

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**ATENDIMENTO DE PARTO HUMANIZADO POR ENFERMEIRAS OBSTETRAS
EM PORTO ALEGRE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

HELLEN TEIXEIRA PIRES

Porto Alegre – RS

2016

HELLEN TEIXEIRA PIRES

Atendimento de Parto Humanizado por Enfermeiras Obstetras em Porto Alegre: relato de experiência

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para a obtenção do título de Enfermeiro pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof. Dr. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

Porto Alegre - RS

2016

AGRADECIMENTOS

“Agradeço à Deus e aos orixás, parei no meio do caminho e olhei pra trás...”.

Parafraseando Racionais Mc's, inicio os trabalhos de agradecimentos àquelas pessoas e seres de luz que foram essenciais durante a minha caminhada de formação profissional.

Aos pais, meus orixás, meus santos, que me seguraram firme e forte, com muita fé e muito asé, para que essa realização se tornasse possível.

À minha avó Lygia, estrela radiante que brilha no céu, pela criação, educação, dedicação, amor e sabedoria que me transmitiu nesses 26 anos ao meu lado na terra.

Aos meus pais-tios, Lelena e Rui, por, juntamente à minha avó, me educar, me criar, me ensinar os valores e os princípios que hoje baseiam minha vida, me acordarem incansavelmente todas as manhãs de aula, por me mostrarem os caminhos certos e errados e apoiarem as minhas escolhas.

À minha mãe, por todo amor, dedicação, compreensão e paciência.

Ao meu pai, por todo amor, compreensão, dedicação, apoio moral e financeiro para as minhas loucuras, viagens, congressos, passeios e afins.

À minha irmã Carolina, por ser minha melhor amiga, minha parceira, por estar comigo em todos os momentos importantes, bons e/ou ruins.

Ao meu amor da vida, Akauã, pela ajuda na escrita desse trabalho, por me lembrar detalhadamente do momento mais importante de nossas vidas, por me incentivar na escrita e não permitir que eu desistisse. Pela compreensão, apoio, amor incondicional, parceria e também por (res)surgir na minha vida no final da graduação e me livrar da maldição da Florence (hehehehe), brincadeiras à parte, obrigada também por me dar o maior presente da vida, que é nossa filha, nossa inspiração, o melhor de nós, nossa vidinha. Amo-te, meu bem.

À minha filha, Maria Joana, por ser e estar e me tornar o que sou e ainda melhor do que pensei que poderia ser. Por me fazer mãe, mulher, adulta, responsável. Por me fazer querer ser melhor por ti, pra ti e pra nós. Pelas descobertas, momentos de desejo, pouquíssimas noites em claro, muitíssimas escapadas de xixi e cocô, pelas diversas golfadas que me deu, pelas diversas risadas que me dá. Por me tornar feliz, completa e realizada. Muito obrigada. SOU PORQUE SOMOS!

“É muito mais que mereço acordar com seu sorriso iluminando meu viver toda manhã, como o brilho do sol”.

Às pessoas que fizeram parte das gestões desde 2010 até 2015 do Diretório Acadêmico dos Estudantes de Enfermagem (DAEE), carinhosamente chamado de GDAEE ou DAEE E RECEBEI, pelo aprendizado, por me proporcionarem uma caminhada mais leve mesmo nos momentos mais pesados, que me fizeram militante, que me explicaram de que lado eu deveria estar, por todas as risadas, festas, congressos estudantis, viagens de ônibus pelo Brasil, noites em claro discutindo política, por me ajudarem a me tornar uma pessoa melhor e consciente do meu papel na sociedade.

Axs companheirxs de ENEEnf, por estarem ao meu lado na luta por uma maior valorização da enfermagem, por melhores condições de trabalho, 30 HORAS JÁ! E piso salarial, pelos compartilhamentos nos congressos, pela parceria nas viagens de ônibus pelo Brasil, pela amizade e carinho que nos uniu pelos quatro cantos do Brasil. Em especial ao Gustavo Alves, meu amigo e irmão de outras vidas, que a Enfermagem me proporcionou (re)conhecer e (re)encontrar, por todos os ensinamentos sobre a luta LGBT, por me acolher na sua casa e no seu coração, por me tornar parte da sua família, pelos dias de beleza embalados pelo som das nossas divas, Amy Winehouse, Beyoncé e Lady Gaga, pelos sambas na Lapa, pelos banhos de mar em Ipanema, pelos compartilhamentos de dores e amores.

Àqueles que estiveram ao meu lado durante a graduação, que foram meus companheiros de estudos, matações de aula para estudar, na realização de trabalhos, nos estágios, nos momentos de surto com o mundo acadêmico e hospitalar, nos momentos de diversão e compartilhamento de saberes e amores na atenção básica. Em especial à Lisley, Emely, Mari Aladrén, Dudu, Rakel, Fê Mossatte, Dai, Jaque e Jenny.

Ao Coletivo NegrAção, por me tornar uma militante do movimento social negro, por fazer eu me reconhecer como MULHER NEGRA e reconhecer meu papel de luta e enfrentamento perante a sociedade racista, principalmente dentro da universidade.

À Cláudia Ferreira da Silva, mulher negra mãe, que foi arrastada pela polícia militar nas ruas do Rio de Janeiro em 2014 e Karina Teixeira Gonçalves, mulher negra, minha melhor amiga, que foi morta pelo seu companheiro, em Porto Alegre em 2012. Nossa luta é todo dia para que sejamos respeitadas e continuemos vivas, perante toda a violência física e racial que somos expostas diariamente nessa sociedade RACISTA e MACHISTA. A todas as mulheres negras que passaram pela minha vida, obrigada por existirem, existo e resisto por nós, obrigada por me tornarem mais forte, por me mostrarem que não estou sozinha nessa caminhada, por me fazerem continuar lutando por um mundo melhor e mais digno pra nós, por nós. SOU PORQUE SOMOS!

Às professoras que me mostraram os caminhos e acreditaram no meu potencial. Em especial à minha orientadora Ana Bonilha, pelo carinho, compreensão e (des) orientação, por ter um respeito grande pelas minhas escolhas e um entendimento importante das minhas dificuldades, mantendo o olhar de professora e guia e a atenção de amiga e mãe. À professora Virginia Leissman, por ser amiga, parceira de sonhos, por me incentivar a ir em busca da realização dos meus sonhos, por sonhar junto a mim. À Sílvia Medeiros, Cláudia Armellini, Anne Marie e Marienne Jaeger, que plantaram em mim a semente da esperança na mudança da maneira que as pessoas estão chegando à esse mundo louco, para que essa chegada seja mais respeitosa, atenciosa e carinhosa e menos intervencionista. À Cristine Roos, por me mostrar que existe amor na Saúde Mental, que é possível manter a ternura mesmo após a trajetória acadêmica, por ser amiga e professora, dar alento e 'puxões de orelha', nos momentos que são necessários. À Maria Gabriela Curubeto Godoy e Themis Dovera, por me proporcionarem a oportunidade de trabalhar com a população em situação de rua e me tornar mais sensível e humana, a partir das vivências dessa população tão invisibilizada que tem tanto para nos ensinar e agregar às nossas vidas. Às professoras Denise Tolfo e Karen Cantarelli, que eu fui monitora e me proporcionaram ampliar conhecimentos e compartilhá-los com meus colegas.

Às minhas amigas da vida, por me tirarem dessa loucura acadêmica, por colocar meus pés no chão, por me divertirem, pelas risadas, festas e porres, afinal, como diria Chico Buarque de Hollanda, sem a cachaça ninguém segura esse rojão. Em especial às amigas que compartilharam a gestação comigo, com quem compartilhei dúvidas, incertezas, muito amor e ansiedade, Natália, Mariana A., Mariana T., Lissana e suas meninas Gabriela, Violeta, Manuela e Bianca.

À toda a equipe de enfermagem do Centro Obstétrico do HCPA, pela paciência e pelos ensinamentos, em especial à enfermeira Vanine Krebs, por ser minha tutora e me passar toda a sua sabedoria e confiança. À Rosa e Enilda, por me tratarem como filha e por serem as representações e referências de mulheres negras fortes dentro do CO.

“Tentaram nos enterrar, não sabiam que éramos sementes!”

(Provérbio Mexicano)

RESUMO

Este trabalho trata do relato de experiência de parto humanizado hospitalar, vivenciado pela autora. O relato abrangeu todos os momentos do desenvolvimento do seu trabalho de parto e parto, buscando na literatura o embasamento científico necessário para tornar sua experiência de parto com atendimento por médicos e enfermeiras obstetras, em um hospital de Porto Alegre, uma produção acadêmica. Considera-se que o parto é um momento de renascimento e nascimento, e, deve ser uma experiência respeitosa e humanizada, que deveria ser vivenciada por todas as mulheres que assim o desejarem, sendo incentivadas pelos profissionais de saúde à buscar a sua realização da maneira mais natural possível, como o parto vivenciado pela autora neste relato. O atendimento recebido pela autora na parturição foi o modelo de cuidado colaborativo, com a participação entre a autora e profissionais de saúde. O atendimento ao parto foi de responsabilidade da enfermeira e do recém-nascido do pediatra. A maior parte das ações de cuidado previstas no Plano de Parto da autora foram contempladas. As enfermeiras obstetras, inseridas neste modelo de cuidado, são profissionais capazes de atender a um parto de uma mulher risco habitual garantindo que o parto e o nascimento transcorram de forma mais natural e segura.

Descritores: Enfermagem Obstétrica, Parto, Parto Humanizado, Trabalho de parto.

ABSTRACT

This work deals with the report of humanized hospital delivery experience, experienced by the author. The report covered all the moments of the development of her labor and delivery, searching in the literature for the scientific background needed to make her delivery experience attended by doctors and obstetrician nurses, in a hospital in Porto Alegre, an academic production. It is considered that childbirth is a time of rebirth and birth, and should be a respectful and humanized experience that should be experienced by all women who so desire, being encouraged by health professionals to seek their fulfillment in the way More natural, such as the birth experienced by the author in this story. The care received by the author in the parturition was the model of collaborative care, with the participation between the author and health professionals. Birth attendance was the responsibility of the nurse and the pediatrician's newborn. Most of the care actions foreseen in the author's Birth Plan were considered. Obstetrical nurses, inserted in this model of care, are professionals able to attend to a woman's normal birth risk, ensuring that labor and delivery take place more naturally and safely.

Descriptors: Obstetric Nurse, Labor, Humanized Birth, Active Labor.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 RELATO DE EXPERIÊNCIA	11
3 REFLEXOES SOBRE A EXPERIENCIA	19
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22

REFERENCIAS

1 INTRODUÇÃO

Este estudo visa relatar a experiência da autora no atendimento recebido no parto natural humanizado, em ambiente hospitalar, realizado por enfermeiras obstetras, na cidade de Porto Alegre, em hospital com atendimento pelo Sistema Único de Saúde.

A autora teve interesse pela temática da parturição a partir das aulas da disciplina de graduação de Enfermagem no Cuidado à Mulher, da Escola de Enfermagem da UFRGS, onde realiza sua graduação. Esta no contato com o universo do parto, mais especificamente da humanização do parto, começou a compreender a necessidade de humanizar um ato que é por si só, completamente natural e humano.

O tema da humanização do parto surgiu no Brasil desde o final dos anos 90, como uma crítica ao modelo predominante, ainda hoje, de assistência obstétrica no país, centrado no profissional médico, com parto realizado em hospital e marcado por intervenções muitas vezes consideradas desnecessárias (BRASIL, 2003).

O parto humanizado é entendido como prática de cuidado que valoriza o parto e nascimento e que envolve um conjunto de práticas, atitudes e conhecimento para a promoção do parto e nascimento saudável e prevenção da morbimortalidade da mulher e do recém-nascido (SOUZA et al.,2011).

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde reconhecem e incentivam a atuação das enfermeiras obstétricas no atendimento ao parto de risco habitual, para que haja um atendimento mais humanizado (DIAS, 2005). A participação das enfermeiras contribui para a diminuição de intervenções desnecessárias no parto e as indicações excessivas de cirurgias cesarianas (BRASIL, 2003).

O parto que será relatado traz a experiência de atendimento ao parto no modelo colaborativo, que significa a integração do médico e da enfermeira obstétrica, além de outros profissionais na equipe de saúde nas maternidades

(VOGT, 2014). A autora optou por ter um parto natural, sem nenhum tipo de intervenção, como uso de analgesia e/ou fórceps, por seu conhecimento prévio sobre a fisiologia do parto, as vias de parto e os prós e contras de cada tipo de parto.

Este trabalho trará o relato de experiência, a partir da vivência da autora como parturiente, em um momento no qual buscou o atendimento para o parto mais aproximado de natural e humanizado dentro de um ambiente hospitalar. A busca foi motivada pelas dificuldades impostas pelo atual sistema hospitalar de atendimento obstétrico nas instituições do município de Porto Alegre, em que predomina o modelo de parto medicalizado e intervencionista, centrado no profissional médico.

A instituição hospitalar foi escolhida porque a autora tinha conhecimento prévio de que na instituição, já mencionada, era oferecido um atendimento humanizado e respeitoso durante o trabalho de parto e parto. A autora desejava que suas escolhas fossem compreendidas e levadas em consideração, na conduta dos profissionais que estavam assistindo-a, sem causar danos à ela e ao feto, que explicassem todo o processo de evolução do trabalho de parto, para que houvesse respeito e segurança no seu parto e no nascimento de sua filha.

A instituição referida anteriormente foi pioneira em Porto Alegre, no atendimento assistido por enfermeiras obstetras aos partos de risco habitual pelo Sistema Único de Saúde, oferecendo um modelo compartilhado de atendimento, onde as enfermeiras avaliam a evolução obstétrica no trabalho de parto ou a ausência desta, juntamente com a equipe médica e a própria mulher que está sendo atendida.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

De acordo com a Recomendação da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2016), a certeza de que uma mulher esteve em trabalho de parto só pode ser dada de maneira retrospectiva, com o nascimento da criança, desde que todo o processo tenha transcorrido espontaneamente.

O parto didaticamente divide-se em quatro estágios ou períodos clínicos. O primeiro período clínico é chamado de trabalho de parto, que se caracteriza por três fases, a primeira chamada de latência, de zero a três cm de dilatação cervical, a segunda de fase ativa de 4 a 7 cm de dilatação, e a terceira fase ou de transição de 8 a 10 cm . Neste primeiro período clínico do parto as contrações tornam-se regulares, frequentes e intensas e o cuidado está relacionado ao bem estar da mulher e do feto (ORSHAN, 2010).

O segundo período clínico do parto é chamado de período expulsivo, inicia com a dilatação completa do colo uterino, envolve os esforços maternos para a expulsão do feto da pelve materna e termina com a saída completa da criança. O cuidado está direcionado ao bem estar da mulher e do feto, nas mudanças de posição da mulher e no apoio aos esforços de expulsão do feto pela mulher (ORSHAN, 2010).

O terceiro período clínico do parto é chamado de dequitação e inicia imediatamente após o nascimento e se encerra quando saem do corpo materno, a placenta e seus anexos. O cuidado é centrado na mulher até a expulsão da placenta (ORSHAN, 2010).

O quarto período clínico do parto inicia imediatamente após a saída da placenta e se estende até a primeira hora ou quarta após dequitação, com o cuidado direcionado a mulher e ao recém-nascido (ORSHAN, 2010).

A autora, deste relato de experiência, entrou na fase de latência do trabalho de parto em sua casa, às 5h40min, com o início de contrações irregulares, que foram ficando mais intensas conforme as horas foram passando. De acordo com

Orshan (2010) a fase latente se caracteriza por contrações de fraca intensidade e curta duração, que ocorrem a cada 5 ou 10 minutos, dilatação de zero a 3 cm, com duração de 30 a 45 segundos. Às 9h percebeu a saída do tampão mucoso e foi para o chuveiro, onde ficou por volta de duas horas e começou a anotar o ritmo das contrações, que estavam mais regulares, para fazer um controle da evolução do trabalho de parto. Para Armellini e Riffel (2005) esta fase em primíparas, como no caso da autora, pode durar de seis a oito horas.

A autora chegou ao hospital em torno de 12h. Neste momento estava há aproximadamente 3 h na fase de latência de trabalho de parto. Foi atendida no acolhimento da instituição hospitalar pela enfermeira obstetra, para classificação de risco pelo protocolo de Manchester (BRASIL, 2004).

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco ou Protocolo de Manchester pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a ótica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira exerce-se uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos. Estas duas tecnologias, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, portanto, têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Após a aplicação do Protocolo de Manchester pela enfermeira obstetra, a autora foi para atendimento com um médico, para exame de toque vaginal e avaliação da dinâmica uterina. O médico avaliou que o colo uterino estava com dois centímetros de dilatação e bolsa amniótica íntegra, e orientou à parturiente que fosse caminhar para aumentar a dilatação e retornasse em três horas para nova avaliação. Na prática obstétrica, a medida de dilatação uterina inferior a quatro centímetros não justifica internação para a parturição.

A autora, foi então tentar caminhar no pátio do hospital, pois ficou com receio de ir muito longe e acontecer alguma intercorrência, porém, não obteve muito

sucesso, devido à dificuldade de caminhar em função do desconforto causado pelas contrações uterinas.

A deambulação é recomendada na primeira fase do trabalho de parto para favorecer o trabalho de parto, estimulando as contrações e favorecendo a descida do feto pela pelve materna (ORSHAN, 2010). Nesse momento, estavam acompanhando-a, além do seu companheiro e da doula, seus pais e sua irmã, que ficaram juntos até quase o momento do nascimento, lhe apoiando e incentivando para o tão desejado parto normal. Ela aproveitou o momento para comer algo, pois não sabia quando poderia se alimentar novamente e conseguiu cochilar enquanto descansava entre as contrações, que estavam ficando mais frequentes e intensas.

Ao seu retorno para nova avaliação obstétrica foi identificado que a dilatação estava em três centímetros. A enfermeira obstetra ofereceu à parturiente hidroterapia, onde a parturiente permaneceu em torno de 45 min. Neste banho foi utilizada aromaterapia para aumentar a dilatação. Conforme Barbieri et al. (2013), o banho quente é uma estratégia não invasiva de estimulação cutânea e calor superficial que associado a intensidade e tempo de aplicação produz efeito local, regional e geral, razão pela qual é considerado tratamento complementar e alternativo na prática obstétrica. O banho quando realizado a uma temperatura média de 37°C, está positivamente associado com o alívio da dor e ansiedade durante o trabalho de parto com redução dos níveis dos hormônios neuroendócrinos relacionados ao estresse, melhora no padrão das contrações e consequente correção da distócia uterina (BARBIERI et al., 2013).

Após o banho já citado, por volta de 18 horas, a autora retornou para nova avaliação médica, onde foi constatado que estava com quatro centímetros de dilatação e foi internada. A dilatação cervical a partir de quatro centímetros é considerada trabalho de parto ativo e justifica a internação da mulher para o parto.

Ainda no consultório, foi indicada e realizada a colocação de supositório de glicerina, esse procedimento foi iniciado sem aviso a autora e, após questionamento por esta quanto a sua necessidade, o mesmo foi realizado sem seu consentimento.

Enquanto o companheiro da autora fazia sua internação, a mesma foi encaminhada à sala PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto imediato), para acomodação, em companhia da sua doula. Em alguns momentos, quando seu companheiro não

esteve presente, a doula pôde estar presente no ambiente, para auxiliar a autora nos métodos não farmacológicos e para ajudá-la a compreender os processos fisiológicos pelos quais estava passando. De acordo com Santos e Nunes (2009), doula é uma palavra de origem grega que significa “mulher que serve a outra mulher”. Atualmente, refere-se às mulheres que dão suporte físico e emocional às parturientes durante e após o parto. Esse suporte aborda aspectos emocionais como encorajar, tranquilizar e estimular; medidas de conforto e prestar orientações. Para a Associação de Doulas da América do Norte (DONA), a doula é considerada uma mulher treinada e experiente em prestar apoio, com capacidade de fornecer contínuo suporte físico, emocional e informativo durante o trabalho de parto e nascimento, mediante o treinamento pela associação DONA (SILVA et al., 2012).

Logo a seguir, a enfermeira obstetra que lhe atendia ofereceu outros métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto. Os métodos não farmacológicos para alívio da dor, utilizados durante o trabalho de parto, são tecnologias de cuidado que envolvem conhecimentos estruturados quanto ao desenvolvimento da prática de enfermagem em centro obstétrico (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010). As intervenções não farmacológicas são opções a substituírem, na medida do possível, os anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto e parto (OSÓRIO; SILVA JÚNIOR; NICOLAU, 2014). A autora utilizou, além do chuveiro, a bola obstétrica, aromaterapia, musicoterapia e massagens realizadas pelo seu acompanhante. A bola suíça ou obstétrica foi desenvolvida em 1963 por Aquilino Cosani, fabricante italiano de plásticos. Recebeu tal nome em 1989 por fisioterapeutas americanos, após testemunharem os seus benefícios na Suíça e passarem a utilizá-la nos EUA. Há alguns anos, esse recurso passou a ser utilizado na assistência à mulher durante o trabalho de parto, sendo também chamado de bola de nascimento ou obstétrica, pois auxilia no alívio da dor e evolução dessa fase. A bola obstétrica instrumento terapêutico comumente utilizado pela fisioterapia, foi inserida em centros de partos normais como um auxiliar na adoção das posturas verticais e no suporte para outras técnicas (entre elas, a massagem e o banho de chuveiro, a realização de alongamentos e a mobilidade pélvica). Por se tratar de método lúdico, distrai e relaxa a mulher, tornando o trabalho de parto mais tranquilo, diminuindo a tensão

física e emocional e possibilitando maior relaxamento e conforto (GALLO et al., 2014).

A bola obstétrica é um recurso que pode ser usado por profissional qualificado durante o primeiro estágio do trabalho de parto, em associação com exercícios respiratórios, deambulação, massagens, banhos quentes, entre outras técnicas com o objetivo de promover um trabalho de parto humanizado (OLIVEIRA; CRUZ, 2014).

Alguns dias antes de completar as 40 semanas de gestação, a autora fez um plano de parto, que foi entregue às enfermeiras obstetras na internação, que foi respeitado na medida do possível, de acordo com as normas da instituição. O Plano de Parto é um documento de caráter legal, que pode ser digitado ou escrito a próprio punho, onde as mulheres gestantes devem explicitar seus desejos em relação às boas práticas durante o trabalho de parto e o parto. De acordo com Cortés et al. (2015), o Plano de Parto é o eixo da relação clínica estabelecida entre a mulher grávida e a parteira, e deve servir para orientar a atenção de saúde prestada ao longo de todo o processo. Estes autores referem que o Plano de Parto influencia positivamente no trabalho de parto e sua finalização, aumentando as dimensões de segurança, eficácia e satisfação das mulheres, assim como seu empoderamento.

A confecção de um Plano de Parto deve ser estimulada durante o pré-natal, nos serviços de atenção primária, por parte de médicos e enfermeiros, como forma de contribuição para a mudança do cenário de partos que ocorrem atualmente. Por ter maior vínculo com a comunidade, os profissionais da atenção básica são fortes influenciadores do empoderamento das gestantes, a partir do fornecimento de informações a respeito do processo de parturição, esclarecendo as dúvidas destas e as estimulando a ter um parto normal.

A autora em seu Plano de Parto optou por um parto natural, sem uso de qualquer tipo de analgesia para aliviar as dores e sem intervenções, como episiotomia/episiotomia. Porém, fez uso de medicação por ter apresentado resultado positivo no exame de rastreio para a bactéria Streptococcus B e necessitou de antibiótico profilático, para prevenir a Sepsis neonatal (PMPA, 2015). Seu Plano de Parto previa a participação do acompanhante - seu companheiro - e da doula durante todo o período do parto, o uso de incenso e músicas de sua escolha, métodos não farmacológicos-que não foram especificados, alimentação à vontade.

O hospital dispunha de duas salas PPP (pré-parto, parto e pós-parto), e ela pôde ficar durante todo o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato no mesmo ambiente. Durante todo o período de internação, o acompanhante da escolha da parturiente esteve presente. Em todos os momentos, havia enfermeiras obstetras assistindo e avaliando a evolução do trabalho de parto e parto.

O seu companheiro, que foi escolhido para ser seu acompanhante, e a residente realizaram massagens para alívio da dor na região lombar, com óleo essencial de lavanda. A autora apresentou bastante náusea e foi utilizada aromaterapia para alívio de enjoos, com óleo essencial de hortelã-pimenta. A aromaterapia é uma prática alternativa que se utiliza do poder das plantas com o uso de suas essências. Apesar de incerto, seu mecanismo de ação parece estimular a produção de substâncias relaxantes, estimulantes e sedativas que são próprias do corpo (OSÓRIO; SILVA JÚNIOR; NICOLAU, 2014).

Após a internação, a autora foi para o chuveiro novamente, utilizando a bola obstétrica e aromaterapia para alívio das dores e relaxamento, com óleo essencial de lavanda. Durante o banho terapêutico a mesma começou a sentir os puxos, retornou à sala PPP e foi avaliada pela enfermeira, que constatou que estava com oito centímetros de dilatação. A partir de então, iniciaram-se puxos fortes, as contrações ficaram mais prolongadas e a dor aumentou de intensidade.

O trabalho de parto da autora foi evoluindo conforme o esperado, sem amniorrexis que é o rompimento natural da bolsa de líquido amniótico, até o momento que a paciente ficou com a dilatação cervical completa. As enfermeiras obstetras observaram que o trabalho de parto estava ficando prolongado, e, explicaram que para que o parto acontecesse, seria necessário fazer amniotomia, que é o rompimento mecânico da bolsa, com uso de um instrumento específico chamado amniótomo.

Devido ao cansaço em que se encontrava, a autora concordou que fosse realizada a amniotomia sugerida pelas enfermeiras, afinal, a fase ativa do trabalho de parto havia se iniciado há aproximadamente seis horas, a dilatação estava completa e a bolsa amniótica estava íntegra. Nesse momento a parturiente estava em posição de quatro apoios, pois era a maneira como ela desejava parir, porém, não estava se sentindo confortável e ficou em posição de semi cócoras. A

amniotomia foi realizada aproximadamente às 24 horas. O período expulsivo se deu em torno de 30 minutos após a realização da mesma, às 0 hora e 32 minutos.

A autora foi atendida por duas enfermeiras obstétricas e uma enfermeira, do curso de residência multiprofissional, além de contar com o suporte de técnicas de enfermagem. Como o processo de parturição se deu em um ambiente intra-hospitalar, o período expulsivo do parto também foi atendido por uma médica obstetra, para que fosse avaliada a evolução do trabalho de parto de maneira compartilhada com as enfermeiras, valorizando os saberes de ambas as profissionais, reconhecendo a importância destas no cuidado para proporcionar à parturiente um atendimento compartilhado, respeitoso e qualificado.

O período expulsivo culminou com o nascimento de sua filha, que apresentou sinais de boa vitalidade imediatamente como choro forte, respiração, bom tônus muscular, seu índice de Apgar foi oito no primeiro minuto e nove no segundo. O cordão umbilical teve clampamento tardio, sendo clampeado após três minutos e a secção do cordão foi realizada pelo acompanhante da parturiente e pai da recém-nascida. A sua filha foi colocada imediatamente em contato pele a pele e para sugar. O contato pele a pele mãe-filho deve iniciar imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre toda a mãe-filho saudáveis. O contato pele a pele acalma o bebê e a mãe que entram em sintonia única proporcionada por esse momento; auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduz o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe (MATOS et al., 2010). O atendimento de sua filha foi realizado pelo pediatra presente no parto.

Na primeira hora pós-nascimento, mãe e filha ficaram em contato direto, com a presença do pai. Somente após essa primeira hora é que foram realizados o exame físico, a antropometria e higienização em sua filha. A família que ali nascia, mãe-bebê-pai, ficou por duas horas pós-parto na sala PPP, para que se fosse fortalecido o primeiro vínculo, respeitando a chamada hora dourada, que é a primeira hora de nascimento, e depois foram realizados os procedimentos de rotina com o bebê, como medidas antropométricas e aplicação da vacina contra Hepatite B e também aplicação da vitamina K (MATOS et al., 2010).

A dequitação se deu logo após o nascimento. Como não houve episiotomia, foram examinados o períneo e o colo do útero, para avaliar se houve laceração e foi constatado que ambos estavam íntegros, sem necessidade, portanto, da realização de sutura.

Após as duas horas na sala PPP, a autora, sua filha e o acompanhante, foram encaminhados ao Alojamento Conjunto, local onde ficam as mães e os recém-nascidos, durante a internação hospitalar. Neste hospital o espaço é compartilhado entre duas ou mais puérperas. Algumas ações de cuidado rotineiras de puerpério foram implementadas, como a primeira saída do leito juntamente com a equipe de enfermagem.

A autora chegou ao alojamento conjunto às três horas da manhã e em torno de quatro horas da manhã, foi levada ao banho, com ajuda de duas técnicas enfermagem. Às nove horas da manhã, começaram as visitas de rotina das equipes médicas, de obstetrícia e pediatria, para avaliarem a puérpera e a recém-nascida. Foi solicitado, para a recém-nascida, exame de sangue para rastreio de sepse neonatal, pois a mãe teve o exame positivo para Streptococcus B (PMPA, 2015).

Foram realizados na sua filha o Teste da Orelhinha, o Teste do Olhinho e o Teste do Coraçãozinho, que são exames preconizados para avaliação de audição, visão e da oxigenação no sangue, respectivamente (BRASIL, 2015).

A autora e sua filha ficaram internadas por dois dias e, no momento da alta o médico obstetra do plantão a avaliou e assinou sua alta hospitalar. Antes de se despedir, o mesmo verbalizou para a autora: “nos vemos ano que vem”, insinuando que no ano seguinte a autora engravidaria novamente e voltaria a utilizar o serviço obstétrico daquela instituição, essa atitude se caracteriza como violência obstétrica. O conceito internacional de violência no parto define qualquer ato ou intervenção direcionada à parturiente ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências (SILVA et al, 2014).

3 REFLEXOES SOBRE A EXPERIENCIA

A Organização Mundial de Saúde afirma que a enfermeira obstétrica desempenha o papel mais adequado e com o melhor custo-efetividade para prestar assistência à gestação e ao parto normal, avaliando riscos e reconhecendo complicações; o Ministério da Saúde, em portaria de 1998, incluiu no Sistema Único de Saúde (SUS) o procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra”, que tem como finalidade principal reconhecer a assistência prestada por esta categoria profissional, no contexto de humanização do parto (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Rabelo e Oliveira (2010), afirmam a competência da enfermeira obstetra em relação ao parto e, indicam que as profissionais estão preocupadas em cumprir as tarefas que lhe são pré-determinadas na instituição onde atuam, exemplificando um modelo de atendimento ao parto ainda fragmentado e reiteram que a transformação dos aspectos considerados desfavoráveis para a prática da enfermeira obstétrica no atendimento ao parto normal hospitalar depende, também, da consciência e do exercício de poder por parte das enfermeiras.

Acredito que, por se identificar no acolhimento, que se tratava de uma paciente de risco habitual, o atendimento aqui relatado, poderia ter sido realizado somente por enfermeira obstetra, tendo a figura do médico como um suporte no caso de notar alguma modificação na evolução do trabalho de parto, solicitando assim, uma avaliação deste. Essa mudança no protocolo de atendimento à parturiente pode influenciar de maneira positiva na redução da violência obstétrica que pode se iniciar já na primeira consulta, tendo a enfermeira como uma profissional mais humanizada e que prestaria um atendimento mais respeitoso desde o primeiro momento.

Segundo Sodré, Merighi e Bonadio (2012), a decisão compartilhada no processo de parturição é um tema pouco discutido no Brasil e cabe aos profissionais de saúde fornecer às mulheres informações com embasamento científico e não tendenciosas, para que estas tenham autonomia e possam participar ativamente do

processo de parturição. A mulher deseja ser um sujeito ativo nesse processo, afinal, é ela que está sendo diretamente afetada pelas mudanças que a gestação, o parto e o puerpério causam no organismo feminino. As autoras afirmam que há necessidade de que as informações atinjam a maior parte das mulheres, e não somente um grupo mais seletivo que, por diversos fatores, tem mais facilidade de acesso e que os profissionais não se preocupem em atender somente às suas conveniências, que sejam mais humanistas e compreendam que o parto é um evento biológico, social, cultural, sexual e espiritual.

Quanto ao Plano de Parto, a maioria dos desejos da autora citados no seu plano de parto foram respeitados e realizados. Não foi possível o uso de incenso, por se tratar de um centro de parto intra-hospitalar, mas foi oferecida aromaterapia. Foram ouvidas as músicas escolhidas na sua *playlist*. A presença da doula foi possível até a fase de latência do parto, nos momentos em que o acompanhante da autora se ausentou. A doula não se fez presente a partir da fase ativa do parto. Quanto à alimentação, foram oferecidos apenas líquidos para a autora.

Quanto aos métodos não farmacológicos a autora utilizou a deambulação, a massagem, aromaterapia, música, banho de chuveiro, e a presença do acompanhante e da doula, já referidos anteriormente.

Por outro lado acredito que o uso do supositório, realizado sem o consentimento da autora, se trata de um resquício do modelo biomédico, centrado no conforto do profissional que conduz o parto, que ainda persiste nas instituições, pois no imaginário desses profissionais, esse procedimento facilita o nascimento, porém, não há comprovação da necessidade e eficácia.

O uso de métodos não farmacológicos foi de extrema importância para o desenvolvimento do trabalho de parto e alívio da dor e conforto da parturiente, que se sentiu respeitada, pois era de sua vontade utilizá-los.

Na percepção da autora a doula teve o papel de trazer a paciente para a realidade, explicando que os processos que estavam ocorrendo eram naturais e confortando a paciente, verbalizando a ela que era totalmente capaz de enfrentar aquilo, porque seu corpo estava preparado para esse acontecimento e encorajando-a.

O parto orgásmico ou partolândia são termos termo utilizados no momento em que a mulher está com seu pico de liberação de ocitocina no máximo, no período expulsivo. A autora ao vivenciar este momento pode relatar que sensações são reais e estão ao alcance das mulheres, mesmo que, enquanto parturientes não possam perceber, aqueles segundos de intervalo entre uma contração e outra, são capazes de levar a mulher a lugar inexplicável e inimaginável, que é agradável e confortante, que nos mostra que estamos alcançando o objeto, que é parir. Há o entendimento de que no parto a presença da ocitocina, aliada ao fato, de que no momento da expulsão do feto, em que sua cabeça começa a ser visualizada na região vaginal, esta região se comprime e as terminações nervosas são estimuladas, provocando prazer, como o que ocorre no ato sexual (REVISTA CRESCER, 2013).

O acompanhante foi a pessoa que segurou a mão da autora, literalmente, no momento que ela mais precisou concentrar suas forças no nascimento. Foi quem fez massagens para aliviar a dor lombar e estimulou a parturiente a não desistir do processo, mesmo estando exausto, foi quem seccionou o cordão umbilical, conforme solicitação da parturiente. Foi quem esteve ao seu lado do primeiro ao último momento da internação, se mantendo firme para passar tranquilidade para a puerpéra.

Com relação às boas praticas de cuidado ao recém-nascido, foi realizado o clampeamento tardio do cordão umbilical, foi realizado contato pele a pele imediatamente ao nascimento e foi respeitada a hora dourada, que é a primeira hora de vida, momento de conhecimento, criação e fortalecimento de vínculos para o binômio mãe-bebê, sendo possível, nesse caso, incluir o pai nesse fortalecimento de vínculo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O parto é um evento fisiológico que deveria ser experienciado por todas as mulheres, pelo menos uma vez na vida, mas não de maneira compulsória, imposta pela sociedade que diz que "a mulher foi feita para procriar". A vontade de parir tem que ser existente, para tornar o parto a experiência sensacional que ele é e pode ser. Como o parto atendido por enfermeira obstetra ou obstetriz, de maneira natural e respeitosa, com uso de métodos não farmacológicos e compreensão do desenvolvimento natural do processo. E ao falar em parir refiro-me à via vaginal.

A partolândia é um termo utilizado no momento em que a mulher está com seu pico de liberação de ocitocina no máximo, e o parto orgásmico, são reais e estão ao alcance das mulheres, mesmo que, enquanto parturientes não possam perceber, aqueles dez segundos (ou até menos) de intervalo entre uma contração e outra, são capazes de nos levar a um lugar inexplicável e inimaginável, que é agradável e confortante, que nos mostra que estamos alcançando o objeto, que é parir.

E parimos, e não tem orgasmo no mundo que supere o ato de parir. Primeiro porque com a expulsão do feto, aquelas dores insuportáveis e imensuráveis encerram-se. Segundo porque ali diante dos teus olhos e no calor dos teus braços está teu filho ou tua filha. Parir é renascer enquanto mulher/pessoa/ser humano, é dar a luz, a vida. É um ato repleto de amor.

De acordo com a experiência de parturição que a autora vivenciou pôde saber como se dá a fisiologia natural do parto, sem intervenções e alterações no processo. A mesma pôde utilizar os métodos não farmacológicos que conhecia pela literatura e das aulas, que teve durante a graduação, e que aplicou diversas vezes às gestantes que prestou atendimento, compreendendo então, sua eficácia. Pôde também, ser atendida por enfermeiras obstetras e afirmar que estas profissionais têm toda a competência necessária para atuar na assistência ao parto de risco habitual. Considerou também ser fundamental a presença de pessoas que possam dar o apoio e suporte necessários para a parturiente nesse momento, como o acompanhante e a doula.

Percebeu-se que há exposição das mulheres as situações de violência obstétrica, mesmo quando estas possuem informações que lhe empoderam quanto ao processo de parir, mostrando que ainda é necessária a implantação de uma assistência humanizada, por parte de todos os membros da equipe atuante no Centro Obstétrico. Da mesma forma compreendeu que as mudanças no processo de parturição ainda sofrem resistência pelos membros da equipe, ocorrendo situações de desconforto e violência para as mulheres.

Finaliza-se esse trabalho, com a esperança de que mais enfermeiras obstetras percebam-se enquanto profissionais plenamente competentes para a assistência ao parto de risco habitual, chamando para si essa responsabilidade e fazendo um enfrentamento nas instituições onde atuam, para que seja possível uma mudança real das práticas obstétricas, tornando o parto uma experiência respeitosa e prazerosa para a mãe e, conseqüentemente, a chegada ao mundo mais tranquila e confortável para o bebê.

REFERÊNCIAS

1. Armellini, Cláudia Junqueira; Riffel, Mariene Jaeger. O parto e o cuidado em enfermagem. In: Oliveira, Dora Lúcia. **Enfermagem no parto e puerpério: notas de aula**. p.304-307 Ufrgs: Porto Alegre, 2005.
2. Barbieri, Márcia; Henrique, Angelita José; Chors, Frederico Molina; Maia, Nathália de Lira; Gabrielloni, Maria Cristina. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.26, n. 5, p. 478-484, 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Relatório de Recomendação. CONITEC, 2016.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília; 2003.
5. Cortés, María Suárez; Barranco, David Armero; Jordana, Manuel Canteras; Roche, María Emilia Martínez. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.23, n.3, p. 520-526, 2015.
6. Gallo, Rubneide Barreto Silva; Santana, Licia Santos; Marcolin, Alessandra Cristina; Quintana, Silvana Maria. A bola suíça no alívio da dor de primigestas na fase ativa do trabalho de parto. **Revista Dor**, v.15, n.4, p. 253-255, 2014.
7. Gayeski, Michele Ediane; Brüggemann, Odaléa Maria. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n.4, p. 774-782, 2010.
8. Matos, Thaís Alves; Souza, Morgana Stefani de; Santos, Evanguelia Kotzias Atherino dos; Velho, Manuela Beatriz; Seibert, Eli Rodrigues Camargo; Martins, Nezi Maria. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.6, p. 998-1004, 2010.
9. Ministério da Saúde. **Acolhimento com classificação de risco**. Brasília. Distrito Federal. 2004.
10. Oliveira, Luciane Marta Neiva; Cruz, Anna Gláucia Costa. A Utilização da Bola Suíça na Promoção do Parto Humanizado. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n.2, p. 175-180, 2014.

11. ORSHAN, S. A. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos**: o cuidado ao longo da vida. Porto Alegre; Artmed, 2010. 1152p.
12. Osório, Samara Maria Borges; Júnior, Lourival Gomes da Silva; Nicolau, Ana Izabel Oliveira. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n.1, p. 174-184, 2014.
13. Pereira, S. S. et al. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. **Tempus**, actas de saúde coletiva, 10 (3), 199 – 213, ste. 2016.
14. **REVISTA CRESCER**. O orgasmo no parto. Disponível em :
< <http://www.revistacrescer.globo.com/revista/crescer/abrilde2013ed.233> > acesso em 16/12/2016, às 18:10h.
15. Rabelo, Leila Regina; Oliveira, Dora Lúcia de. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n.1, p. 213-220, 2010.
16. Santos, Denise da Silva. Nunes, Isa Maria. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v.13, n.3, p. 582-589, 2009.
17. Silva, Michelle Gonçalves da; Marcelino, Michelle Carreira; Rodrigues, Livia Shélida Pinheiro; Toro, Rosário Carcaman; Shimo, Antonieta Keiko Kakuda. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.15, n.4, p. 720-728, 2014.
18. Silva, Raimunda Magalhães da; Nelson Filice de; Herla Maria Furtado; Laura Pinto Torres de; Antonio Rodrigues Ferreira. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.10, p. 2783-2784, 2012.
19. Sodré, Thelma Malagutti; Merighi, Miriam Aparecida Barbosa; Bonadio, Isabel Cristina. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.11, n.1, p. 115-120, 2012.
20. Velho, Manuela Beatriz; Oliveira, Maria Emília de; Santos, Evanguelia Kotzias Atherino dos. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.4, p. 652-659, 2010.
21. VOGT, S. E. et al. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Revista de Saúde Pública**, 48 (2): 304 – 313, 2014.
22. Weissheimer, Anne Marie. Tipos de parto In: Oliveira, Dora Lúcia. **Enfermagem no parto e puerpério: notas de aula**. P.313 – 324. Ufrgs: Porto Alegre, 2005.