ou alguém. Entretanto, ao contrário do que pode parecer, esses são sinais positivos que normalmente antecedem o nascimento.

Os critérios e efeitos que não estavam diretamente relacionados com o estímulo ao parto normal tiveram uma freqüência elevada e tratavam principalmente do papel administrativo da enfermeira. Apesar da enfermeira obstétrica ser uma profissional especializada, esta muitas vezes é desviada de suas funções no cuidado junto à parturiente para realizar funções administrativas. Mesmo em unidades onde a assistência de enfermagem obstétrica ao parto seja implantada institucionalmente, a enfermeira sofre com a não aceitação no desempenho de suas funções na especialidade, além de muitas vezes exercer tanto suas funções no cuidado integral à cliente, quanto às funções administrativas de manutenção,

organização, pedido de matérias, entre outras (MONTICELLI et al., 2008; TREVIZAN, 1989). Tal situação não ocorre com profissionais especializados de outras categorias, que desempenham exclusivamente a função determinada por sua formação acadêmica. Considera-se que esse acúmulo de funções acaba dificultando o apoio contínuo à parturiente e sua família, a criação de vínculo e a implementação de outras TNICEO.

Algumas enfermeiras (20%) citaram que esperavam o aumento da produção de Adrenalina na parturiente ao utilizarem as práticas/cuidados descritas. Esta foi uma das opções incorretas pela literatura científica, pois, conforme já foi mencionado, durante o trabalho de parto os níveis deste hormônio devem permanecer baixos, só vindo a aumentar durante o período expulsivo. Nenhum estudo encontrado observou benefícios no estímulo a produção de Adrenalina endógena intra-parto, a não ser quando restringimos esse aumento ao período expulsivo, mas especificamente ao reflexo de ejeção do feto (ODENT, 2009).



Figura 1 – Parturiente totalmente relaxada no ambiente que escolheu para seu processo de parto. Pode ser visto o banquinho, que é um dos instrumentos que auxiliam no estímulo ao posicionamento de cócoras. Brasil, 2008.

4.2.2 O suporte ao posicionamento

A livre movimentação e a adoção de posturas verticais foi uma prática/cuidado utilizada muito freqüentemente (97,7%) entre as enfermeiras obstétricas. Ao analisarem-se os estudos já desenvolvidos observa-se que existem muitas controvérsias acerca desta TNICEO, uma vez que cada autor apresenta um determinado efeito para que esta seja utilizada (MIQUELUTTI, 2006). Não foram encontrados critérios pré-definidos para sua estimulação, entretanto estes ficam subentendidos quando se considera o efeito esperado.

Assim sendo, constatou-se que alguns autores concordam que, fisiologicamente as posições verticais apresentam muitas vantagens, quando comparadas à posição supina, tais como menor compressão aorto-cava, apoio pela gravidade, melhor alinhamento do feto para a passagem pela pelve, contrações mais eficientes e intensas, e melhor equilíbrio ácido-base nos recém-nascidos (GUPTA; NIKODEM, 2000; SILVA, 2004; ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES, 2008; ADAMS; BIANCHI, 2008).

Historicamente, a posição litotômica tradicional foi introduzida na prática obstétrica no século XVI, e visava facilitar a utilização do fórceps, a antisepsia e o trabalho do médico (SEIBERT et al., 2005). Tal indicação valorizava o trabalho profissional em detrimento da fisiologia feminina, interferindo na qualidade da assistência, uma vez que aumentava os riscos tanto para a mãe quanto para o bebê, e não levava em consideração a naturalidade do processo de parturição (MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2004).

Com a busca pela desmedicalização do parto, a liberdade para movimentar-se e adotar posições verticais passou a ser uma prática/cuidado estimulada entre as enfermeiras obstétricas.

Em uma recente revisão sistemática, publicada na *The Cochrane Library*, observou-se que quando as mulheres têm liberdade para adotar posições verticais e deambular na primeira fase do parto o tempo total encurta em torno de 1 hora. Entre os estudos analisados por esta revisão não foram encontradas diferenças significativas acerca da segurança e das taxas de intervenções, embora a necessidade de anestesia Epidural tenha sido um pouco menor no grupo que teve liberdade para o posicionamento (LAWRENCE et al., 2009). Considerando tais

achados, as mulheres devem ter autonomia para adotarem a posição que acharem mais confortável durante o processo de parto e a enfermeira obstétrica deve estar preparada para atendê-la nas suas escolhas.

De acordo com as respostas das enfermeiras obstétricas participantes deste estudo, essa tecnologia não-invasiva de cuidado deve ser estimulada quando se observa que as parturientes estão com contrações irregulares e ineficientes (95,2%), e esperam que a livre movimentação e a adoção de posturas verticais as tornem mais regulares e eficazes (97,6%). Consideram que devem estimular também quando a mulher encontra-se na fase de latência (81,0%), no início (88,1%), ou no final da fase ativa do parto (83,7%), e que os efeitos serão relacionados à melhor oxigenação fetal (97,6%), a facilitação da expulsão fetal (95,2%), o alívio da sensação dolorosa (95,2%), o menor uso de analgésicos farmacológicos (90,5%), o relaxamento dos músculos perineais (90,5%), o apagamento do colo uterino e dilatação da cérvix (88,1%) e a diminuição da resistência da gravidade (83,3%).

Os efeitos benéficos da livre movimentação e adoção de posturas verticais sobre o ritmo e intensidade das contrações já foi alvo de diversas pesquisas anteriores (ADAMS; BIANCHI, 2008; ENKIN et al., 2005; MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2004; ODETT, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996). Entretanto no estudo de Chen et al. (1987) não evidenciaram modificações no padrão das contrações uterinas ao comparar a posição supina e sentada, mas demonstraram que na posição sentada havia um aumento da pressão para baixo durante o repouso uterino e que esta reduziu significativamente a duração do trabalho de parto. Outro estudo realizado por Van Der Leeuw-Harmsen, Kock e Merkus (1983) já havia comprovado que este aumento de pressão para baixo quando a mulher encontra-se na posição sentada ou de pé está relacionado a fatores extra-uterinos, tais como a gravidade. Estes achados explicariam o fato desta tecnologia não-invasiva de cuidado ter como efeito na diminuição do tempo total do parto.

Ao se avaliar a liberdade de escolha da mulher quanto ao posicionamento e a adoção de posturas verticais durante a segunda fase do parto, a revisão sistemática realizada pelo *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Group* encontrou que apesar dos estudos já realizados não terem achados muito fidedignos, estes demonstraram que na posição vertical as mulheres relatavam menor intensidade da sensação dolorosa, houve uma diminuição do número de partos instrumentais, além de

observarem melhores indicadores dos batimentos cardíofetais durante o processo. Ao mesmo tempo, evidenciaram um maior risco de laceração e um aumento do volume de sangue perdido ao comparar-se com a posição litotômica (GUPTA; HOFMEYR; SMYTH, 2009).

Enkin et al. (2005) ao citarem algumas técnicas para a redução dos estímulos dolorosos durante o processo do parto salientam que as mulheres são capazes de distinguir as posições mais confortáveis e menos dolorosas, e que quando a elas é dada a liberdade de escolha do posicionamento estas assumem normalmente posições ortostáticas. Para os autores, a relação da dor com o posicionamento materno é multifatorial, pois pode ser influenciada pelo tamanho e posição do feto, pela relação entre a cabeça do feto e a pelve materna, e pela intensidade e frequência das contrações.

Considera-se, portanto, que os critérios e efeitos destacados pelas pesquisas que tiveram como objeto de estudo a livre movimentação e a adoção de posturas verticais possam fornecer subsídios que respaldem as demais práticas/cuidado relacionadas a esta TNICEO. A liberdade que a parturiente deve ter para avaliar a posição mais confortável, e possivelmente a mais eficaz, é uma tecnologia não-invasiva de cuidado que favorece o parto normal e o empoderamento feminino, pois leva em consideração o conhecimento da mulher sobre seu próprio corpo e sua autonomia. Salienta-se, portanto, que a parturiente não adotará um único posicionamento durante seu processo de parto, e que essa relação dinâmica entre contração, posição, rotação e descida fetal, dilatação e apagamento do colo aconteça naturalmente, de forma que um evento desencadeie uma resposta automática e instintiva sobre outro.



Figura 2 – Mulher em processo de parto acompanhada por enfermeiras obstétricas, tendo a possibilidade de movimentar-se livremente e adotando posturas verticais. Brasil, 2009.

O estímulo à deambulação foi uma das TNICEO estudadas em sua relação com a adoção de posicionamentos verticais, sendo apontada pela maioria das enfermeiras obstétricas (95,3%) como uma das práticas/cuidados que deve ser utilizada ao se estimular o parto normal. Esta é uma TNICEO considerada benéfica, pois auxilia a descida fetal, uma vez que aumenta o tamanho e a forma da pélvis facilitando o encaixe e a rotação do feto (SHILLING, 2009). É, portanto, uma das posições que poderão ser adotadas instintivamente pela mulher, quando esta tem a possibilidade de movimentar-se livremente.

Mendez-Bauer et al.(1975) ao correlacionarem a deambulação e o parto já associavam esta prática/cuidado com a observação de contrações mais intensas e coordenadas, menor intensidade da sensação dolorosa, maior satisfação e conforto, e menor tempo do processo de parto. Entretanto, no estudo randomizado realizado por Bloom et al. (1998) não foram evidenciados nenhum benefício materno ou fetal ao se estimular a deambulação, nem houve diferenças significativas quando compararam-se os resultados do grupo que permaneceu no leito. Apesar dos achados, os pesquisadores reforçaram a idéia que deixar a mulher livre para adotar a posição que esta considerar mais confortável é o melhor meio de assisti-la, uma vez que não encontraram nenhuma razão que contra-indicasse tal prática/cuidado.

Na pesquisa realizada por Mamede et al. (2007), as pesquisadoras avaliaram os efeitos da distância percorrida pela mulher ao deambular, durante a fase ativa do parto. Consideraram como fase ativa a presença de 2 ou mais contrações a cada 10 minutos e dilatação entre 4 e 5cm. Os resultados demonstraram relação entre a distância e a duração do parto apenas nas 3 primeiras horas do processo, além de confirmarem que o escore de dor aumentava a medida que a dilatação avançava. Apesar dos achados desta pesquisa, considera-se que os resultados pouco aplicáveis visto que se torna difícil estabelecer a distância a ser percorrida durante a deambulação da parturiente, entretanto considera-se interessante observar que aquelas que estão mais ativas venham a parir mais rapidamente, enfatizando os benefícios de se estimular esta prática/cuidado. Outra observação que se faz importante é o modo utilizado na pesquisa para se determinar a fase ativa do parto, uma vez que esta é a maneira utilizada pelo modelo biomédico, que entende o corpo como uma máquina que segue determinados padrões (DAVIS-FLOYD, 2001).

De acordo com as respostas deste estudo, as enfermeiras obstétricas estimulam a deambulação quando desejam facilitar a descida (95,1%) e rotação fetal (80,5%), e favorecer a dilatação cervical (92,7%), sendo estes os efeitos esperados após o encorajamento desta conduta. Apesar de a rotação fetal ter sido freqüentemente utilizada como critério para a estimulação da deambulação, esta foi menos mencionada como um efeito esperado (56,1%). Entretanto, não foram encontrados estudos randomizados que correlacionassem a deambulação com a dilatação cervical, e a rotação e descida fetal, entretanto existem tais afirmativas nos livros acadêmicos e de orientação ao pré-natal e parto, principalmente quando se busca generalizar a deambulação, considerando-a como uma das posições verticais assumidas pelas parturientes. A relação na deambulação e/ou adoção de posturas verticais com a dilatação cervical, e a descida e rotação fetal foi encontrada nos estudos de Balaskas (1993), Bio, Bittar, Zugaib (2006), Wei (2007) e Mamede, Mamede, Dotto (2007).

As enfermeiras ainda utilizam como critério a mulher estar na fase inicial do processo de parto (82,9%) e acreditam que a deambulação seja capaz de estimular as contrações uterinas (97,6%), sendo este o principal efeito esperado. Consideram que a mulher deva ser encorajada a deambular quando se encontra tensa (82,9%), de modo a observá-la mais tranqüila e com maior equilíbrio emocional (87,8%) posteriormente. Também adotam como critério o fato da mulher encontra-se com a

bolsa íntegra (80,5%), entretanto este foi pré-considerado sem embasamento científico. Algumas ainda citaram que a deambulação deve ser estimulada quando a parturiente está queixando-se de dor intensa (73,2%), entretanto o alívio da dor foi apontado como um efeito por um número maior de profissionais (90,2%). Muitas consideraram esta prática/cuidado como um fator que contribui para o empoderamento feminino (87,8%).

No estudo de Wei (2007) a maioria das parturientes considerou benéfica a possibilidade de deambular durante o processo de parto e algumas correlacionaram esta prática/cuidado com o alívio da dor, com o adiantamento do parto, com a possibilidade de experimentar outras TNICEO, e com o fato dos profissionais estarem mais flexíveis. A percepção dessas mulheres é reforçada pelas indicações do programa sobre Assistência Humanizada à Mulher, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) que afirma que a deambulação deve ser estimulada pelos profissionais na área obstétrica, pois auxilia no alívio da dor durante o parto, corrobora para que as contrações sejam mais intensas e eficazes, favorecendo a dilatação do colo uterino. Assim sendo, esta deve ser uma das primeiras medidas a serem tomadas quando a mulher apresenta fase ativa prolongada, com dilatação menor do que 1 cm por hora; ou desproporção céfalo-pélvica relativa.

Ao pensar na deambulação como meio para se conseguir o empoderamento da mulher (efeito esperado) salienta-se o trecho do estudo de Silva (2004, p.23) que diz que:

As poucas mulheres que conseguem escapar do caminho de pedras da obstetrícia moderna, responsabilizando-se e seguindo sua intuição de como deveria ser seu parto, relatam ter vivenciado uma experiência profundamente transformadora em suas identidades de mulher [...].

Considerando-se que a livre movimentação e a deambulação são meios que favorecem a participação ativa da mulher, a autonomia, a utilização da sua intuição, e a responsabilização quanto ao seu próprio cuidado, considera-se correta a afirmativa das enfermeiras obstétricas acerca do empoderamento ser um efeito esperado após o estímulo desta TNICEO.

Apesar dos avanços científicos acerca da deambulação, observa-se que os estudos aqui apresentados não conseguiram fornecer bases científicas sólidas que contribuíssem para os estabelecimentos dos critérios e efeitos mencionados na pesquisa, uma vez que a prática da medicina baseada em evidências possui critérios rígidos para que sejam comprovados os benefícios universais da

deambulação para a parturiente. Entretanto, considerando-se importante salientar que nenhum estudo comprovou contra-indicações ou limitações desta prática/cuidado, devendo, portanto esta ser uma escolha da mulher. Parece que a dificuldade em isolar uma única variável para o estudo, como o caso da deambulação, certamente pode ser um fator que tenha contribuído para os resultados das pesquisas encontradas. Sabe-se que o processo de parto não acontece isoladamente no útero materno, mais envolve uma rede de sistemas cerebrais, psíquicos, físicos e espirituais que interferem no modo como este irá se desenvolver. Assim sendo, acredita-se que não é possível padronizar algo que é extremamente individual.

Outra TNICEO abordada por este estudo foi o estímulo aos movimentos pélvicos durante o processo de parto. Apesar de ser uma prática/cuidado simples, sua frequência foi menor (80%) se comparada às demais tecnologias supracitadas. Esta pode ser estimulada com a ajuda de instrumentos, tais como a bola do nascimento (bola suíça), o cavalinho, as barras fixas na parede, cordas presas ao teto, entre outras, que podem ser adaptadas de acordo com o local de nascimento.

Em seu livro Balaskas (1989) recomenda que as mulheres movimentem a pelve durante as contrações, balançando para frente e para trás, de um lado para o outro, ou em movimentos circulares, pois isso facilitaria a dilatação cervical e a descida fetal, além de aliviar a sensação dolorosa.

No presente estudo, os critérios pré-definidos como incorretos para a estimulação dos movimentos pélvicos foram marcados com frequência pelas enfermeiras obstétricas respondentes. Estes estavam relacionados com o fato da parturiente assumir posições desfavoráveis durante o processo de parto (94,6%), a mulher estar pouco participativa (89,2%), e esta contrair as pernas durante as contrações uterinas (86,5%), além do critério que versava sobre a necessidade de estimulação da participação do acompanhante (73,0%) que foi assinalado com menor frequência.

Ao permitir que a parturiente movimente-se livremente durante o processo de parto, a enfermeira obstétrica deve estar preparada para apoiá-la de forma a não julgar as posições por ela adotadas de modo instintivo, mesmo que esta lhes pareça estranha, ou não convencional. Quando a parturiente tem liberdade para expressar-se livremente, pode eventualmente ter atitudes que o julgamento profissional (biomédico) considera incorreto, tal como contrair as pernas durante uma contração

uterina, pois racionalmente considera-se que o natural seria mantê-las relaxadas, e se possível abertas. Além disso, o estímulo a realização de movimentos pélvicos não pode estar associado ao fato da mulher encontrar-se pouco participativa uma vez que todas as TNICEO devem estar pautadas no respeito à autonomia da mulher. Entretanto, isso não significa que a enfermeira obstétrica não deva oferecer esta possibilidade às parturientes, mas que este fato não é um critério válido para sua indicação. Da mesma forma, a necessidade de estimular a participação do acompanhante não deve ser um critério adotado pelas enfermeiras para intervir no processo de parto da mulher, mesmo que através do estímulo de uma TNICEO.

A presença de edema do colo uterino foi um critério pouco apontado (45,9%) pelas enfermeiras obstétricas, mas merece destaque visto que foi considerado incorreto devido ao fato de não ter-se encontrado na literatura científica nenhum estudo que fizesse tal relação. Considerando-se que 62,2% das enfermeiras obstétricas apontaram como um dos efeitos esperados, após realização de movimentos pélvicos, a redução do edema de colo, salienta-se o fato de que pesquisas devem ser feitas de forma a comprovar ou negar tal afirmativa.

Como critérios pré-definidos como corretos para a estimulação de movimentos pélvicos, as enfermeiras obstétricas afirmaram freqüentemente o fato de observarem o feto em um plano alto de apresentação (91,9%). E, com menor freqüência adotavam como critério a necessidade de alinhar a coluna pélvica mais a frente em relação à coluna espinhal (54,1%).

Os efeitos corretos, segundo a literatura científica, que foram mencionados com maior freqüência, estavam relacionados: ao encaixe da apresentação fetal na pelve (100%), o melhor posicionamento do feto no canal de parto (100%), a descida (97,3%) e a rotação fetal (94,6%). Com menor freqüência foi observado o efeito destes movimentos no relaxamento da musculatura adutora da coxa (78,4%).

Segundo o levantamento bibliográfico de Davim, Torres e Melo (2007) a realização de movimentos pélvicos é uma das práticas/cuidados que possui maiores evidências de alívio da dor das parturientes na fase ativa do processo de parto, entretanto em seu estudo identificou-se a dificuldade de aceitação das parturientes em realizá-la.

O levantamento de dados feito por Lopes, Madeira e Coelho (2003) sobre a utilização da bola suíça/bola do nascimento apontou que esta prática/cuidado favorece a dilatação cervical, o posicionamento confortável da mulher, alivia a dor

lombas e das contrações uterinas, além de favorecer o processo natural do parto. Entretanto, os resultados deste estudo já evidenciavam a baixa aceitação das mulheres em aderir a esta prática/cuidado, além de não terem conseguido comprovar seus benefícios, devido às características do grupo controle selecionado para a pesquisa. Considera-se que a não aderência das mulheres a realização de movimentos pélvicos com o auxílio da bola do nascimento possa estar relacionado com a dificuldade e medo destas em utilizar tal instrumento (medo de cair). Talvez, se os movimentos pélvicos fossem estimulados livremente, sem o auxílio deste, as respostas ao estímulo poderiam ser diferentes. Sugere-se, portanto, que novos estudos sejam realizados de forma a confirmar ou negar esta hipótese.

A correção do assinclitismo (81,1%) e o favorecimento da ruptura das membranas (29,7%) foram os efeitos esperados pelas enfermeiras obstétricas que foram pré-definidos como incorretos, pois não foi encontrada na literatura nenhuma menção sobre esta relação. Considera-se que a correção do assinclitismo possa estar associada ao fato dos movimentos auxiliarem no encaixe e posicionamento fetal na pelve, e que a ruptura da membrana possa estar relacionada ao aumento da pressão intra-abdominal, e a pressão do diafragma sobre o útero materno. Entretanto tal associação não possui bases científicas que as comprove para que seja um efeito a ser adotado pelas enfermeiras obstétricas.



Figura 3 – Parturiente na fase inicial do processo de parto utilizando a bola do nascimento para a realização de movimentos pélvicos. Brasil, 2009.

O estímulo ao posicionamento de cócoras foi outra prática/cuidado relacionada ao suporte físico nos posicionamentos verticais, que foi abordada por esta pesquisa. Esta TNICEO é utilizada por 90,2% das enfermeiras obstétricas participantes do estudo.

Os critérios mais freqüentemente utilizados pelas enfermeiras para a estimulação do posicionamento de cócoras estão relacionados ao fato da mulher sentir-se confortável nesta posição (100%) e quando a mulher encontra-se em período expulsivo (89,2%). O obstetra Moysés Paciornik já defendia o parto de cócoras desde o final da década de 70, afirmando que esta é uma das posições mais adequadas ao parto, visto que ao adotar esta postura a mulher facilita o relaxamento da musculatura vaginal, permitindo que esta se alargue, sem sofrer pressão da bexiga ou do reto (PARCIONIK, 1993). Nos últimos anos este posicionamento está indicado para acelerar a expulsão fetal e favorecer o conforto das mulheres que estão classificadas como de baixo risco obstétrico (GUPTA; NIKODEM, 2000). Vale ressaltar que esta prática/cuidado só veio ganhar forças nos

últimos anos devido ao movimento pelo parto natural que significou a tentativa de mudança de paradigma na assistência ao parto.

Adams e Bianchi (2008), em sua revisão de literatura, determinaram como efeitos do posicionamento de cócoras: o aumento do diâmetro pélvico, a facilitação da rotação e descida fetal, o alívio da dor, a diminuição do trauma perineal e a diminuição do tempo do segundo período clínico do parto. Tais constatações demonstram que esta TNICEO está muito mais voltada para os cuidados ao processo de parto durante sua segunda fase – o período expulsivo. Essa idéia é reforçada ao observarem-se os demais critérios assinalados pelas enfermeiras obstétricas nesta pesquisa, tais como a observação da necessidade de aumentar os estreitos pélvicos (67,6%), e quando há suspeita de fetos grandes (45,9%). .

Em contrapartida, a literatura já desenvolvida acerca do estímulo da posição de cócoras durante o processo de parto demonstra que existem benefícios para as demais fases. O posicionamento de cócoras diminui a lordose, fazendo com que a ação da gravidade projete o útero para frente, de modo que este fique apoiado na musculatura abdominal e alinhado com o canal de parto (MIQUELUTTI, 2006). Esta TNICEO certamente auxilia no período expulsivo, mas também poderia ser interessante de ser utilizada para auxiliar na descida fetal, quando o tempo da fase ativa encontra-se prolongado, para aliviar as dores localizadas na região lombar e dos quadris, ou para melhorar a efetividade das contrações. Tal fato é reforçado ao observa-se as respostas das enfermeiras obstétricas em relação aos efeitos esperados com a utilização do posicionamento de cócoras, pois 100% destas esperam favorecer a descida fetal, 97,3% que a pelve atinja seu maior ângulo, 83,8% esperam reduzir a pressão externa na região sacral e dos quadris, e 78,4% esperam favorecer a sincronia efetiva da musculatura abdominal e as contrações uterinas.

Apesar de não se ter encontrado nenhum estudo que relacionasse o posicionamento de cócoras e o aumento da intensidade das contrações, 78,4% das enfermeiras obstétricas utilizam este critério ao estimular tal posicionamento e 73,0% consideraram este um efeito esperado. O mesmo aconteceu com a opção que relacionava esta prática/cuidado com o posicionamento do feto na variação occiptoposterior ou occiptotransversa (51,4%). Mesmo não possuindo estudos que fizessem uma relação direta entre estes critérios, espera-se que ao favorecer a sincronia entre os músculos abdominais e a pressão na musculatura uterina, esse

aumento de intensidade da contração possa realmente acontecer (ADAMS, BIANCHI, 2008). Da mesma forma, já existem estudos que mencionam o aumento do estreito pélvico ao adotar este posicionamento (SOUZA, 2005; MIQUELUTTI, 2006; BIONASCIMENTO, 2008), e ao considerar a relação da bacia materna com o pólo cefálico fetal pode-se pensar que o posicionamento de cócoras favoreça realmente a rotação do feto para posições anteriores. Entretanto, sem evidências científicas se torna difícil considerar este um critério correto, evidenciando-se a necessidade de comprovação através do desenvolvimento de novas pesquisas clínicas.

O mesmo acontece com efeito de aceleração do processo de parto, que foi apontado por 89,2% das enfermeiras obstétricas, entretanto não se encontrou estudo que relacionasse o posicionamento de cócoras com a aceleração de todo o processo, sendo apenas considerado correta a aceleração da expulsão fetal (SOUZA, 2005). Também não foram encontradas pesquisas que relacionassem o desgaste físico da mulher ao adotar tal posicionamento, ou o favorecimento da ruptura das membranas, conforme os efeitos apontados por 81,1% e 40,5% respectivamente. Encontrou-se apenas, na tradução das orientações para a preparação para o parto do Instituto Lamaze, uma citação que mencionava a posição de cócoras como sendo bastante cansativa (BIONASCIMENTO, 2008).

As opções que versavam sobre o risco do feto cair no chão (56,8%) e da necessidade de se estimular o apoio pelo acompanhante (56,8%) foram consideradas incorretas, pois não são questões inerentes ao posicionamento de cócoras. Não existe risco de o feto cair caso a mulher receba o apoio contínuo da uma enfermeira obstétrica capacitada. Esta deve estar preparada para atender ao parto na posição escolhida pela mulher, garantindo a autonomia, o conforto e a segurança do binômio mãe-bebê. Em relação ao estímulo do apoio pelo acompanhante, conforme já mencionado, este não deve ser considerado um critério para o estímulo da adoção de qualquer posicionamento, pois primeiramente deve-se respeitar a autonomia da mulher. O acompanhante pode apoiá-la em suas decisões e a enfermeira pode auxiliá-lo na garantia desse apoio.

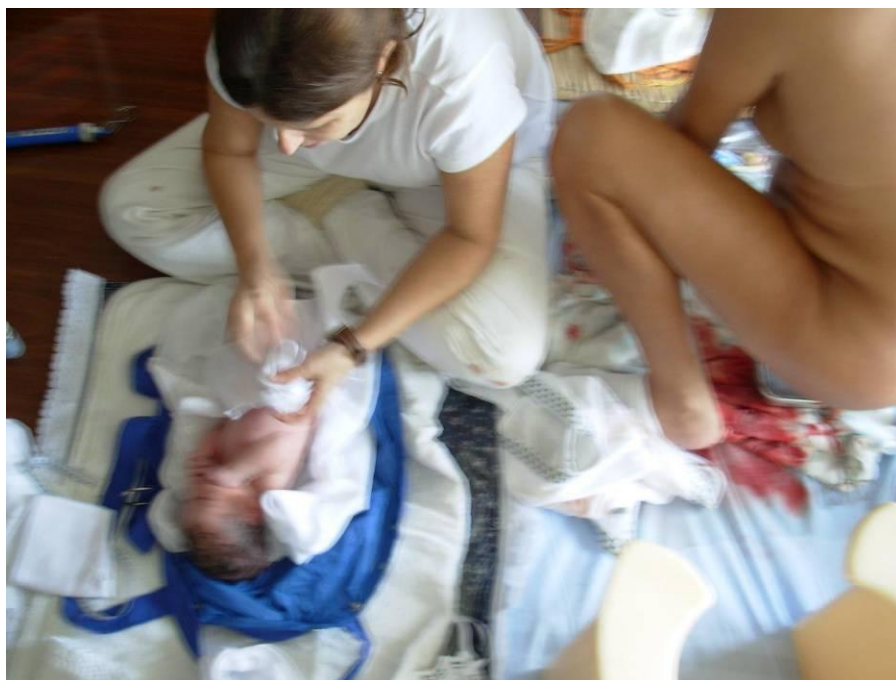


Figura 4 – Mulher posicionada de cócoras durante a dequitação enquanto seu bebê é avaliado pela enfermeira obstétrica. Brasil, 2009.

Alguns posicionamentos não-verticais também podem ser utilizados, ou adotados instintivamente pelas parturientes, e estes também possuem critérios e efeitos que auxiliam os enfermeiros a decidir sua conduta e analisar quais podem ser suas expectativas quanto a esta. Neste caso encontra-se o posicionamento de quatro apoios ou similar, como a posição genupeitoral. Neste estudo, tal posicionamento é utilizado, mesmo que esporadicamente, por 64,3% das enfermeiras obstétricas. Esta frequência foi considerada baixa, ao comparar-se a frequência dos posicionamentos verticais apresentados anteriormente.

A posição de quatro apoios tem forte conotação sexual, e a dificuldade em admitir-se a expressão da sexualidade no parto pode ser um dos fatores que dificultam sua utilização na assistência obstétrica. Conforme relato de Collaço e Siebert (2007), ao implantarem a posição genupeitoral na maternidade onde trabalhavam, perceberam a resistência das equipes de enfermagem e médica, que não a consideravam adequada para as mulheres, pois esta lhe parecia demasiadamente expositiva. Existem evidências de que quando a mulher não se sente observada essa é uma das posições frequentemente adotadas instintivamente (ODENT, 2002; DIAS, 2007). Porém, a dificuldade em se estimular este posicionamento sofre influência, principalmente da cultura, visto que em alguns

países, como o Japão, é comum as mulheres darem à luz na posição genupeitoral, muito semelhante à posição de quatro apoios (COLLAÇO; SIEBERT, 2007).

A posição genupeitoral, difere da posição de quatro apoios, pois nesta a mulher ao invés de apoiar-se nos joelhos e nas mãos, ela se apóia nos joelhos e no tórax. Durante o momento do parto é comum as mulheres alternarem estes apoios instintivamente, mas as características entre estas elas são muito semelhantes ao compararem-se os efeitos observados. Estas posições diminuem a pressão na região lombar, visto que a força da gravidade empurra o útero para frente (COLLAÇO; SIEBERT, 2007; BIRTHING NATURALLY, 2009). Esta diminuição de pressão é responsável pelo alívio da sensação dolorosa (BALASKAS, 1993), opção que foi selecionada tanto como critério para indicação, quanto efeito esperado por todas as enfermeiras obstétricas respondentes desta questão. Uma vez que alivia a sensação dolorosa, a mulher pode se sentir confortável nesta posição, e este deve igualmente ser outro critério de indicação, conforme a unanimidade das respostas obtidas.

O posicionamento de quatro apoios e o genupeitoral permitem que a mulher realize movimentos pélvicos que facilitam a rotação interna do feto. Os diâmetros pélvicos também ficam aumentados, além de proporcionar a mobilidade do cóccix, de modo que este não seja uma barreira para a descida e rotação fetal (LODERMILK; PERRY; BOBAK, 2002). Esta relação do posicionamento materno com a mobilidade fetal favorece para que o feto adquira posições anteriores, pois seu dorso será empurrado para a região anterior do útero devido à força da gravidade. Considerando tais afirmativas, a opção do questionário que adotada como critério a observação de variação occiptoposterior ou occiptotransversa do feto é considerada correta, sendo que esta foi apontada por 85,2% das enfermeiras obstétricas. Da mesma forma, os efeitos sobre o favorecimento da movimentação suave da bacia (85,2%), e sobre a rotação fetal para posições anteriores (77,8%) também se encontram corretamente assinalados.

Na posição de quatro apoios, ou genupeitoral, a mulher tem mais controle sobre os acontecimentos do parto, principalmente quando a progressão deste está acontecendo muito rapidamente, permitindo um maior controle no momento da expulsão (BALASKAS, 1993, COLLAÇO; SIEBERT, 2007). Essas considerações demonstram que a opção que tratava sobre se adotar como critério para a estimulação da posição de quatro apoios o fato de segundo estágio do parto estar

acontecendo rapidamente está correta, entretanto somente 29,6% das enfermeiras alegaram que o utilizava. Apesar disso, 70,4% destas declararam como efeito esperado a mulher ter mais controle na expulsão do feto e 48,1% que o feto progrediria mais lentamente.

Pela literatura médica, a posição de quatro apoios é conhecida como manobra de *all-fours*, e é indicada em casos de distócia de ombros ou fetos grandes (MOREIRA NETO et al., 2009). Entretanto vale ressaltar que sua indicação, neste caso, é pontual, tal como todas as intervenções características do modelo tecnocrático de assistência. De qualquer forma, a adoção deste critério foi apontada por 55,6% das enfermeiras, e 77,8% concordaram que este posicionamento facilita a expulsão de fetos grandes. Isso não significa que esta deva ser utilizada somente nesses casos, mas que é um recurso facilmente disponível para a solução desta eventualidade.

Apesar de não ter sido uma opção que apareceu neste estudo, vale ressaltar que a utilização da posição de quatro apoios, ou genupeitoral, também está relacionada ao favorecimento da dilatação cervical, principalmente do colo anterior, sendo esta observação um critério para o estímulo deste posicionamento (BALASKAS, 1993, COLLAÇO; SIEBERT, 2007).

Não foram encontrados estudos que correlacionassem a posição de quatro apoios e a aceleração da expulsão fetal, até porque como se viu, este posicionamento faz com que o feto progrida mais lentamente, pela própria ação da gravidade. Da mesma forma, os efeitos relacionados à diminuição de traumas perineais, apontado por 92,6%, e o que abordava a observação de melhores índices de APGAR, apontado por 63,0%, também não puderam ser embasados cientificamente. Porém, vale ressaltar que as modificações da pelve materna e o fato do feto progredir mais lentamente pelo canal de parto sugerem uma diminuição dos riscos de traumas no períneo, entretanto estudos necessitam ser feitos para comprovar, ou não, tal relação.



Figura 5 – Mulher em processo de parto na posição de quatro apoios, recebendo o apoio do seu companheiro. Brasil, 2009.

4.2.3 O Suporte aos estímulos táteis

As práticas/cuidados que se relacionam com os estímulos táteis não necessitam ser utilizadas separadamente, pois atuam em conjunto com o suporte ao posicionamento e/ou ao ambiente, numa ação dinâmica que respeita a individualidade e a autonomia de cada mulher. Um exemplo de como esta relação se estabelece na prática, pode-se considerar que ao estimular o banho morno de aspersão, em um ambiente que promova a privacidade, facilitando para que a mulher encontre seu melhor posicionamento, o enfermeiro estará utilizando-se de várias TNICEO ao mesmo tempo, de modo que esta atuação em conjunto favoreça os efeitos esperados por cada uma dessas práticas/cuidados.

O estímulo tátil referido com mais frequência pelas enfermeiras obstétricas neste estudo foi o banho morno de aspersão (90,4%). A água possui em excelente valor terapêutico, e sua relação no relaxamento da parturiente foi descrita por diversos pesquisadores, tais como Igor Tiarkovsky e Frédérick Leboyer, na década de 60, e Michel Odent, na década de 70 (BALASKAS, 1993; GARLAND, 2000).

A facilidade de adaptação deste recurso à maioria dos locais de atendimento obstétrico favoreceu para que esta prática/cuidado se difundisse nas instituições hospitalares, entretanto, sua recomendação está intimamente relacionada ao alívio da dor (MAZONI; FARIA; MANFREDO, 2009; DAVIM et al., 2008; SESCATO; SOUZA; WALL, 2008; DINIZ; CHACHAM, 2002; SIMKIN; O'HARA, 2002; LIEBERMAN, 1992).

Neste estudo, adotar como critério para a estimulação do banho de aspersão o fato da mulher apresentar acentuado desconforto físico foi apontado pela totalidade de enfermeiras obstétricas respondentes desta questão, e estas mesmas declararam que o efeito esperado era o alívio da sensação dolorosa. Estas afirmativas vão de encontro aos resultados de estudos que demonstraram tal efeito com a utilização desta TNICEO (DAVIM et al., 2008; WEI, 2007; KNOBEL, 2004; MEDINA, 2003; OCHIAI, 2000).

A relação da utilização da água como um meio de promover o relaxamento da mulher também foi apontada pela unanimidade das enfermeiras obstétricas. Assim, estas adotam como critério o fato da mulher encontrar-se tensa e desgastada e esperam seu relaxamento como efeito. Estes critérios e efeitos conseguem embasamento através da revisão sistemática de Simkin e O'Hara (2002), que identificou como efeito do banho morno o relaxamento muscular e o bem-estar materno devido a diminuição da produção das catecolaminas durante o período em que se dá o contato com a água. Wei (2007, p. 76) também destaca que o banho morno de aspersão “proporciona uma sensação de relaxamento físico e mental, o que, no caso das parturientes, traz efeitos benéficos para a evolução do trabalho de parto”. Normalmente este desgaste físico é observado quando a mulher já se encontra na fase ativa do parto, o que explicaria as enfermeiras utilizarem como critério o fato da mulher ter ultrapassado os 5 cm de dilatação cervical (76,3%), que corresponderia a fase ativa do parto pelos critérios biomédicos. Esse critério acerca da dilatação cervical também se encontra no estudo de Simkin e O'Hara (2002), que correlaciona a entrada precoce da mulher no banho morno de aspersão com a supressão da hipófise posterior e conseqüente inibição da produção de ocitocina.

A promoção do conforto da parturiente foi apontada como efeito esperado por 97,4% das enfermeiras, sendo este mesmo efeito apontado nos estudos de Mazoni, Faria e Manfredo (2009), Castro e Clapis (2005), Ochiai (2000) e Odent (1991).

Enning (2000) chama a atenção para o fato de não haver estudos randomizados que estabeleçam os critérios e efeitos da utilização da água no parto, entretanto salienta que os estudos observacionais sugerem que esta prática/cuidado tenha efeito sobre a aceleração do parto, redução da pressão arterial materna, diminuição de traumas perineais, e diminuição da necessidade de intervenções. Odent (2000) e Medina (2003) corroboram com tais observações e ainda salientam que esta prática/cuidado favorece a dilatação cervical e diminui a produção de adrenalina durante o processo de parto. No presente estudo, 73,7% das enfermeiras obstétricas utilizam como critério para o estímulo ao banho morno de aspersão o desejo em acelerar o processo de dilatação cervical, sendo que 89,5% esperam observar como efeito o aumento da dilatação e 78,9% a aceleração do processo de parto. Com menor freqüência foi apontado o efeito sobre a diminuição dos traumas perineais (55,3%). Não foram referidos os efeitos sobre a pressão arterial, diminuição da necessidade de intervenções e sobre a diminuição da adrenalina.

As enfermeiras obstétricas também selecionaram com freqüência a opção que utilizava como critério o fato da mulher apresentar contrações uterinas intensas (97,4%). Apesar de não se encontra estudos que apontassem para tal evidência, já foi mencionada a relação da água com a modificação dos padrões das contrações uterinas tornando-as mais toleráveis, e o fato desta prática/cuidado ser útil quando a mulher já se encontra num estágio avançado do parto, onde as contrações estão mais fortes e a sensação dolorosa mais intensa (ODENT, 2000). Na verdade nenhum estudo conseguiu comprovar a relação da água com a modificação da freqüência e intensidade das contrações, no entanto na pesquisa de Ochiai (2000) as mulheres refeririam ter percebido o aumento das contrações após o banho morno de aspersão. Entretanto, sabe-se que alguns estudos (WEI, 2007; SIMKIN; O'HARA, 2002) demonstraram uma evolução mais rápida do processo de parto ao utilizar esta TNICEO, o que pode estar diretamente relacionado ao aumento das contrações uterinas. Assim, optou-se por considerar correto o efeito de aumento das contrações uterinas, que foi apontado por 44,7% das enfermeiras obstétricas.

O efeito sobre a diminuição das contrações uterinas (50,0%) não foi considerado correto, devido à falta de estudos que comprovem tal achado. Este é um efeito diretamente contrário ao observado pelas mulheres na pesquisa de Ochiai (2000), entretanto não significa que não possa ocorrer, uma vez que se espera que as mulheres se encontrem mais relaxadas e com uma menor sensação de dor ao

experimentarem esta TNICEO. Vale lembrar que a entrada precoce da mulher na água tem relação com o aumento de tempo total de parto (SIMKIN; O'HARA, 2002) o que pode estar relacionado à diminuição da força e frequência das contrações uterinas. Assim, o critério que tratava sobre a estimulação do banho morno de aspensão durante o primeiro estágio do parto, quando este se encontra acelerado (73,7%), também foi considerado incorreto. Entretanto, vale ressaltar que não se deve contra-indicar esta prática/cuidado caso o desejo pelo mesmo parto da mulher, visto que as pesquisas são inconclusivas a este respeito. O conhecimento dos critérios e efeitos já estudados contribui para uma avaliação mais correta desses casos individuais, onde o princípio da autonomia deve ser soberano. Assim, considera-se que a enfermeira obstétrica possui conhecimento científico e técnico para avaliar individualmente os efeitos obtidos em cada caso.

Da mesma forma, a opção que defendia a estimulação do banho morno de aspensão quando a parturiente está acompanhada (65,8%) foi considerada incorreta, pois o fato dela não estar sozinha não deve ser um critério adotado pelas enfermeiras obstétricas. Ao contrário, a promoção da privacidade é benéfica ao parto, como se viu ao tratar-se sobre o suporte ao ambiente. Apesar da presença de um acompanhante deixar o profissional mais seguro ao encaminhar a mulher para o banho morno de aspensão, na verdade sua presença deveria ser o mais silenciosa possível, de forma a não prejudicar a concentração da parturiente (ODENT, 2000).



Figura 6 – Mulher em processo de parto no banho morno de aspersão. Brasil, 2007.

Outra TNICEO relacionada ao suporte aos estímulos táteis que foi freqüentemente mencionada pelas enfermeiras obstétricas foi o estímulo às massagens (90,4%). Segundo a Organização Mundial de Saúde (1996, p.68) a massagem encontra-se classificada entre as “condutas que são claramente úteis e que devem ser encorajadas”, entretanto esta deve ser oferecida com cautela, de modo a não invadir o universo pessoal da mulher. De acordo com Santos (2002) a massagem é uma técnica característica do modelo humanístico de assistência, pois o toque exige uma íntima conexão entre a parturiente e a pessoa que a assiste. Infelizmente, muitas mulheres só têm a oportunidade de encontrar a pessoa que irá assisti-la após o início do processo de parto, o que dificulta o estabelecimento do vínculo necessário para que a massagem realmente tenha os efeitos esperados. Assim, a enfermeira obstétrica poderá estar avaliando a possibilidade de estimular que o acompanhante da mulher realize esta prática/cuidado. Este deve ser orientado a permanecer em silêncio e observar as reações da parturiente ao ser tocada.

Podem ser feitas pressões firmes e circulatórias, toques leves, e/ou fricção, nas diversas regiões do corpo, dependendo da necessidade e do desejo da mulher (MAZZALI; GONÇALVES, 2008).

No presente estudo, as enfermeiras obstétricas apontaram unanimemente como critério para o estímulo à massagem o fato de observarem que a mulher encontra-se desconfortável. Todas também esperam como efeito o alívio da sensação dolorosa e o relaxamento muscular da parturiente. Segundo pesquisas, o uso de técnicas de massagem está relacionado à promoção de conforto físico, e ao alívio da dor (CASTRO; CLAPIS, 2005; DAVIM; BEZERRA, 2002). Conforme descrito por Diniz e Duarte (2004), os impulsos nervosos gerados pela massagem competem pelos mesmos receptores cerebrais dos impulsos de dor. Isso explicaria o fato de observar-se melhora da sensação dolorosa durante o trabalho de parto, quando as mulheres são massageadas. Estas autoras ainda recomendam a utilização de óleos para favorecer o deslizamento e aquecimento da região massageada, potencializando a efetividade desta TNICEO. A pesquisa de Mazzali e Gonçalves (2008) aprofunda a relação da dor com a realização de massagens, uma vez que refere que tal estimulação favorece a liberação de opiáceos endógenos (endorfinas), efeito apontado por 89,5% das enfermeiras deste estudo. Os autores ainda salientam que o relaxamento tem relação com a realização de toques leves que diminuem a tensão localizada principalmente na região lombar.

Na revisão sistemática realizada por Berghella, Baxter, e Chauhan (2008) foram procuradas nas principais bases de dados internacionais (MEDLINE, PubMed, EMBASE, e Cochrane) pesquisas randomizadas acerca de algumas práticas/cuidados utilizadas no processo de parto e estes encontraram somente um único estudo que abordava a técnica de massagem. Apesar de este ser considerado insuficiente para que fossem estabelecidas recomendações científicas, seus resultados demonstraram uma diminuição da sensação dolorosa nas mulheres que foram massageadas durante o trabalho de parto ativo. Assim, considerou-se que os critérios e efeitos esperados pela totalidade das enfermeiras possuíam um suporte teórico que os comprovasse.

Na revisão de literatura feita por Cristóvão, Sancho e Pascoal (2008) durante um estudo realizado com mulheres que utilizaram a massagem durante o trabalho de parto, observou-se que tal TNICEO é efetiva na redução da ansiedade, no alívio da dor, na melhoria do humor, no aumento da sensação de bem-estar, na promoção

do conforto físico, na diminuição do tempo de parto, na garantia de satisfação da mulher em relação ao parto e na diminuição da depressão pós-parto. Entretanto, o resultado do estudo demonstrou que a maioria das mulheres não usufruiu desta prática/cuidado devido à falta de incentivo no local de atendimento ao parto. Dentre aquelas que a utilizaram foi apontado o alívio da dor como sendo o efeito observado pelas parturientes.

Observa-se que apesar do alívio da dor ser o efeito predominante entre as pesquisas já realizadas, as enfermeiras obstétricas que participaram deste estudo também correlacionam a esta TNICEO o favorecimento da concentração da parturiente (94,7%), e o aumento do fluxo sanguíneo na região massageada (92,1%), adotando como critérios a observação de contratura muscular (97,4%) e a observação da dificuldade da mulher em se centrar no seu corpo (97,4%). Na revisão realizada por Adams e Biachi (2008), além dos efeitos da massagem sobre a produção de endorfinas, a promoção do conforto e o alívio da dor, estes encontraram estudos que correlacionavam a utilização desta com o favorecimento do relaxamento muscular e o aumento do fluxo sanguíneo para o local que é massageado.

O estudo randomizado realizado por Chang, Wang e Chen (2002) com parturientes primíparas, além de avaliar a dor durante o processo de parto, avaliou os níveis de ansiedade da mulher com a realização da massagem. Os resultados demonstraram que além de diminuir a dor, a massagem tem um efeito benéfico sobre os níveis de ansiedade das parturientes, o que pode estar relacionado ao fato da mulher estar centrada mais em si. Os autores ainda salientaram que a participação dos companheiros pode influenciar positivamente na satisfação das mulheres com o parto. Isso não significa dizer que a necessidade de participação deste deva ser um critério para a estimulação desta TNICEO, mas que esse possa ser um dos efeitos esperado ao indicar a massagem para uma parturiente que encontra-se com um acompanhante participativo. Assim, para esta prática/cuidado considerou-se errada a alternativa que determinava como critério a necessidade de estimular a participação do acompanhante, mas optou-se por considerar correto o efeito desta TNICEO sobre esta participação.

O critério que versava sobre a necessidade de aumentar o vínculo com a cliente foi considerado incorreto apesar de ter sido apontado por 92,1% das enfermeiras. O vínculo entre a profissional e a cliente deve ser estabelecido o mais

precocemente possível, de modo a desenvolver a sensação de segurança na mulher quanto à equipe que lhe assiste, estabelecendo-se uma relação de cuidado mais empática (SANTOS, 2002; BRASIL, 2001). Para que o corpo desta seja tocado, torna-se necessário que este vínculo já tenha ocorrido em algum momento, como por exemplo na acolhimento, ou a massagem pode deixar de ser prazerosa e tornar-se algo invasivo. Assim, o estreitamento do vínculo pode ser um dos efeitos esperados pelos enfermeiros, apesar de não ter sido apontado nesta pesquisa, entretanto este não deve ser adotado como critério para o estabelecimento desta prática/cuidado.

Os critérios relacionados ao favorecimento do processo de parto com a utilização de óleos estimuladores, tal como o de canela (57,9%), e a necessidade de promoção do relaxamento da mulher através do uso de óleos relaxantes, tal como a lavanda (57,9%), foram considerados incorretos devido à falta de estudos que comprovem sua eficácia. Neste mesmo caso, encontram-se os efeitos relacionados à diminuição do tempo do segundo estágio do parto (63,2%), a facilitação da descida fetal (59,5%) e o favorecimento da força de contração uterina (54,1%). Isso não significa que tais critérios e efeitos não possam ser utilizados na prática das enfermeiras obstétricas, mas aponta a necessidade de realização de pesquisas que possam embasá-los.

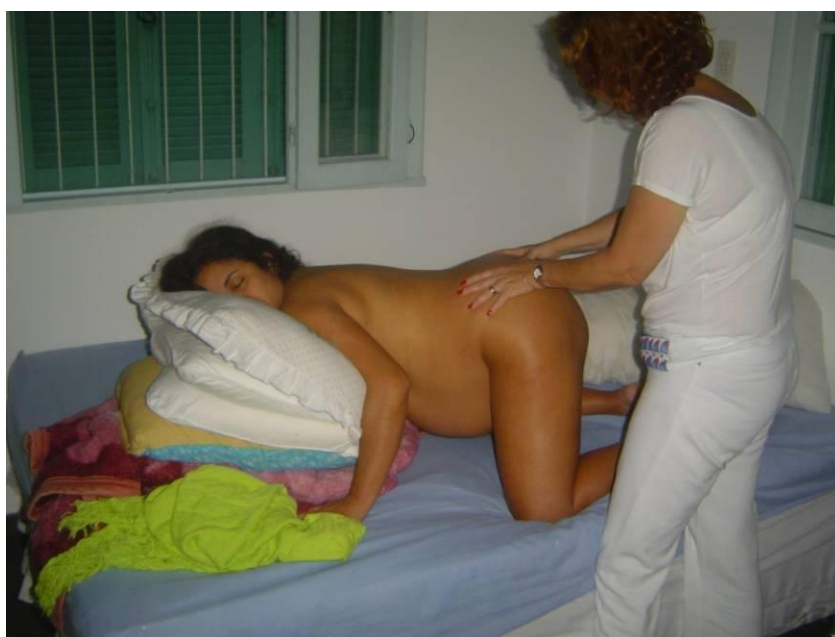


Figura 7 – Parturiente sendo massageada pela enfermeira obstétrica enquanto passa pelo processo de parto. Brasil, 2009.

O estímulo ao banho de imersão foi outra TNICEO utilizada pelas enfermeiras obstétricas, entretanto em menor proporção (45%) se comparada às demais práticas/cuidados estudadas. De acordo com a OMS (1996, p.72) esta TNICEO encontra-se classificada entre as “práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão”. Entretanto, após estas recomendações várias pesquisas começaram a ser realizadas em vista de comprovar os benefícios desta prática/cuidado. Vale ressaltar que, as unidades de atendimento a parturiente nem sempre são equipadas com banheiras ou piscinas de parto (KNOBEL, 2004), o que impede a utilização desta TNICEO, justificando-se assim o número de enfermeiras obstétricas que tem a possibilidade de utilizá-la em sua prática profissional.

A água e suas propriedades terapêuticas já são conhecidas há um longo tempo. A ligação espiritual e mística entre esta e o ser humano é tão forte que naturalmente, ao longo de sua vida, o homem sentirá uma espécie de atração pela água (GARLAND, 2000). Ao estudar tal relação, Odent e Johnson (1994) observaram as reações do recém-nascido ao estar em contato com a água e estudaram o relaxamento produzido por esta em mulheres, durante o processo de parto. Os autores concluíram que os efeitos sobre o relaxamento da parturiente são transmitidos ao feto tanto quando a mulher está imersa na água, quanto em contato próximo a ela. Sua teoria se baseia no fato de que ao promover o contato da parturiente com a água, esta sentirá uma calma e uma sensação de empoderamento que permitirá o bom desenvolvimento do parto natural.

Durante o desenvolvimento desta prática/cuidado em Pithiviers, na região sul de Paris, Odent estimulava a imersão na água quando a mulher encontrava-se em um processo de parto longo ou quando a cérvix já tinha alcançado os 6 cm de dilatação, em vistas de favorecer a atividade uterina (ODENT, 2002). Balaskas (1993) concorda com esta indicação ao destacar que a água deve ser utilizada quando as contrações já se encontram intensas, entretanto salienta que este não deve ser um critério rígido para todas as mulheres, pois se esta desejar o banho morno de imersão antes, não deverá ser impedida, sendo apenas avaliada constantemente pela profissional que lhe atende. Ao observar os critérios utilizados pelas enfermeiras obstétricas brasileiras vê-se que esta prática ainda encontra-se relacionado ao processo de parto ativo, uma vez que estas apontaram que

estimulam tal prática/cuidado quando as contrações estão mais intensas (94,9%), quando a mulher já se encontra exaurida (88,9%), quando a parturiente ultrapassa os 5 cm de dilatação cervical (77,8%), quando esta refere dor difusa e intensa (77,8%) e quando o processo encontra-se prolongado (72,2%).

Odent (2002) ainda afirma que em Pithiviers, o parto na água surgiu em consequência do respeito ao desejo da mulher, e começou a ser utilizado com o objetivo de favorecer o relaxamento e a entrega emocional desta, reforçando-se assim o efeito esperado sobre o relaxamento (100%) e sobre o favorecimento das questões emocionais da parturiente (94,9%).

Ao buscar analisar as influências do banho morno de imersão no primeiro estágio do processo de parto e na duração das contrações uterinas Silva e Oliveira (2006) realizaram um estudo randomizado onde participaram 108 mulheres, distribuídas igualmente entre os grupos controle e experimental. Vale ressaltar que todas as mulheres passaram a ser avaliadas após os 6 cm de dilatação cervical, o que pelos critérios biomédicos corresponderia ao trabalho de parto ativo. Os resultados demonstraram não haver diferença significativa na duração total do processo de parto, bem como no padrão de contratilidade uterina, entretanto foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na média de duração das contrações. Assim, os autores concluíram que o banho de imersão é uma opção que pode ser utilizada para o conforto das parturientes, sem que isso interfira no processo de parto.

Em outro estudo randomizado realizado por Silva, Oliveira, e Nobre (2009), foi avaliado o efeito do banho de imersão na intensidade da sensação dolorosa das parturientes. Estes concluíram que as médias da intensidade da sensação dolorosa no grupo controle foram maiores do que no grupo experimental, sugerindo que esta prática/cuidado é adequada para o alívio da dor durante o processo de parto. No presente estudo o alívio da dor não foi uma opção pré-definida e nem determinada diretamente por nenhum das enfermeiras obstétricas, entretanto todas concordaram que esta TNICEO auxilia no conforto e relaxamento da parturiente e 94,9% referiram que esperam diminuir a necessidade de drogas analgésicas com sua implementação. Knobel (2004, p. 3) corrobora com tal afirmação ao dizer que “O banho de imersão comprovadamente alivia a dor, deixa a parturiente mais relaxada e diminui a necessidade de utilizar drogas analgésicas para o alívio da dor”.

De acordo com Odent (1997) independente das circunstâncias, a resposta fisiologia à imersão na água seria a redistribuição do volume sanguíneo pelo corpo da parturiente. As modificações hemodinâmicas ocorrem devido ao aumento do retorno venoso, que é diretamente dependente do quanto imersa a mulher se encontra. Isso quer dizer, que as respostas fisiológicas do organismo irão variar caso a mulher esteja apenas com o abdome submerso, ou esteja submersa do pescoço para baixo. Este aumento do volume de sangue intratorácico tem uma relação direta com a atividade da glândula pituitária posterior, e conseqüentemente com a produção de ocitocina e vasopressina. Assim, resumidamente, o autor correlaciona o banho morno de imersão com o aumento da produção de ocitocina.

Através da associação entre a observação das enfermeiras obstétricas e parteiras, e das respostas fisiológicas ao banho de imersão, Odent (1997) afirma que ao proporcionar esta prática/cuidado, a água deve estar na temperatura corporal da mulher. Deste modo, imediatamente poderá ser observado o alívio da sensação dolorosa, devido à redução do nível de endorfinas e catecolaminas. Essas modificações hormonais tendem a favorecer o aumento da produção de ocitocina e conseqüentemente, a atividade uterina e a dilatação cervical, favorecendo o processo de parto. Entretanto, após cerca de 1 ou 2h há um período em que a glândula pituitária posterior começa a ser suprimida, o que pode fazer com que as contrações fiquem mais espaçadas e o parto se torne mais prolongado. Tais afirmativas demonstram a necessidade de observação constante das enfermeiras obstétricas de modo a compreender as modificações que ocorrem no corpo da mulher ao se proporcionar esta TNICEO, e demonstram que o efeito esperado relacionado ao aumento da atividade uterina sem aumento da sensação dolorosa (88,9%) é fundamentado nas modificações fisiológicas que ocorrem com o banho de imersão.

Outro efeito esperado pelas enfermeiras obstétricas nesta pesquisa está relacionado à manutenção da integridade perineal (83,3%). No estudo realizado por Geissbuehler, Stein e Eberhard (2004) foram observados 9518 partos espontâneos, dos quais 3617 foram realizados na água. Os resultados demonstraram que o número de mulheres que não apresentaram lesões perineais ou que tiveram lesões pequenas, de primeiro ou segundo grau, foram mais freqüentes naquelas que tiveram seus bebês na água. Com resultados semelhantes encontrou-se o estudo de Eberhard e Geissbuehler (2000) que ao compara 2362 partos no leito e 2014 partos

na água constatou que houve uma diferença significativa entre a taxa de laceração de terceiro e quarto grau, que foram menores no parto na água.

Não foram encontrados estudos que correlacionassem a utilização do banho morno de imersão no favorecimento (72,2%) ou retardamento (61,1%) da descida fetal, nem com os resultados deste em relação aos batimentos cardíofetais (66,6%). Entretanto, observa-se que os estudos encontrados não evidenciaram risco para o feto ao utilizar tal TNICEO. Vale ressaltar que, em casos de batimentos cardíofetais acelerados (38,9%), não há evidências que comprovem o benefício do banho morno de imersão, sendo esta opção considerada incorreta, pois sua observação pode significar risco fetal, devendo, portanto ser tomada outra medida de assistência.

O critério que tratava sobre a observação da musculatura perineal tensa foi considerado incorreto, pois não foram encontrados estudos que comprovassem sua efetividade. Apesar de se conhecerem os benefícios do banho morno no relaxamento dos espasmos musculares não se sabe se durante o processo de parto este efeito sobre a musculatura perineal ocorrerá (CUNHA; CAROMANO, 2009). Entretanto, vale ressaltar que os benefícios em relação ao grau de laceração nos partos na água sugerem que a água morna possa atuar no relaxamento do períneo.

Entendendo-se os apontamentos levantados, considerou-se como um critério incorreto para a estimulação do banho morno de imersão, o fato da mulher se encontrar no final da segunda fase do processo de parto, visto que esta corresponde ao período expulsivo. Vale ressaltar que, neste momento, a concentração da mulher deve ser a prioridade na assistência e esta não deve ser transferida de ambiente, a menos que seja uma atitude espontânea da parturiente.



Figura 8 – Parturiente no banho morno de imersão na piscina de parto sendo acompanhada pela enfermeira obstétrica. Brasil, 2009.

A utilização de compressas frias ou quentes foi outra TNICEO pouco disseminada entre as enfermeiras obstétricas (45,0%), apesar da sua facilidade de aplicação e adequação a qualquer ambiente de atendimento obstétrico. Segundo Beleza (2008) este é um recurso não farmacológico que é utilizado tradicionalmente na assistência obstétrica. Entretanto a baixa valorização desta prática/cuidado apontada neste estudo pode ser decorrente do desconhecimento profissional acerca de seus benefícios e da pequena quantidade de estudos relacionados ao tema (ENKIN et al., 2005).

De acordo com Adams e Bianchi (2008) a utilização de compressas frias ou quentes auxilia na diminuição da sensação dolorosa e no alívio de espasmos musculares comuns durante o processo de parto, entretanto existem diferenças entre as indicações para cada uma destas. Enkin et al. (2005) corrobora com tal afirmativa e complementa ao dizer que estudos observacionais sugerem que ambos possuem efeitos na promoção do conforto físico, sendo que compressas quentes são normalmente utilizadas na região inferior do abdome, na região inguinal e no períneo, e as compressas frias, principalmente o gelo, são mais utilizadas na região lombar, anal e no períneo. Assim, adotar como critério para a utilização desta prática/cuidado o fato da mulher estar tensa e desconfortável está correto, sendo que nesta pesquisa foi apontado por 83,3% das enfermeiras obstétricas.

A utilização de compressas frias vem sendo tratada nos estudos recentes como crioterapia. Esta consiste em uma técnica de aplicação de frio local, que pode estar no estado líquido (água gelada), sólido (gelo), ou gasoso. Os principais efeitos fisiológicos apontados por Nunes e Vargens (2007) ao estudar a utilização da crioterapia para o alívio da sensação dolorosa estão relacionados à redução da transmissão dos impulsos nervosos, vasoconstricção local, diminuição do metabolismo celular regional, e alívio dos espasmos musculares. Os resultados do estudo demonstraram que esta prática/cuidado é eficaz no alívio da sensação dolorosa durante o processo de parto, confirmando o efeito esperado pelas enfermeiras relacionado à diminuição da transmissão de impulsos dos neurônios sensoriais, e conseqüente alívio da sensação dolorosa (50,0%).

Apesar do estudo de Beleza (2008) ter avaliado a utilização da crioterapia em primíparas submetidas à episiotomia, fugindo dos aspectos fisiológicos que envolvem a parturição, seus resultados demonstraram ligação desta técnica com a redução da dor (perineal) após 20 minutos de aplicação, e não foram encontrados efeitos adversos associados a ela. Trazendo esses efeitos para o processo fisiológico do parto, considera-se que a utilização de compressas frias, durante o mesmo tempo estudado, possa auxiliar no alívio da sensação dolorosa da região lombo-sacra, e perineal das parturientes. Tal correlação também é mencionada pelo estudo de Adams e Bianch (2008) e pode ser reforçada com os apontamentos de 27,8% das enfermeiras obstétricas, que afirmaram que este seria um efeito esperado após a aplicação do gelo local.

Segundo Simkin e Bolding (2004), além do alívio da dor que é um efeito de ambos os tipos de compressas, a utilização de compressas quentes pode ser utilizada para aliviar calafrios e tremores, diminuir a rigidez articular, reduzir os espasmos musculares e aumentar a extensibilidade do tecido conjuntivo. Entretanto, as autoras salientam que devido aos poucos estudos acerca desta prática/cuidado, a utilização de compressas frias ou quentes deve ser utilizada de acordo com o desejo e a resposta de cada mulher individualmente.

Apesar dos estudos acerca desta prática/cuidado serem inconclusivos, todos sugerem que esta TNICEO não oferece risco para as parturientes e fetos que se encontram em um processo de parto fisiológico. Assim, Levando-se em consideração os estudos supracitados, foram considerados corretos os critérios apontados pelas enfermeiras obstétricas, que indicavam a utilização de compressas

em casos de sensação de dor em região localizada (88,9%) e observação de espasmos musculares (66,7%).

O critério que tratava da utilização de compressas frias no caso da mulher se encontrar agitada e transpirando (50,0%) foi considerado correto apesar de não haver estudos que façam tal relação, mas considerando-se que esta pode ser uma alternativa não-farmacológica inócua e que favorece o conforto da mulher, este parece ser um critério viável de utilização. Na medida em que tal TNICEO favorece o conforto da mulher, as enfermeiras obstétricas esperam poder proporcionar a parturiente a calma e o conforto (88,9%) necessários para o bom desenvolvimento do parto. Da mesma forma, o efeito que correlaciona à utilização de compressas quentes e o aumento do fluxo sanguíneo local foi considerado correto apesar de não ter-se encontrado estudo que correlacionasse estes fatores durante o processo de parto. Entretanto, considerando-se que em condições normais a aplicação de calor eleva a temperatura local, aumentando o metabolismo e o fluxo sanguíneo da região, promovendo o relaxamento muscular (COSTA; BRAZ, 2005) acreditando-se que os mesmos efeitos deverão ser observados nas parturientes, o que exigirá uma atenção mais próxima da enfermeira em vista de constatar este benefício.

Não se encontrou estudos que correlacionassem a utilização de compressas frias ou mornas com a produção de Adrenalina e a redução do edema de colo. Assim, optou-se por considerar os critérios e efeitos associados a estes achados incorretos, por tratarem de aspectos mais específicos, e de difícil avaliação através da observação. Os efeitos desta TNICEO com relação ao alívio da dor e promoção do conforto físico e relaxamento da mulher sugerem que esta pode ser benéfica na diminuição dos níveis de adrenalina, cuja produção é ativada pela sensação de medo, dor, desconforto e insegurança. Tal efeito foi apontado por 83,3% das enfermeiras obstétricas, mas necessitam de mais estudos que comprovem, ou não, tal correlação.

4.2.4 O Suporte energético

Durante a assistência obstétrica é comum a prática da restrição alimentar no momento em que a mulher é institucionalizada, principalmente em ambiente

hospitalar. As justificativas para tal rotina normalmente estão associadas ao risco de broncoaspiração do conteúdo gástrico durante a anestesia geral (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996). Entretanto Enkin et al. (2005p.140) salienta que tal medida não possui justificativa, visto que visa “compensar a técnica anestésica inadequada”. Lamaze (2003a) destaca que a anestesia geral praticamente desapareceu na obstetrícia moderna e que nenhum período de jejum garante um estômago completamente vazio.

O processo de parto requer um grande gasto de energia, e como não se pode prever sua duração é preciso repor este gasto energético, caso a mulher sinta vontade de alimentar-se (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996). O longo período de jejum faz com que aumente o catabolismo lipídico, que poderá levar a uma elevação progressiva das cetonas urinárias. Levando-se em consideração que a cetoacidose apresenta taxas elevadas de mortalidade fetal (GOLBERT; CAMPOS, 2008), a restrição alimentar poderá colocar em risco a vida da mãe e do feto. Como medida preventiva da cetoacidose muitos obstetras prescrevem a infusão de soro glicosado durante o processo de parto, entretanto esta prática tecnocrática fere as propostas defendidas no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002), que visa “concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país”. Segundo a Organização Mundial de Saúde (1996) estudos demonstram que o aumento dos níveis séricos de glicemia, estimula a liberação de insulina materna e fetal, que pode resultar na diminuição do pH da artéria umbilical, hiperinsulinismo e conseqüente hipoglicemia fetal, além da elevação dos níveis sanguíneos de lactato. A instalação da hidratação venosa também interfere na mobilidade da mulher e é a porta de entrada para as demais intervenções desnecessárias ao processo fisiológico do parto.

Levando-se em consideração os benefícios da alimentação durante o processo de parto e a falta de estudos que comprovem seus riscos associados, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) passou a estimular a oferta de alimentos leves para as parturientes com baixo risco para cesárea durante a fase latente do parto. Ao aproximar-se da fase ativa, está recomendado que os alimentos sólidos sejam suspensos, sendo estimulada a ingestão de pequenas quantidades de líquidos claros, tais como água, sucos de fruta, chás, café e refrigerantes.

No presente estudo 87,5% das enfermeiras obstétricas referiram oferecer algum tipo de alimento à mulher durante o processo de parto, sendo que os critérios mais freqüentemente apontados estavam de acordo com as propostas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). Assim, as enfermeiras utilizam como critérios para a oferta de alimentos o fato da mulher ser considerada de baixo risco obstétrico (94,3%), o que descarta a possibilidade desta necessitar de anestesia geral (80,0%) e cirurgia cesariana. Assim esperam manter a hidratação da mulher (97,1%) e observar-la mais ativa durante a parturição (97,1%).

As enfermeiras também adotam como critério o respeito ao desejo da mulher (94,3%), demonstrando que estas profissionais valorizam a autonomia da parturiente em decidir o melhor momento de alimentar-se. Um estudo canadense que buscou avaliar os efeitos do suporte alimentar durante o processo de parto não evidenciou benefícios, nem malefícios no fato das parturientes ingerirem algum alimento, entretanto verificou-se uma maior satisfação destas em poderem controlar sua própria alimentação (ENKIN et al., 2005). Nesta pesquisa, as enfermeiras obstétricas apontaram que ao oferecer alimentação também esperam que estas se sintam mais satisfeitas com seu processo de parto (94,3%).

Além da satisfação, as enfermeiras também se preocupam em oferecer a alimentação para as parturientes que se encontram há muito tempo em processo de parto (88,6%) e aquelas que estão com queixas de falta de forças (88,6%), o que favorece o bem-estar materno e fetal. Assim esperam evitar a cetose na parturiente (69,8%) e suas conseqüências para o feto, além de observar a mulher menos cansada no pós-parto (85,7%). Vale ressaltar que a enfermeira deve estar atenta às expressões corporais e verbais da mulher, pois nem sempre a fala “estou sem forças” significa falta de alimentação. Já foi comentado anteriormente que a liberação das travas neocorticais do cérebro primitivo faz com que a mulher se comporte de maneira não convencional (ODENT, 2000). Isso significa dizer que, aparentar “estar sem forças” pode significar uma máxima atuação do cérebro primitivo e a proximidade do momento do período expulsivo.

Outro critério adotado pelas enfermeiras refere-se ao fato da parturiente não se encontrar nauseada (82,9%), entretanto, a mulher que tem sua autonomia preservada certamente evitará ingerir qualquer alimento neste caso. Assim, este critério não foi considerado correto, uma vez que se centra no modelo clínico biomédico, que não considera a mulher um agente ativo das decisões (SODRÉ;

LACERDA, 2007). Apesar das enfermeiras estarem adotando práticas humanizadas em sua assistência, estas ainda têm dificuldades em centrar sua atuação em um único modelo de cuidado, resultando em um modelo híbrido, que mesmo sendo mais flexível ainda se preocupa em tomar decisões pelas clientes.

O critério que visa estimular esta TNICEO ao observar feto não-reativo (60,0%) foi igualmente considerado incorreto, bem como o fato de observar-se como efeito o feto mais ativo durante todo o processo de parto (94,3%) e a diminuição do risco de lipotímia na parturiente (91,4%), pois não foram encontradas pesquisas que comprovassem estes achados. Os altos índices encontrados na adoção deste critério e, principalmente, destes efeitos esperados podem ser devido à observação assistemática das enfermeiras durante o desenvolvimento desta prática/cuidado. Considerando-se a faceta dinâmica das tecnologias não-invasivas de cuidado, o conhecimento vai sendo desenvolvido à medida que o cuidado vai sendo experimentado, entretanto torna-se “difícil a assimilação e a explicação pela racionalidade científica” (TORRES, 2006, p. 67). Assim, para que estes critérios e efeitos sejam definitivamente adotados na assistência obstétrica deve-se buscar consistência através do desenvolvimento de estudos.

O efeito que trata da diminuição do risco de broncoaspiração com a oferta de alimentos (31,4%) foi considerado incorreto pela literatura consultada, pois nem a restrição alimentar, nem a alimentação contínua podem garantir a minimização desta intercorrência, que pode estar relacionada a outros fatores de risco, como obesidade, refluxo gastroesofágico, via aérea difícil, dentre outros (ENKIN et al., 2005; VIEIRA JÚNIOR; SILVA, 2008).

5 CONCLUSÃO

Ao se pesquisar acerca dos critérios e efeitos esperados pelas enfermeiras obstétricas na implementação das tecnologias não-invasivas de cuidado pôde-se evidenciar que alguns aspectos relacionados a este conceito ainda encontram-se pouco compreendido pelas profissionais da área, entretanto este não é um entrave para que práticas/cuidados relacionados a esta nova terminologia sejam utilizadas durante a assistência à parturiente.

As mudanças propostas pelas novas políticas públicas de assistência ao parto (Organização Mundial de Saúde/ Ministério da Saúde) impulsionaram a formação e desenvolvimento do conhecimento das enfermeiras obstétricas, que buscaram alternativas não-farmacológicas que pudessem auxiliar no processo de nascimento. Assim, as enfermeiras incorporaram novos saberes e transformaram sua prática, baseadas num conhecimento teórico próprio de sua formação, o que permitiu que algumas práticas/cuidados antes utilizadas quase que de forma intuitiva passassem a ser reconhecidas como parte de uma ciência.

Assim, práticas/cuidados relacionadas ao suporte físico são utilizadas com freqüência durante a assistência à parturiente, conforme demonstrado nesta pesquisa, o que certamente significou um ganho na qualidade do atendimento oferecido. Tais práticas/cuidados foram associados às tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica, por atenderem às ações cujas características são congruentes aquelas descritas sobre o conceito estudado. Assim, todas são utilizadas no cotidiano das enfermeiras obstétricas que visam o resgate do processo natural do parto e do empoderamento feminino, que se estabelece a partir da inter-relação enfermeira-cliente. São, portanto, tecnologias abertas, dinâmicas, vivas, potencializadoras das capacidades individuais femininas, que derivam do saber estruturado das enfermeiras obstétricas e contribuem para a formação de sua identidade profissional. Neste sentido, estas não são utilizadas indiscriminadamente, mas encontram-se embasadas por critérios e efeitos advindos de pesquisas já desenvolvidas ou em desenvolvimento conforme demonstrado neste estudo.

Logo, esta pesquisa atingiu seus objetivos, pois conseguiu determinar os critérios e efeitos esperados pelas enfermeiras obstétricas ao utilizarem cada uma das práticas/cuidados estudadas, entretanto também evidenciou brechas no

conhecimento científico acerca destas. Assim, verificaram-se quais critérios poderiam ser considerados corretos pelas pesquisas atuais, fornecendo-se subsídios para a prática baseada em evidências. Concomitantemente, possibilitou-se verificar os efeitos esperados pelas enfermeiras ao implementarem cada TNICEO estudada e quais possuíam correlação com as pesquisas desenvolvidas.

Considera-se que as relações estabelecidas entre os dados deste estudo e as pesquisas já realizadas seja a principal contribuição para o desenvolvimento da enfermagem obstétrica, no sentido de buscar fundamentação para as práticas/cuidados hoje desenvolvidas durante a assistência à parturiente. Desta maneira, espera-se contribuir para a valorização profissional e o incremento da assistência de modo a incentivar a utilização de TNICEO, baseadas no modelo humanístico de cuidado.

Alguns critérios e efeitos foram apontados erroneamente pelas enfermeiras obstétricas, ou por falta de embasamento científico, ou por serem considerados incorretos pelas pesquisas já realizadas. Tal fato pode estar relacionado a falhas na formação teórico-prática e/ou atualização profissional que necessitam ser reparadas para que a utilização dessas práticas/cuidados possa trazer benefícios para o desenvolvimento natural do processo de parto, além de respaldar a atuação da enfermeira obstétrica na assistência à parturiente. Assim, considera-se que uma das contribuições deste estudo foi a observância de lacunas no conhecimento científico, sugerindo-se o desenvolvimento de novas pesquisas que possam fundamentar tais práticas/cuidados desenvolvidas pelas enfermeiras obstétricas no suporte físico.

Vale ressaltar que muitas das pesquisas consideradas para determinar se os critério e efeitos esperados eram corretos ou incorretos não foram desenvolvidas de forma a garantir bases sólidas para sua determinação, pois foram estudos pontuais, cujos dados não poderiam ser generalizados para toda a população estudada e/ou pesquisas observacionais. Entretanto, pondera-se que a realização de estudos científicos rígidos são característicos do modelo tecnocrático de assistência, e que estes poderiam ser inviáveis para a análise destas TNICEO na prática, visto que estas baseiam-se em um modelo de assistência pautado na autonomia e respeito à fisiologia. Há de se pensar um meio cientificamente aceito para a determinação de tais indicações que possam ser aplicáveis na atenção obstétrica, sem que o estudo interfira nos aspectos básicos dessas práticas/cuidados, que são fundamentais para que os efeitos esperados possam ser realmente observados.

Conclui-se, portanto, que as tecnologias não-invasivas de cuidado estudadas são utilizadas pelas enfermeiras obstétricas pesquisadas, sendo uma ferramenta importante para a desmedicalização do processo de parto e conseqüentemente, para a diminuição dos índices de morbimortalidade materna e neonatal, uma vez que estas visam o resgate do parto natural. Apesar da fragilidade de algumas pesquisas que embasam os critérios e efeitos esperados pelas enfermeiras ao estimularem a utilização das TNICEO, nenhuma foi capaz de demonstrar prejuízos ao processo de parto e ao binômio mãe-bebê por sua aplicação. Assim, sugere-se que tais práticas/cuidados devam ser utilizadas amplamente na atenção obstétrica, pois seus benefícios suplantam os resultados obtidos com os protocolos rígidos de cerceamento da liberdade da mulher e controle por parte dos profissionais, que ainda são utilizados em instituições que permanecem com o modelo biomédico hegemônico. Considera-se, portanto, que a assistência ao parto desenvolvida por enfermeiras obstétricas seja fundamental para a superação deste modelo que não vem atendendo as necessidades de saúde da população feminina e nem as propostas governamentais.

REFERÊNCIAS

ADAMS, E. D.; BIANCHI, A. L. A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, Philadelphia*, v. 37, n. 1, p. 106-115. 2008.

AIRES, M. J. *Técnica e tecnologia do parto: a produção e apropriação do conhecimento tecnológico por parteiras tradicionais*. 2006. 179 f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Paraná, 2006.

ALMEIDA, E. A. et al. Pesquisa do tipo levantamento ou Survey. [trabalho na internet]. Rio de Janeiro: Potifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2006. Disponível em: <http://postecedpuc2006.wikispaces.com/space/showimage/18_pesquisaSurvey17Nov2006.doc>. Acesso em 18 ago. 2008

ALMEIDA, A. M.; OLIVEIRA, E. R. A.; GARCIA, T. R. Pesquisa em enfermagem e o positivismo. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 30, n. 1, p. 25-32, abr. 1996.

ALMEIDA, N. A. M. et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para o alívio da dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev Latino-am. Enfermagem*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 52-58, jan./fev. 2005.

ÂNGULO-TUESTA, A. et al. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1425-36, set./out. 2003.

BABBIE, E. *Métodos de pesquisa survey*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

BACKERS, D. S. et al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.15, n. esp, p 71-8, 2006.

BALASKAS, J. *Parto ativo: guia prático para o parto normal*. São Paulo: Ground, 1993. 317 p.

BELEZA, A. C. S. A dor perineal no pós-parto normal com epsiotomia: mensuração, caracterização e efeitos da crioterapia. 2008. 156 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

BERGHELLA, V.; BAXTER, J.K.; CHAUHAN, S. P. Evidence-based labor and delivery management. *Am J Obstet Gynecol*, Philadelphia, v. 199, n. 5, p. 445-54, 2008.

BLOOM, S. L. et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. *N Engl J Med*, v. 339, n. 2, p. 76-9, jul., 1998. Disponível em: <<http://content.nejm.org/cgi/reprint/339/2/76.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2009.

BIO, E.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 28, n. 11, p. 671-679, nov., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006001100007&lng=en>. Acesso em: 15 nov. 2009.

BIONASCIMENTO. Preparação para o parto com o método Lamaze: posições não-supina para o parto. Disponível em: <http://www.bionascimento.com/index.php?option=com_content&task=view&id=71&Itemid=37>. Acesso em 27 maio 2009

BIRTHING NATURALLY. The hands and knee positions. Disponível em: <<http://www.birthingnaturally.net/cn/position/handknee.html#>>. Acesso em: 10 nov. 2009

BOBROFF, M. C. C. *Identificação de comportamentos de cuidado afetivo-expressivos no aluno de enfermagem: construção de instrumentos*. 2003. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999. 200 p.

BONADIO, I.C. "Ser tratada como gente": a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 32, n. 1, p. 9-15, abr., 1998. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/397.pdf>>. Acesso em: 1 dez 2009.

BOURDIEU, P. *A ação masculina*. Tradução: Maria Helena Kühner. 2a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. 140 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 569/GM de 1 de junho de 2000. Brasília: Senado Federal, 2000.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. Informes técnicos-institucionais. *Rev Bras Saúde Materno-infantil*, Recife, v. 2, n. 1, p.69-71, jan./abr., 2002.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). *O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas*. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

BROWNING, C. A. Using music during childbirth. *Birth*, v. 27, n.4, p.272-76, 2001.

BUCKLEY, S. J. Mothers and Child Health. Ecstatic Birth: nature's hormonal blueprint for labor. mar., 2003. Disponível em: <<http://www.motherandchildhealth.com/Prenatal/sarah/hormones.html>>. Acesso em: 20 out. 2009.

BRUGGEMANN, O. M. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; BRUGGEMANN, O. M. *A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento*. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. p.23-36.

_____. The care in the birth process: considerations about nurse's performance. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 2, n.3, dez., 2003. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn203bruggemann.htm>. Acesso em: 12 abr. 2008.

CAMACHO, K. G. *Percepções de enfermeiras sobre as transformações de sua prática obstétrica conseqüente ao movimento de humanização do campo obstétrico hospitalar*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. No prelo.

CARRARO, T. E. et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Texto contexto - enferm.*, v. 15, n. esp, p. 97-104, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500011&lng=en>. Acesso em: 20 nov. 2009.

CASTILHO, S. A.; PIRES, D. E. P. O resgate do parto normal: as contribuições de uma tecnologia apropriada. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v.9, n.2, p 274-287, mai./ago., 2000.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 13, n. 6, p. 960-7, nov./dez., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2009.

CASTRO, A. V. A. *As repercussões da música na dor do trabalho de parto: contribuições para a enfermagem obstétrica*. 2009. 75 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio e Janeiro, 2009.

CHANG, M.; WANG, S.; CHEN, C. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *J Adv Nursing*, v. 38, n. 1, p. 68-73, abr., 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11895532>>. Acesso em: 28 ago. 2009.

CHEN, S. et al. Effects of sitting position on uterine activity during labor. *Obstetrics & Gynecology*, v. 69, p. 67-73, jan., 1987. Disponível em: <<http://acogjnl.highwire.org/cgi/content/abstract/69/1/67>>. Acesso em: 10 jun. 2008.

COLLAÇO, V. S.; SIEBERT, E. R. C. Posição Genupeitoral como estímulo ao trabalho de parto ativo no centro obstétrico da maternidade do HU/UFSC. In: V COBEON - CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, Bento Gonçalves, 2007. Disponível em: <http://www.furb.br/formularios/aleitamento/anais/ots/art_ots_09.pdf>. Acesso em: 02 Jun 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: Gráfica COFEN, 2000. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/109.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

COSTA NETO, C. Ciência e saberes: tecnologias convencionais e Agroecologia. *Rev. Agroecologia e Desenvolvimento Rural Sustentável*, n.2, 9 p., abr./jun., 2000. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/desenvolvimentorural/textos/29.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2008.

COSTA, T.; BRAZ, M. M. Termoterapia e crioterapia na dismenorréia primária: relatos de mulheres. *Revista Saúde e Ambiente*, v. 6, n. 2, dez. 2005. Disponível em:< <http://rdigital.univille.rct-sc.br/index.php/RSA/article/view/79/123>>. Acesso em: 10 ago. 2009.

CRISTÓVÃO, R.; SANCHO, M. F.; PASCOAL, A. G. Estratégias de alívio da dor no trabalho de parto: análise sobre a utilização da massagem e de algumas posições anti-álgicas. *Escola Superior de Saúde de Alcoitão*, dez., 2008. Disponível em: <<http://www.apfisiio.pt/gifsm/Artigo Resumido.doc>>. Acesso em: 25 nov. 2009.

CUNHA, M. G.; CAROMANO, F. A. Efeitos fisiológicos da imersão e sua relação com a privação sensorial e o relaxamento em hidroterapia. *Poolterapia*, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.poolterapia.com.br/hidrot/arti/h_arti08ps_relax.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2009.

DAVIM, R. M. B.; BEZERRA, L. G. M. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto *Midwifery*: um relato de experiência. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 10, n. 5, p. 727-32, set./out., 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a16.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2009.

_____; et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 10, n. 3, p. 600-9, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>>. Acesso em: 22 nov. 2009.

_____; TORRES, G. V.; MELO, E. S. Estratégias não-farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 15, n.6, p.1150-1156, nov./dez., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S0104-11692007000600015&lng=em>. Acesso em: 08 jan. 2008.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. International. *Journal of Gynecology & Obstetrics*, Austin, v.75, p.5 –23, 2001.

DAVIS-FLOYD, R; ST.JONH, G. *Del medico al sanador*. Buenos Aires: Creavida, 2004. 303 p.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 10, n.3, p. 699-705, set., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300026&lng=en>. Acesso em: 19 nov. 2009.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública no Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, dez., 2006.

DIAS, M. D. Histórias de vida: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa. *Rev Eletrônica de Enfermagem*, v. 9, n. 2, p. 474-486, mai./ago., 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a14.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2009.

DINIZ, S. G. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. 2001. 254 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

_____; CHACHAM, A. *Dossiê Humanização do Parto*. São Paulo: Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002. 40 p.

_____; DUARTE, A. C. *Parto normal ou cesárea?: o que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. Rio de Janeiro: UNESP, 2004.

EBERHARD, J.; GEISSBUEHLER, V. Influence of Alternative Birth Methods on Traditional Birth Management. *Fetal Diagn Ther*, v. 15, n. 5, p. 283-290, 2000.

E-COMERCE. Dados estatísticos sobre a internet e o comércio eletrônico: perfil do internauta - Brasil. eCommerceOrg, 2008. Disponível em: <<http://www.e-commerce.org.br/STATS.htm>>. Acesso em: 19 abr. 2008.

ENKIN, M. et al. *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ENNING, C. *O parto na água: um guia para pais e parteiros*. São Paulo: Manole, 2000. 139 p.

FERREIRA, A B H. *Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 3. ed. São Paulo: Positivo, 2004. 2120 p.

FIGUEIREDO, N. M. A. *Práticas de enfermagem: fundamentos, conceitos, situações e exercícios*. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2002. 480 p

FINANCIAL WEB. *Internet no Brasil e no Mundo*. 2008. Disponível em: <<http://www.financialweb.com.br/midiakit/internet.asp>>. Acesso em: 19 abr. 2008.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 52., 2000, Recife/Olinda, mesa redonda "A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência". Recife/Olinda: [s. n.], 2000.

GARLAND, D. Pioneering Hydrotherapists. In: _____. *Waterbirth: na attitude to care*. 2 ed. London: Elsevier, 2000. p. 9-20.

GEISSBUEHLER, V.; STEIN, S.; EBERHARD, J. Waterbirths compared with landbirths: an observational study of nine years. *Journal of Perinatal Medicine*, v. 32, n. 4, p.308–314, jul. 2004.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo/ SP: Atlas, 1999. 207 p.

GOLBERT, A.; CAMPOS, M. A. A. Diabetes melito tipo 1 e gestação. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v.52, n.2, p. 307-314, 2008.

GUPTA, J. K.; NIKODEM, C. Maternal posture in labour. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Ireland, v. 92, p. 273-277, 2000.

_____; HOFMEYR, G. J.; SMYTH, R. M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 4, 10 p., 2009. Disponível em: <<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD002006/frame.html>>. Acesso em: 10 nov. 2009.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. *Tratado de fisiologia médica*. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, v.18, n.3, jul., 2007.

HOGA, L. A. K. O cuidado desenvolvido na primeira casa de parto brasileira vinculada ao programa saúde da família. *Rev Paul Enferm*, v. 25, n. 1, p. 24-30, mar., 2006. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-88892006000100005&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 12 abr. 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. Sinopses Estatísticas da Educação Superior: graduação. 2007. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/superior/censosuperior/sinopse>>. Acesso em: 18 nov. 2009.

KELLER, E. *Guia completo de aromaterapia: cura e transformação através das essências e dos óleos aromáticos*. São Paulo: Pensamento, 1989. 195 p.

KNOBEL, R. Métodos para o alívio da dor no trabalho de parto. Amigas do Parto, 2004. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?option=com_content&view&id=252&Itemid=75>. Acesso em: 01 abr. 2008.

KOERICH, M. S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v.15, n. especial, p. 178-85, 2006.

LAMAZE INTERNACIONAL. Práticas de atenção e cuidados que promovem o parto natural: não realizar intervenções de rotina. 2003a. Disponível em: <www.lamaze.org/Portals/0/carepractices/4NoRoutineIntervention.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2008.

_____. Práticas de atenção e cuidados que promovem o parto natural: liberdade de movimentos durante o trabalho de parto. 2003b. Disponível em: <<http://www.lamaze.org/Default.aspx?tabid=90>>. Acesso em: 12 abr. 2008.

LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 4, 2009. Disponível em ><http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003934/frame.html>>. Acesso em: 12 nov. 2009.

LEININGER, M. M. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press, 1991.

_____. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices*. 3. ed. New York: McGraw-Hill, 2002. 621p.

LESSA, H F. Parto em casa: vivências de mulheres. 2003. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

LIEBERMAN, A. B. *Easing labor pain: the complete guide to a more comfortable and rewarding birth*. 2 ed. rev. . New York: Tha Harvard Commom Press, 1992.

LIMA, E. C. et al. *O desenvolvimento de tecnologias de cuidado não-invasivas de enfermagem à mulher*. Trabalho apresentado em forma de seminário na disciplina eletiva de Saúde Reprodutiva e Saúde da Mulher do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

LODERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. *O cuidado em enfermagem materna*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

LOPES, T C; MADEIRA, L M; COELHO, S. O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. *Rev. Mineira Enf.*, Belo Horizonte/ MG, v.7, n.2, p.134-9, jul./dez. 2003.

MACEDO, P.O. et al. Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. *Rev. Enf UERJ*, v. 13, n. 3, p. 306-12, set., 2005. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522005000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 jul. 2008.

_____. *Significando a dor no parto: expressão feminina da vivência do parto vaginal*. 2007. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

_____. et al. As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. *Esc. Anna Nery. Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro/ RJ, v. 12, n. 2, p. 341-7, Jun. 2008.

MAKUCH, M. Y.; OSIS, M. J. D.; CECATTI, J. G. *Melhoria do atendimento humanizado no trabalho de parto e parto no hospital estadual de Sumaré: relatório final*. Campinas: Cemicamp, 2007. Vol.I.

MAMEDE, F. V.; ALMEIDA, A. M.; CLAPIS, M. J. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Acta Scientiarum Health Sciences*, Maringá, v.26, n.2, p. 295-302, 2004.

MAMEDE, F. V.; MAMEDE, M.V.; DOTTO, L. M. G. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc Anna Nery R Enferm*, v. 11, n. 2, p. 331-6, jun., 2007. Disponível em: <<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2009.

_____. et al. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 15, n. 6, nov./dez., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_15.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINS, C. R.; SASSO, G. T. M. D. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, v. 17, n. 1, p. 11-2, jan./mar., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 jul. 2008.

MAZONI, S. R.; FARIA, D. G. S.; MANFREDO, V. A. Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura. *Arq Ciênc Saúde*, v. 16, n. 1, p. 40-4, jan./mar., 2009. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-16-1/ID_305.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2009.

MAZZALI, L.; GONÇALVE, R. N. Análise do tratamento fisioterapêutico na diminuição da dor durante o trabalho de parto normal. *Ensaio e ciência: c. biológicas, agrárias e da saúde*, v. XII, n. 1, p. 7-17, 2008. Disponível em: <<http://www.sare.unianhanguera.edu.br/index.php/rencs/article/download/280/279>>. Acesso em: 26 nov. 2009.

MEDINA, E. T. *Tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica e seus efeitos sobre o trabalho de parto: um estudo exploratório*. 2003. 75 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

MELHORAMENTOS. Dicionário: língua portuguesa. 1. ed. 5. Impressão. São Paulo/SP: Melhoramentos Ltda, out./ 2006.

MENDEZ-BAUER, C. et al. Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. *J Perinat Med*, v. 3, n.2, p. 89-100, 1975.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 71-112.

MIQUELUTTI, M. A. *Avaliação da posição vertical durante o trabalho de parto em nulíparas*. 2006. 119 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

MOREIRA NETO, A. R. et al. Extração de feto grande pela manobra de *all-fours*. *Brasília Med.*, v. 46, n. 3, p. 275-280, 2009. Disponível em: <http://www.ambr.com.br/rb/arquivos/13_bsb_med_46%283%29_2009_extracao_de_feto_grande.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2009.

MONTICELLI, M. et al. Especialização em enfermagem obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade. *Texto Contexto Enferm*, v. 17, n. 3, p. 482-491, set., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300009&lng=en>. Acesso em: 01 dez. 2009.

MOUTA, R. J. O. *A reconfiguração do espaço social da Maternidade Leila Diniz: a luta das enfermeiras obstétricas para a implantação do modelo humanizado de assistência ao parto*. 2009. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

NEVES, E. P.; VARGENS, O. M. C. La contribución de los programas de doctorado de enfermería ante los avances científicos y tecnológicos: El estudio Del caso de Brasil – um análisis preliminar. In: COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS. Los nuevos programas de doctorado em enfermería y su contribución em La reducción de la demanda de las drogas em América Latina: retos y perspectivas. Washington D. C.; Monterrey, México, nov., 2003.

NUNES, S.; VARGENS, O. M. C. A crioterapia como estratégia para alívio da dor no trabalho de parto: um estudo exploratório. *Rev. Enf. UERJ*, v. 15, n. 3, p. 337-42, set. 2007. Disponível em: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522007000300003&lng=PT &nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 jul. 2008.

OCHIAI, A. M. *O banho de chuveiro como medido de alívio da dor no trabalho de parto*. 2000. 105p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ODENT, M. *Gênese do homem ecológico*. São Paulo: Ed: Tão, 1982

_____. *Água e sexualidade*. São Paulo: Siciliano, 1991. 200 p.

_____. Can water immersion stop labor? *Jornal of Nurse-Midwifery*, London, v. 42, n. 5, p. 414-416, set./oct., 1997.

_____. *A cientificação do Amor*. São José: Ed. Saint Germain, 2000.

_____. *O renascimento do parto*. São José: Ed. Saint Germain, 2002.

_____. *The functions of the orgasms: the highways to transcendence*. London: Pinter & Martin, 2009.

_____; JOHNSON, J. *We are all waterbabies*. London: Collins & Brown, 1994.

OLIVEIRA, Z. M. L. P.; MADEIRA, A. M. P. Vivenciando o parto Humanizado: um estudo epistemológico sob a ótica das adolescentes. *Rev. Esc Enf USP*, São Paulo, v.36, n. 2, p. 133-40, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Maternidade Segura- assistência ao parto normal: um guia prático*, Genebra, 1996.

ORANGE, F. A.; AMORIM, M. M. R.; LIMA, L. Uso da eletroestimulação transcutânea para alívio da dor durante o trabalho de parto em uma maternidade-escola: ensaio clínico controlado. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 25, n. 1, p. 45-52, fev., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003000100007&lng=em>. Acesso em: 07 dez. 2009.

OXORN, H. *Trabalho de parto*. 5. Ed. São Paulo/ SP: Roca, 1989.

PARCIONIK, M. *Parto de cócoras*. São Paulo: Brasiliense, 1993.

PEREIRA, A. L. F. *O parto assistido pela Enfermeira na Política de Humanização ao Parto e Nascimento*. 2001. 252 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. B.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRIBERAM. *Língua portuguesa on-line*. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/definir_resultados.aspx>. Acesso em: 16 abr. 2008.

PROGIANTI, J. M.; MOUTA, R. J. O. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.165-9, abr./ jun., 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a04.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2009.

_____; VARGENS, O. M. C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégia na desmedicalização do parto. *Esc. Anna Nery. Rev. Enferm*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 194-7, 2004.

_____. et al. Desmedicalização na assistência ao parto: uso de tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica. In: *PROENF: saúde materna e neonatal*. Rio de Janeiro: Artmed, 2009. p. 51-84.

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. Practice guidelines: evidence-based guidelines for midwifery-led care in labor. Positions for labour and birth. 2008. Disponível em: <<http://www.rcm.org.uk/college/standards-and-practice/practice-guidelines/>>. Acesso em: 05 nov. 2009.

REA, M. L.; PAKER, A. R. *Metodologia da pesquisa: do planejamento à execução*. São Paulo: Pioneira, 2000.

RIESCO, M. L. G. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 6, n. 2, p. 13-15, abr., 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000200003&lng=en>. Acesso em: 18 nov. 2009.

_____; TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades?. *Rev. Estud. Fem.*, v. 10, n. 2, p. 449-459, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2009.

ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-6, jan./fev. 2008.

ROBERTSON, A. Help- it hurts!...get me the complementary therapies! *The Practising Midwife*, v. 5, n. 1, jan., 2002. Disponível em: <<http://www.birthinternational.com/articles/andrea21.html>>. Acesso em: 01 abr. 2008.

SANTOS, M. L. *Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico*. 2002. 260 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2002.

SESCATO, A. C.; SOUZA, S. R. R. K.; WALL, M. L. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm*, v. 13, n. 4, p. 585-90, out./dez., 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13120/8879>>. Acesso em: 22 nov. 2009.

SEIBERT, S. L. et al. Medicalização X Humanização: o cuidado ao parto na história. *Rev. Enf. UERJ*, v. 13, n. 2, p. 245-251, mai./ago., 2005a. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522005000200016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 mai. 2005.

_____. *Grau de satisfação das usuárias da Casa de Parto David Capistrano Filho*. 2005. 117 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005b.

_____. *O processo de trabalho dos profissionais de nível médio da enfermagem na assistência ao parto humanizado institucionalizado*. 2008. 100 f. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SHILLING, T. Walk, move around, and change positions throughout labor. *Lamaze International*, Washington, D.C, n. 3, jul., 2009. Disponível em: <<http://www.lamaze.org/carepractices/CarePractice2.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2009.

SILVA, A. T. N. *A carne se faz verbo: o parto de baixo risco visto pela ótica das mulheres*. 2004. 297 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

SILVA, F. M. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP*, v. 40, n. 1, p. 57-63, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a07v40n1.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2008.

SILVA, F. M. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; NOBRE, M.R. A randomized controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*, v. 25, n. 2, p. 286-94, jun. 2009.

SILVA, L. R.; SERRANO, N. S.; CHRISTOFFEL, M. M. A enfermeira obstetra e a política de humanização do parto: em busca de mudança no modelo assistencial. *Enfermeira Global. Rev. Eletrônica semestral de enfermería*, n. 9, nov., 2006. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/307/358>>. Acesso em: 24 mar. 2008.

SILVA, V. G. *Pós-graduação Lato Sensu: um estudo da gestão dos cursos presenciais ofertados pelas universidades do distrito federal (2003-2006)*. 2008. 184 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

SIMKIN, P. P.; O'HARA, M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol*, Washington D. C., v. 185, n. 5, p. 131-159, 2002.

_____; BOLDING, A. nonpharmacologic approaches to relieve labor pain: application of heat and cold. *J Midwifery Womens Health*, v. 49, n. 6, 2004.

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 41, n. 1, p. 82-89, mar., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100011&lng=em>. Acesso em: 26 dez. 2008.

THIMOU, A. Prevention of neonatal hypothermia in the childbirth ward. *Revue des Sages Femmes*, n. 19, p. 24-5, abr., 2001. Disponível em: <http://db.jhuccp.org/ics-wpd/exec/icswppro.dll?BU=http://db.jhuccp.org/ics-wpd/exec/icswppro.dll&QF0=DocNo&QI0=163754&TN=Popline&AC=QBE_QUERY&MR=30%25DL=1&&RL=1&&RF=LongRecordDisplay&DF=LongRecordDisplay>. Acesso em: 11 nov. 2009.

TORRES, J. A. *Concepções de Tecnologia de Cuidado de Enfermagem Obstétrica – Estudo Sociopoético*. 2006. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

_____; SANTOS, I.; VARGENS, O. M. C. Construindo uma concepção de tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 656-64, out./dez., 2008.

TREVIZAN, M. A. et al. Focalizando o exercício administrativo no conjunto de funções do enfermeiro. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.23, n.1, p.17-26, 1989.

VAN DER LEEUW-HARMSSEN, L.; KOCK, H. C. L. V.; MERKUS, J. M. W. M. Observations on intra-uterine resting-phase pressure in at term pregnancy in different body positions. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 16, n. 2, p. 83-88, out., 1983. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T69-4G59DC5-5X&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1092219369&_rerunOrigin=google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=5e541bf8cbf996b65fce4c5ebd53b358>. Acesso em: 12 nov. 2009.

VARGENS, O. M. C. et al. Desmedicalização da assistência ao parto e ao nascimento: um desafio para a enfermagem obstétrica brasileira. *Enfermagem Atual*, São Paulo, v.3, p. 12-8, 2003.

_____; PROGIANTI, J. M. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 1, n. 38, p. 45-50, 2004.

VIEIRA JÚNIOR, M. M.; SILVA, W. V. Analgesia para parto normal. *Prática Hospitalar*, v. X, n. 59, p. 123-126, set./out., 2008. Disponível em: <<http://www.pratica-hospitalar.com.br/pratica%2059/pdf/18.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2009.

WATSON, J. University of Colorado Denver. College of Nursing. Caring theory defined. Disponível em: <http://hschealth.uchsc.edu/son/faculty/theory_caring.htm>. Acesso em: 19 jun. 2008.

WEI, C. Y. *Ações humanizadoras na assistência ao parto: experiência e percepção de um grupo de mulheres em um hospital escola*. 2007. 190 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

WIKIPÉDIA. A enciclopédia livre. *Tecnologia*. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Tecnologia>>. Acesso em: 12 abr. 2008.

YOSHIZATO, E.; MERIGHI, M. A. B. Seguimento das enfermeiras obstétricas egressas dos cursos de habilitação e especialização em enfermagem obstétrica da Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 10, n.4, p.493-501, jul./ago. 2002.

ZAGONELI, I. P. S. et al. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 5, n. 2, p. 24-32, 2003. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/pdf/materno.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2005.

APÊNDICE A – Questionário



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

- Não será necessária sua identificação para o preenchimento deste questionário.
- Somente será aceito um questionário por número de identificação no Conselho Regional de Enfermagem e e-mail.
- As respostas devem ser fornecidas de acordo com sua prática profissional independente de bibliografias.
- Observe que algumas questões poderão ter mais de uma opção de resposta.
- Algumas questões serão puladas de acordo com as respostas fornecidas. Veja as orientações na própria questão.
- Algumas questões possuem a opção outros que permite que você acrescente as respostas não previstas relacionadas à questão em que se encontram.

Em caso de dúvidas, entrar em contato com a pesquisadora através do e-mail: sabrinaseibert@yahoo.com.br ou cel 21-78495837.

DADOS PESSOAIS:

1. Nº COREN: _____
2. E-mail: _____
3. Idade: ____ anos.
4. Sexo: () F () M
5. Você possui habilitação ou especialização em enfermagem obstétrica?
 () SIM (O que?) (..) NÃO
 () Habilitação
 () Especialização
6. Tempo de atuação, em anos, na enfermagem obstétrica: _____ .
7. Você atua como enfermeira(o) obstétrica(o) no Brasil?
 () SIM () NÃO

8. Em qual região e estado brasileiro você atua como enfermeira(o) obstétrica(o)?

REGIÃO NORTE	REGIÃO NORDESTE	REGIÃO SUDESTE	REGIÃO SUL	REGIÃO CENTRO-OESTE
(...) Acre	(...) Alagoas	(...) Espírito Santo	(...) Paraná	(...) Distrito Federal
(...) Amapá	(...) Bahia	(...) Minas Gerais	(...) Rio G. Sul	(...) Goiás
(...) Amazonas	(...) Ceará	(...) Rio de Janeiro	(...) Santa Catarina	(...) Mato Grosso
(...) Pará	(...) Maranhão	(...) São Paulo		(...) Mato Grosso do Sul
(...) Rondônia	(...) Paraíba			
(...) Roraima	(...) Pernambuco			
(...) Tocantins	(...) Piauí			
	(...) Rio G. Norte			
	(...) Sergipe			

9. Você trabalha prestando assistência direta à parturiente?

() SIM

() NÃO

A – Qual o nome da instituição que você atua?

B – Quantos enfermeiros obstetras trabalham nesta instituição, atendendo diretamente as parturientes? _____

10. Marque as opções abaixo segundo sua compreensão do que são as tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica:

	Sim	Não	Não sei
São aparelhos utilizados pelas enfermeiras(os) obstétricas(os) no cuidado com a parturiente.	()	()	()
São práticas/cuidados humanizadoras da assistência na enfermagem obstétrica.	()	()	()
São práticas empregadas na assistência obstétrica conhecidas como bola suíça, chuveiro, banquinho de cócoras, cavalinho etc.	()	()	()
São práticas/cuidados que se caracterizam principalmente pela não-invasão e pelo respeito à autonomia e privacidade da parturiente.	()	()	()
São práticas utilizadas no dia-a-dia das enfermeiras obstétricas durante a prestação de um cuidado pleno às parturientes.	()	()	()
São práticas/cuidados que favorecem o resgate do parto natural.	()	()	()
São práticas/cuidados que criam um ambiente favorável para o empoderamento feminino.	()	()	()
São tecnologias essencialmente relacionais	()	()	()
São práticas/cuidados que derivam essencialmente do saber estruturado das enfermeiras obstétricas	()	()	()
São práticas/cuidados que buscam mobilizar e potencializar as habilidades de cada mulher	()	()	()
São práticas/cuidados que incorporam e integram saberes populares e conhecimentos de outras disciplinas	()	()	()

11. Marque as práticas/cuidados, de acordo com a frequência que você utiliza ao assistir a mulher em processo de parto:

Práticas/Freq	Sempre	Freqüentemente	Raramente	Nunca
Ofereço alimentação	()	()	()	()
Estimulo a deambulação	()	()	()	()
Utilizo hidratação venosa	()	()	()	()
Estimulo os movimentos pélvicos	()	()	()	()
Estimulo o banho morno de aspersão	()	()	()	()
Estimulo o banho morno de imersão	()	()	()	()
Promovo um ambiente com baixa luminosidade	()	()	()	()
Realizo amniotomia	()	()	()	()
Estimulo o posicionamento de cócoras	()	()	()	()
Estimulo o posicionamento em quatro apoios	()	()	()	()
Ofereço suporte emocional	()	()	()	()
Estimulo a participação do acompanhante	()	()	()	()
Estimulo a elaboração do plano de Parto	()	()	()	()
Ofereço suporte espiritual	()	()	()	()
Realizo episiotomia	()	()	()	()
Ofereço compressas frias ou mornas	()	()	()	()
Realizo massagens relaxantes	()	()	()	()
Realizo a manobra de Kristeler	()	()	()	()
Forneço orientações quanto ao processo fisiológico do parto	()	()	()	()
Esclareço dúvidas acerca do andamento do processo de parto	()	()	()	()

QUESTIONÁRIO SOBRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL:

Baseado na sua prática profissional responda as seguintes questões sobre as tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica, atentando para as possíveis observações existentes em determinadas questões.

SUPORTE FÍSICO

12. Você se preocupa em preparar o **ambiente** onde será acolhida a parturiente e seu(s) acompanhante(s)?

() Sim

() Não (**Pule para a questão 15**).

13. Marque as opções abaixo de acordo com sua opinião acerca das práticas/cuidados relacionados ao ambiente que visam garantir uma assistência obstétrica favorável ao parto normal:

	Sim	Não	Não sei
Mantenho uma temperatura agradável	()	()	()
Procuro diminuir a iluminação	()	()	()
Procuro minimizar os ruídos	()	()	()
Mantenho todos os prontuários organizados.	()	()	()
Disponibilizo músicas agradáveis	()	()	()
Utilizo aromas tranqüilizadores	()	()	()
Preocupo-me em manter os equipamentos sempre disponíveis	()	()	()
Preocupo-me em ter ambiente individualizado para cada parturiente	()	()	()
Forneço roupas limpas à parturiente sempre que necessário	()	()	()
Outros:			

14. Marque as opções abaixo de acordo com sua opinião acerca dos efeitos que você espera obter com a utilização de práticas/cuidados relacionadas ao ambiente:

	Sim	Não	Não sei
Espero promover a organização do local de trabalho	()	()	()
Espero promover o conforto à parturiente e seu(s) acompanhante(s)	()	()	()
Espero diminuir dos estímulos externos que podem desconcentrar a parturiente e aumentar a produção de Adrenalina	()	()	()
Espero favorecer a privacidade	()	()	()
Espero facilitar o acesso aos equipamentos necessários	()	()	()
Espero promover o aconchego à mulher e sua família	()	()	()
Espero favorecer o relaxamento da parturiente	()	()	()
Espero favorecer o aumento da produção da Ocitocina endógena	()	()	()
Espero favorecer o aumento da produção de Adrenalina endógena	()	()	()
Outros:			

15. Você costuma, mesmo que esporadicamente, estimular a **livre movimentação e adoção de posturas verticais** da gestante durante o processo do parto?

() Sim

() Não (**Pule para a questão 18**).

16. Marque as opções abaixo de acordo com os critérios de avaliação para estimular a livre movimentação e adoção de posturas verticais pela parturiente durante o processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Estimulo quando a parturiente fica incomodada no leito	()	()	()
Estimulo, caso a parturiente se encontre no início da fase ativa do parto	()	()	()
Estimulo quando observo que as contrações estão irregulares e ineficientes	()	()	()
Estimulo, caso a mulher esteja na fase de latência	()	()	()
Estimulo, caso a parturiente esteja no período expulsivo	()	()	()
Estimulo quando há falta de leitos disponíveis na unidade	()	()	()
Estimulo, caso a parturiente esteja no final da fase ativa do parto	()	()	()
Estimulo, caso a mulher esteja a termo e queira iniciar o trabalho de parto	()	()	()
Outros:			

17. Marque uma das opções abaixo de acordo com sua opinião acerca dos efeitos que espera alcançar ao estimular a livre movimentação e adoção de posturas verticais pelas parturientes ao longo do processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Espero diminuir do uso de analgésicos farmacológicos	()	()	()
Espero favorecer o contato da mulher com suas raízes filogenéticas	()	()	()
Espero promover o relaxamento dos músculos perineais	()	()	()
Espero observar contrações mais regulares e eficientes	()	()	()
Espero facilitar a expulsão do feto	()	()	()
Espero melhorar a oferta de oxigênio para o feto	()	()	()
Espero aliviar a sensação dolorosa	()	()	()
Espero estimular o início do trabalho de parto	()	()	()
Espero observar o apagamento do colo uterino e dilatação da cérvix	()	()	()
Espero facilitar a inclinação uterina para frente e conseqüentemente diminuir a resistência da gravidade.	()	()	()
Outros:			

18. Você costuma, mesmo que esporadicamente, estimular a **deambulação** da gestante durante o processo do parto?

() Sim

() Não (**Pule para a questão 21**).

19. Marque as opções abaixo de acordo com os critérios de avaliação que você utiliza para estimular a parturiente quanto à deambulação durante o processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Estimulo quando observo que a parturiente encontra-se tensa	()	()	()
Estimulo quando a parturiente esta se queixando de dor	()	()	()
Estimulo, caso a mulher se encontre com a bolsa íntegra	()	()	()
Estimulo, caso necessite favorecer a dilatação cervical	()	()	()
Estimulo, caso necessite favorecer a rotação fetal	()	()	()
Estimulo, caso necessite facilitar a descida fetal	()	()	()
Estimulo, caso as contrações estejam fracas, não havendo risco de nascimento naquele momento	()	()	()
Estimulo, caso a mulher esteja na fase inicial do processo de parto	()	()	()
Estimulo, caso necessite estimular as contrações	()	()	()
Outros:			

20. Marque as opções abaixo de acordo com sua opinião acerca dos efeitos que você espera alcançar ao estimular a deambulação para as parturientes ao longo do processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Espero observar a parturiente mais tranqüila e com maior equilíbrio emocional	()	()	()
Espero aliviar a sensação dolorosa	()	()	()
Espero favorecer a dilatação cervical	()	()	()
Espero favorecer o aumento da produção endógena de Adrenalina	()	()	()
Espero diminuir a frequência das contrações uterinas.	()	()	()
Espero favorecer a rotação fetal para posições anteriores	()	()	()
Espero favorecer a descida fetal	()	()	()
Espero favorecer o empoderamento da mulher	()	()	()
Espero favorecer a eficiência das contrações uterinas	()	()	()
Outros:			

21. Você costuma, mesmo que esporadicamente, estimular a realização de **movimentos pélvicos** pela gestante durante o processo do parto? (Para a realização de movimentos pélvicos a mulher pode se apoiar em barras, paredes, no banquinho de cócoras, na bola, em cordas, ou em outros instrumentos).

() Sim

() Não (**Pule para a questão 24**).

22. Marque as opções abaixo de acordo com os critérios de avaliação que você utiliza para estimular os movimentos pélvicos durante o processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Estimulo quando a mulher encontra-se pouco participativa no processo de parto	()	()	()
Estimulo quando observo que a mulher contrai as pernas durante as contrações	()	()	()
Estimulo quando observo edema de colo ao exame	()	()	()
Estimulo quando observo que a parturiente assume posições desfavoráveis	()	()	()
Estimulo quando observo a necessidade de estimular a participação do acompanhante	()	()	()
Estimulo quando observo a necessidade de alinhar a coluna pélvica mais à frente em relação à coluna espinhal	()	()	()
Estimulo quando o feto está com variação occipto-posterior ou transversa	()	()	()
Estimulo quando o feto encontra-se em um plano alto	()	()	()
Outros:			

23. Marque as opções abaixo de acordo com sua opinião acerca dos efeitos que você espera alcançar ao estimular os movimentos pélvicos ao longo do processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Espero facilitar o encaixe da apresentação fetal	()	()	()
Espero favorecer a rotação	()	()	()
Espero favorecer a descida fetal	()	()	()
Espero favorecer a redução do colo	()	()	()
Espero corrigir o assinclitismo	()	()	()
Espero promover o relaxamento da musculatura adutora da coxa.	()	()	()
Espero proporcionar um melhor posicionamento do feto no canal de parto	()	()	()
Espero favorecer a ruptura das membranas	()	()	()
Outros:			

24. Você costuma, mesmo que esporadicamente, estimular a **posição de cócoras** durante o processo do parto? (Posição de cócoras= agachada. Podem ser utilizados instrumentos, tais como: o banquinho meia-lua, as barras presas numa parede, uma corda presa no teto etc.).

() Sim

() Não (**Pule para a questão 27**).

25. Marque as opções abaixo de acordo com os critérios de avaliação que você utiliza para estimular a posição de cócoras durante o processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Estimulo quando a mulher encontra-se próxima do período expulsivo	()	()	()
Estimulo quando a mulher se sente confortável nesta posição	()	()	()
Estimulo quando o feto encontra-se com variação occiptoposterior ou transversa	()	()	()
Estimulo quando não há risco do recém-nascido cair no chão	()	()	()
Estimulo quando observo a necessidade de melhorar a intensidade e o ritmo das contrações	()	()	()
Estimulo quando os ângulos pélvicos estão estreitos	()	()	()
Estimulo quando observo a necessidade de estimular o apoio do acompanhante	()	()	()
Estimulo quando suspeito de um feto grande	()	()	()
Outros:			

26. Marque as opções abaixo de acordo com sua opinião acerca dos efeitos que você espera alcançar ao estimular a posição de cócoras ao longo do processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Espero favorecer a sincronia efetiva entre os músculos abdominais e as contrações uterinas	()	()	()
Espero acelerar o processo de parto	()	()	()
Espero que a pelve atinja sua maior amplitude	()	()	()
Espero favorecer a ruptura das membranas	()	()	()
Espero favorecer a descida fetal	()	()	()
Espero aumentar a intensidade das contrações	()	()	()
Espero reduzir a pressão externa sobre o sacro e os quadris da mulher	()	()	()
Espero que a mulher fique menos desgastada	()	()	()
Outros:			

27. Você costuma, mesmo que esporadicamente, estimular a **posição de quatro apoios** durante o processo do parto?

() Sim

() Não (**Pule para a questão 30**).

28. Marque as opções baixo de acordo com os critérios de avaliação que você utiliza para estimular a posição de quatro apoios durante o processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Estimulo quando o feto está com variação occiptoposterior ou transversa	()	()	()
Estimulo quando a mulher refere intensa dor na região lombar	()	()	()
Estimulo quando o segundo período está acontecendo muito rapidamente	()	()	()
Estimulo quando a mulher se sente confortável nesta posição	()	()	()
Estimulo quando desejo acelerar a expulsão fetal	()	()	()
Estimulo quando há suspeita de distócia de ombro	()	()	()
Outro:			

29. Marque as opções baixo de acordo com sua opinião acerca dos efeitos que você espera alcançar ao estimular a posição de quatro apoios ao longo do processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Espero facilitar a expulsão de fetos grandes	()	()	()
Espero observar o alívio da sensação dolorosa na região lombar	()	()	()
Espero diminuir o risco de traumas perineais	()	()	()
Espero favorecer a movimentação suave da bacia	()	()	()
Espero que a mulher tenha mais controle na expulsão	()	()	()
Espero que os recém-nascidos tenham melhores índices de APGAR	()	()	()
Espero observar a rotação fetal para posições anteriores	()	()	()
Espero que o feto progrida mais lentamente	()	()	()
Outro:			

30. Você costuma, mesmo que esporadicamente, fornecer ou estimular alguma técnica de **massagem** pelo acompanhante durante o processo do parto?

() Sim

() Não (**Pule para a questão 33**).

31. Marque as opções abaixo de acordo com os critérios de avaliação que você utiliza para fornecer ou estimular alguma técnica de massagem pelo acompanhante durante o processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Forneço quando desejo aumentar o vínculo com a cliente	()	()	()
Estimulo quando observo que a parturiente está com desconforto	()	()	()
Estimulo quando observo o acompanhante pouco participativo	()	()	()
Estimulo quando observo contratura da musculatura devido à tensão nervosa	()	()	()
Estimulo quando observo dificuldade da mulher em se centrar no seu corpo e em seu parto	()	()	()
Estimulo quando observo a necessidade de favorecer o processo do parto utilizando óleos estimuladores da contração uterina, tais como a canela	()	()	()
Utilizo quando observo a necessidade de favorecer o relaxamento da mulher utilizando óleos calmantes, tais como a lavanda	()	()	()
Outros:			

32. Marque as opções abaixo de acordo com sua opinião acerca dos efeitos que você espera alcançar ao fornecer ou estimular alguma técnica de massagem pelo acompanhante ao longo do processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Espero favorecer o relaxamento muscular da parturiente	()	()	()
Espero favorecer a concentração da parturiente	()	()	()
Espero favorecer a participação do acompanhante	()	()	()
Espero diminuir do tempo do segundo estágio do parto	()	()	()
Espero favorecer o alívio a sensação dolorosa	()	()	()
Espero favorecer o fluxo sanguíneo na região massageada	()	()	()
Espero facilitar a descida fetal	()	()	()
Espero favorecer a produção de endorfinas	()	()	()
Espero favorecer o aumento da força de contração	()	()	()
Outros:			

33. Você costuma, mesmo que esporadicamente, oferecer **compressas frias e/ou mornas** durante o processo do parto?

() Sim

() Não (**Pule para a questão 36**).

34. Marque as opções abaixo de acordo com os critérios de avaliação que você utiliza para oferecer compressas frias e/ou mornas durante o processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Ofereço quando observo que a mulher apresenta espasmos musculares	()	()	()
Ofereço quando a mulher expressa sensação de dor em uma região localizada (exemplo: região lombar).	()	()	()
Ofereço compressas frias quando a mulher encontra-se muito agitada e transpirando	()	()	()
Ofereço as compressas quentes quando a parturiente encontra-se tensa e desconfortável	()	()	()
Ofereço compressas de gelo local quando observo edema de colo	()	()	()
Outros:			

35. Marque as opções abaixo de acordo com sua opinião acerca dos efeitos que espera alcançar ao oferecer compressas frias e/ ou mornas ao longo do processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Espero que a parturiente fique mais calma e confortável	()	()	()
Ao utilizar compressas frias espero retardar a transmissão dos impulsos dos neurônios sensoriais fazendo com que a sensação dolorosa seja aliviada	()	()	()
Ao utilizar compressas quentes espero diminuir a produção de Adrenalina	()	()	()
Ao utilizar compressas quentes espero estimular a produção de Adrenalina	()	()	()
Ao utilizar compressas quentes espero favorecer o aumento do fluxo sanguíneo local	()	()	()
Ao utilizar gelo intra-vaginal espero que ocorra a redução do edema de colo	()	()	()
Ao utilizar gelo diretamente na região sacra espero diminuir a sensação dolorosa local	()	()	()
Outros:			

36. Você costuma, mesmo que esporadicamente, estimular o **banho morno de aspersão** durante o processo do parto?

() Sim

() Não (**Pule para a questão 39**).

37. Marque as opções abaixo de acordo com os critérios de avaliação que você utiliza para estimular o banho morno de aspersão durante o processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Estimulo quando a parturiente demonstra acentuado desconforto físico	()	()	()
Estimulo quando a parturiente ultrapassa os 5cm de dilatação	()	()	()
Estimulo quando as contrações estão mais intensas	()	()	()
Estimulo quando a parturiente está acompanhada	()	()	()
Estimulo quando desejo acelerar o processo de dilatação cervical	()	()	()
Estimulo quando a parturiente está tensa e desgastada	()	()	()
Estimulo quando o primeiro estágio do parto está acelerado	()	()	()
Outros:			

38. Marque as opções abaixo de acordo com sua opinião acerca dos efeitos que espera alcançar ao estimular o banho morno de aspersão ao longo do processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Espero evitar lacerações no períneo da parturiente	()	()	()
Espero favorecer o alívio da sensação dolorosa	()	()	()
Espero favorecer a dilatação cervical	()	()	()
Espero favorecer o relaxamento da mulher	()	()	()
Espero favorecer a aceleração do processo de parto	()	()	()
Espero diminuir as contrações uterinas	()	()	()
Espero aumentar as contrações uterinas	()	()	()
Espero promover o conforto da cliente	()	()	()
Outros:			

39. Você costuma, mesmo que esporadicamente, estimular o **banho morno de imersão** durante o processo do parto?

() Sim

() Não (**Pule para a questão 42**).

40. Marque as opções abaixo de acordo com os critérios de avaliação que você utiliza para estimular o banho morno de imersão durante o processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Estimulo quando a mulher encontra-se no final da segunda fase do processo de parto	()	()	()
Estimulo quando as contrações estão mais intensas	()	()	()
Estimulo quando a parturiente ultrapassa os 5cm de dilatação	()	()	()
Estimulo quando os batimentos cardíofetais estão acelerados	()	()	()
Estimulo quando a mulher já se encontra exaurida pelo processo de parturição	()	()	()
Estimulo quando o processo de parto encontra-se muito demorado	()	()	()
Estimulo quando a musculatura perineal encontra-se tensa	()	()	()
Estimulo quando a mulher refere sensação de dor difusa	()	()	()
Outros:			

41. Marque as opções abaixo de acordo com sua opinião acerca dos efeitos que espera alcançar ao estimular o banho morno de imersão ao longo do processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Espero favorecer o relaxamento e conforto da mulher	()	()	()
Espero favorecer a entrega emocional da mulher	()	()	()
Espero favorecer a descida fetal	()	()	()
Espero reduzir a velocidade da descida fetal	()	()	()
Espero que a mulher fique mais calma	()	()	()
Espero favorecer a atividade uterina sem aumento da sensação dolorosa	()	()	()
Espero melhorar os batimentos cardíofetais	()	()	()
Espero diminuir a necessidade de drogas analgésicas	()	()	()
Espero manter a integridade perineal	()	()	()
Outros:			

42. Você costuma, mesmo que esporadicamente, oferecer algum tipo de **alimento** para a mulher durante o processo do parto? (Sucos, chás, alimentos leves, refeições...)

() Sim

() Não (**Vá direto ao final do questionário**).

43. Marque as opções baixo de acordo com os critérios de avaliação que você utiliza para oferecer algum tipo de alimento para a mulher durante o processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Ofereço quando a parturiente for classificada como de baixo risco obstétrico	()	()	()
Ofereço quando o risco para anestesia geral está descartado	()	()	()
Ofereço quando a mulher encontra-se há muito tempo em processo de parto	()	()	()
Ofereço de acordo com o desejo da mulher	()	()	()
Ofereço quando a mulher ainda não iniciou a fase ativa do parto	()	()	()
Ofereço quando a mulher refere que está sem forças	()	()	()
Ofereço quando observo feto não-reativo	()	()	()
Ofereço quando a parturiente não está nauseada	()	()	()
Outros:			

44. Marque as opções baixo de acordo com sua opinião acerca dos efeitos que espera alcançar ao oferecer algum tipo de alimento para a mulher ao longo do processo de parto:

	Sim	Não	Não sei
Espero observar uma maior disposição da mulher em manter-se ativa durante o processo de parto	()	()	()
Espero que a parturiente fique menos cansada no pós-parto	()	()	()
Espero manter a hidratação da mulher	()	()	()
Espero diminuir o risco de lipotímia	()	()	()
Espero observar o feto mais ativo durante todo o processo de parto	()	()	()
Espero evitar o risco de cetose na parturiente	()	()	()
Espero diminuir o risco de broncoaspiração	()	()	()
Espero que a mulher fique mais satisfeita com seu processo de parto	()	()	()
Outros:			

QUESTIONÁRIO DISPONÍVEL ON-LINE EM:

www.tecnologiasdecuidado.com.br

Obrigada pela participação!

APÊNDICE B- Questionário pós-teste

- Você demorou quanto tempo, aproximadamente, para responder todo o questionário?
- Você considerou este tempo adequado? Comente.
- Teve alguma dificuldade em responder alguma pergunta? Explique.
- Você considera que este questionário atende aos objetivos da pesquisa?
- Você sugere alguma alteração no questionário, ou inclusão de novas perguntas? Explique os motivos.
- Você deseja fazer algum comentário que possa contribuir para a pesquisa?

APÊNDICE C- Página inicial do *web site*

The screenshot shows a Mozilla Firefox browser window with the following elements:

- Address Bar:** <http://www.tecnologiasdecuidado.com.br/>
- Page Title:** Tecnologias não-invasivas de enfermagem obstétrica: critérios e efeitos esperados - Mozilla Firefox
- Navigation Buttons:** PESQUISA, CURRÍCULO, CONTATO
- Logo:** UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro)
- Text Content:**

Bem-vindo ao meu projeto de dissertação do curso de Mestrado em Enfermagem intitulado "**Tecnologias não-invasivas de enfermagem obstétrica: critérios e efeitos esperados**". Nesta pesquisa pretendo investigar "Que critérios as enfermeiras obstétricas utilizam para empregar as tecnologias não-invasivas de cuidado na assistência ao parto e quais são os efeitos esperados."

Assim, se você é enfermeira(o) obstétrica(o) e atua na assistência à parturiente em território nacional, poderá contribuir com sua experiência para o avanço científico da enfermagem e para a definição de nosso papel neste momento tão importante da vida da mulher.

Não haverá necessidade de sua identificação, bastando alguns minutos do seu tempo para participar. Para tanto, siga as instruções contidas no site.

Caso você já tenha iniciado sua participação e queira terminar de completar o questionário, favor entre no link [PESQUISA](#) e coloque seus dados de identificação.
- Buttons:** NÃO PARTICIPAR, PARTICIPAR
- Footer:** Localizar: 2002, Eróxima, Anterior, Releçar tudo, Diferenciar maiúsculas/minúsculas, Concluído

Fonte: Site www.tecnologiasdecuidado.com.br

APÊNDICE D – Carta-convite**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Prezados colegas,

Estou realizando uma pesquisa intitulada “Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente: critérios e efeitos esperados” como pré-requisito para a obtenção do título de mestre em enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). A pesquisa é direcionada às(aos) enfermeiras(os) obstétricas(os) que atuam na assistência à mulher durante o processo de parto em território nacional. Por este motivo, estou enviando este e-mail solicitando a colaboração em responder o questionário on-line publicado em www.tecnologiasdecuidado.com.br.

Esclareço que a referida pesquisa é de cunho acadêmico e que os dados obtidos não serão analisados individualmente e sim no conjunto da amostra. Um termo de Livre Consentimento Esclarecido encontra-se disponível no web site, bem como os meios de contato com os pesquisadores.

Sua participação é muito importante, pois para a consolidação da enfermagem obstétrica como ciência é fundamental que suas ações sejam baseadas em evidências científicas. Assim, por meio desta pesquisa pretende-se legitimar as práticas/cuidados desenvolvidos, como ações próprias desta categoria profissional, de modo a valorizar o trabalho da enfermeira(o) obstétrica(o).

Peço o favor que repasse esta mensagem, de forma a atingir o maior número possível de profissionais.

A sua colaboração é de grande valor.

Na certeza do sentimento de estar contribuindo com a produção científica da enfermagem, antecipo meu agradecimento.

Cordialmente,

Sabrina Lins Seibert

APÊNDICE E- Folder de divulgação da pesquisa

Tecnologias não-invasivas de cuidado de Enfermagem Obstétrica: critérios e efeitos esperados

Pesquisa realizada pela mestranda Sabrina Lins Seibert, sob orientação do Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens, como pré-requisito para a obtenção do título de mestre em enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), direcionada às(aos) **enfermeiras(os) obstétricas(os) que atuam na assistência à mulher durante o processo de parto em território nacional.**

Conheça melhor a pesquisa e participe respondendo o questionário on-line publicado em:

www.tecnologiasdecuidado.com.br

A referida pesquisa é de cunho acadêmico e que os dados obtidos não serão analisados individualmente e sim no conjunto da amostra. Um termo de Livre Consentimento Esclarecido encontra-se disponível no web site, bem como os meios de contato com os pesquisadores.

A sua colaboração é de grande valor.

Na certeza do sentimento de estarmos contribuindo com a produção científica da enfermagem, antecipamos nosso agradecimento.

Cordialmente,
Sabrina e Octavio



APÊNDICE F- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa: **“Tecnologias de cuidado não-invasivas de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente: critérios e efeitos esperados”**, que tem como pesquisadora a enfermeira Sabrina Lins Seibert.

Pretende-se estudar “Que critérios as enfermeiras obstétricas utilizam para empregar as tecnologias não-invasivas de cuidado na assistência ao parto e quais são os efeitos esperados?”

Assim, têm-se como objetivos:

- Identificar que critérios são estabelecidos para a recomendação de cuidados/ práticas não-invasivas no suporte físico à parturiente à luz da experiência profissional das enfermeiras obstétricas.
- Identificar quais os efeitos esperados pelas enfermeiras obstétricas com a utilização de cuidados/ práticas não-invasivas no suporte físico à parturiente.

A sua participação é voluntária e você pode e deve tirar todas as suas dúvidas antes de responder à entrevista. Você tem todo o direito de recusar ou desistir em qualquer momento, sem prejuízo.

A sua participação nesta pesquisa não lhe trará prejuízos ou qualquer benefício direto incluindo financeiro. O questionário é anônimo, e garanti-se sigilo das informações prestadas. O resultado do estudo será publicado sem que seja revelada sua identidade.

Caso haja necessidade de maiores informações ou mesmo interesse pelos resultados obtidos, você poderá estar entrando em contato com a pesquisadora Sabrina Lins Seibert, com o orientador Prof^o Dr. Octávio Muniz da Costa Vargens bem como com a Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Coep-UERJ) de acordo com as fontes descritas à seguir:

Pesquisadora: Telefone 78495837 e e-mail sabrinaseibert@yahoo.com.br.

Orientador: Boulevard 28 de Setembro 157, Vila Isabel. CEP: 20261-235. Rio de Janeiro – RJ, ou telefone 25876335

Coep-UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, Sala 3020, Bloco E. Cep: 20550-900 Tel: (21)2569-3490 E-mail: etica@uerj.br

() Aceito

() Não-aceito

ANEXO A – Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa – COEP/UERJ



Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Sr2 Comissão de Ética em Pesquisa – COEP

Rua São Francisco Xavier, 524, bloco E, 3º andar, sala 3018 - Maracanã.
CEP 20550-900 – Rio de Janeiro, RJ.
E - mail: etica@uerj.br - Telefone: (21) 2569-3490

PARECER COEP 010/2009

A Comissão de Ética em Pesquisa – COEP, em sua 2ª Reunião Ordinária em 12 de março de 2009, analisou o protocolo de pesquisa nº. **006.3.2009**, segundo as normas éticas vigentes no país para pesquisa envolvendo sujeitos humanos e emite seu parecer.

Projeto de pesquisa: “Tecnologias não-invasivas de cuidados de enfermagem obstétrica: critérios e efeitos esperados”

Pesquisador Responsável: Prof. Octavio Muniz da Costa Vargens

Mestranda: Sabrina Lins Seibert

Instituição Responsável: Pós-graduação em Enfermagem – UERJ

Área do Conhecimento: 4.00- Ciências da Saúde – 4.04 - Enfermagem

Palavras-chave: Tecnologia; Enfermagem, Obstetria, Saúde da Mulher

Sumário: Este projeto visa entender como se utilizar de um conjunto de saberes próprios da enfermagem para se discutir um modelo eficaz de assistência de modo que estes produzam o efeito esperado, baseado em evidências científicas.

Objetivo: Conhecer quais os cuidados/práticas não invasivas utilizadas pelas enfermeiras obstétricas podem ser incorporados ao conceito de tecnologias não invasivas no cuidado de enfermagem obstétrica.

Considerações Finais: A COEP considerou o projeto bem detalhado, apresentado de forma clara e organizada, destacando a metodologia a ser empregada. O TCLE está elaborado em linguagem clara. O projeto é pertinente e relevante e a metodologia utilizada está adequada aos objetivos propostos.

Ante o exposto, a COEP deliberou pela **aprovação** do projeto.

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - **previsto para março de 2010**, para cumprir o disposto no item *VII. 13.d da RES. 196/96/CNS*. Além disso, a COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Situação: Projeto Aprovado

Rio de Janeiro, 20 de março de 2009.


Prof. Dr. Olinto Pegoraro

Coordenador da Comissão de Ética em Pesquisa/UERJ

Olinto Pegoraro
Coordenador
Comissão de Ética em Pesquisa - UERJ

ANEXO B – Evolução dos usuários da internet no Brasil

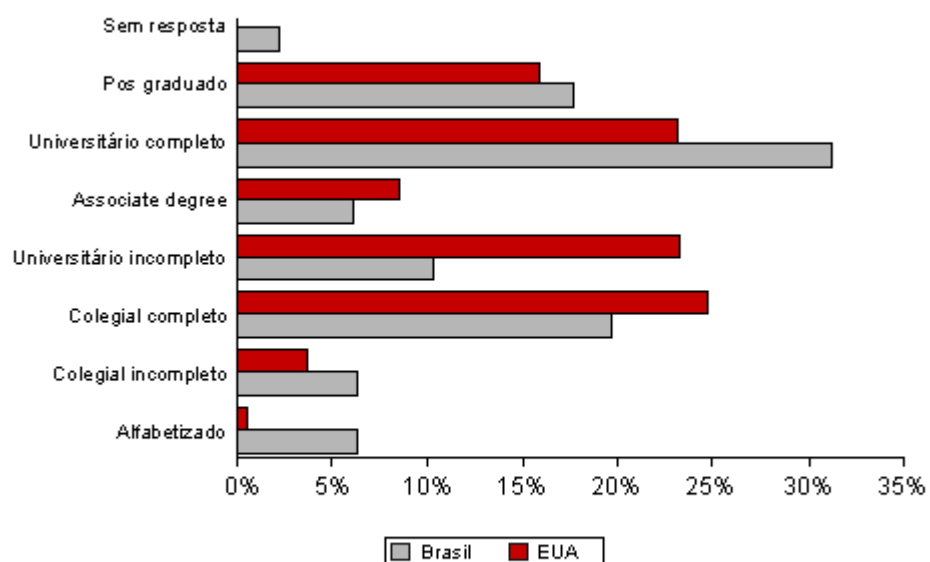
*Fonte: Ibope GNett, Ibope Netrants

"Internautas" contempla usuários de residência, trabalho, escola, cybercafé, bibliotecas, telecentros, etc.

Fonte: Financial Web, 2008.

ANEXO C – Perfil dos usuários da internet no Brasil

escolaridade



Fonte: Nielsen/NetRatings
 Usuários domésticos.
 Brasil e EUA – Setembro 2000

Gráfico 1 – Perfil do Internauta no Brasil segundo a escolaridade (E-COMERCE, 2008).

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)