



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ISOLDA PEREIRA DA SILVEIRA

TEORIA DO CONFORTO PARA PROMOÇÃO DA
SAÚDE NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À
PARTURIENTE

FORTALEZA - CEARÁ
2010

ISOLDA PEREIRA DA SILVEIRA

TEORIA DO CONFORTO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO
CUIDADO DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor.

Área de concentração: Enfermagem no processo de cuidar na promoção da saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Fátima Carvalho Fernandes

FORTALEZA – CEARÁ
2010

ISOLDA PEREIRA DA SILVEIRA

TEORIA DO CONFORTO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO DE
ENFERMAGEM À PARTURIENTE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado -
da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do
Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor.

Data da aprovação: 30 de março de 2010

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Ana Fátima Carvalho Fernandes
Universidade Federal do Ceará – UFC (Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Rejane Marie Barbosa Davim
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Prof.^a Dr.^a Antônia do Carmo Soares Campos
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Prof.^a Dr.^a Rosiléa Alves de Sousa
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dr.^a Ana Kelve de Castro Damasceno
Universidade Federal do Ceará – UFC

S588t Silveira, Isolda Pereira da

Teoria do conforto para promoção da saúde no cuidado de enfermagem à parturiente / Isolda Pereira da Silveira. – Fortaleza, 2010.

104 f.

Orientador: Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza-Ce, 2010

1. Teoria de Enfermagem 2. Promoção da saúde 3. Cuidados de enfermagem 4. Enfermagem obstétrica I. Fernandes, Ana Fátima Carvalho (orient.) II. Título

CDD: 610.73

AGRADECIMENTOS

A Deus, luz divina, por me haver proporcionado a vida, e por ter iluminado o meu caminho, sempre com fé, perseverança, dignidade e amor. Obrigada, Senhor, por tudo o que sou e tenho!

Às minhas amadas filhas, Marília e Sílvia, por serem a razão da minha vida e por estarem sempre presentes, vivenciando juntas e me fortalecendo com amor nessa caminhada.

Aos queridos netos, Gabriela, Lucas, Julia e Isabele, por me trazerem alegrias e energias positivas, compartilhando momentos de satisfação e amor.

Aos meus pais, Adalgisa Silveira e Luiz Gonzaga da Silveira (*in memoriam*), agradeço pela vida, pelo carinho e por tudo o que fizeram por mim.

Às minhas irmãs Telma Irineide e Mirna, pela vivência de bons momentos juntas, pelo carinho, alegrias e amizade.

À minha irmã Irineide, por disponibilizar-se a ajudar-me de forma eficiente e segura nas traduções da língua inglesa.

À Professora Doutora Ana Fátima Carvalho Fernandes, minha orientadora, pessoa muito especial, por sua competência em orientar-me, pela amizade, pela tranquilidade transmitida, essencial para todo o desenvolvimento desta tese, pela confiança e por sempre acreditar em mim. Obrigada!

À minha amiga Professora e Doutora Antônia do Carmo Soares Campos, professora da UNIFOR, pela amizade sincera iniciada desde os tempos do mestrado e pela satisfação de ter aceitado participar da minha banca de Doutorado.

À Professora Doutora Rosiléa Alves de Sousa, diretora de Enfermagem da MEAC, pelo apoio, amizade e ajuda preciosa em diversos momentos.

Às parturientes, pela singeleza e autenticidade na participação deste estudo.

À Lenilce amiga-irmã de todos os momentos pela amizade sincera e companheirismo desde a graduação.

À minha amiga Márcia e colega de doutorado, pela amizade e companheirismo.

Às enfermeiras Ruth, Alda, Verônica, Sarah, Marta, Vera, Lea, Liduina, Karla Peixoto, Edna e demais enfermeiras da Maternidade Escola pela amizade e apoio.

Ao Prof. Dr. Álvaro Alberto de Bittencourt Vieira, professor, presidente do COREN-CE, pela sincera amizade.

À Dulce, secretária da Diretoria de Enfermagem da MEAC, pela amizade, alegria e disponibilidade sempre que precisei.

À Professora Mestre Lucília, Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF) pelo incentivo e apoio no decorrer desta caminhada.

À Mary Anne, pela amizade, disponibilidade e presteza na formatação da tese.

Ao Professor Vianney Mesquita, da Academia Cearense da Língua Portuguesa, pela revisão dessa Tese.

Homenagem carinhosa e especial à Professora Doutora Maria Graziela Teixeira Barroso, pessoa importante e incentivadora da Enfermagem.

A todos os que contribuíram na realização da tese, obrigada.

*"Eu vi a mulher preparando outra pessoa
O tempo parou pra eu olhar para aquela barriga.
A vida é amiga da arte
É a parte que o sol me ensinou.
O sol que atravessa essa estrada que nunca passou.
Por isso uma força me leva a cantar,
Por isso essa força estranha no ar.
Por isso é que eu canto, não posso parar.
Por isso essa voz tamanha".*

Caetano Veloso

RESUMO

O conforto é esperado por toda mulher que entra em trabalho de parto, na forma de ajuda, atenção, presença e solicitude da enfermeira obstetra e da presença de familiares, do acompanhante, da doula e de toda a equipe que está direcionando para ela toda espécie de cuidado. Objetivou-se desvelar o cuidado confortador à parturiente, como meta de enfermagem para a promoção da saúde, nos contextos, físico, ambiental social e psicoespiritual. Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, sobre o conforto à parturiente que se encontra em trabalho de parto. O local para o desenvolvimento do estudo foi o centro de parto normal de uma maternidade-escola pública de grande porte, em Fortaleza, Ceará. Os sujeitos foram nove parturientes admitidas ao centro de parto normal, em trabalho de parto, sem apresentar risco obstétrico, e que aceitaram por espontânea vontade participar do estudo. Os dados foram coletados nos meses de setembro a dezembro de 2009. Foram usadas como técnicas a observação livre e a entrevista semiestruturada. Para a manutenção de registros, usou-se o diário de campo. Para análise dos dados empregou-se o método proposto por Bogdan e Biklen. Com o tratamento e operacionalização da análise dos dados, identificaram-se as seguintes categorias: Significado do conforto ambiental, Significado de desconforto, Significado de sentir-se confortável, Significado do conforto recebido. Acredita-se na conscientização dos trabalhadores de Enfermagem quanto à descoberta que a pesquisa revelou. É oportuno que os enfermeiros reflitam sobre o conforto com visão ampliada. Conforme os resultados obtidos e já com a ideia amadurecida, elaborou-se um roteiro identificando as necessidades de conforto não satisfeitas pelas parturientes, deste modo, direcionamos o cuidado de enfermagem obstétrica, tendo como foco o conforto à parturiente na promoção da saúde no centro de parto normal. A tese defendida atendeu e respondeu ao que foi focado: o conforto como subsídio para a constituição da prática da Enfermagem Obstétrica voltada à parturiente, em uma nova visão - a inserção do cuidado de Enfermagem Obstétrica na promoção da saúde tendo como base o conforto à parturiente nos contextos físico, ambiental, psicoespiritual e social.

Palavras chave: Teoria de Enfermagem. Promoção da saúde. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Comfort is expected for every woman going into labor in the form of aid, attention, presence and care of the obstetric nurse and the presence of family, the attendant, the “doula” and the entire team that is driving her to all kinds of care. It aims to uncover the comforting care for women during childbirth as a goal of nursing to health promotion in the contexts, physical, environmental, social and psycho. A descriptive study, qualitative approach, on the comfort women giving birth that is in labor. The place for the development of the study was the delivery center of a large public maternity hospital, in Fortaleza, Ceará. The subjects were nine pregnant women admitted to the Birth Center, in labor, without providing obstetric risk, and who agreed to voluntarily participate in the study. Data were collected from September to December 2009. Techniques were used as free observation and structured interviews. For the maintenance of records, it was used the field diary. Data analysis employed the method proposed by Bogdan and Biklen. With treatment and operation of the data analysis yielded the following categories: Significance of environmental comfort, Meaning of discomfort, Meaning of feeling comfortable, Meaning of comfort received. We believe in the awareness of the nursing workers as the discovery that the research has brought. It is appropriate that nurses reflect on the comfort with larger view. Depending on the outcome and has matured with the idea is to draw up a roadmap identifying the needs for comfort not satisfied by pregnant women, therefore, we direct the provision of midwifery care, focusing on the comfort women giving birth in health promotion Birth Center. The thesis argues attended and responded to that was made: the comfort and benefits to make up the practice of Obstetric Nursing focused on the parturient, a new vision - the addition of Obstetric Nursing care to promote health of the mother, based on the comfort women giving birth in physical contexts, environmental, psycho and social.

Key words: Nursing Theory. Health promotion. Nursing care. Obstetrical Nursing.

RESUMEN

El confort es deseado por toda la mujer que se pone en trabajo de parto, a través de la ayuda, atención, presencia y la solicitud de una enfermera obstetra y de la presencia de parientes, del compañero, de la doula y todo el equipo que está direccionando para ella toda especie de atención. Se pretende revelar la atención confortable a la parturienta, como objetivo de la enfermería para la promoción de la salud, en los contextos, físico, ambiental social y psicoespiritual. Investigación descriptiva, con abordaje cualitativo, sobre el confort a la parturienta que se encuentra en el trabajo de parto. El sitio para el desarrollo del estudio fue el centro de parto normal de una maternidad-escuela pública de gran porte en Fortaleza, Ceará, Brasil. Los sujetos fueron nueve parturientas ingresadas al centro de parto normal, en el trabajo de parto, sin presentar riesgo obstétrico, y que aceptaron por espontaneidad participar del estudio. Los datos fueron colectados en los meses de septiembre a diciembre de 2009. Se utilizaron como técnicas la observación libre y entrevista semiestructurada. Para el mantenimiento de registros, se utilizó un diario de campo. Para el análisis de los datos se empleó el método propuesto por Bogdan y Biklen. Con el tratamiento y explotación de análisis de los datos, se identificaron las siguientes categorías: Importancia del confort ambiental, Significado del desconfort, Significado de sentirse confortable, Significado de confort recibido. Se cree en la conciencia de los trabajadores de Enfermería mientras al descubrimiento que la investigación señaló. Es conveniente que los enfermeros reflejan sobre el confort con la visión ampliada. De acuerdo con los resultados obtenidos y con la idea madura, se ha elaborado un plan de trabajo para identificar las necesidades de confort no satisfechas por las parturientas, de esto modo, se ha direccionado la atención de enfermería obstétrica, centrándose en el confort a las parturientas en la promoción de la salud en el centro de parto normal. La tesis defendida atendió y respondió a lo que se centraron: el confort como un subsidio para componer la práctica de la Enfermería Obstétrica centrada en la parturienta, en una nueva visión - la inserción de la atención de Enfermería Obstétrica en la promoción de la salud basada en el confort a la parturienta en los contextos físico, ambiental, psicoespiritual y social.

Palabras clave: Teoría de Enfermería. Promoción de la Salud. Atención de Enfermería. Enfermería Obstétrica.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Delimitação do objeto de pesquisa	13
OBJETIVO	22
2 REFLEXÕES SOBRE PARTO E CONFORTO – O ESTADO DA ARTE.....	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	34
3.1 Elaboração do caminho da pesquisa	34
3.2 Cenários da pesquisa	35
3.3 Sujeitos da pesquisa	36
3.4 A busca dos dados	37
3.5 Análise e compreensão dos dados	40
3.6 procedimentos éticos	41
3.7 Elaboração do caminho da pesquisa.....	41
3.7 A Teoria do Conforto	41
3.7.1 Características da teoria pesquisa	43
3.7.2 Pressupostos	44
3.7.3 Princípios	45
3.7.4 Estrutura taxonômica do conforto	45
3.8 Teoria Humanística de Paterson e Zderad – caminho em busca do conforto.....	46
4 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS.....	50
4.1 Vivência do conforto no cuidado à parturiente nas dimensões física, ambiental, espiritual e social para a promoção da saúde.....	50
4.2 Apresentando as protagonistas do estudo.....	51
4.3 Entrada no ambiente - observação livre com registro no diário de campo.....	52
4.4 Análise dos registros do diário de campo: necessidade de conforto relacionado quanto aos contextos: físico, ambiental, espiritual e sociocultural.....	69
4.5 Categorias.....	71

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
5.1 Reflexão sobre a trajetória percorrida	85
5.2 Implicações do estudo para a prática na Enfermagem obstétrica.....	87
5.3 Contribuições para a Enfermagem Obstétrica na promoção do conforto	88
5.4 Roteiro para o cuidado de Enfermagem.....	90
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	101
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA	102
ANEXO A - PARECER COMITÊ DE ÉTICA.....	104

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Delimitação do objeto de pesquisa

Gerar a existência humana e desfrutar da fascinante experiência de ser mãe são privilégios e marcos especiais na vida da mulher. Por todo o processo gravídico, o organismo materno passa por modificações fisiológicas metabólicas e hormonais. Assim, a gravidez representa um período de adaptação a uma nova situação, caracterizada por mudanças físicas e emocionais vivenciadas pela mulher. A partir destas, o seu corpo é alvo de alterações fisiológicas e anatômicas, e o organismo materno inicia a obra divina, a gravidez (SILVEIRA, 2003).

Considera-se a gravidez o processo natural e fisiológico que faz parte da vida da mulher, tem duração de aproximadamente 267 dias, ou 38 semanas, e engloba várias etapas importantes de adaptações e transformações do organismo humano, entre as quais as psíquicas, fisiológicas, sociais, econômicas e religiosas (REZENDE, 2006). Este processo culmina em um momento ímpar: o parto.

A mulher experimenta uma das mais profundas mudanças na sua vida por ocasião do parto, incluindo alegria e ansiedade. Inicia-se com a primeira contração uterina, continua a aumentar no decorrer das horas, com esforços do próprio trabalho de parto, e culmina com o nascimento, a partir do qual é iniciada a relação mãe-bebê. É interessante que o profissional que está acompanhando o parto possa transmitir à parturiente e à família apoio e confiança para o sucesso da assistência (DOTTO; MAMEDE; MAMEDE, 2008).

Davim (2007) assinala que mulheres em trabalho de parto experimentam a dor, entretanto reagem de maneiras diferenciadas. E complementa, expressando que a dor, com o modo de ser sentida e recebida, é fenômeno normal e vivenciada pela parturiente de maneira desconfortável, sem que haja a preocupação de minimizá-la. Nessa mesma linha de pensamento, outros autores enfatizam que a dor do parto é aguardada pelas mulheres e tem o seu valor por ser recompensada (NAKANO *et al.*, 2007).

Por ocasião do parto, um dos sintomas inerentes ao diagnóstico de trabalho de parto é o desconforto da dor gerado mediante a contração uterina. A dor denuncia o trabalho de parto. Considera-se início, quando há duas contrações uterinas no período de dez minutos e com duração de 35 a 50 segundos (REZENDE, 2006).

Este momento é experimentado por um grande número de mulheres, entretanto a maneira de vivências de cada uma é diferenciada. No cotidiano das maternidades, os gemidos de dor fazem parte do ambiente e é comum a referência à sala de parto como o local de *sofredouro*.

O desconforto gerado pela dor do parto é um processo que dura aproximadamente de dez a doze horas e, após o parto, desaparece. No primeiro período do parto, as contrações uterinas favorecem o apagamento e a dilatação cervical, e causam a isquemia uterina, isto é, diminuição do fluxo sanguíneo. A dor localiza-se no abdômen (parte inferior) e área lombar. Na primeira fase do parto, os impulsos da dor são transmitidos pelo segmento espinhal nervoso, (T11-T12), em nível das últimas vértebras torácicas, pelos nervos torácicos acessórios e irradia-se para a área lombar (costas e coxas). A dor é de natureza visceral. Na segunda fase do parto, período final, de expulsão do feto, a dor é perineal. Dá-se pelo estiramento da musculatura perineal para a expulsão do feto e a tração sobre o peritônio e ligamentos uterocervicais quando das contrações. Os impulsos da dor no segundo período são conduzidos por meio das vértebras sacrais S1-4 (BACHMAN, 2002).

Mesmo compreendendo os elementos fisiológicos envolvidos na dor, a prática revela que esta pode ser minimizada mediante tecnologias simples e eficazes, que ensejam conforto e incluem exercícios respiratórios, relaxamento, toque terapêutico, dentre outras.

Durante o trabalho de parto, contudo, as contrações uterinas tendem a aumentar, para alcançar a segunda etapa do mecanismo de parturição, isto é, a dilatação completa da cérvix; a apresentação (cefálica) distende o períneo, ocorre o coroamento e em seguida acontece a expulsão do feto (SAITO; RIESCO; OLIVEIRA, 2006).

Na gravidez, a sensibilidade e a emotividade apresentam-se aumentadas. Há necessidade de preparar a gestante para o parto, uma vez que esta se mostra, na maioria das vezes, vulnerável e carente de informações acerca de todos os acontecimentos e das transformações ocorrentes no seu corpo. Acrescente-se, ainda, que seus valores, crenças e a condição cultural, repassados de avó-mãe-filha, fazem aumentar a inferência de que a dor é necessária e sublime (SILVEIRA; FERNANDES, 2007).

Os fatores físicos, psicoespirituais, socioculturais e ambientais apresentam-se como componentes a serem avaliados por todo o processo do trabalho de parto e parto. É essencial, sem dúvida, que a parturiente seja confortada mediante assistência obstétrica de Enfermagem centrada nas suas necessidades, trazendo-nos à memória o pensamento de Nightingale (2005, p.77), quando enfatiza que "acima de tudo é necessário ser conciso e ter firmeza no trato com o doente".

Portanto, o conforto é algo esperado por toda mulher que entra em trabalho de parto, ou seja, da ajuda da atenção, da presença, da solicitude da enfermeira obstetra e da presença de familiares, do acompanhante, da doula e de toda a equipe que está direcionando para ela toda espécie de cuidado.

O ato de confortar a parturiente é uma atitude de compaixão e de relacionamento entre o ser cuidador e o ente que está a receber o conforto mediante ações de cuidados de acalmar, atenuar o mal-estar, ou seja, na compreensão de todo o processo da dor vivenciada naquele momento. O conforto também é usado para animar, oferecer e fornecer proteção. Seu emprego na Enfermagem engloba uma multiplicidade de ações, isto é, a comunicação verbal e não verbal, a ambientação, a privacidade, o respeito à paciente, entre outros. No trabalho de parto, o conforto é almejado pelas mulheres que estão prestes a dar à luz como refrigério do processo do parto, em virtude do desconforto gerado pela dor.

Os primeiros registros sobre o conforto versavam sobre o posicionamento e a maneira de minimizar o incômodo pessoal, e já eram enfocados por Nightingale. É fato importante assinalar que as necessárias intervenções realizadas por meio do cuidado, podendo minimizar qualquer sentimento de vulnerabilidade, parecem ser um antecedente do conforto (LOWE; CULTCLIFFE, 2005).

Na Enfermagem, nos anos de 1900 a 1929, as enfermeiras cuidavam dos pacientes no domicílio; era considerada uma enfermeira capacitada aquela que confortava o seu paciente. O conforto era a meta primordial e as ações de Enfermagem eram voltadas ao conforto físico, isto é, posicionar o paciente com ajuda de travesseiros, do uso de talas e coxins, de compressas de álcool, de métodos terapêuticos, com a inclusão do banho, massagens, cuidados com a pele e inalações, dentre outros. O conforto emocional, entretanto, não fazia parte das ações da enfermeira. Este foi categorizado como conforto mental. Eram mantidas à distância e o diálogo com o paciente se restringia às informações sobre suas condições de saúde (MUSSI, 2005).

Na Teoria Ambientalista, de Florence, é demonstrado o valor atribuído ao ambiente focado no conforto quando, ao se referir ao desconforto causado pela altura da cama do paciente para sua movimentação, indica a necessidade de o leito ser mais baixo, e exemplifica que deveria ser na altura de um sofá, para proporcionar conforto à pessoa a ser cuidada (NIGHTINGALE, 2005).

No cotidiano da assistência, consideramos essencial para a parturiente o fato de que a altura do leito seja confortável, com vistas a que a sua movimentação, ao levantar-se para deambular, para ir ao banho, para realização de exercícios, não se torne desconfortável e sim benéfica para ela. Já existem camas que atendem a essa necessidade, em uso nas maternidades brasileiras que cumprem o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento.

Nesse universo, a sensação de conforto pode ocorrer sob determinadas condições, e aponta para o ambiente favorável, que seja caloroso, atencioso, afetuoso e que promova alívio e bem-estar. Outro ponto positivo são as ações paliativas que a enfermeira realiza com o objetivo de confortar, mediante os pedidos de apelos pelos pacientes que solicitam que sejam providas medidas de conforto para as suas necessidades (ARRUDA; NUNES, 1998).

Para a teórica Kolcaba (2003, p.16), o conforto é

... a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística promovida mediante satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranqüilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psicoespiritual, social e ambiental).

Atualmente, nos espaços de assistência ao parto normal nas maternidades brasileiras, são atendidas as normas e recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde do País, quanto ao ambiente do parto para receber a parturiente e o acompanhante, com base em evidências científicas. Estas permitem o direito à privacidade, devendo-se conferir-lhes o conforto necessário (MACHADO; PRAÇA, 2006).

Ressaltamos que o estudo do conforto como cuidado de Enfermagem, no tocante à Obstetrícia, faz sentido, ao nos reportar à teoria de Paterson e Zderad (1988), segundo a qual a Enfermagem é uma resposta confortadora de uma pessoa para a outra num momento de necessidade, que visa ao desenvolvimento do bem-estar e do vir-a-ser, isto é, fortalecer o bem-estar e o estar - melhor de quem está necessitando de ajuda, ou seja, a parturiente em trabalho de parto. No universo do conforto, o apoio emocional faz parte do processo do parto e nascimento, é relevância incontestável e deve ser proporcionado pela enfermeira, pela equipe de Enfermagem e por outros profissionais engajados na equipe, amigos e familiares da parturiente.

Odent (2008) comenta sobre a necessidade de a parturiente sentir-se tranquila e de não ser molestada verbalmente com palavras de desestímulo no ambiente da sala de parto, e como este pode afetar o desenrolar do parto e tornar a situação incômoda para ela. A segregação de ocitocina, considerada por ele o *hormônio do amor*, recebe a influência dos fatores ambientais. Refere, também, que a temperatura ambiental deve ser a mais agradável possível. E o autor recomenda evitar o uso de câmara fotográfica e filmadora.

O trabalho de parto é um período significativo para a mulher, ocasião em que ela necessita de segurança, apoio, tranquilidade e compreensão. Ressaltamos, por oportuno, a importância do apoio e da confiança, atitudes necessárias para o bem-estar da gestante e da família favorecendo o desfrutar desta experiência fenomenal, que é a gravidez (SILVEIRA; FERNANDES, 2006). A compreensão da mulher quanto ao seu corpo faz com que adquira maior capacidade para relaxar e melhor acompanhar o seu trabalho de parto (KITZINGER, 1984).

Segundo Rosa *et al.* (2008), os apelos de conforto demonstrados pelos pacientes são representados por impaciência com o desconhecido, por expressões físicas de desconforto e de insegurança e por incapacidade de concentração.

Do ponto de vista de Oliveira (2007), o conforto é constituído da proximidade física e afetiva, pela comunicação e compromisso. O cuidado confortador é alicerçado no aumento do conhecimento e sentido de reconhecimento do cliente, na diminuição da imprevisibilidade das respostas e recursos e na redução das agressões pelo que o rodeia.

Outro fator relevante quanto ao conforto da parturiente encontra-se nas atitudes sensíveis da equipe de saúde, que permite tratar a parturiente como um ser humano integral e indivisível. No cuidado confortador, é preciso considerar a comunicação terapêutica entre parturiente e equipe de Enfermagem, promover o contato físico, o qual estabelece uma relação de trocas, de confiabilidade e de total apoio (CARRARO *et al.*, 2008).

Consoante Wilson e Kolcaba (2004), o conforto, quando relacionado aos cuidados de Enfermagem, é mais bem compreendido quando dividido e descrito em três partes. A primeira indica que as enfermeiras avaliam holisticamente as necessidades de conforto do paciente em todos os sentidos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental). Além disso, as enfermeiras executam uma variedade de intervenções para as necessidades encontradas, medindo e avaliando o conforto dos pacientes antes e após as intervenções. Podem ocorrer variáveis positivas e negativas. Deve ser considerado, porém, o sucesso das intervenções do conforto. Consideram-se variáveis: a situação financeira da paciente, o *status* cognitivo, extensivo ao suporte social e prognóstico. A segunda parte da teoria mostra que a intensificação do conforto prepara os pacientes, consciente ou inconscientemente, a se engajarem em comportamentos que os levem ao bem-estar. Estes comportamentos são chamados de “comportamentos que buscam saúde”, e promovem uma base racional para a melhora das intervenções de conforto. E a parte três da Teoria do Conforto é a integridade institucional, a preparação da instituição da saúde, a qualidade dos cuidados médicos e de Enfermagem, garantia dos aspectos éticos e a satisfação da equipe.

Preocupada com a melhoria da qualidade da assistência à grávida, no ano 2000, a convite da Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) e do Governo do Estado do Ceará, por meio da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, a autora deste estudo contribuiu na elaboração do Manual do Parto Humanizado, que enfoca tecnologias do cuidar não farmacológicas, tais como o emprego da bola e do cavalinho de parto, o uso do toque terapêutico e variadas posições que podem ser adotadas pelas mulheres em ajuda ao trabalho de parto e parto.

Outro aspecto que consideramos importante da nossa vida profissional está relacionado à oportunidade que nos foi proporcionada de realizar um treinamento no Japão, sobre parto humanizado, cuja proposta estava na ausência de intervenções durante o trabalho de parto e parto. Os exercícios físicos, as aulas de yoga e as massagens faziam parte da tecnologia do cuidar no aprendizado. O conforto era o foco principal do cuidado à parturiente nos aspectos físico, ambiental, social e espiritual.

Durante todos esses anos da nossa vida profissional, nos dedicamos ao cuidado da parturiente, utilizando tecnologias que possibilitem oferecer maior conforto e alívio à dor do trabalho de parto e do parto.

Ao darmos continuidade à trajetória, iniciada na dissertação de mestrado, sobre o tema “Partejar – a enfermeira e a humanização do cuidado de Enfermagem”, focada na Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1988), e, atualmente, na busca de aliviar o incômodo do trabalho de parto, confortar as parturientes mediante tecnologias simples e não farmacológicas, decidimos continuar a nos apoiar nas Teorias Humanísticas de Paterson e Zderad (1988) e do Conforto, de Katharine Kolcaba (2003), e aplicá-las na prática assistencial à parturiente como estratégia da humanização da assistência.

O tema em pauta, por certo, é relevante para a Enfermagem pelo fato de contribuir no cuidado à parturiente, relacionado ao ato de confortá-la durante o desconforto do trabalho de parto externado por suas atitudes, como gestos faciais de sofrimento e até gritos, visto que os pedidos de ajuda são manifestados verbalmente e ou, em alguns casos, pelo silêncio, situação que pode ser minimizada e aliviada sem traumas nem fármacos, propiciando o conforto com carinho e

desvelo. O conforto no cotidiano do cuidado à parturiente nos contextos físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural pode trazer contribuições valiosas, além de ampliação do campo da prática profissional das enfermeiras obstetras.

Essa experiência com o parto normal fez com que descobríssemos a existência de vários fatores que influenciam no desconforto e incômodo do trabalho de parto, entre os quais os modos de comportamentos da parturiente, seus gestos envolvidos com sua maneira de se relacionar e de agir em relação à dor. É evidente o despreparo da mulher em relação ao seu posicionamento durante o trabalho de parto, sendo clara também a importância da higiene corporal, da deambulação, da maneira de usufruir da respiração oxigenadora e dos exercícios na bola de borracha (que massageia o períneo, preparando-o para o parto), e no cavalinho de parto (que ajuda no trabalho de parto e parto, visto que o balanceio pélvico e a movimentação das articulações sacroilíaca, sacrococcígea e sínfise púbica, além da força da gravidade, ajudam na movimento de rotação realizado pelo bebê, no mecanismo do parto).

Refletindo, como enfermeira obstetra, sobre a prática do atendimento à parturiente no centro obstétrico, chamou-nos a atenção o desconforto gerado pela dor sentida pelas mulheres internadas em trabalho de parto. De início, percebemos um ligeiro franzir de sobrancelhas e, com o passar das horas e o desenrolar do trabalho de parto mais ativo, a parturiente reage à dor com gritos, retorce o corpo em desespero ou completo abandono, além de demonstrar o desconhecimento de que pode minorar o desconforto da situação, ao realizar exercícios respiratórios ou se deixar ser tocada com carinho e se submeter ao cuidado de Enfermagem mediante massagem na região sacra, exercícios, banho e toque, para reduzir o desconforto, aliviar e transpor essa situação e atingir o alívio, tranquilidade e, quem sabe, sublima-la.

Tais reflexões despertaram em nós interesse por pesquisar esta temática que consideramos necessária para permear o cuidado de Enfermagem à parturiente. Portanto, nos perguntamos se o desconforto da parturiente está associado ao contexto físico ou se existe a influência de outros fatores, tais como o fator ambiente, o fator social e o fator psicoespiritual? E como a parturiente vivencia a dor do

trabalho de parto? Como está se sentindo neste ambiente? Confortável? Relaxada? Goza de privacidade? Está sendo bem atendida?

Esse assunto fez-nos refletir e eleger essa temática como um caminho que fortalecerá a experiência que já faz parte do nosso cotidiano, pois percebemos as mudanças de comportamento das parturientes durante o trabalho de parto na fase ativa, quando utilizamos as massagens, o toque suave das mãos na região afetada pela dor e a realização de exercícios que favorecem as articulações pélvicas e promovem conforto e bem-estar. Nessa perspectiva, vislumbramos a sublimação do conforto, mediante as intervenções do cuidado confortador e presença genuína da enfermeira.

À vista do exposto, a tese a ser defendida neste estudo é a de que a promoção do conforto à parturiente nos contextos físico, ambiental, espiritual e social contribua para reforçar práticas e tecnologias de cuidado de Enfermagem Obstétrica apoiadas nas Teorias do Conforto, de Kolcaba (2003) e na Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1988).

Portanto, é necessário introduzir no nosso cotidiano uma assistência mais digna e respeitosa, e que a enfermeira e toda a equipe de Enfermagem possam atingir todos os fatores antecedentes ao conforto, ou seja, os fatores que produzem o desconforto, por ocasião do trabalho de parto no centro de parto normal, na tentativa de uma assistência que abrace todos os pontos fragilizados da parturiente.

O estudo em foco será de importância para a Enfermagem Obstétrica quanto à fundamentação do cuidado humanístico, levando em consideração o alívio do desconforto doloroso do trabalho de parto no contexto físico, ambiental, espiritual e social. É um tema que necessita ser mais discutido entre todos os profissionais da área de Obstetrícia, uma vez que a mulher é a protagonista do parto, e necessita ser respeitada e tratada dignamente como pessoa, cuidada com desvelo, atenção, conforto, levando em consideração a fisiologia do parto e do organismo da mulher. É de necessidade capital orientar e esclarecer as suas dúvidas, sem interferir nas suas preferências e escolhas.

Cabe destacar o fato de que o tema em lide é de enorme relevância e utilidade para a Enfermagem Obstétrica, pois ocupa espaços nos manuais e documentos oficiais do Ministério da Saúde e órgãos que trabalham em prol da qualidade do processo reprodutivo feminino.

Então, o estudo objetivou desvelar o cuidado confortador à parturiente, como meta de enfermagem para a promoção da saúde, nas dimensões, física, ambiental social e psíquicoespiritual.

**REFLEXÕES SOBRE PARTO E
CONFORTO – O ESTADO DA ARTE**

2 REFLEXÕES SOBRE PARTO E CONFORTO – O ESTADO DA ARTE

Percebemos que a literatura é rica em trabalhos sobre o parto e nascimento, com ênfase no cuidado humanizado. Atualmente, nota-se nas pesquisas a preocupação com os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, com ênfase no acompanhante como suporte do parto. Em relação, porém, ao uso da Teoria do Conforto presente nas pesquisas, encontramos sete artigos na literatura estrangeira. Na literatura brasileira, quatro ensaios de estudiosos sobre o conforto físico e ambiental relacionado ao parto e em outras temáticas e demais artigos vinculados à humanização do cuidado de Enfermagem no parto.

Na busca de referências de autores sobre a temática dor e conforto, realizamos um levantamento bibliográfico de experimentos disponíveis na biblioteca virtual de saúde base de dados *on-line* e encontramos estudo reflexivo acerca das tecnologias do cuidado focadas na Teoria Ambientalista, de Florence, fundamentada no cuidado à parturiente (MACEDO *et al.*, 2008).

Outro artigo, priorizando conforto ambiental seguro e respeitoso, bem como alívio de dor do parto, dá conta de que muitas vezes nada é oferecido pelos profissionais que prestam a assistência, assinalando, ainda, que a proposta de humanização de assistência ao parto é alvo de influências do modelo organizacional e da missão institucional e de capacitação e sensibilidade dos profissionais (DIAS; DOMINGUES, 2008).

O conforto é traduzido pela comunicação, no ato da interação, mediante o diálogo, para a promoção da tranquilidade tão esperada no alívio da dor. Demonstrar solicitude no cuidado, um olhar compreensivo, atenção e presença são necessidades que favorecem conforto; assim como saber ouvir, compreender e interpretar tudo o que é transmitido, seja de maneira não verbal ou verbalmente (CAMPOS, 2005).

Collière (2003) fala dos cuidados de *confortação*. Curiosamente, o substantivo não existe, mas o verbo é confortar, isto é, permitir adquirir segurança. A

necessidade de conforto é indispensável com a finalidade de encorajar e fortalecer o que sentimos; favorece a renovação e a integração.

Para as teóricas Paterson e Zderad, (1988), o significado do conforto está na interação, na comunicação ou troca de ideias, no olhar, no tocar, na presença verdadeira da Enfermagem com a pessoa a ser cuidada e ter a expectativa de proporcionar e manter o *bem-estar* e do *estar melhor* por todo o processo.

Roxo (2008), neste seu estudo, utiliza o toque terapêutico intencional como estratégia para tranquilizar, encorajar e confortar. E considera o toque como uma das formas de comunicação não verbal, podendo enviar mensagens positivas ou negativas para o cliente, dependendo do momento, da forma e do local onde ocorre. Valoriza a experiência e conclui que esta é inevitavelmente recíproca, pois proporciona aproximação entre ambos.

É importante observar nos estudos a preocupação com a qualidade da assistência à mulher em trabalho de parto. As autoras desse artigo apontaram a necessidade de reflexão para os profissionais e docentes de instituições para que novas pesquisas sejam realizadas, com a finalidade de garantir a concepção filosófica do cuidado e do conforto, e serem cumpridas as rotinas por todos os envolvidos no processo (CARRARO *et al.*, 2008).

No tocante à privacidade, a indumentária da parturiente é considerada uma maneira de conforto físico prioritária. Respeitando a sua individualidade, a sua intimidade, na deambulação, evitando que o seu corpo fique à mostra, principalmente a região glútea. A esse respeito, Simões, Jesus e Boechat (2007) assinalam ser fundamental a privacidade da mulher para o seu bem-estar. A privacidade implica o respeito ao ser humano e a necessidade de ser cuidada com dignidade.

Nesse sentido, é interessante a observação de que o corpo da parturiente se sente traído por ela não dominá-lo e ao mesmo tempo expô-lo sem a sua devida autorização. As autoras descrevem a invasão da privacidade que passa a fazer parte das práticas de cuidado, ao cuidar do corpo, causando desconforto (FIGUEIRÊDO *et al.*, 2004).

As relações interpessoais de parturiente e enfermeira envolvem a informação sobre todo o processo do trabalho de parto, o que está acontecendo e até as intercorrências porventura registradas garantindo à mulher maior credibilidade e mais segurança.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde, sendo esta, provavelmente, a melhor forma de promover a compreensão do que ocorre durante o processo gestatório, por meio de informações precisas e de um diálogo franco (BRASIL, 2000).

O conforto é estudado quanto aos seus significados para os pacientes com câncer. No estudo, foi identificado o fato de que conforto assume diferentes significados, dependendo dos momentos vivenciados. A avaliação do desconforto/conforto é extremamente importante, ultrapassando os sinais e sintomas apresentados (ROSA *et al.*, 2008).

Na perspectiva do cuidar em obstetrícia, Torres; Santos; Vargens (2008), realizaram um estudo sobre o Método Sociopoiético que considera ser o corpo fonte de emoções, sensações e importante vertente de conhecimentos. E expressam que o ato de cuidar na Enfermagem Obstétrica confere importância por não existir a doença nem o ato de curar.

A mulher em trabalho de parto vivencia momentos de alegria, tristeza, dor e fragilidade, em virtude da própria situação por que está passando. As reações de euforia, medo e estresse, ou mesmo de impotência, são características apresentadas no cenário do parto pela parturiente. É fato incontestável o apoio da mulher em trabalho de parto e parto, a fim de confortar e de minimizar o período de dilatação, quando a dor é uma presença constante.

A preocupação com a dor e a maneira de amenizá-la têm origens remotas. Estudos destacam a Medicina chinesa em pinturas e inscrições, representando pontos reflexos ao pé de um Buddha. Em escavações no Egito, foram encontradas no ano de 2000 antes de Cristo, em tumba de um médico real, em Saggara, descrições sobre o alívio da dor (SMITH; GEORGE, 2007).

Albuquerque (2004) descreve sobre o pesquisador Head, que, no ano de 1898, descobriu pontos reflexos nos pés e de como aliviar as dores mediante pressão em determinadas zonas dos pés. Dentre outros autores que investigam o assunto, teve destaque Dolores Krieger, precursora do toque terapêutico, energização e de imposições de mãos (SILVEIRA; BARROSO; SILVA, 2002).

Na década de 1930, tomou-se conhecimento da teoria de *Read*, em que MEDO (desconhecimento) leva à TENSÃO, e esta, por sua vez, conduz à DOR e perpetua-se o ciclo. Na década de 1950, Lamaze, médico francês, introduziu as técnicas de respiração para diminuir a dor das parturientes durante o trabalho de parto; ele utilizava a respiração torácica lenta durante cada contração no primeiro período do parto e, à medida que as contrações aumentavam, a mulher alterava a sua respiração. Este método popularizou-se.

Michel Odent, médico também francês, utilizou água como método não farmacológico associado ao acompanhante, ou seja, o companheiro. O humanista citado lançou um livro revolucionário, *O renascimento do parto*, no Brasil, no ano de 2002, em cujos capítulos se encontram descritas as técnicas não farmacológicas de ajuda ao parto normal (ODENT, 2008).

A dor é implícita durante o parto. É um sintoma esperado por parturientes de todas as raças e idades. Geralmente, o temor do parto está mais relacionado à possibilidade da ocorrência de dor. Na mente da gestante, a dor é imaginada como símbolo de parir. Ademais, a preocupação das mulheres em relação à dor é indiscutível, embora o limiar de dor possa assemelhar-se em todas as pessoas (BACHAMAN, 2002).

Aquela em trabalho de parto vivencia momentos de alegria, tristeza, dor e fragilidade, em virtude da própria situação pela qual está passando. Segundo Silveira e Leitão (2003, p. 281), *é necessário atenuar as necessidades do outro e da situação em que a pessoa se encontra*, circunstância que poderá ser minimizada com o uso de massagens e toques terapêuticos, além de relacionamento amistoso e ambiente harmônico.

Do ponto de vista de Scopel e Roberto (2007), a dor engloba aspectos fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais,

envolvidos neste fenômeno. Tem influências da memória, pelas expectativas, emoções e condições sociais e culturais. É considerado um fenômeno multidimensional.

Nogueira (2006) assinala que faz parte da nossa cultura associar o parto à dor insuportável, como consequência do pecado original, de acordo com a religião judaico-cristã. Torna-se importante compreender todo o processo gestatório fisiológico da gravidez, privilegiando os aspectos sociais, culturais, econômicos, religiosos, espirituais, entre outros.

Clauzet, obstetra humanista, referenciado por Machado (2005,p.48), no capítulo “Tempo e despedida; substâncias da humanização”, no livro *Humanizando partos e nascimentos*, diz que: “saber que a dor passa e poder curtir o intervalo entre uma e outra contração tranqüiliza e revigora a parturiente. É fundamental”.

O alívio da dor e, conseqüentemente, o conforto são argumentados em relação ao apoio contínuo durante o trabalho de parto. Os autores enfatizaram que o espaço de atuação do acompanhante é ainda restrito (NAKANO *et al.*, 2007). Como assinala Jones (2008), é necessário “acreditar na perfeição da natureza e nos milhares de anos de preparo para os mecanismos intrincados do nascimento”.

Silveira e Fernandes (2008), em estudo de revisão, comentam sobre os fatores que influenciam a mulher no trabalho de parto: o ambiente, o atendimento e a ausência de privacidade que podem ser fatores que aumentam a dor e afetam o desenrolar do trabalho de parto. O desconforto gerado pela dor do parto não se assemelha aos outros tipos de dores, e cada mulher em trabalho de parto ativo sente a dor de maneira diferente. É um processo que dura aproximadamente de dez a doze horas e, após o parto, desaparece. Algumas delas mais resistentes à dor se referem a esta como “uma agonia”.

Pesquisadores, em seus relatos sobre o momento da internação da mulher em trabalho de parto, retratam a sala própria como ambiente que causa temor, e o medo da dor se intensifica e domina a experiência da parturição. E assinalam que as influencias que as parturientes recebem no ambiente da maternidade das pessoas próximas a ela, como as falas de comando desanimadoras das pessoas que estão ao seu redor, bem como as incômodas

conversas paralelas e sons emitidos pelos profissionais são prejudiciais às mulheres e prejudicam o andamento do trabalho (MC CALLUM; REIS, 2006; MACEDO *et al.* 2005).

Na investigação de Silva e Oliveira (2006), a alternativa de cuidado relacionada ao conforto como alívio da dor está no banho de imersão, o qual tem como vantagem reduzir a dor, ser um método natural e postergar o uso de métodos farmacológicos no controle da dor. O banho permite a mulher mobilizar seus recursos para o seu bem-estar quando do nascimento.

Almeida *et al.* (2005) investigaram a prática de métodos naturais para o alívio da dor na parturição com o uso de técnicas de respiração e relaxamento em todas as fases do trabalho de parto, com a finalidade de reduzir a dor. Para a avaliação, usaram uma escala analógica visual e concluíram que as técnicas usadas não surtiram efeito quanto à redução da intensidade da dor, entretanto, notaram haver diminuído o nível de ansiedade.

Encontramos um interessante estudo que fala do corpo da mulher no trabalho de parto e como este corpo é invadido, qualificado de “violência velada” cujo corpo é cuidado com invasão. O estudo busca indicadores de qualidade, (conforto) e objetiva uma maneira de cuidar mediante indicadores (FIGUEIRÊDO *et al.*, 2004).

É oportuno ressaltar a existência de fatores que influenciam na dor do parto, sendo o ambiente um deles, uma vez que está diretamente inserido no âmbito do evento do trabalho de parto e parto. O artigo foca os cuidados relacionados ao equilíbrio ambiental, como contribuinte para o conforto e o bem-estar da parturiente (MACEDO *et al.*, 2005).

Machado e Praça (2006) acreditam em assistência centrada nas necessidades da cliente, considerando-a na sua totalidade. Abordam o aspecto da empatia, do respeito, das opiniões e preferências da parturiente e do acompanhante; e que no atendimento às necessidades da parturiente deve-se englobar nos níveis biopsicológico e socioespiritual e assim terão ao seu favor um ambiente harmonioso que venha a promover o seu bem-estar.

Mussi (2005) faz uma análise com base na evolução histórica do conceito de conforto em Enfermagem. Aponta as mudanças ocorridas na Era da Tecnologia e assinala que a função primordial do enfermeiro é promover o conforto ao paciente e conhecer os determinantes desses fenômenos.

Na língua espanhola, Florez (2001), escreveu um artigo sobre a “*Comodidad del paciente hospitalizado*”, no qual investigou o grau de conforto referente às medidas de conforto realizadas pelos familiares. Como resultados a ajuda dos familiares favoreceu ao paciente no enfrentamento da doença e trouxe mais comodidade e conforto.

Na língua inglesa, buscamos no livro *The essential concepts of nursing*, o capítulo “*A concepts analysis of comfort*”, estudo sobre análise e retrospectiva histórica do conforto cujas autoras assinalam que conforto é conceito-chave da Enfermagem, tem atributos, antecedentes, consequentes e é holístico, multidimensional, envolvendo aspectos de natureza física, ambiental, social, espiritual e como necessidade (LOWE; CUTCLIFFE, 2005).

Kolcaba e Kolcaba (1991) realizaram análise semântica da palavra conforto, cujo propósito foi esclarecer seu uso na prática, na teoria e na pesquisa de Enfermagem. Pesquisaram os significados da palavra conforto em outras disciplinas e adicionaram complexidade à análise. Dessa experiência foi elaborado um diagrama bidimensional com três tipos de conforto, ou seja alívio, tranquilidade e transcendência e no contexto onde ocorre o conforto.

O conforto é referenciado na literatura de Enfermagem como intervenção, usando a expressão *medidas de conforto*, também referenciada como estado. As medidas de conforto são usadas para promover alívio a um sintoma (SIERFERT, 2002).

Reforçando a temática do conforto como alívio da dor, Kolcaba e Dimarco (2005) referenciam a aplicação da Teoria do Conforto no cuidado pediátrico, no contexto físico, espiritual, ambiental e social.

Na óptica de Morse, Bottorff e Hutchinson (1995), o conforto não é caracterizado como estado final de paz e serenidade, mas sim o socorro, o alívio

temporário, do desconforto. Por sua vez, Apóstolo *et al.* (2006) descrevem os momentos de conforto que funcionam como acalanto para o desconforto de um processo.

Na Teoria Humanista, de Paterson e Zderad (1979), o conforto está implícito no bem-estar e no estar - melhor, mediante o encontro entre os seres humanos. Compara o conforto como um guarda-chuva, que ampara os termos: saúde, liberdade, sensibilidade e crescimento. O conforto está associado também ao ambiente, ou seja, à unidade do paciente, que há de ser convertido no mais confortável possível.

Em artigo de revisão de literatura da Universidade de Lisboa sobre o cuidado destacando o conforto, descreve-se que este é um conceito tangível, mas que para os pacientes a experiência do conforto é referida em relação ao desconforto em face das necessidades não satisfeitas, bem assim com a da própria doença (OLIVEIRA, 2007).

Vale (2006) considera a dor na região lombar um desconforto durante o trabalho de parto, a qual é tão presente quando há demora do parto.

Constatamos amiúde o fato de que o desconforto gerado pela dor durante o parto é muito incômodo e enseja momentos de medo e de grande tensão. Presenciamos, no entanto, repetidas vezes, no dia a dia em centro obstétrico, o fato de que as mulheres tendem a sentir-se aliviadas quando lhes são oferecidos o conforto em forma de apoio, acolhimento e a utilização de massagens, além de toque, banhos e mudanças de posições a que melhor se possam adequar. Além do mais, a presença da enfermeira e o diálogo são fundamentais e fazem parte de uma abordagem humanizada, que só oferecem benefícios e estímulo à parturiente, a qual necessita de atenção e respeito. A ajuda nesse período grandioso do nascimento é útil e necessária pelo fato de ser a dor do parto a grande vilã.

Concordamos com a noção de que o conforto oferecido no trabalho de parto à parturiente favorece o alívio da dor. Justificamos que as necessidades de conforto são satisfeitas mediante a intervenção da enfermeira. A eficácia da intervenção promove o bem-estar e o estar – melhor e, deste modo, o conforto é alcançado.

Estas razões nos conduzem a concordar com Collière (2003, p.183), quando assinala que, “[...] o relaxamento em forma de massagem permite o repouso, a libertação das tensões e assim, apaziguam o que causa turbulência, o que está em desassossego”.

Acrescentamos os atributos de conforto no alívio da dor, tais como: o diálogo, a ambientação da sala de parto, presença de acompanhante, emprego de massagens, toques e até banhos refrescantes de aspensão.

Sem dúvidas, há outras maneiras de alívio da dor, impessoais e realizadas com anestésicos. São efetivas, fazem cessar a dor no momento e necessitam repetição, entretanto, são frias e manipuladas com intervenção de uso de agulha e cateter; são procedimentos que não conduzem ao conforto necessário quando desprovidas dos seus atributos, isto é, do toque carinhoso, do diálogo, da presença da enfermeira e do aconchego de familiares, que se entrelaçam com a humanização do cuidado, alicerce indispensável na consecução do conforto.

Por conseguinte, escolhemos como objeto de estudo o conforto no alívio da dor externada pela parturiente, na busca de debelar a situação dolorosa mediante “estar presente” (Teoria Humanística) da enfermeira, na qualidade de estar disponível; e com o suporte da Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba (2003), englobando o contexto no qual ocorre o conforto, ou seja, físico, espiritual, ambiental e social.

**REFERENCIAL TEÓRICO
METODOLÓGICO**

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 Elaboração do caminho da pesquisa

Para atender os objetivos traçados, aliados a nossa vivência como enfermeira obstétrica de um Centro de Parto Normal, optamos por um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, sobre o conforto à parturiente que se encontra em trabalho de parto.

Na pesquisa qualitativa, a fonte direta dos dados é no ambiente natural e o pesquisador o seu principal instrumento. O material da investigação é rico em relatos de pessoas obtidos dos depoimentos nas entrevistas, fotografias, desenhos e outros tipos de documentos (DENCKER; VIÁ, 2001).

O cuidar obstétrico é realizado no cotidiano da assistência de Enfermagem pelas enfermeiras, empregando as tecnologias não farmacológicas direcionadas ao conforto da parturiente, sem que haja uma reflexão aprofundada do cuidado para que seja realizado o cuidado de Enfermagem confortador. Mediante a identificação das necessidades afetadas, as enfermeiras identificam as necessidades de conforto das parturientes não satisfeitas, holisticamente. Estas necessidades existem no ambiente do centro obstétrico. Na presença genuína da enfermeira, permeada pela interação enfermeira-parturiente, ocorrem o *estar e o fazer com*, em ambiente favorável, que proporcione alívio, bem-estar, na envolvimento do encontro com sensibilidade, acessibilidade, disponibilidade e equilíbrio.

O estudo foi apoiado na Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba (2003), nos contextos físico, ambiental, social e espiritual, bem como nos tipos de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência ou sublimação, aliada à Teoria Humanística, de Paterson e Zderad (1988), na relação enfermeira e parturiente, na presença genuína, no diálogo, na compreensão e na interpretação dos dados.

A Teoria Humanística, de Paterson e Zderad (1988), tem como foco as relações entre os seres humanos. Ao desvelar o cuidado à parturiente, este é o

nosso principal lema: guiar o cuidado confortador prestado à parturiente no contexto físico, ambiental, social e espiritual durante o nascimento.

3.2 Cenário da pesquisa

O local para o desenvolvimento do estudo foi o centro de parto normal de uma maternidade-escola pública de grande porte, na região Nordeste do Brasil, na cidade de Fortaleza, Ceará. A Instituição é considerada de nível terciário e referência no atendimento humanizado à saúde da mulher e do recém-nascido. Atende em média 500 partos normais e cesarianos ao mês. Tem como missão promover a formação de recursos humanos em ações de aprendizado, ensino, pesquisa e extensão buscando a excelência no atendimento global e humanizado à saúde da mulher e do recém-nascido.

Está localizada no complexo universitário do *campus* de Porangabuçu, junto à Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Recebe alunos de outras instituições de ensino superior e ensino médio para realização de estágio. É portadora do título de Hospital Amigo da Criança. Foi a primeira maternidade do Ceará a iniciar o sistema de alojamento conjunto e aleitamento materno precoce, bem como a instituir o primeiro Banco de Leite Humano do Ceará.

No mês de julho de 2007, foi inaugurado um centro de parto normal, situado no terceiro pavimento, com oito leitos individualizados, em apartamentos com espaço privativo, e dois leitos para casos especiais, ou seja, para parturientes com patologias próprias da gestação, como pré-eclâmpsia e eclâmpsia, por exemplo, dentre outras intercorrências obstétricas.

Conta com equipamentos de ajuda ao parto normal e humanizado: a escada de ling, o cavalinho e a bola de parto são usados para promover o relaxamento e alívio da tensão muscular (CEARÁ, 2000).

Foi a primeira maternidade de Fortaleza a receber o acompanhante para assistir o parto normal, em cumprimento a Lei Federal de nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o

trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

A escolha dessa instituição foi intencional, pelo fato de ser o local onde iniciamos as nossas primeiras atividades como enfermeira assistencial após a graduação e continuamos a exercê-las ao dar seguimento ao estudo realizado no curso de mestrado com as parturientes.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), as pesquisas qualitativas são realizadas em cenários naturais no mundo real e baseiam-se na premissa segundo a qual o conhecimento sobre os indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana, tal como é vivida.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos foram nove parturientes admitidas ao centro de parto normal, nos períodos da manhã e da tarde, com dilatação acima de 3cm do colo uterino, em trabalho de parto, sem apresentar risco obstétrico, e que aceitaram por espontânea vontade participar do estudo. A idade cronológica não foi considerada. Foram fatores para a não-participação no estudo: ocorrências de sofrimento fetal, parturientes com pré-eclâmpsia, eclâmpsia, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, diabetes gestacional, cardiopatas, outras patologias e indicação de cesárea.

Sabe-se que a dor é um sintoma subjetivo, mas esta é percebida e faz parte do processo do parto. Portanto, o estudo envolveu todo o período do trabalho de parto ativo, o incômodo da parturiente demonstrado mediante as contrações uterinas, a ansiedade e os fatores que contribuíram para o desconforto. A implementação de cuidados de Enfermagem para a promoção do conforto das necessidades afetadas foi apoiada na Teoria do Conforto, aliada ao conceito do diálogo na Teoria Humanista de Enfermagem.

Como estratégias utilizamos a presença genuína da enfermeira, que implica na escuta atenta, a comunicação e o emprego do diálogo verbal e não verbal, descrita por Paterson e Zderad (1988), aliando-se o cuidado de Enfermagem confortador, isto é, acompanhantes de sua escolha, aplicação de massagens na

região lombossacral, toque físico e terapêutico, encorajamento à deambulação e à realização de exercícios na bola suíça, popularmente conhecida como “bola de parto” (em que a parturiente realiza o balanceio pélvico), a utilização do cavalinho de parto, o banho de chuveiro para a promoção do cuidado confortador, em ambiente privativo.

A massagem e o toque manual proporcionam bem-estar à parturiente e, quando associados aos exercícios de alongamento, fortalecem a musculatura e reduzem a tensão muscular em decorrência de maior circulação de sangue e linfa com aumento da oxigenação localizada e remoção de catabólitos, resultando na diminuição da dor (VALE, 2006). Conseqüentemente, as intervenções de Enfermagem quanto às necessidades afetadas promoverão o estar-melhor e a tranquilidade da parturiente.

Polit; Beck e Hungler (2004 p.237) assinalam que “a amostra deve ser determinada a partir da necessidade de informações”. A delimitação da amostra deu-se por saturação, isto é, quando não é obtida nenhuma informação nova e se torna redundante.

3.4 A busca dos dados

Os dados foram coletados nos meses de setembro a dezembro de 2009. Empregamos como técnicas: a observação livre e a entrevista semiestruturada. Para os registros da vivência, usamos o diário de campo.

Para Polit, Beck e Hungler (2004, p.265), “a observação é usada para reunir informações como as características e as condições do indivíduo, as atividades, a comunicação não verbal, as expressões faciais, os gestos, a ambientação”.

A observação livre foi realizada durante todo o trabalho de parto. As anotações diárias junto à parturiente foram registradas em um diário de campo, de acordo com o observado quanto às atividades realizadas pela parturiente, seus gestos e expressões faciais, o humor, sons emitidos, o ambiente, incluindo o barulho, o próprio local, elementos do ambiente, o mobiliário (se era propícia), se

havia desconforto de elementos que proporcionam estresse; pessoas como familiares, profissionais, estudantes e todos os envolvidos com o processo do trabalho de parto e do parto.

A entrevista, segundo Haguette (2000), é definida como um processo social entre duas pessoas, na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro entrevistado. Benjamim (2004, p.21) assinala que o entrevistador deve “proporcionar uma atmosfera que se mostre mais propícia à comunicação”.

Na concepção de Marconi e Lakatos (2003), é importante a preparação como etapa fundamental. Portanto, devem ser propiciadas ao entrevistado condições favoráveis para garantir sua confiança e identidade.

As entrevistas foram realizadas em duas etapas com o consentimento das participantes. Usamos um gravador como recurso adicional. Expressamos o fato de que o uso do gravador permitiu obter informações fidedignas. A entrevista teve como base o diálogo. O diálogo descrito por Paterson e Zderad (1988) é uma experiência intersubjetiva. No diálogo estão envolvidos o encontro, o relacionamento, a presença e o chamado - resposta. É necessário estar disponível para que a presença seja genuína, isto é, *estar - com o outro*. Ao adentrarmos à enfermaria, já com disponibilidade, compartilhamos com a parturiente o processo do parto e, à partir dessa aproximação, identificamos as necessidades de conforto demonstradas por ela. Saber ouvir foi também buscar formas de atendê-la.

Observamos as intervenções de cuidados realizadas, satisfazendo as suas necessidades. Nesse encontro intencional, ocorreu o momento em que foi realizada a entrevista, conversa informal, isto é, a primeira etapa do estudo. Escutamos e valorizamos seu depoimento, compreendendo o significado das suas atitudes e de seu comportamento. A segunda etapa da entrevista procedeu-se após o parto, para garantir tranquilidade, respeitar o momento do processo de parto ativo assegurar a parturiente no período ativo do parto detalhar

Considerando a entrevista, vale ressaltar Bogdan e Biklen (2006), quando afirmam que o entrevistador deve evitar perguntas que possam ser respondidas com o sim e o não. As boas entrevistas caracterizam-se pelo fato de os entrevistados

estarem à vontade. É necessário ouvir cuidadosamente. Na entrevista, é o sujeito que se expressa neste estudo, (a parturiente) e reflete a realidade do momento.

A atenção na escuta é preciosa, conforta e alivia. É necessário compreender que o corpo transmite mensagens verbais e não verbais do que cada indivíduo traz dentro de si (GIORDANI, 2008).

Para isso, são solicitadas habilidade e sensibilidade. Na Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zederad (1988) as teóricas afirmam que precisamos estar abertos e receptivos, aceitar sentimentos e reconhecer as necessidades de conforto. Assim, na realização da entrevista, utilizamos um roteiro com as seguintes questões norteadoras, com base no contexto do qual ocorrerá o conforto.

Durante o trabalho de parto:

- Que posso fazer para você se sentir confortável?
- Relate o seu maior incômodo nesse momento.

Após o parto:

- Para você, o que é conforto?
- Como foi vivenciar a dor do parto?
- O que mais a ajudou e contribuiu para o estar-melhor?
- Quanto à compreensão e os registros feitos no diário de campo, foram interpretados com enfoque nas relações interpessoais da parturiente com a pesquisadora, realçando com o diálogo.

3.5 Análise e compreensão dos dados

Com a finalidade de melhor compreender os dados, aplicamos o método de análise proposto por Bogdan e Biklen (2006), que consiste em estabelecer categorias de codificação por meio da leitura dos formulários (entrevistas) à procura de regularidade e padrões ou tópicos presentes nos discursos dos entrevistados. A análise envolveu toda a organização dos dados, divisão em unidades e síntese.

A saturação dos indicadores ocorreu de modo uniforme, com o envolvimento das nove parturientes. As gravações foram transcritas e realizadas as leituras das falas de todo o conteúdo. Em seguida, procedemos à codificação para organizar os dados.

Empregamos os códigos de definição da situação, que objetiva "organizar conjuntos de dados que descrevam a forma que os sujeitos definem a situação ou tópicos particulares, interessando-se pela visão que os sujeitos têm do mundo e na forma como se vêem a si próprios em relação à situação ou tópico em causa" (BOGDAN; BIKLEN, 2006, p. 223), para estabelecer nossas categorias de codificação. A leitura do material foi minuciosa e realizada repetidas vezes, buscando agrupar os dados, com base nos conteúdos descritos pelas entrevistadas, a fim de estabelecer as categorias que constituem meios para classificar os dados descritos que foram recolhidos. A interpretação dos depoimentos das parturientes foi discutida e analisada com fundamentos no conceito de *diálogo*, da Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1988) e nos componentes do conforto - *alívio*, *tranquilidade* e *transcendência*, da Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba (2003).

Realizamos leituras em fontes secundárias sobre as teorias de apoio do estudo, o cuidado humanizado, estudos sobre as tecnologias de cuidado ao parto, referências oficiais do Ministério da Saúde, bem como trabalhos escritos sobre o conforto e ambientação, a fim de contribuir e enriquecer a análise do material. No diário de campo, o material registrado, relativo à observação livre, ajudou na complementação da análise, uma vez que faz parte de todo o processo do parto de cada participante, relacionado ao desconforto-conforto ambiental, físico, espiritual e social.

Para a preservação da identidade das parturientes, seguindo os preceitos éticos, optamos por utilizar codinomes escolhidos pelas participantes.

3.6 Procedimentos éticos

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará - COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. O Projeto foi aprovado, na reunião do dia 17 de agosto de 2009. Protocolo nº 055/09 (ANEXO A).

Foram respeitados os aspectos éticos e legais, e incorporados os quatro princípios éticos: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça – referenciais básicas da Bioética. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 279), respectivamente significam: “Nenhum dano, acima de tudo, protege contra exploração e a execução de algo bom”; “Autodeterminação, isto é, o sujeito possua liberdade para controlar suas próprias atividades, inclusive a participação voluntária em um estudo”, e; “Procedimentos de sigilo formal”.

As participantes foram esclarecidas quanto aos objetivos do estudo e convidadas a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando o direito ao sigilo, ao anonimato, acesso aos dados a qualquer tempo e liberdade para se retirarem do estudo quando o quisessem, sem que este fato representasse qualquer tipo de prejuízo. Referido termo foi elaborado em duas vias ficando uma via com a entrevistada e outra com as pesquisadoras. Salientamos que os responsáveis legais das participantes menores de idade assinaram o termo de responsabilidade.

3.7 A Teoria do Conforto

Katharine Kolcaba nasceu nos Estados Unidos da América, na Cidade de Cleveland, Ohio. Graduou-se em Enfermagem no ano de 1965, pela *St. Luke's Hospital School of Nursing*. Em 1987 especializou-se em Gerontologia, no primeiro curso de Enfermagem da Francesa *Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve*

University (CWRU) e PhD em Enfermagem em 1997. Atualmente, é professora adjunta de Enfermagem na Universidade de Akron (Ohio) nas disciplinas Teoria de Enfermagem e Investigação em Enfermagem. É membro da *American Nurses Association* (ANA), do *Sigma Theta Tau*, da *Midwest Nursing Research Society*, da *Health Ministries Association* e da *Langue of Woman Voters* (DOWD, 2004).

Nos anos oitenta, iniciou seu trabalho de investigação sobre o conforto. Realizou uma revisão extensiva da literatura sobre o conforto nas disciplinas Cuidados de Enfermagem, da Medicina, da Psicologia, da Teologia, da Psiquiatria, e da Ergonomia.

Ao buscar a origem da palavra conforto, encontrou a sua primeira fonte na palavra latina “*confortare*,” cujo significado é fortalecer consideravelmente. Pesquisou usos contemporâneos e arcaicos da palavra *conforto* em inglês, incluindo seu uso por Shakespeare e por muitos outros autores. Encontrou significados diferentes da palavra conforto, em dicionários. No dicionário Webster, deparou seis diferentes definições e assinala que, relacionado aos cuidados, um registro histórico rico do uso do conforto foi achado no livro *Notas de Enfermagem*, de Nightingale, em livros de texto antigos, livros de texto novos, e na escrita de teóricos da Enfermagem. Pesquisou sobre os diagnósticos de Enfermagem, em Carpenito, os quais se centravam sobre os antecedentes do conforto, ou seja, nos desconfortos com três valores específicos para o conforto: causa da dor, náusea/vômito e prurido (KOLCABA, 2003).

Cameron (1993) define o conforto nos termos das ações trabalhadas, particularizadas para se obter a saúde; conforto como um estado relativo, podendo ser provisório ou duradouro.

Três teóricos de Enfermagem contribuíram para sintetizar os tipos de conforto da análise de conceito de Kolcaba. O alívio foi avaliado por Orlando (1961), o qual assinalou que as enfermeiras aliviam as necessidades expressas do doente. A tranquilidade foi sintetizada em Henderson e a transcendência foi extraída de Paterson e Zderad (1988). Kolcaba (2003) descreve que, com a ajuda das enfermeiras, os doentes podem superar as suas dificuldades.

3.7.1 Características da teoria

A Teoria do Conforto teve início quando Kolcaba resolveu realizar uma revisão extensiva da literatura sobre o conforto. Ela foi buscar o conceito de conforto em outras disciplinas e adicionar à complexidade da análise de conceito como fato de que o conforto poderia ser um verbo, substantivo, gerúndio (no sentido de consolação) e adjetivo (confortável) processo ou produto (resultado), presente ou tempo futuro (KOLCABA, 2003).

A palavra conceito é derivada do latim *conceptu* e significa representação de um objeto pelo pensamento por meio de suas características reais; ação de formular idéias por meio de palavras; definição, caracterização (FERREIRA, 2002).

Na concepção de Tretini e Paim (1999, p.56), conceitos são “representações mentais e gerais, porque contem características de determinada classe da realidade, como por exemplo, livro, ser humano e assim por diante”.

Significados de conceitos são essenciais quanto à investigação e elaboração de teorias. Os conceitos são objetos de variações quanto à sua definição, entretanto, devem ser claros e organizados (ARAÚJO; PAGLIUCA, 2005).

Os conceitos dispensados com a Ciência e a Arte necessitam de embasamento científico em qualquer ação de Enfermagem. O conceito adquire significado por intermédio do seu uso e aplicação a cada circunstância no tempo, influenciado por fatores internos e externos, que ampliam, refinam e caracterizam adequadamente esse conceito (RODGERS, 2000).

Na Enfermagem, os conceitos direcionam as ações e clareiam os caminhos da prática. Servem para melhorar a qualidade da pesquisa e proporcionar maior segurança no agir (SILVEIRA; FERNANDES, 2007).

Na Teoria do Conforto, de Kolcaba (2003), seus conceitos são:

- enfermagem - é uma avaliação intencional das necessidades de conforto dos pacientes, família e comunidade, dirigidas às necessidades de

conforto, incluindo a avaliação do nível de conforto após a implantação de medidas de conforto, comparadas a uma base anterior;

- paciente - indivíduo, família ou comunidade que necessitam de cuidados de saúde, incluindo o ensino primário, terciário, ou cuidados preventivos;
- ambiente - aspectos do meio ambiente em que se insere paciente, família, comunidade, que afetam o conforto e podem ser manipulados para melhorar conforto;
- saúde - funcionamento ótimo, facilitado pela intensificação do conforto do paciente, da família e da comunidade.

3.7.2 Pressupostos (hipóteses)

- Os seres humanos têm respostas holísticas aos estímulos complexos;
- o conforto é um resultado holístico desejável relativo à disciplina Enfermagem;
- os seres humanos lutam para satisfazer as necessidades básicas de conforto ou para que as satisfaçam;
- o conforto dá ânimo aos pacientes para empreenderem comportamentos saudáveis de saúde da sua escolha;
- os pacientes, a quem são concedidos poderes para assumir ativamente comportamentos de saúde, estão satisfeitos com os seus cuidados de saúde;
- a integridade institucional baseia-se num sistema de valores orientado para os receptores de cuidados (KOLCABA, 2003).

3.7.3 Princípios

Para Kolcaba (2003), no cuidado de Enfermagem, o conforto implica em intervenções que podem ser implementadas para atingir o conforto total do paciente.

1. As enfermeiras identificam as necessidades de conforto (não satisfeitas), dos seus pacientes.
2. Elaboram intervenções de cuidados para estas necessidades.
3. São as variáveis de intervenção tomadas em consideração de projetar as intervenções e em determinar se há probabilidade de sucesso.
4. Se a intervenção é eficaz, o resultado do conforto é alcançado de imediato. O conforto alcançado está direta e positivamente relacionado ao comportamento saudável, estado de bem-estar, que é o resultado desejado.
5. Os pacientes e as enfermeiras concordam com os comportamentos saudáveis desejáveis e realistas.
6. Assim, a teoria acentua que os pacientes que alcançaram o conforto são mais propensos a participar dos comportamentos saudáveis de saúde (KOLCABA, 2003).

3.7.4 Estrutura taxonômica do conforto

Tipos de conforto			
Contexto em que o conforto ocorre	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico			
Psicoespiritual			
Ambiental			
Sociocultural			

Fonte: Kolcaba (2003)

Estrutura taxonômica do conforto

Nos contextos físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural ocorrem três estados de conforto - alívio, tranquilidade e transcendência.

Tipos de conforto

Alívio – satisfeita uma necessidade específica.

Tranquilidade – estado de calma, satisfação ou contentamento.

Transcendência – estado que suplanta os seus problemas, situações em que a pessoa tem competência ou potencial para planejar sua vida, resolver problemas, sublimação ou renovação.

Contexto no qual ocorre o conforto

Físico – pertence às sensações corporais.

Espiritual – a consciência interna, o *self*, incluindo a autoestima, o autoconceito, o sexual e o significado na vida de alguém, a relação de alguém com uma ordem ou um ser mais elevado.

Ambiental – pertence ao meio, às condições e influências externas; a luz, o barulho, cor e mobiliário, temperatura, elementos, naturais ou artificiais, do meio. As pessoas.

Social – pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais (KOLCABA, 2003).

Ante o exposto, o conceito de conforto que elegemos para dar suporte ao estudo foi: Conforto é uma experiência imediata e holística, sendo fortalecida mediante as satisfações das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, nos quatro contextos - físico, espiritual, ambiental e social.

3.8 Teoria Humanística de Paterson e Zderad – caminho em busca do conforto

Paterson e Zderad publicaram, no ano de 1976, a Teoria da Enfermagem Humanística "*Humanistic Nursing*", tendo como base a fenomenologia e o existencialismo. A Teoria recebeu fortes influências de escritores existencialistas, psicólogos humanistas e fenomenólogos. Os intelectuais Bergson, Buber, Chardin, Jung, Hesse, Desan, Marcel e Nietzsche marcaram a sua obra no campo perceptivo. Esta resultou de experiências em Enfermagem Clínica, reflexão e exploração dessas

experiências e mediante vivências de clientes psiquiátricos, estudantes, enfermeiras e outros profissionais (PRAEGER, 2000).

A Teoria e a prática da Enfermagem Humanística propõem, concretamente, que as enfermeiras abordem a Enfermagem, consciente e deliberadamente, como experiência existencial.

Para Paterson e Zderad (1988), a Enfermagem é um *diálogo vivo*, em uma relação intersubjetiva, isto é, *estar e fazer com*, aí envolvidos *o encontro, o relacionamento, a presença, um chamado e uma resposta*, no mundo das pessoas no tempo e no espaço.

O diálogo engloba as informações esclarecedoras de dúvidas, sobre o trabalho de parto, as palavras de conforto proferidas com afeto e as palavras de ânimo. Age-se como mãe, acalentam-se as inquietações da parturiente, com fala baixinha e atitudes suaves e tom de voz agradável (SILVEIRA, 2003).

Araújo, Farias e Rodrigues (2006) assinalam que o *diálogo* é uma relação intersubjetiva que acontece entre duas pessoas, um sujeito único (EU) com outro também único (TU), na busca do bem-estar.

No *diálogo* vivido, é essencial a enfermeira estar disponível, escutando e valorizando comportamentos, a compreensão das experiências vivenciadas entre a enfermeira e a paciente com finalidade de planejar o cuidado como forma de sublimação (MERCÊS; ROCHA, 2006); (SCHAURICH *et al.*, 2005).

Nessa linha de pensamento, no que se refere ao relacionamento com a cliente, o *diálogo*, ou ato de comunicar-se, pode ser verbal e não verbal quando observando os movimentos faciais, corporais e gestuais e a voz. É ponto positivo saber escutar. Nessa relação está envolvida a comunicação interpessoal (SANTO; PORTO, 2006).

Para Lúcio, Pagliuca e Cardoso (2008), presença significa o ser humano estar acessível ao outro, com disponibilidade, abertura e envolvimento; e com uma finalidade de bem-estar e estar-melhor.

No cuidado à parturiente, a disponibilidade da enfermeira é prioridade para tornar a presença genuína, isto é, verdadeira: física, mental e espiritual. Na relação enfermeira e parturiente, dá-se o encontro no sentido de confortar, de prestar ajuda para conseguir o alívio da dor e, como resultado, o conforto.

Na concepção de Campos (2005, p.66), a “presença é a qualidade de estar aberto, receptivo, pronto, disponível para a outra pessoa de modo recíproco”. Na presença genuína, ambas, enfermeira e parturiente, estão conectadas com um mesmo fim. Nesse sentido, a enfermeira deve evitar atitudes preconceituosas, compreender e aceitar a parturiente como esta é.

De acordo com as teóricas, o conforto é “tudo aquilo que ele pode ser de acordo com o seu potencial em determinado tempo e em determinada situação.” (PATERSON; ZDERAD, 1988, p.101).

O *estar com* se insere no diálogo não verbal; o tocar, massagear, desencadeia o relaxamento, o alívio e a tranquilidade.

A teoria de Paterson e Zderad (1988) considera o conceito de conforto como objetivo próprio da Enfermagem e da mesma forma o conceito de incômodo. Entendemos que, quando o psicológico está afetado, ocasiona a ansiedade, a tensão, e apresenta facies retorcidas, demonstrando a pessoa atitudes de desconforto. Há necessidade de nutrir e ser nutrida; é o caso do *chamado-resposta*. A abordagem da enfermeira requer sensibilidade, autenticidade, presença genuína a fim de oferecer o conforto na medida em que satisfaça as suas necessidades e favoreça o bem-estar e o estar - melhor. Na Enfermagem Humanística de Enfermagem a consciência existencial requer autenticidade consigo mesma (PATERSON; ZDERAD, 1988).

As teóricas assinalam que “o conforto exige alimento da mais alta qualidade para provar que se pode desenvolver e dar frutos na forma de saúde” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.161).

ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

4 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

4.1 Vivência do conforto no cuidado à parturiente nas dimensões física, ambiental, espiritual e social para a promoção da saúde

Ao vivenciarmos o processo do parto e nascimento, percebemos a fragilidade em que a parturiente se encontrava pela própria situação de desconforto e de estar exposta aos comandos dos profissionais de saúde. É necessário saber que cada mulher age de maneira diferenciada. Com esta condição, ela necessita ser cuidada e confortada nas dimensões física, ambiental, espiritual e social.

Ao entrarmos no campo a fim de realizar a coleta dos dados do estudo, procuramos dirigir o olhar criticamente e munir-nos de sensibilidade, concentração e cuidado para não ensejar influências que pudessem interferir, isto pelo fato de ser um local bem conhecido por nós. Procuramos ficar aberta, pronta e disponível, com olhar empático e ao mesmo tempo vivenciando o momento e adaptando-nos à cena, estabelecendo, dessa maneira, o encontro, com olhares, gestos e entendimento com a parturiente.

Realmente procuramos nos controlar e em alguns momentos sentimos necessidade de interferir ante as situações apresentadas, mas tivemos todo o cuidado para não prejudicar o estudo, mantendo-nos apenas na observação.

Durante os três meses da caminhada, tivemos a oportunidade de conviver com nove parturientes que participaram como sujeitos do estudo. Entramos em contato com cada parturiente, esclarecemos a proposta, e demos a opção de participar ou não do estudo. Àquelas que participaram da trajetória, foi solicitado que fosse informado um nome de sua preferência, para preservação do anonimato.

4.2 Apresentando as protagonistas do estudo

Ao apresentar as protagonistas do estudo, esclarecemos que a escolha dos codinomes ocorreu por livre vontade das participantes e sem a nossa interferência. A idade variou entre 16 e 39 anos, portanto, eram mulheres jovens, sendo sete primigestas e duas múltiparas.

Evidenciamos na escolaridade o predomínio do ensino fundamental incompleto e uma com o segundo grau. Em relação à profissionalização, três trabalhavam fora, cinco no lar e uma era estudante. Quanto ao estado civil, seis eram casadas, duas viviam em união estável e uma era solteira.

O acompanhante esteve presente, sendo bem diversificado. Duas parturientes escolheram o acompanhamento da mãe, outras duas do companheiro e mais duas sem acompanhante, justificado fato por não terem família em Fortaleza, por terem vindo de outra cidade; e no momento que entraram em trabalho de parto, os esposos estavam trabalhando; a outra parturiente falou que no momento da admissão não consentiram que a acompanhante entrasse.

Outras parturientes tiveram como acompanhantes a cunhada, a irmã e a amiga, como se pode observar no quadro relacionado ao perfil dos sujeitos do estudo.

Codinome	Idade	Estado civil	Paridade	Profissão	Escolaridade	Acompanhante
Rosevânia	16a	solteira	G1	Do lar	1º grau incompl.	Amiga
Camila	17a	casada	G1	Estudante	1º grau	Mãe
Gisleuda	21	casada	G4	Do lar	1º grau incom.	s/ acompanhante
Vitória	39	casada	G1	Operadora de caixa	2º grau	s/ acompanhante
Ivete	21	casada	G4	Do lar	1º grau incom.	Mãe
Taíla	19	União estável	G1	Do lar	1º grau incompleto	Companheiro
Raquel	29	casada	G1	Florista	1º grau	Irmã
Aurilene	39	casada	G1	Costureira	1º grau	Cunhada
Ivanete	19	União estável	G1	Do lar	1º grau	Companheiro

Fonte dos dados da pesquisa – set/dez 2009

QUADRO 1 – Perfil das protagonistas do estudo

4.3 Entrada no ambiente - observação livre com registro no diário de campo

Primeira entrevistada – Rosevânia

A parturiente chegou ao Centro Obstétrico, de maca e referindo muita dor na região pélvica. Como estávamos perto e vimos sua chegada ao Centro Obstétrico, nos aproximamos para recebê-la, junto com a colega enfermeira que estava no plantão. Foi levada ao apartamento e preferiu ficar deitada na cama. A enfermeira iniciou o diálogo, mas transtornada com a dor não falava. Apresentava uma expressão facial de dor intensa, contraindo os músculos faciais, apertando as pernas uma contra a outra, enquanto colocava a mão no abdome. Ao mesmo tempo, gemia muito. Nessa hora ficamos observando a cena. A enfermeira, a doula e as alunas de Enfermagem que estavam no estágio levaram-na ao banheiro e deram um banho. E ao voltar, foi para a cama e recusou fazer exercícios. A enfermeira perguntou se estava acompanhada, entretanto, ela respondeu que viria uma amiga para fazer companhia.

A médica plantonista aproximou-se para ver e realizar o exame e falou: *deixe eu fazer o exame!* Ela estava agitada e disse: *me deixe [...]. vocês não tem paciência? Deixe a dor passar”*

A médica falou: *[...] bem, ela não deixa fazer o exame, então fica difícil saber como o bebê está [...]*

A sala estava repleta de alunos de Enfermagem e a enfermeira falou baixinho para a parturiente:

... olha, Rosevânia, quando a dor passar me avisa, tá?

E então, no intervalo entre uma contração e outra, a dor diminuiu e a médica realizou o toque vaginal. Comentou que a parturiente estava com oito centímetros de dilatação da cérvix.

A parturiente gemia de dor e a doula insistia para que ela permanecesse com uma perna levantada, sendo esta uma posição desconfortável. Continuávamos observando a cena.

A doula com uma conotação de voz ríspida falou para a parturiente:

... você não está cooperando [...] voce devia cooperar [...].

A enfermeira estava próxima e ao ouvir a fala da doula comentou:

... ela está cooperando sim e muito [...] acho bom ter calma.

A acadêmica de enfermagem perguntou:

... está doendo aí em baixo?

E massageava a região sacra da parturiente que se movia com dor.

A parturiente falou:

... Meu Deus do céu [...] está doendo muito, ta doendo, ta doendo.

As acadêmicas de Enfermagem estavam ao lado dela falaram:

... vai passar, me dá a mão;

E realizavam a massagem com cuidado e ao mesmo tempo confortavam a dor.

Inquieta e muito irritada, contorcia-se e ficava largada, fechava os olhos e se lamentava da dor.

A enfermeira, observando o que estava acontecendo, falou: *Deixe-a ficar bem à vontade, não interfiram.* E explicou para os alunos que aquele momento era ocasião de silêncio, de poucas palavras, de toque, de conforto para ela; e de passar segurança.

Nesse momento, entrou o interno e falou: *Rosevânia, tenha raiva da dor [...].* E quando a dor passar nos vamos ouvir o coração do nenê.

Rosevânia: *Ai, ai, está doendo [...].*

Entrou o plantonista e falou: *vamos ver se dá para romper a bolsa.* Realizou o procedimento e falou para ela:

... pronto [...]. viu como não doeu? o líquido está claro com grumos. E agora é só fazer uma força quando sentir a dor.

Percebemos muitos comentários e comandos de todos os que entravam no quarto; Tornaram-se desagradáveis e irritantes. Todos falavam e ditavam regras. E a parturiente demonstrava irritação, franzindo o cenho. E falava:

... me deixem [...].

O movimento de pessoas entrando no apartamento estava grande. Chegaram mais três acadêmicas de enfermagem e disseram: *aproveita a força, vai lá, vai [...].*

Percebemos que o interesse maior era assistir o ato do parto em si, a ação mecânica, a resolução imediata, o que na realidade é um processo que deve ser gradual. Havia a necessidade de espírito de compaixão para com a parturiente mas, não aconteceu. O que interessava era assistir a mais um parto, ou seja, o aprendizado.

Os puxos que antecedem ao final do parto e nascimento começaram e demonstraram ser intensos. E o períneo começou a ser trabalhado e a parturiente, já irritada, gritava:

... ta doendo [...] tá doendo.

Nesse momento, a amiga saiu da sala e disse que não agüentava; ficamos nós - pesquisadoras, a enfermeira, duas acadêmicas de Enfermagem, uma doula e dois internos.

A enfermeira falou: *deixe-a fazer o que estiver com vontade, deixe-a a vontade! É melhor [...] ela sente com certeza o momento de fazer a força.*

Ela se mexeu e remexeu; não encontrava uma posição para ficar. O bebê está já aparecendo, o plantonista entrou e disse: *esse momento é ficar calado, sem comandos. Ela sabe [...] e com calma e tranquilidade o bebê nasce.*

Um grito forte e longo. O bebê nasceu e foi colocado pele a pele com a mãe e os dois permaneceram num aconchego muito bom. Ninguém interferiu!

Ela ficou com bebê nos braços, em comunhão, notando-se, então, que aconteceu a sublimação! Após meia hora, ela pediu para que levassem o bebê, porque se sentia cansada. Delivrou com manobra assistida. Não lacerou o períneo nem apresentou sangramento transvaginal, apenas a loquição fisiológica. Encaminhou-se ao alojamento conjunto.

Segunda entrevistada - Camila

Chegamos à maternidade para realizar o estudo. Havia seis pacientes no Centro Obstétrico, entre as quais duas se encontravam em trabalho de parto. Entramos no apartamento, demos bom dia, nos apresentamos e falamos que éramos enfermeiras e pedimos a permissão para realizar a pesquisa; lemos o termo, ela aceitou e assinou com a autorização da mãe.

Percebemos muito barulho no corredor, conversas em tons altos e risos, dos profissionais. O apartamento (enfermaria) estava claro, arejado, limpo.

Encontramos a televisão ligada e a parturiente adolescente na cama em decúbito dorsal, membros inferiores semifletidos, referindo dor e falando com a mãe: *pede a Deus para vir logo! [...] e emitia sons de ai, ai, ai.*

A mãe se mostrava aflita. A filha estendeu o braço para pegar a mão da mãe, a fâcies expressando muita dor. A mãe que está acompanhando o trabalho de parto demonstrava aflição, mas, sempre carinhosa ao lado da filha, ficava ao pé da cama e com palavras doces acalmava *“está assim vindo muito, é [...] porque você vai ganhar logo, viu?”*

Percebemos também o relacionamento harmonioso entre mãe e filha. Ambas estavam em sintonia.

Olharam para nós e então a mãe nos perguntou:

... vai demorar muito ela ganhar o bebê?

Então, falamos que logo o médico plantonista viria para fazer o exame e se poderia ter uma resposta dele quanto o desenvolvimento do parto; mas falamos

que, como as dores que ela demonstrava sentir e a contração bem forte estavam aumentando, não ia demorar muito para o bebê nascer. Sentimos imenso desejo de ajudar para que ela levantasse da cama e fizesse exercícios. Mas, como observadoras, não intervimos.

A mãe enternecida e preocupada com a filha abraçou-a e as duas se ajudaram.

O médico plantonista chegou para realizar a visita. Falou que ia examinar para saber como estava indo o trabalho de parto. Realizou o exame, o toque vaginal e rompeu a bolsa das águas (amniotomia) resultando a presença de líquido amniótico claro com grumos colo com 5cm de dilatação. Percebemos no profissional a despreocupação em cobri-la, preservando a privacidade. Continuando o exame, procedeu a ausculta fetal que se apresentou entre 132 a 144bpm.

A cardiotocografia, exame realizado com o cardiotocógrafo, que permite monitorizar de modo contínuo os batimentos cardíofetais, os movimentos fetais sentidos pela mãe e as contrações uterinas. Mediante o exame, é avaliada a condição fetal imediata (ENKIN, 2000).

Em seguida foi prescrita a medicação ocitocina para acelerar o parto. E o médico orientou quanto a exercitar-se na bola e no cavalinho de parto.

Logo em seguida entrou o acadêmico de Medicina e falou: ... *“fazer exercícios, cavalinho”* [...] e saiu; entrou a técnica de Enfermagem para realizar acesso venoso e disse: [...] *olhe para lá e pegou o braço para e puncionar a veia, esquecendo-se de informar sobre o procedimento a ser realizado.* A parturiente continuava com dor, choramingando e a mãe sempre por perto.

No corredor, vozes: [...] *quem queria o cardiotocógrafo?*

O barulho no corredor era grande e atrapalhava muito.

A doula chegou não se apresentou e foi logo dizendo: [...] *respire pelo nariz e solte pela boca.* Até o momento, nem uma enfermeira para substituir a do plantão que estava de licença.

Saíram todos, até a doula. A adolescente continuou sentada com as pernas fletidas. Chegou a outra doula, pôs a barra na cama para ela se segurar. Aquele momento nada de oferecer banho, mudar a posição.

Mas após a chegada de uma professora com três alunas, ao se apresentarem, deram início ao diálogo com a parturiente sobre a dor e as maneira de atenuá-la. Realizaram o toque terapêutico e massagens.

Observamos que já estava evacuando. E foi realizada a troca de lençóis. Chegou o interno da Medicina, calçou a luva e fez o toque; mais uma vez, entrou uma acadêmica de Medicina o ambiente estava cheio de gente. O acadêmico de Medicina falou: *[...] está completa, toda dilatada [...] eu te disse que o bebê tem que sair devagar para não te machucar [...]*

A doula falou: *[...] vamos descer?* E encaminha a parturiente ao banho de chuveiro. De volta, já apresentava puxos, e sentou-se, já na posição verticalizada.

O apartamento estava como de costume repleto de pessoas. Todos os que estavam no ambiente falavam para a parturiente de uma só vez: *puxe os ferros e faça força [...] respire fundo pelo nariz e sopra pela boca [...] é assim mesmo [...]*

Vamos, força, sustenta a força [...] Isso [...] mais [...].mais [...] vamos mãe [...] está no final. Ajude [...] vamos [...].

A parturiente expressava cansaço; as contrações aumentavam a cada segundo e com intensidade; ela demonstrava que no momento só desejava parir para aliviar a dor; gritou e o bebê nasceu. *[...] É um menino!. Segure!*, Disse o interno. Notamos que a presença da mãe foi fortalecedora, transmitindo segurança e amor. O bebê foi entregue para os braços dela. Foi um momento de muita ternura, mas todos queriam ajudá-la a colocar o bebê para mamar. As mamas já estavam com colostro. Orientada sobre o aleitamento exclusivo e oferecido para a mãe da parturiente cortar o cordão, mas esta demonstrou estar muito emocionada e não aceitou.

Após o nascimento, a plateia saiu do quarto. Ficando a professora, os alunos as pesquisadoras.

O delivramento da placenta deu-se naturalmente e não houve laceração. Realizou-se a troca de roupas; serviram o lanche composto de café com leite e pão. Agora já tudo mais calmo, fomos complementar a entrevista. Após a entrevista, ela foi encaminhada ao alojamento conjunto com o bebê no colo.

Terceira entrevistada – Gisleuda

Entramos no apartamento, demos-lhe as boas vindas e bom dia. A parturiente demonstrou sentir muita dor, o cenho franzido, entretanto, não gritava, controlava-se. Percebíamos as contrações fortes e ritmadas. A postura demonstrava dor, se contorcia e não sentia vontade de sair da cama. A doula chegou e manteve um diálogo tranqüilo transmitiu calma e segurança. Conseguiu levá-la ao cavalinho de parto, mas como a dor estava aumentando muito pediu para voltar para a cama onde permaneceu deitada.

Os acadêmicos de Medicina colocaram a cardiotocografia; verificou-se que o trabalho de parto evoluía bem, sem alterações; em seguida realizaram o fizeram o toque vaginal; o colo estava totalmente dilatado e falaram para ela que, quando viesse a dor ela deveria fazer força para baixo.

O trabalho de parto desenvolveu-se rápido, e, quando as dores se apresentavam frequentes, ela mesma falou: *vai nascer [...] gente!*

Todos os profissionais e os acadêmicos de Medicina e de Enfermagem correram. O quarto (apartamento) ficou lotado de acadêmicos de Enfermagem e de Medicina. O residente médico ajudou o interno e o parto aconteceu rápido. Depois que o bebê nasceu, foi entregue à mãe. E todos saíram. A puérpera ficou com o bebê nos braços e levou ao peito, mas ninguém se lembrou de confortá-la, abaixando a cabeceira da cama, cobrindo-a e fazendo com que relaxasse. Após o parto, quando já passava meia hora, pedimos a auxiliar de Enfermagem para abaixar a cabeceira, cobri-la e deixá-la relaxada. Após uma hora, a puérpera nos pediu para que levasse o bebê, pois queria repousar um pouco. Nesse momento, um interno entrou para realizar o delivramento da placenta. Orientamos na realização da manobra a qual demonstra se a placenta já estava solta. Entretanto

continuava presa no útero. A puérpera nos perguntou: *vai demorar muito a sair?* Falamos para ela que não demorava, visto que recebia soro com medicação para expulsar a placenta.

Foi administrada Ocitocina 10 unidades em 500ml de soro glicosado. Após meia hora, aconteceu o delivramento da placenta pela face fetal. Não houve laceração, o períneo estava íntegro. Observamos o útero em involução na altura da cicatriz umbilical e a loquiação fisiológica. As mamas liberavam colostro.

Ao final, e já pronta para descer, ela nos perguntou pelo bebê e então trouxemos para ela. Perguntou se já podia beber água que estava com sede. Providenciamos a água e o lanche. Após o lanche, realizamos a segunda etapa da entrevista. Em seguida, foi encaminhada ao alojamento conjunto com o bebê.

Quarta entrevistada - Vitória

Hoje foi a quarta entrevista. Visitamos todas as enfermarias. Havia duas parturientes em trabalho de parto, entretanto uma delas estava com o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Ao entrarmos no apartamento da Vitória, nós pesquisadoras apresentamos, cumprimentamos, com bom dia. Percebemos que a parturiente estava desacompanhada. Perguntamos sobre o acompanhante, entretanto respondeu que não tinha família aqui, vieram de São Paulo, e o esposo estava no trabalho. Falou que a mãe reside em São Paulo, mas, veio para Fortaleza, a fim de ajudá-la. É hipertensa e não pode acompanhá-la.

Lemos o partograma. Falamos que estávamos realizando uma pesquisa e perguntamos se ela poderia fazer parte. De imediato aceitou.

A parturiente apresentava fortes contrações, mas estava suportando bem, o semblante expressava sofrimento e respirava profundo; cerrava os dentes. Mudava de um lado para outro. Notamos que estava com muita secreção sanguinolenta.

O médico chegou e realizou o exame e falou:

... a senhora está com 8 cm. Bem perto de ganhar o bebê. E pediu-nos o amniótomo para romper a bolsa. E falou:

... vamos romper a bolsa para acelerar o parto. O líquido é claro [...] sem problemas. A ausculta fetal excelente!

A enfermeira chegou e convidou para tomar um banho e ela respondeu: [...] *Espere que estou com muita dor [...].*

A enfermeira orientou: [...] *respire fundo, vamos , não se levante de uma vez.*

Ai meu Deus [...].ui , [...]. ai falou a parturiente.

Então a enfermeira falou: [...] *é assim mesmo.*

[...] *Não tem acompanhante?* Ela respondeu: [...] *não.*

Só a minha mãe, mas ela é hipertensa e eu não quis que viesse [...] sabe né [...].pode se sentir mal [...].

A enfermeira : *Hum [...]. está perto mesmo [...] vem uma atrás da outra.*

Vou ver se dá para a senhora ir tomar banho [...]. Vamos [...] devagar [...] vai dar certo.

E levou a parturiente para o banheiro chamando a auxiliar de Enfermagem para ajudá-la.

Percebemos que o bebê ia nascer. A parturiente demonstrava puxos seguidos. A Enfermeira pediu para preparar a mesa de parto com o material, caso necessitasse, e ficamos à espera na porta do banheiro. De repente, um puxo grande e forte e um grito: *aiiiiiiii [...].* A auxiliar de Enfermagem se agachou e disse:

[...] *a cabeça do bebê está aqui, não dá mais tempo [...] vamos fazer aqui mesmo.*

A parturiente estava supercalma, de pé e a enfermeira sustentando ela.
[...] *Tenha calma seu bebê já chegou!*

Na ocasião foi necessário ajuda para pegar o material do parto (os campos as pinças e as tesouras). A auxiliar de Enfermagem, que estava banhando a parturiente, segurou o bebê, que nasceu chorando forte. A enfermeira realizou a onfalotomia do cordão umbilical e agasalhou o bebê. Todos ficaram impressionados com o ocorrido no banheiro.

O plantonista falou:

... *esse é que é o parto natural!* o médico plantonista, os acadêmicos de medicina, a enfermeira e a auxiliar de Enfermagem ajudaram a puérpera na caminhada até a cama.

Ela riu e comentou: [...] *Graças a Deus!!!! Nem acredito.*

Colocamos o bebê junto a mãe que riu e respirou fundo. O momento era unicamente dos dois. Perfeita interação. Ficamos ao lado dela e apreciando a cena. O bebê sugou o mamilo; foi uma alegria total.

Após um tempo, a enfermeira percebeu uma pequena laceração no períneo mas tudo sem complicações. Foram realizados o delivramento ativo e a sutura. Bebê e mãe foram para o alojamento conjunto.

Quinta entrevista - Ivete

Ao entrarmos no apartamento, encontramos a parturiente no cavalinho com a mãe. Encantamo-nos com a cena amorosa, o apego entre a mãe e a filha, uma verdadeira interação. Enquanto a mãe massageava a cabeça da filha, esta, encostava a cabeça no peito da mãe. Então a mãe falou: *estou toda me tremendo [...]. ela vai conseguir? [...].*

A auxiliar de Enfermagem entrou para instalar uma medicação e falou: o soro é simples; só glicose para dar força!

O ambiente permanecia tranquilo no apartamento, mas no corredor barulho de vozes. Falavam alto. Atrapalhavam o momento.

A parturiente respirou fundo e soltou ais: *ai [...] ai*.

Ela levantou-se e deambulou. Estava inquieta. A mãe a franzir o cenho e a respirar fundo. Percebemos sua preocupação.

A enfermeira entrou e conversou com a parturiente:

... você está fazendo tudo certinho, viu? [...]. Continue assim. [...] Respire quando vier a contração. [...] Você sabe que é muito bom ficar fazendo exercícios?

... É [...] seu bebezinho fica feliz e vai empurrar mais com a cabeça pra nascer.

... Olha ele está querendo ver a mãezinha dele.

Ela sorriu, com gestos de dor. Entrou o médico, examinou e falou que estava com a dilatação completa. E disse: *Quem vai fazer o parto?* Entraram três internos e um resolveu fazer o parto, acompanhado do médico. A enfermeira levou a parturiente ao banheiro; ela tomou banho e, já com muita dor, deitou-se na cama e as contrações estavam fortes! A musculatura do períneo estava trabalhando e já se via a apresentação apagando todo o períneo.

Então o médico falou: *vou só limpar, não vai doer.*

Entrou uma médica e falou: *E aí? Quer ajuda?*

O médico falou: *está tudo bem, vamos esperar [...] não temos pressa; está tudo bem! É só esperar.*

A médica, porém, não se contentou e falou: *força comprida*. O médico com muita calma falou:

... deixe, que ela mesma sabe o momento de fazer a força. Não fale [...] tenha calma! Agora você proteja o períneo e deixe a cabeça rodar.

... Deixe! Não puxe!

Neste momento, o ambiente já estava com oito pessoas!

Ocorreu o parto. Bebê do sexo feminino foi entregue para os braços da mãe. O médico perguntou à avó se ela gostaria de cortar o cordão umbilical do neto. Entretanto, não aceitou pelo fato de a emoção ter tomado conta do seu ser. Preferiu permanecer ao lado dela. O momento era de grande felicidade.

Todos parabenizaram. Mãe, avó e neta ficaram juntas em um momento muito especial. Era o primeiro neto.

Foi realizado o delivramento da placenta pelo método ativo, isto é, realizando uma manobra após aplicação de ocitócito intramuscular. Após observar se períneo e vagina íntegros e a loquiação fluindo fisiologicamente, esperamos mais vinte minutos para concluir a entrevista.

Sexta entrevistada - Taíla

Ao nos dirigir e entrar no apartamento, a auxiliar de Enfermagem estava verificando os sinais vitais. Cumprimentamos o casal e falamos sobre a pesquisa que realizávamos e prontamente a parturiente aceitou participar. Nesse momento, 8h10min entrou a enfermeira do plantão, comentou com a parturiente e com o companheiro: *Olhe, ela tem que ajudar a se movimentar, é bem melhor para ela. O bebê nasce mais depressa [...] é bem melhor para ela. Se ela ficar só deitada o parto vai demorar muito. Ajude a ela a se levantar, leve ao banheiro para que ela tome um banho. É bom [...] relaxa muito [...] e diminui um pouquinho a dor.*

O marido, muito calmo, com ela segurando a mão, ouviu tudo e com a ajuda da enfermeira conseguiu levá-la para tomar banho. Depois, a enfermeira pediu para tocar e disse: *que bom ela já está com a dilatação de 8 cm, agora é só ficar andando e se balançando no cavalinho.* Auscultou o bebê e falou: *está ótimo, os batimentos do coração do bebê estão normais, 146bpm.*

A parturiente estava calma, percebíamos na sua face sentimentos e expressões de dor. Respirava profundamente e, quando deambulava, passava a

mão na barriga, na tentativa de aliviar a dor. Usou o cavalinho e o marido ficou massageando as costas.

Com aproximadamente uma hora e meia, a parturiente falou que já estava querendo “se espremer” e que as dores aumentavam muito. Percebemos que as contrações estavam num ritmo bem acelerado. E ela foi para a cama. Quando a deitamos vimos já a apresentação abaulando o períneo. Calçamos as luvas rapidamente e fizemos o parto. Quando já estava pronta e frente ao desprendimento cefálico, chegaram os internos e as acadêmicas de Enfermagem, a médica do plantão e a doula, mas, continuamos e o bebê nasceu. Foi muito emocionante. O pai, de um lado segurava a mão da mulher, e do outro a doula. O bebê nasceu e colocamos no peito da mãe. Perguntamos ao pai que ele gostaria de cortar o cordão umbilical do seu filho. Ele chorou de emoção, calçou as luvas e falou: [...] *agora sou pai duas vezes*. Beijou a cabeça do bebê e foi muito lindo. Mãe-bebê e pai num elo amoroso de felicidade. O bebê sugou o mamilo com vigor. Quanto ao períneo, observamos a integridade. O delivramento da placenta foi normal. Mãe, bebê e pai encaminhados ao alojamento conjunto.

Sétima entrevistada - Raquel

Ao entrar no apartamento, a parturiente estava deitada na cama e ao seu lado estava a acompanhante. Demos bom dia e ela falou-nos que estava com dor, pareceu-nos pela fisionomia que expressou sofrimento de que já estava em trabalho de parto ativo.

A parturiente aceitou participar da pesquisa e realizamos a primeira etapa da entrevista. Logo em seguida, o plantonista chegou e examinou a parturiente, abriu o partograma e falou que ela estava com 5cm de dilatação e colo fino; realizou a ausculta fetal, os batimentos rítmicos, e falou que tudo estava bem.

A enfermeira do plantão entrou, identificou-se e administrou a medicação, um soro glicosado. Conversou com ela e levou-a até banheiro para tomar banho. Orientou para ela ficar no cavalinho exercitando-se. Explicou para a irmã, que estava acompanhando-a, as massagens de conforto nas costas.

Mais tarde ela foi para a bola de parto e percebemos que as dores aumentavam. Notavam-se os gemidos de dor. A parturiente falava [...] *ai meu Deus, eu não aguento mais.*

Novamente a enfermeira levou-a ao banheiro abriu o chuveiro e colocou a bola para ela ficar sentada debaixo do chuveiro. Ela relaxou bastante e depois voltou para a cama, ficando deitada do lado esquerdo. Os sons e gemidos eram constantes. Dava para se perceber as contrações constantes. Ela não quis se levantar, mas ficou recebendo massagens na região lombar, onde se queixava de desconforto e dor.

O ambiente estava tranquilo, sem barulhos nem falas ditando o que ela podia fazer ou não. Pouca gente. Nós, a acompanhante, o plantonista e um interno.

O parto aconteceu, normal, e o bebê foi entregue a ela. A felicidade que demonstrada, era realmente imensa acariciando o bebê, olhando para o corpinho e falando: [...] *sofri muito, mas tenho o que mais queria ter, o meu filho. É lindo!!!*

... O pai vai vir e quando ele vê [...] nossa! Estou muito feliz e já passou tudo [...]. Sabe que até esqueci a dor?

Oitava entrevistada - Aurilene

O plantão estava calmo. Entramos no apartamento e como de rotina, falamos que estávamos realizando uma pesquisa e ela disse que estava de acordo em participar. A parturiente mostrava-se calma; gemia pouco. Estava com a cunhada e nos disse que preferia ficar com ela, uma vez que o marido era muito nervoso. Ela pediu para a cunhada acompanhar.

O plantonista entrou no apartamento para fazer a visita médica, olhou o partograma e fez o toque vaginal. Falou que ia fazer o exame de toque, mas esqueceu de se identificar, dizer que era o plantonista. Percebemos o tratamento impessoal. Falou para a parturiente que estava indo bem e que o trabalho de parto tinha tudo para ser normal e já estava com 8 cm de dilatação, colo fino. A enfermeira entrou, cumprimentou e levou a parturiente para o banho de chuveiro, solicitando à

doula que ajudasse a fazer exercícios na bola. Conversou com ela e disse: [...] *o banho você pode tomar quantas vezes quiser. E venha para a bola fazer exercícios!*

O ambiente estava ótimo, tranquilo, sem barulhos nem conversas. Chegou uma turma de alunas de Enfermagem. Depois outra turma de outro curso de Enfermagem e uma das alunas ficou ajudando a mulher, participando ativamente, oferecendo apoio e massageando a parturiente. Tudo aconteceu muito tranquilamente.

As contrações aumentavam e a parturiente, com muita dor e gemendo, pediu para ficar na cama. Percebemos que já estava em período expulsivo. Pedimos para olhar o períneo e já se via o abaulamento perineal. Falamos para a acadêmica para colocá-la de decúbito lateral esquerdo e ficar observando.

A cunhada estava calma e falamos para ela segurar a mão da parturiente e fazer massagens. A professora entrou no apartamento e sentou-se ao lado da cama, passou a mão na frente e pediu para que ela respirasse e soltasse o ar. O médico entrou e perguntou: [...] *como é que está?*

Muito tranquilo, falou para os acadêmicos que não adiantava ficar mandando a mulher fazer força. Só esperar. Falou para que ficasse sentado em um banquinho. E pediu para abrir o material de parto. Tudo transcorreu muito bem. O parto estava demorando, a mulher gemia e falava:

... me dê logo uma injeção de força, doutor [...] não aguento mais!

O bebê nasceu bem sem episiotomia, estava com três circulares de cordão, mas, sem causar dano ao bebê. Este recebeu *Apgar* 8, ficou com a mãe contato pele a pele. A cunhada demonstrou-se emocionada e chorou de satisfação junto a mãe. Tudo correu bem.

Nona entrevistada - Ivanete

Ao entrarmos no apartamento, a parturiente estava gemendo alto, deitada na cama, e rolando de um lado para o outro; apresentamo-nos e perguntei se ela já havia se levantado da cama. O acompanhante disse que não.

A técnica de enfermagem entrou e falou:

... assim não dá, você tem que ajudar, vamos se levantar [...] não grite tanto desse jeito [...] não vai adiantar de nada. O que você deve fazer é se levantar, tomar um banho, trocar estas roupas que estão muito sujas de secreção.

O companheiro levou a mulher ao banheiro para tomar banho. A água ao tocar o corpo da parturiente proporcionou relaxamento e bem-estar. Percebemos a eficácia do banho e a calma trouxe um ar de sorriso estampado no seu rosto.

A médica plantonista entrou e pediu para examinar:

... ajude minha senhora, abra as pernas que preciso examinar [...] vamos [...] eu tenho que saber como a senhora está [...].

No toque vaginal foi percebido que a dilatação tinha chegado aos 9 cm, mas com a apresentação fetal alta. Em seguida, o acadêmico tocou. Com meia hora, entrou outro acadêmico de Medicina e novamente realizou o toque vaginal.

Chegaram as alunas de Enfermagem e a professora; então, comunicamos para elas a necessidade de a parturiente exercitar-se, a fim de ajudar na descida da apresentação fetal. Elas conseguiram junto com o companheiro levá-la para a bola próxima à escada de *ling*, para que ela pudesse se apoiar e fazer o balanceio pélvico.

Após uma hora aproximadamente, a parturiente começou os puxos e a fazer força. Foi levada para a cama de parto. Gritava muito. O marido estava receoso, mas a professora de Enfermagem pediu ao marido para ele permanecer ao lado da parturiente.

O ambiente ficou alterado. O apartamento, com muita gente, duas acadêmicas de Enfermagem que estavam prestando cuidados junto da professora, e mais quatro acadêmicos de Medicina, o residente e a plantonista.

A médica falava o tempo todo:

... ajude mãe, senão vai prejudicar o seu bebê. Força, vamos [...] força [...] segure a força.

O acadêmico de Medicina também falou: [...] *força [...] vamos [...] força.*

Percebemos que não adiantava tantos comandos. Na verdade, quanto menos falar, melhor. A força vem independente da vontade.

E continuavam falando: [...] vamos [...] o bebê não pode ficar aí não [...] força. A senhora não está ajudando. [...] Quando vier a dor, não pare, faça força comprida. Não desista, vamos

A médica pediu ao interno para calçar as luvas e segurar o bebê, pois iria realizar a manobra de Kristeller! E realizou.

A manobra de Kristeller é realizada com a compressão do fundo uterino com a finalidade de empurrar o feto em direção da vagina e deve ser evitada. Desconfortável para a parturiente e danosa para o feto. Pode acarretar traumatismo materno e fetal, inclusive morte materna. Não existe evidência da utilidade desse procedimento (d'ORCI, 2005; MEDICURSO, 2006;).

No momento da realização da manobra de Kristeller, a parturiente gritou muito e após o desprendimento da cabeça, o bebê foi puxado. Nasceu!

Ficamos horrorizadas! Com tamanha violência e desrespeito à parturiente.

O bebê não permaneceu como de costume, com a mãe. A médica neonatologista levou para realizar a reanimação. *Apgar 4*, significa que o bebê necessita de cuidados médicos intensivos e urgentes.

A puérpera apresentava exaustão e logo adormeceu. Após uma hora, realizamos a segunda etapa entrevista.

4.4 Análise dos registros do diário de campo: necessidade de conforto relacionado quanto aos contextos: físico, ambiental, psíquico e sociocultural.

Após leitura atenta de todas as anotações contidas no diário de campo procedemos à análise dos escritos pormenorizadamente, tendo como suporte a Teoria do Conforto, avaliando a necessidade de conforto físico, ambiental, psíquico e o sociocultural presente no cuidado de Enfermagem à parturiente que se encontrava em trabalho de parto hospitalar.

O diagrama representa as necessidades propostas para o alívio e a tranquilidade à parturiente mediante observações realizadas por nós nas cenas de trabalho de parto e parto, daquilo que estava acontecendo com a parturiente, alicerçada na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003).

Rosa *et al.* (2008) explicam que o conforto é uma experiência subjetiva que vai além da dimensão física, pelo fato de incluir componentes físico-psicológico-social-espiritual e ambiental juntos.

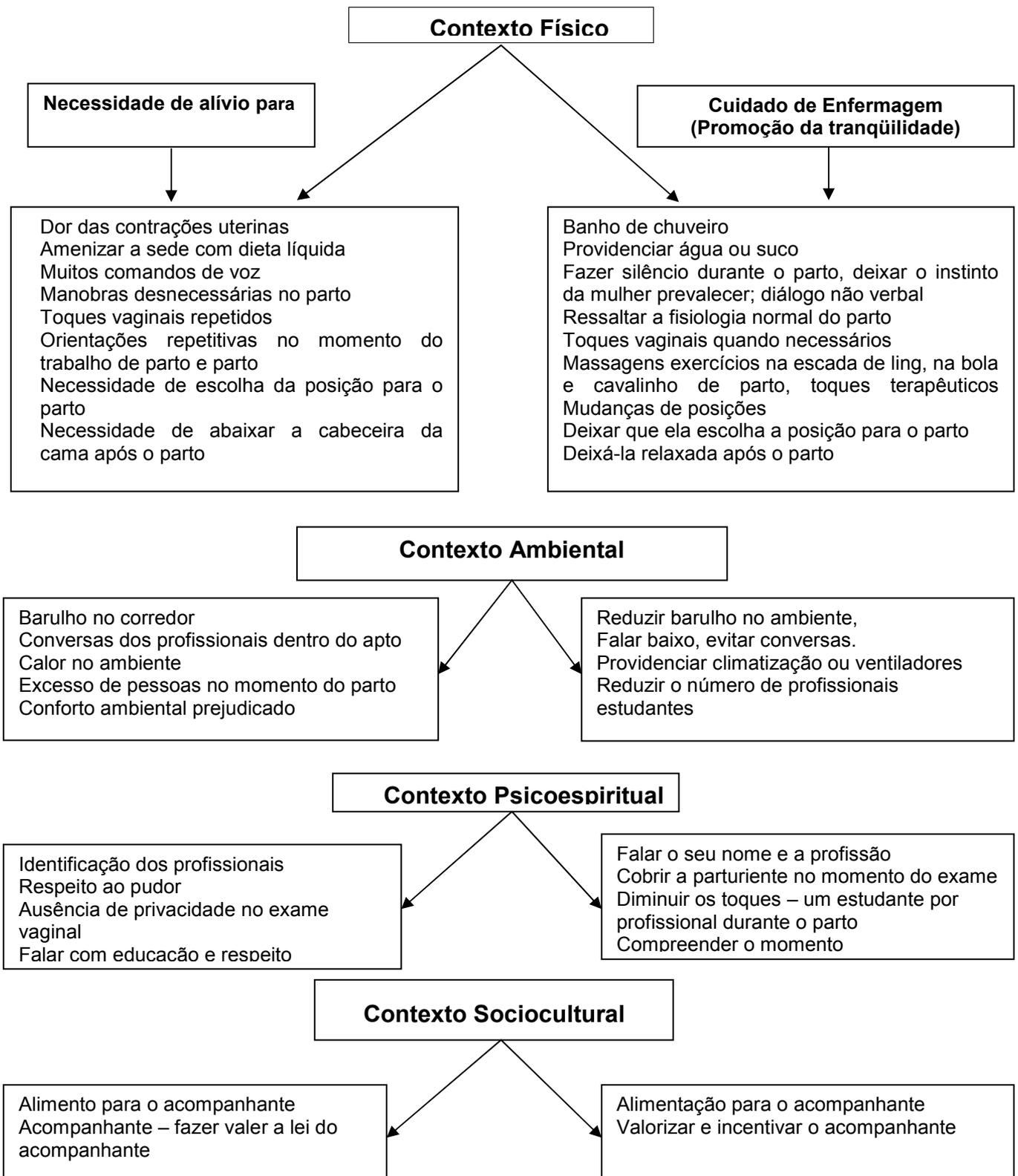


DIAGRAMA – Registros do Diário de campo - observações de necessidades de conforto no cuidado de enfermagem

4.5 Categorias

A partir do tratamento e operacionalização da análise dos dados, emergiram as seguintes categorias: Significado do conforto ambiental, significado de desconforto, significado de sentir-se confortável, significado do conforto recebido

Significado do conforto ambiental

Ao nosso entender, o conforto ambiental diz respeito ao atendimento caloroso, atencioso e humanizado dos profissionais - enfermeiros, médicos e demais pessoas, e que este propicie a comodidade dela e da família, a proteção e a segurança sempre esperadas. O ambiente pode afetar a vida das pessoas ante as condições apresentadas, pois há envolvimento de todos os presentes na ocasião do processo do parto e nascimento.

Nesse contexto, Campos (2005) assinala que o excesso de ruído no ambiente, o tom elevado das vozes dos profissionais, e até mesmo toques de telefones celulares afetam sobremodo o ambiente terapêutico, dificultando o conforto inclusive o psicoespiritual.

Kolcaba (2003), ao definir conforto ambiental, faz referências às circunstâncias externas e internas, envolvendo a cor, o ruído, a luz, a ambiência, a temperatura, as paisagens vistas das janelas e o acesso à natureza.

Sabe-se o quanto é agradável para a mulher em trabalho de parto vivenciar todo o processo do parto em ambiente espaçoso onde ela possa deambular, exercitar-se, ficar à vontade e contar com a presença de pessoas da família e de amigos.

Macedo *et al.* (2008) conduzem suas argumentações no sentido de que o ambiente do parto pode desencorajar a mulher quanto às atitudes de enfrentamento da parturiente necessárias para o caminhar fisiológico do trabalho de parto, ante os comandos impostos pelos profissionais.

As depoentes, de modo geral, valorizaram o conforto da estrutura ambiental quanto à comodidade de ter um quarto com banheiro, de ser reservado, de ser uma pessoa por apartamento, da limpeza, dos lençóis de cama e da presença de um membro da família. Estas impressões estão presentes nos discursos.

... O quarto é grande e só fica mesmo uma pessoa. Acho bom. Tem até a televisão? Só não é bom o barulho. O banheiro é perto, no quarto [...] pude tomar banho (CAMILA).

... Aqui em relação aos outros hospitais [...] aqui é ótimo [...] te respeitam, te tratam bem. Em relação as roupas de cama estão sempre limpas [...]. o que tenho a reclamar é o calor [...] é muito abafado, sem ventilação (GISLEUDA).

A esse respeito, Nightingale (2005, p.112) já preconizava que *a umidade exalada pelos pulmões e pela pele nas vinte e quatro horas do dia e carregada de matéria orgânica fica toda nos lençóis da cama*. Gisleuda, no seu depoimento enaltece a limpeza dos lençóis, pois, é bem verdade, a eliminação de secreções vaginais durante o trabalho de parto traz desconforto pela umidade e sujidade das roupas.

Outros aspectos a considerar, indispensável à segurança do paciente e ao conforto ambiental nas unidades é a existência de corrimão nas paredes, iluminação graduada, barra de segurança nos banheiros e ruído mínimo (KOLKABA, 2003).

... Achei muito bom. Principalmente porque fiquei com a minha mãe. Meu esposo não pode vir. Gostei de tudo (IVETE)

... É ficar num quarto separado. Sofri mas gostei. Apesar de que estava lotado [...] cheio de gente, mas não tenho nada contra. Todos foram bons e tiveram paciência (AURILENE).

... É poder ficar com uma pessoa. Achei muito bom. Principalmente porque a minha irmã ficou comigo. Meu esposo não pode vir. Gostei de vocês todas (Raquel).

... Muito barulho e o quarto com muita gente, fiquei nervosa na hora do parto. Falavam [...]. não sabia como fazer [...] eu fico sem privacidade (TAÍLA.)

... É bom, reservado e só para mim. Não tem outras mulheres junto. Nota dez. Senti muita fome, não bebi nada. Mas fiquei confiante (IVANETE).

... Acho que pra ter conforto no ambiente quero dizer [...] na hora do parto devia ter menos gente. Fica todo mundo em cima da gente eu nem ouvia nada que diziam [...] com dor. O quarto é bom (ROSEVÂNIA).

A falta de privacidade se faz presente nos depoimentos de Taíla, Rosevânia e Aurilene, quando se referem ao excessivo número de pessoas assistindo ao parto. É interessante apontar que a privacidade para alguns profissionais passa a ser algo rotineiro e sem muita importância. Deixa de ser tratada como deveria ser, ou seja, com maior cuidado e respeito.

Proporcionar privacidade por ocasião do parto é ponto positivo, pois se trata de um momento familiar, único, cujo ambiente deve ser respeitado, para que a mulher, bebê e família possam alcançar o estado de bem-estar e de estar-melhor e vivenciar com harmonia esse momento impar (PATERSON; ZDERAD, 1979)

Taíla, na sua fala, refere-se ao barulho ambiental, como fenômeno que prejudica todo o processo de desenvolvimento do parto. Na nossa visão, interfere negativamente, pela necessidade de tranquilidade e conforto, por se tratar de um momento delicado, único, vivenciado por ela, e que almeja o estado de bem-estar.

Na visão de Kolcaba e DiMarco (2005), relacionados ao conforto ambiental, está incluída a ausência de barulhos e de luminosidade intensa, sendo necessárias a privacidade, a tranquilidade e a ambiência familiar.

... Só não gostei porque lá embaixo não deixaram a minha cunhada entrar logo, e eu queria que ela ficasse comigo. Disseram que não podia. Fiquei sem comer e beber (VITÓRIA).

O depoimento de Vitória apontou a falha existente na instituição, visto que ainda alguns profissionais no momento da admissão, desconhecem a Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, direito de todas as mulheres atendidas nos serviços do Sistema Único de Saúde de serem acompanhadas por pessoa de sua escolha. O apoio de um membro da família transmite força, segurança e bem-estar (BRASIL, 2008).

A esse respeito, infelizmente, ainda existem profissionais que desconhecem os direitos da parturiente ou simplesmente ignoram o fato institucionalização do acompanhante. A acolhida deve ter início no momento da

admissão. Acreditamos que o preparo da equipe nessa ocasião e a relação entre parturiente e profissional não obteve êxito na ocasião.

Carraro *et al.*,(2008) conduzem suas argumentações para os aspectos humanísticos, éticos e sociais, sobre a entrada da mulher na maternidade para dar à luz, tais como enfrentar a pouca familiaridade com o ambiente e com os profissionais e o modo como está sendo tratada, evidenciando a falta de compreensão e de compromisso moral e ético.

Vitória comenta o fato de não poder beber nem comer durante o trabalho de parto. Essa é uma situação presente no dia-a-dia da assistência ao parto; entretanto, *o oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto* constitui uma das “práticas da categoria A”. Consideradas propostas para modificações no modelo de assistência ao parto normal e reconhecidas como positivas, e devem ser encorajadas. A Organização Mundial da Saúde no seu Manual: “Assistência ao parto normal: um guia prático” classifica as práticas obstétricas em quatro categorias e propõe o uso de tecnologias para parto e nascimento, baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2008).

A fome e a sede por falta de alimentação quando do trabalho de parto provocam desconforto e riscos para a mãe e bebê. O gasto de energia é grande, sendo necessário repô-la por ingesta líquida (CARRARO *et al.*, 2008).

Dentre as situações presentes nos depoimentos, estão o barulho e o excesso de pessoas no quarto. É bem verdade que fatores ambientais do hospital, desfavorecem e podem inibir o trabalho de parto (MACEDO *et al.*, 2008).

Odent (2002, p.43), contribui com a importância do ambiente adequado, afirmando que:

Enquanto a primeira fase do trabalho de parto avança e as contrações se tornam mais intensas, a mãe sente-se melhor ao dirigir-se para um local mais calmo e pouco iluminado. A mulher ouvindo o seu próprio corpo precisa se encontrar e estar apta a achar as distrações externas como instrutivas. Um ambiente sereno poderá facilitar a transição da mulher em direção ao seu mundo interno. Afinal muitos mamíferos dão à luz em cantos retirados, silenciosos e escuros.

No cotidiano da assistência ao parto e, principalmente na vivência, em certos momentos, a mulher necessita de tranquilidade e silêncio, condições que não são, porém, valorizadas pelos profissionais, que interferem ao darem informações não desejadas pela parturiente. Ela, instintivamente, sabe o melhor para conduzir o nascimento do seu filho.

É nessa ocasião que o diálogo não verbal da teoria humanística se torna perfeito; contempla-se. Construiu-se um relacionamento sensível, transmitindo segurança, da qual ela estava precisando no momento; dialogar sem gestos ou palavras, mas com o olhar, a calma e o toque (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Significado de desconforto

Na concepção de Houaiss, e Villar (2009, p.228), o desconforto é conceituado como *falta de conforto, de comodidade, aflição*. Representa uma situação na qual o ser humano necessita de ajuda para superar ou mesmo sair desse processo, pois este enseja um estado de desgaste físico e emocional.

Mesmo considerando o trabalho de parto e o parto como processos naturais, ambos provocam desconfortos causados por contrações uterinas e por estresse emocional, ansiedade e influências de apoio negativas dentre outras (RICCI, 2008).

Constatamos nos depoimentos apresentados que a dor significa desconforto e eles aparecem envoltos em diferentes conotações, tais como: sentir-se angustiada, agoniada, *aperreada*, de coisa ruim e de ficar nervosa. Mesmo sabendo que a dor é passageira, as participantes do estudo expressam o desconforto mediante a dor sentida e falam que traz angustia, é ruim, irrita e que “abre toda”, relacionando se à força-contração uterina da fase final do parto.

Consoante Silveira, Campos e Fernandes (2008), em relação ao desconforto, estes autores assinalam que a sensação de dor é desagradável, mas é vivida por seres humanos em algum momento da sua existência, e só quem pode avaliar precisamente é quem entra em trabalho de parto e culmina com o parto.

Portanto, na proposta da Teoria de Paterson e Zderad (1988), é imprescindível que a enfermeira esteja disponível, seja habilidosa, acessível e esteja autenticamente presente. Em geral, a parturiente espera receber ajuda e a enfermeira espera dar. A meta final é o bem-estar e o estar-melhor na elaboração do conforto, geralmente esperado por todas as parturientes, como é referido nas suas falas.

[...] Agora está no começo, mas dói muito porque não para [...] ando, tomo banho, mas é ruim (IVANETE).

[...] Ficar angustiada, essa coisa ruim que estou sentindo. É uma dor que não para (CAMILA).

[...] A dor não para [...]. me abre toda. Esses toques também são ruins (TAÍLA).

[...] A dor em primeiro lugar, que irrita e deixa a gente muito nervosa e com vontade de gritar e de não querer muita gente falando no quarto (AURILENE).

Percebemos nos discursos de Rosevânia e Taíla o desconforto quanto ao toque vaginal. Gisleuda queixou-se do exame por ser realizado várias vezes. Sendo um procedimento invasivo, incomoda e dói. Neste momento, é preciso respeitar o que preconiza a OMS, pois os toques só devem ser realizados de duas em duas horas, ocasião que são realizadas, inclusive, a escuta dos batimentos do feto e a dinâmica uterina (BRASIL2008).

Na opinião de Macedo *et al.* (2008), o toque vaginal é um fator invasivo tanto pelo fato de invadir o corpo da parturiente como pela frequência em realizar o ato. E, no entanto assinala que deve ser limitado e realizado quando estritamente necessário.

... A dor que deixa a gente agoniada. Os toques muitas vezes [...] (GISLEUDA).

... São as dores e os exames de toque, é demais [...] (ROSEVÂNIA).

É verdade que estas intervenções são necessárias a cada duas horas, com a finalidade de ser verificado o progresso da dilatação; e necessitam ser compartilhadas com a parturiente no intuito de reforçar o seu progresso, tendo em vista o nascimento (RICCI, 2008).

No depoimento de Vitória, a queixa em destaque é o calor como desconforto e a necessidade de aeração ambiental. É fato real a necessidade de atenuar o calor do ambiente, pois notamos que as enfermarias não dispõem de um

sistema de climatização nem de ventilação por meio de acessórios que diminuem o calor. Sabe-se que o esforço produzido pelo trabalho de parto produz calor e desconforto.

... É o calor eu sinto muito calor. É um forno! Falta um ventilador (VITÓRIA).

... É este aperreio. Não sei o que fazer com a dor. Ai meu Deus (IVETE).

... Muita gente dentro do quarto e a dor que não passa. Só depois do parto (RAQUEL).

Para Kolcaba (2003), é necessário que as enfermeiras identifiquem as necessidades de conforto não satisfeitas e elaborem intervenções de cuidados para que o conforto desejado seja alcançado, propiciando o estado de bem-estar.

Para a realização do conforto no ambiente onde a parturiente está instalada por ocasião do trabalho de parto e parto, é necessário, entretanto, que gestores e diretores participem da situação e sintam a real necessidade e comunguem com a ideia de proporcionar condições físicas mais dignas e humanizadas para a clientela assistida.

Significado de conforto físico

A presença de membros familiares e amigos apoiando, proporcionando afeto e carinho, e conversando reforça e atenua as dores do parto. É sublime, transcende.

Para Paterson e Zderad (1988), o significado de conforto é entendido como um guarda-chuva que ampara todos os demais termos: crescimento, saúde, liberdade e sensibilidade.

O sentido de conforto para Kolcaba (2003) envolve o contexto físico, o ambiental, o psicoespiritual e o sociocultural, considerando as medidas implementadas pelos enfermeiros no sentido de tranquilizar, aliviar o estresse e finalmente sublimar.

As parturientes sensíveis nos momentos da espera ao nascimento e de tudo que foi vivenciado no período do trabalho de parto, transpuseram as “tempestades” (as contrações uterinas) e ao mesmo tempo muniram-se de forças,

mostrando-se guerreiras ao enfrentar a frieza hospitalar, a ausência do seu “ninho” e compreendendo a grandeza de ser mãe. As suas falas, agora com as energias recuperadas, reluzem ao pronunciarem a palavra “filho.” É momento de sublimação, é transcender, ir além (KOLCABA, 2003).

Transcendência significa subida, ascendência, passagem de um lugar para outro, movimentação para o alto (RUIS; TITTANEGRO, 2007).

Uma das formas de revelação do amor é a humana; quando um acolhe o outro, surge o amor como fenômeno biológico (BOFF, 1999). É nas falas impregnadas de amor que se revela a mulher mãe, alegre, entusiasmada e superada de tudo.

... Se eu não estivesse aqui com a minha mãe, sentiria mais medo, era mesmo que nada. Conforto é ficar mais confiante. Está tudo ótimo Para mim quanto mais gente melhor (CAMILA).

... Conforto é descansar depois de tudo. A amiga que ficou comigo. É o prazer que veio depois da dor [...] meu filho. Agora só quero ficar descansando (ROSEVÂNIA).

... É estar com o meu filho e sem dor, meu esposo [...] é a confiança e opio [...] Saber que tiveram calma.É conforto (IVANETE).

... Agora é não ter mais dor. É saber que tudo passou e estou com meu filho [] nos braços. Vocês me apoiaram (TAÍLA).

... Conforto é o banho que aliviou as dores e o calor. A atenção das enfermeiras, as massagens, as doulas, diminuiu meu sofrimento. É só alegria! E ter a minha filhinha. (RAQUEL).

... É ser bem atendida. É ter pessoas comigo. Vocês são simpáticas e ajudam muito a gente (AURILENE).

Presenciamos o apoio proporcionado por familiares, amiga e cunhada, o que demonstrou ajuda individualizada na promoção do bem-estar com a contribuição da equipe de Enfermagem presente, envolvida, ouvindo, refletindo, trocando experiências relacionando-se e compartilhando; Compreendendo e ajudando, as parturientes dialogando, verbal e não verbalmente conforme as suas necessidades no momento.

... Agora estou confortável. Não imaginava ter meu filho no banheiro, nunca imaginei... o bebê nascendo e eu de pé debaixo do chuveiro e veio uma dor bem forte e então senti que não podia mais sair de lá. Mas a enfermeira e você estavam comigo e outra menina que segurou a minha filha (auxiliar de Enfermagem) Mas assim mesmo me senti segura e confiante. Graças a Deus! ... o meu filho nasceu (VITÓRIA).

A água tem poder de purificação em muitas religiões. Na religião cristã, o batismo de Jesus nas águas do rio Jordão, significa reinício. A água, em qualquer época tem desempenhado papel importante nos tratamentos de formas diferenciadas. O parto debaixo d'água é uma alternativa para as mulheres, pois é usada a capacidade bioenergética da água (ODENT, 2004).

A hidroterapia é considerada ação efetiva de controle da dor e confere uma sensação de bem-estar e conforto. Há várias opções, desde banheiras, chuveiros e hidromassagens. Nas casas de parto, são muito utilizadas por enfermeiras obstétricas (RICCI, 2008).

No cotidiano da assistência ao parto, como enfermeiras obstétricas presenciamos diferentes maneiras de parir. O parto de Vitória deu-se no banheiro, debaixo do chuveiro, ocasião em que ela havia ido tomar banho. Ocorreu de forma rápida e muito especial, em clima de total interação da equipe de Enfermagem e parturiente, munidas de calma, sensibilidade e de amor; entretanto, parir no chuveiro é estranho para alguns profissionais; chega até ser considerado falta de respeito à mulher.

Segundo Campos (2005), a equipe de Enfermagem sob a gerência da enfermeira, é responsável pelos cuidados relacionados ao *bem-estar e o estar-melhor* o que implica os níveis de segurança e conforto do ser que demanda cuidado.

A presença coesa da equipe de Enfermagem possibilitou vivenciar estado de comunhão total e plenitude, durante o parto e no nascimento, alicerçadas nas teorias de Paterson e Zderad (1988) e de Kolcaba (2003).

Na realidade observada, comprovamos a eficácia quanto ao bem-estar, à diminuição do calor e ao conforto, quando utilizada a bola de parto, debaixo do chuveiro. Estas observações estão presentes nas falas das parturientes.

... O que estava faltando a senhora fez agora. Abaixar a cabeceira da cama que estava muito alta e eu estava me vendo de cansada e ninguém viu isso.

... E o menino em cima de mim e ninguém levava. Deixaram-me muito tempo nessa posição. É cansativo, estou querendo descansar (GISLEUDA).

... É descansar depois de tudo. Agora só quero ficar descansando!!!!!! (IVETE)

Gisleuda e Ivete, nessas falas, manifestaram cansaço e a necessidade de ser confortada. É retratada sabiamente por Silveira, Campos e Fernandes (2008) a necessidade do ser-enfermeiro, que, nas suas atividades cotidianas, cuida de parturientes com dor do trabalho de parto, conhece a sua gênese, impacto e medidas de alívio para o ser cuidado.

Conscientes de que o cuidado de Enfermagem é necessário para o bem-estar e o estar-melhor da parturiente, a enfermeira nesse encontro agiu com a finalidade de ajudar, abaixando a cabeceira da cama, deixando-a repousar em posição mais cômoda. Percebemos não apenas a presença física, mas estar aberta à mulher, respondendo ao chamado, vivenciando por alguns momentos o silêncio, acomodando-a e estando disponível (PATERSON; ZDERAD, 1988).

Significado do conforto recebido

Essa categoria aponta que o conforto recebido pelas parturientes apresentou significados diversificados de acordo com a realidade experimentada por elas. É atingido como a prestação do cuidado digno, respeitoso e permeado de atenção e solidariedade.

Kolcaba (2006) categoriza o conforto como um inestimável denominador comum, por ser medida de qualidade e de inquietação mediante o cuidar, mas, também, pelo fato de o conforto ser necessidade fundamental a todos os indivíduos que almejam encontrá-lo.

A fala de Gisleuda expressa a satisfação de ser cuidada com desvelo e ao mesmo tempo de sentir-se protegida. Comenta a necessidade de comunicação e de sentir-se bem com a ajuda da enfermeira, já que se encontra sem acompanhante.

Sumita, Abrão e Marin (2005, p.420), ao compreender a comunicação como cuidado de Enfermagem, assinalam:

A comunicação é outro aspecto de importância na assistência de enfermagem, sobretudo em relação à parturiente, pois requer do profissional observação minuciosa e competência no mecanismo da comunicação, tanto verbal como não verbal, já que a parturiente em geral, está afetada com a situação gerada pelo início do trabalho de parto e as repercussões psicofísicas e sociais que o fato envolve.

Na visão de Carraro *et al.* (2008), a parturiente em trabalho de parto deve receber todos os cuidados necessários e atenções, pelo fato de esse momento ser único e especial para ambos - bebê e mãe. Quando ela se acha sozinha e em segundo plano, significa descaso e descuido.

... o conforto que recebi foi agora a senhora conversar comigo, ficar aqui perto. Eu estava me sentindo só. Olha, foram todos lá para fora e ficou só a senhora aqui. Foi bom também saber essas coisas sobre o leite e dar de mamar, de quando chegar em casa [...].é [...].(GISLEUDA)

... a força que vocês me deram, conversando comigo, me senti amparada e me deu confiança. Senti-me calma. (TAILA)

As parturientes afirmaram que os exercícios físicos realizados, tanto na bola como no cavalinho de parto, proporcionaram conforto, aliviaram a dor e as deixaram relaxadas.

Sentar-se inclinando para frente com apoio, dançar, deambular e movimentar-se são medidas de conforto. Estudos mostram que mudanças de posições favorecem o trabalho de parto, pois exercem efeitos sobre a atividade uterina e ainda proporcionam conforto (SILVEIRA; FERNANDES, 2009).

... as pessoas me orientando e ajudando para eu fazer as coisas certas. O que mais contribuiu foram os exercícios que realizei quando fui para a bola, eu ficava mais confortável lá [...]. e na cama não. Quando pega na minha mão e diz o nome, fica pegando na minha mão me dando carinho. É bom (CAMILA).

... no parto então [...] A atenção das meninas (auxiliares e técnicas e enfermeira), Elas foram delicadas e se preocupavam em me assear e me deixar confortável. E até ficar calada só segurando a minha mão. É a confiança (VITÓRIA).

... foi eu andar, ir para o cavalinho, a ajuda de vocês, e a minha mãe ficar comigo porque me deu segurança (IVETE).

... ir para o cavalinho, a ajuda de todos, segurar na minha mão e a minha amiga do meu lado comigo (ROSEVÂNIA).

... o banho mesmo sem querer ir no momento, sentar na bola, a tia e a enfermeira todos me levaram para o banho, foi assim muito bom, relaxou (RAQUEL).

Nas falas das depoentes, está implícito o conforto físico, psicoespiritual, ambiental e social, alcançado mediante satisfações das suas necessidades, quando receberam ajuda das enfermeiras, das doulas da equipe de Enfermagem, quanto à

realização de exercícios na bola e no cavalinho de parto, no banho de chuveiro, no tocar carinhoso e no diálogo verbal e não verbal, nas condições ambientais, nas relações enfermeira-parturiente, contemplado o alívio e a tranquilidade da Teoria do Conforto (KOLCABA, 2003).

Raquel, no seu depoimento, refere-se ao banho de chuveiro como relaxante e benéfico. Cabe à Enfermagem promover o conforto da melhor forma possível. O banho propicia o relaxamento total do corpo que, por sua vez, diminui a produção de adrenalina. Portanto, os níveis de ocitocina aumentam e estimulam o parto e os de endorfinas reduzem a dor (BACHMAN, 2002).

... Foi o atendimento das pessoas. Me ajudou bastante [...] aumentam o astral. A calma que tiveram comigo. Os exercícios também (AURILENE).

... Mesmo com dor, foi quando fui prá bola e eu andar e ir para o chuveiro, me deram conforto (IVANETE).

Ao observarmos as mulheres em trabalho de parto, deambulando, trocando de posições, usando a bola e o cavalinho de parto girando de um lado para o outro e efetuando o balanceio pélvico, confirmamos a ajuda de acelerar o trabalho de parto, junto aos benefícios da força da gravidade, e ainda de serem reconfortantes (RICCI, 2008; DE JONGE *et al.*, 2008).

Conseqüentemente, as ações simples, como ponto a favor do conforto, que é referido nas falas, é o toque terapêutico para estimular o relaxamento cujo efeito funciona como forma de alívio na liberação de endorfinas.

Aurilene e Vitória ressaltam que a calma de alguns profissionais foi, sem dúvida, relevante. Na maioria das vezes, é desejo da parturiente que os profissionais que cuidam estejam munidos de calma, a fim de reduzir a ansiedade e proporcionar bem-estar.

Neste contexto, Huber e Sandall (2007) assinalam sobre a importância da calma das pessoas que estão com a parturiente, e que pode ser contagiosa como os outros sentimentos, contribuindo para o relaxamento e o bem-estar. A falta deste sentimento traz ansiedade e prejudica o processo do parto.

Em todas as falas, notamos a interação Enfermagem-parturiente, ocorrida na ocasião do encontro, “estar com e fazer com” de Paterson e Zderad (1988); A necessidade de ajudar, de estar perto, de segurar a mão, participando e conhecendo a mulher na sua individualidade, respeitando os seus valores e crenças e, finalmente, promovendo o *estar-melhor*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 Reflexão sobre a trajetória percorrida

Caminhar junto às parturientes no nosso *habitat* profissional não foi fácil. Para percorrê-lo nos munimos de duas teorias: a Teoria humanística de Paterson e Zderad, já conhecida, e outra, Teoria do Conforto nova, desconhecida para nós, mas este desafio impregnou-nos de entusiasmo e vontade de desbravá-la, acreditando no seu conteúdo em dar suporte à tese. Na segunda, encontramos o que anteriormente havíamos vislumbrado, isto é, as maneiras de proporcionar o conforto à parturiente nos contextos físico, ambiental, espiritual e sociocultural, presentes no cenário do parto e do nascimento. Ao fazermos a opção pela Teoria do Conforto, mergulhamos profundamente em leituras de artigos sobre a teoria e na Teoria genuína, no livro intitulado: *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research* de Katharine Kolcaba.

O cenário do estudo contribuiu sobremodo, deixando transparecer que a aplicação de uma nova Teoria de Enfermagem é necessária de ser direcionada à prática do cuidado na Enfermagem Obstétrica por ser aplicável à nossa realidade. Requer, entretanto dos profissionais de Enfermagem maior engajamento no ato de conduzir a prática do cuidado de Enfermagem à parturiente, sempre vislumbrando o conforto como exercício humanístico na realização e na complementação do *estar-melhor* e na procura da sublimação.

A riqueza de crescimento quando da realização de todo esse processo de pesquisa, nos conduziu a inúmeras reflexões sobre o conforto visualizado por nós de uma maneira rotineira, e que passa despercebido, de como olhar e sentir profundamente as necessidades de conforto do outro em todas as fases do trabalho de parto, na comunicação verbal e não verbal, nas atitudes dos profissionais, nas vozes de comando, no modo de voz imperativo das pessoas que estão na condução do parto, na necessidade de uma ambiência verdadeira e com tranquilidade, de familiares presentes, de ausência de barulhos, de respeito à privacidade do corpo da

parturiente, e de evitar as conversas que não interessam à mulher. Por conseguinte, em especial, a renovação desse complexo mundo-maternidade.

A comunicação com as parturientes que participaram do estudo, se deu por meio do diálogo da Teoria Humanística, respeitando o processo do parto e realizado em dois momentos. O primeiro, na fase inicial do trabalho de parto e o segundo, após o nascimento do bebê.

Os depoimentos foram proferidos com a riqueza de todos os seus sentimentos que afloraram pela própria necessidade de verbalizar o momento vivenciado antes e após o parto. Nesse momento do encontro, nos mostramos disponível, isto é, aberta para ouvir atentamente as respostas referentes à entrevista, nessa união cliente-enfermeira em processo de troca e comunhão.

Na observação livre, constatamos a importância de registrar os momentos ocorridos no apartamento relacionados ao ambiente, este, sempre com muitas pessoas que perturbavam a parturiente, deixando-a inquieta, sem privacidade, sem espontaneidade para realizar o que o seu corpo exigia. A necessidade de climatização ou ventilação foi expressa como essencial, bem como mudanças de condutas quanto aos toques vaginais repetitivos, respeito ao pudor, evitar comandos em demasia no momento de expulsão do feto e outros. Constatamos que as envolvidas no processo, as parturientes, desejam ser respeitadas em todos os momentos de internação na referida unidade, e para isso, o empenho de cada profissional e dos gestores é sem dúvida necessário para alcançar a mudança esperada.

Na elaboração desta pesquisa, sentimos prazer por todo o nosso caminhar, junto às parturientes, a equipe de enfermagem e demais profissionais que fazem a unidade do Centro Obstétrico, escutando, dialogando verbal ou mesmo não verbalmente, aprendendo, percebendo, ajudando, tocando e confortando, observando crítica e reflexivamente. Sentimo-nos nutrida e enriquecida de conhecimentos vivenciados nestes meses. A colheita foi farta e nos fez crescer individual e profissionalmente.

A tese defendida atendeu e respondeu ao que foi focado: o conforto como subsídio para a prática da Enfermagem Obstétrica voltada à parturiente, em uma nova visão - a inserção do cuidado de Enfermagem Obstétrica na promoção da saúde da parturiente, tendo como base o conforto nos contextos físico, ambiental, psicoespiritual e social da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

5.2 Implicações do estudo para a prática na Enfermagem Obstétrica

Vivenciada a trajetória traçada na construção da tese, a partir do primeiro momento de entrada no campo, tendo como estratégia a observação livre e sem limitações sentimos a necessidade de compartilhar o fruto desta experiência. A descoberta que a pesquisa nos trouxe sobre o conforto nos contextos físico, ambiental, psicoespiritual servirá para fortalecer a prática do cuidado à parturiente, de modo que contemple o que é almejado por todas estas protagonistas do parto: o conforto e a humanização na assistência para a promoção da saúde.

Assim, conforme os resultados obtidos e já com a ideia amadurecida, pensamos na elaboração de um roteiro e que fosse inovador, identificando as necessidades de conforto não satisfeitas pelas parturientes, para, deste modo, direcionar à prestação do cuidado de enfermagem obstétrica tendo como foco o conforto à parturiente na promoção da saúde no Centro de Parto Normal.

Por todos os momentos em campo, na realização da pesquisa, adentrando o cenário do parto e do nascimento, percebemos o quanto é indispensável a aplicação da Teoria do Conforto no cuidado de Enfermagem. Este fato nos fez atentar para sua grandeza, riqueza de detalhes presenciadas e que, muitas vezes, pela própria rotina do hospital, passam despercebidos, sem a consciência da necessidade de planejar ações que tragam conforto à parturiente no ambiente do parto e nascimento.

Como enfermeiros, resta-nos refletir criticamente sobre a realização do cuidado à parturiente no seu momento de intensa fragilidade emocional, para que este proporcione o bem-estar e o estar-melhor, e, quem sabe, até a sublimação.

Considerando ser uma abordagem multidisciplinar, o enfoque do conforto nos contextos físico, ambiental, psicoespiritual e social garante à parturiente respeito e confiança na realização de cuidados na promoção da saúde e no bem-estar.

Portanto, cremos que as mudanças sempre ensejam de início a incomodação e a descrença. Acreditamos, entretanto nesta proposta como uma complementação inovadora às maneiras de realização do cuidado de Enfermagem no ambiente do parto, isto pelo fato de que o roteiro elaborado pode ser praticado pelas trabalhadoras de Enfermagem, melhorando a assistência de Enfermagem Obstétrica à parturiente na promoção da saúde.

O cuidar da parturiente requer do enfermeiro, em primeiro plano, o amor pelo que faz, seguido de intuição para lidar com a parturiente na sua singularidade, amor ao próximo, sensibilidade e presença verdadeira, humanização, habilidades e conhecimentos relacionados ao referencial utilizado no cuidado em Enfermagem Obstétrica.

Acreditamos na conscientização dos trabalhadores de Enfermagem quanto à descoberta que a pesquisa trouxe. É oportuno que os enfermeiros reflitam sobre o conforto com visão ampliada.

5.3 Contribuições para a Enfermagem Obstétrica na promoção do conforto

- Para ser um cuidador (a) autêntica (o) - munir-se de carinho pelo outro e amar o que faz.
- Compreender a fisiologia do trabalho de parto e do parto – evitar interferências.
- Possibilitar o conforto para o alívio da dor e a tranquilidade, com a aplicação da Teoria do Conforto.
- Acolher a parturiente e a família.
- Orientar e ajudar na realização de exercícios.

- Evitar insistir com a parturiente para a realização de exercícios que devem ser espontâneos após de realizada a orientação.
- Realizar o toque (terapêutico), segurar a mão, colocar a mão na frente e outros gestos de acolhimento.
- Reduzir o número de pessoas no ambiente do parto e do nascimento.
- Acreditar na potencialidade do corpo da mulher – não tratá-la como uma máquina defeituosa.
- Fazer prevalecer o instinto da mulher no parto, deixar que ela movimente livremente o quadril no período de expulsão.
- Observar o silêncio no ambiente do parto.
- Realizar a troca de lençóis úmidos de secreções vaginais.
- Reduzir o número de toques vaginais realizando apenas os necessários (partograma).

5.4 Roteiro para o cuidado de Enfermagem

Nome	Idade	G P A				
ROTEIRO PARA O CUIDADO – CONFORTO		Sim	Não	A	*T	**T
CONFORTO FÍSICO Realizou Banho de chuveiro Banho de chuveiro sentada na bola de parto Massagens: nas costas na região lombossacra nas mãos e pés Exercícios no cavalinho Exercícios na bola de parto Exercícios na escada de ling Toque terapêutico Orientações sobre as posições para o parto Decúbito lateral esquerdo no início dos puxos Ausculta fetal						
CONFORTO AMBIENTAL Promoveu Ambiente limpo, arejado Roupa de cama limpa A privacidade da família no apartamento A privacidade da mulher Respeito ao processo do parto Equipe de enfermagem presente Diminuição do barulho e de conversas Poucas pessoas assistindo ao parto						
CONFORTO PSICOESPIRITUAL Promoveu Apoio das enfermeiras e de professores de Enfermagem Relacionamento mãe-bebê harmonioso Diálogo não verbal pela equipe de enfermagem Diálogo verbal Relacionamento mãe-bebê após o parto Ajuda dos familiares – suporte emocional Compreensão do momento						
CONFORTO SOCIAL Promoveu Pai e familiares com direito de cortar o cordão umbilical do recém-nascido Aleitamento materno Fazer valer a lei do acompanhante A ajuda do esposo no trabalho de parto e parto Poltrona para o acompanhante Familiares em entendimento com a Instituição Refeição do acompanhante						

OBS: A – Alívio; *T – Tranquilidade; **T – Transcendência.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, R.S. **Reflexologia**: para quem cuida e quer se cuidado. São Paulo: Martinari, 2004. 95p.
- ALMEIDA, N.A.M.; SOUSA, J.T. BACHION, M.M.; SILVEIRA, N.A. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13. n.1, jan./fev. p.52-8.2005.
- APÓSTOLO, J.L.A.; BATISTA, A.C.M.; MACEDO, C.M.R.; PEREIRA, E.M.R. Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. **Rev. Referência**. IIª série nº3 dez. 2006. Coimbra (PT). Disponível em: <<http://www.index-f.com/referencia/revista.php>>. Acesso em: 16 abr. 2009.
- ARAUJO, M.A.L.; PAGLIUCA, L.M.F. Análisis de contexto del concepto de ambiente. **Index Enferm.**, Granada, v.14, p.48-49, 2005.
- _____; FARIAS, F.L.R.; RODRIGUES, A.V.B. Aconselhamento pós teste anti-HIV: análise à luz de uma Teoria humanista. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem.**, v.10, n.3, p.425-31, dez, 2006.
- ARRUDA, E.N.; NUNES, A.M.P. Conforto em enfermagem: uma análise teórico-conceitual. **Rev Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.7, n.2. maio/ago. 1998. p.93-110.
- BACHMAN, J.A. O Manejo desconforto. In: LOWDERMILK, D. L.; Perry, S.E.; BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002, Cap.13, p.313-335. 928p.
- BARROS, M.O. Saúde materna fetal. In: BARROS, S.M.O.; MARIN, H.F.; ABRÃO, A.C.F.V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica** – guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca, 2002. Cap. 6. p.105-15.
- BENJAMIN, A. **A entrevista de ajuda**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 207p.
- BOFF, L. **Saber cuidar** – ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.199p.
- BOGDAN, R. BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Ed. Porto, 2006. 336p.
- BRASIL, **Assistência pré-natal**: manual técnico. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/Ministério da Saúde, Brasília, 2000.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196 de 10 dez 1996**. Brasília (DF), 1996.

_____. **O Modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar.** Agência Nacional de Saúde Suplementar: Cenário e Perspectiva. Rio de Janeiro : ANS, 2008

CAMPOS, A.S.C. **Comunicação com mães de neonatos sob fototerapia:** pressupostos humanísticos. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2005.

CAMERON, B.L. The nature of comfort to hospitalized medical surgical patients. **Journal of Advanced Nursing**, v.18, n. 3, p.424-36; mar. 1993.

CARRARO, T.E.; KNOBEL, R.; FRELLO, A.T.; GREGÓRIO, V.R.P.; GRÜDTNER, D.I.; RADÜNZ, V.; MEINCKE, S.M.K. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião das puérperas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.3, p. 502-529, p. 2008.

CARRARO, T.E.; KNOBEL, R.; RADÜNZ; MEINCKE, S.M.K.; FIEWSKI, F.C.; FRELLO, A.T.; MARTINS, M.S.; LOPES, C.V.; BERTON, A. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, p. 97-104, 2006.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde do Estado. **Projeto Luz.** Manual do parto humanizado. Fortaleza: SESA, 2000.

COLLIERE, M.F. **Cuidar:** a primeira arte da vida. 2. ed. Lisboa: Lusociência, 2003. p.183. 440p.

DAVIM, R. M. B. **Avaliação da efetividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

DEJONGE, A., TEUNISSEN, D.A.M., VAN, DIEM, M.T.H., PEER, L.H., SCHEEPERS PLH, LAGRO-JANSSEN, A.L.M. Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. **Journal of Advanced Nursing**, v.63, n., p. 347–356, 2008.

DEJONGE, A.; TEUNISSEN, D.A.M., VAN DIEM, M.T.H.; PEER, L.H.; SCHEEPERS, P.L.H., LAGRO-JANSSEN, A.L.M. Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. **Journal of Advanced Nursing**, v. 63, n.4, p347–356, 2008.

DENCKER, A.F.M.; VIÁ, S.C. **Pesquisa empírica em ciências humanas,** com ênfase na comunicação. São Paulo: Futura, 2001.190p.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M.; PEREIRA, A.P.E.; FONSECA, S.C.; GAMA, S.G.N.; BITTENCOURT, S.D.A.; ROCHA, P.M.M.; SCHILITHZ, A.O.C.; LEAL, M.C. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out., p.1521-34. 2008.

D'ORSI, E.; CHOR,D.; GIFFIN, K.;TUESTA, A.A.; BARBOSA, G.P.; GAMA, A.S.; REIS, A.C., HARTZ, Z. Qualidade de atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev Saúde Publica**, São Paulo, v.39, n.4, p. p.646-54, 2005.

DOTTO, L.M.G.; MAMEDE, M.V.; MAMEDE, F.V. Desempenho das competências na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 717-25, 2008.

DOWD, T. Teoria do conforto. In: TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. **Teóricas de enfermagem e a sua obra**: modelos e teorias de enfermagem. Loures: Lusociência. P.481-95.2004. 750p.

ENKIN, M.; KEIRSE, M.J.N.C.; NEILSON, J.; CROWTHER, C.; DULEY, L.; HODNETT, E.; HOFMEYR, J. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2000. p.279.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio século XXI**: minidicionário da língua portuguesa. 7.ed.Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002. 799p.

FIGUEIRÊDO, N.M.A; TYRREL, M.A.R.; CARVALHO, V.; LEITE, J.L. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto – uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. **Rev Latino-am Enfermagem**; v.12, n.6, p.905-12, nov./dez. 2004.

FLOREZ, F.M.L. Comodidad del paciente hospitalizado em un servicio de cirugía cuando se proveen medidas de comodidad queinolucran a la familia. **Atual Enferm.**, Fundación Santa Fé de Bogotá, v.4, n.2, p.8-15, jun. 2001.

GIORDANI, A.T. **Humanização da saúde e do cuidado**. São Caetano do Sul: Difusão, 2008.191p.

GOMES, R.T.; SILVA, J.F.; Roberto, B.N; MELO, P.J.R. Dor: O Quinto Sinal Vital. **Revista Prática Hospitalar**, v. 44, n. 8, mar./abr. 2006.

HAGEUTTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes 2000.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009

HUBER, S.; SANDALL, J. A qualitative exploration of the creation of calm in a continuity of carer model of maternity care in London. **Midwifery**, v.25, p.613–621, 2009. Disponível em: www.sciencedirect.com/science? Acesse em: 2 jan. 2010.

JONES, R.H. Atenção humanizada ao parto e nascimento. In: **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar: Cenário e Perspectiva. Rio de Janeiro: ANS, 2008. p.141-55.

KITZINGER, S. **A experiência do parto**. Lisboa: Instituto Piaget, 1984.

KOCALBA, K. **Comfort theory and practice**: a vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Company, Inc. 2003. 264p.

_____. **Comfort theory** – unifying framework to enhance the practice environment. **Jona**, v.36, n.11, p.538-44.2006.

_____; DIMARCO, M. Comfort theory and its applications to pediatric nursing. **Pediatric Nursing**., v.31;n.3, may/jun.p.187-90, 2005.

_____. KOCALBA, R. An analysis of the concept of comfort. **Journal Advanced Nursing**, v. 16; p.1301-1310, 1991.

LOWE, L.M.; CUTCLIFFE, J.R.A concept analysis of comfort. In: CHIN, P.; MELEIS, A.I. **The essential concepts of nursing**. Toronto: Elsevier Limited, 2005.

LUCIO, I.M.L.; PAGLIUCA, L.M.F.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Diálogo como pressuposto na teoria humanística de enfermagem: relação mãe-enfermeira-recém-nascido. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, p.173-180, 2008.

McCALLUM, C.; REIS, A.P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 22, n.7, p. 1483-1491, jul. 2006.

MACEDO, P.O.; QUITETE, J.B.; LIMA, E.C.; SANTOS, I. VARGENS, O.M.C.; As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.341-7, jun., 2008.

_____. Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. **R. Enferm UERJ**; v.13, p.306-312, 2005.

MACHADO, SILVIA, A. P. Tempo e despedida: substâncias da humanização do parto. IN: RATTNER, D.; TRENCH, B. **Humanizando nascimentos e partos**.p.45-66.São Paulo: SENAC, 2005.

MACHADO, N.X.S.; PRAÇA, N.S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Rev Esc. Enferm.** São Paulo, v.40, n.2, p.274-9, 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003. cap 9, p.174-214.

MERCÊS, C.A.M.F.; ROCHA, R.M. Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.30, p. 470-475, jul./set. 2006.

MORSE, J.M.; BOTTORFF, J.L; HUTCHINSON, S. O paradoxo do conforto. **Nursing Research**., v.n.1,

MOURA, F.M.J.S.P.; CRISÓSTOMO, C.D.; NERY, I.S.; MENDONÇA, R.C.M.; ARAÚJO, O.D.; ROCHA, S.S. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto. **Rev. Bras. Enferm.**, v.60, n. 4, Brasília, jul./ago. p.452-5. 2007.

MUSSI, F.C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto em enfermagem. **Acta paul.enferm.**, São Paulo, v.18, n.1, p.72-81, mar., 2005.

NAKANO, A.M.S.; SILVA, L.A.; BELEZA, A.C.S.; STEFANELLO, J.; GOMES, F.A.O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 20, n. 2. abr./jun. 131-7.2007.

NEVES, E.P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Esc. Anna Nery R. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.6, Suplemento n.1, p.79-92, 2002.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. Loures: Lusociência, 2005.

NOGUEIRA, R. **Parto é prazer**. Disponível em: <<http://www.partodo.principio.com.br/prazer.html>>. Acesso em: 18 jun. 2006.

NUNES, E.N.; NUNES, A.M.P. Conforto em enfermagem; uma análise teórico-conceitual. **Texto contexto Enferm.**, v.7, n.2, p.93-110, maio/ago. 1998.

MACEDO, P.O.; PROGIANTI, J.M.; VARGENS, O.M.C.; SANTOS, V.L.C.; SILVA, C.A. Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. **R Enferm. UERG**; v.13, p.306-312, 2005.

MACHADO, N.X.S.; PRAÇA, N.S. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.40, n.2, p.274-279, 2008

MC CALLUM, C.; REIS, A.P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p.270-76, jul., 2006.

ODENT, M. **O renascimento do parto**. Florianópolis: Saint German, 2002.

_____. **Ecología prenatal**. Buenos Aires: Fud. Craevida, 2008.

_____. **Água e sexualidade** – a importância do parto ecológico. Florianópolis: Saint Germain, 2004

OLIVEIRA, C.S. **O cuidado confortador à pessoa idosa hospitalizada**. Programa de Doutorado em Enfermagem. Revisão sistemática da literatura. Universidade de Lisboa, 2007. Disponível em: <<http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/240131>>. Acesso em: 21 fev. 2009.

PATERSON, J.G.; ZDERAD, L.T. **Humanistic nursing**. New york: National league for nursing, 1988.129p.

- _____. **Enfermería Humanística**. México: Editorial Limusa, 1979. 201p.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- PRAEGER, S.G.; PATERSON, J.E.; ZDERAD, L.T. In: GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. cap.17, p.241-251.
- REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A. **Obstetrícia fundamental**. 9.ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2006.
- RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 712p.
- RODGERS, B.L. Concept analysis: an evolutionary view. In: RODGERS, B.L.; KNAFL, K.A. **Concept Development in Nursing**: foundations, techniques, and applications. Edition Number: 2 Elsevier Health Sciences, 1999. 458p.
- ROSA, L.M.; MERCÊS, N.N.A.; SANTOS; RANDUZ, V. As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p. 410 -414, jul./set. 2008
- ROXO, J.R.S. **O Toque na prática clínica**. Referencia jun.; v.6. 2008. Disponível em: <<http://www.index-f.com/referencia/2008/7789.php>>. Acesso em: 17 abr. 2009.
- RUIZ, C.R.; TITTANEGRO, G.R. Tecnologia e responsabilidade a partir de Hans Jonas. In: RUIZ, C.R.; TITTANEGRO, G.R. **Bioética uma adversidade temática**. p.65-69. São Paulo: Difusão, 2007.
- SAITO, E.; GUALDA, D.M.R. Preocupando-se com a futura vivência da dor de parto e a sua expressão durante o trabalho de parto. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. SIBRACEN. **Anais**, 2002.
- SAITO, E; RIESCO, M.L.G.; OLIVEIRA, S.M.J.V. Conduas no parto normal. In: BARROS, S.M.O. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri: Manole, 2006, p.176-90.
- SANTO, F.H.E.; PORTO, I.S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Esc. Anna Nery R. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.539-546, 2006.
- SCHAURICH, D.; PADOIN, S.M.M.; PAULA, C.C.; MOTTA, M.G.C. Utilização da Teoria de Paterson e Zderad como possibilidade de Prática em enfermagem pediátrica. **Esc. Anna Nery R. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.265-70, ago. 2005.
- SCHIRMER, J. In: BARROS, S.M.; MARIN, H.F.; ABRÃO, A.C. **Enfermagem obstétrica e ginecológica** – guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca, 2002.

SCOPEL, E.; ROBERTO, M.A.M.C. Medidas de avaliação da dor. **Revista Digital** – Buenos Aires, v.11, n.105, Feb. 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd105/medidas-de-avaliacao-da-dor.htm>>. Acesso em: 2 set. 2007.

SIEFERT, M.L. Concept analysis of comfort. **Nursing Forum**, v.37, n.4, p.16-23, oct./dec., 2002.

SILVA, F.M.B.; OLIVEIRA, M.J.V. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. **Rev Esc Enfrem USP**, v.40, p.57-63, 2006.

SILVEIRA, I.P. **Partejar** – a enfermeira e o cuidado de enfermagem. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

_____. _____. FERNANDES, A.F.C. Conforto ambiental no trabalho de parto – reflexão. In: **Anais**. 61º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, dez, 2009, Fortaleza.

_____. _____. FERNANDES, A.F.C. Dor no trabalho de parto – revisão de literatura. In: V Jornada de Enfermagem de enfermagem em ginecologia e obstetrícia e III Jornada de enfermagem em neonatologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. **Resumo**, nov., 2008.

_____. Controle da dor do parto com uso de tecnologia não farmacológica: uma reflexão. In: IV Jornada de Enfermagem de enfermagem em ginecologia e obstetrícia e II Jornada de enfermagem em neonatologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. **Resumo**, nov., 2007.

_____. Conceitos da teoria humanística no cuidar obstétrico. **Rev RENE**. Fortaleza, v.8, n.1, p.78-84, jan./abr. 2007.

_____. Partejar – humanização do cuidado de enfermagem. **Rev RENE**. Fortaleza, v.7, n.2, p.48-56, maio/ago. 2006.

_____. BARROSO, M.G.T.; SILVA, R.M. O ensino-aprendizagem do poder do toque à parturiente. **Rev RENE**, Fortaleza, v.3, n.1, p.84-89, jan./jun. 2002.

_____. _____. CAMPOS, A.C.S.; FERNANDES, A.F.C. Comunicação com a parturiente: experiência pautada no diálogo vivo à Luz da Teoria de Paterson e Zderad. In: ALMEIDA, M.I.; FARIAS, F.L.R.; BANDEIRA, M.N.C. **Interfaces do cuidado e interdisciplinaridades**. Fortaleza: EdUECE, 2008, 273 p.

_____. LEITÃO, G.C.M. O cuidado de enfermagem no partejar: marcos conceituais. **Rev Gaúcha de Enferm**. Porto Alegre, v.24, n.3, p.279-85, dez. 2003.

SIMÕES, S.M.F.A.; JESUS, D.V.; BOECHAT, J.S. Assistência ao parto e nascimento: um estudo quantitativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.6, n.2, 2007.

SMITH, G. **Medicina alternativa**. Disponível em: <<http://www.surreyfleology.co.uk/hstoryofreflexology.htm>>. Acesso em: 14 set. 2007.

SUMITA, S.L.N.; ABRÃO, A.C.F.V.; MARIN, H.F. Elaboração de um instrumento de coleta de dados para a identificação dos diagnósticos de enfermagem parturiente. **Acta Paul Enferm**, v.18, n.4, p.413-2, 2005.

TANAKA, A.C.A.A. **Mortalidade materna e a atuação da enfermagem**. In: Síntese – IV Seminário Estadual Qualidade de assistência ao parto: contribuições da enfermagem. ABEn-PR. Curitiba, 2001.

TEIXEIRA, M.J. **Dor**. Sociedade Brasileira para o Estudo da dor. Disponível em: <<http://www.dor.org.br/dor>>. Acesso em: 14 set. 2007.

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

TRETINI, M. PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem** – uma modalidade convergente-assistencial. Ed. da UFSC, 1999.

VALE, N.B. Analgesia adjuvante e alternativa. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v.56. n.5 set./out. 2006. Disponível em: <<http://www.scielobr/scielo.php>>. Acesso em: 2 nov. 2007.

WILSON, L.; KOLCABA, K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v.19, n.3, p.164-173, jun., 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Isolda Pereira da Silveira, enfermeira, aluna do curso de Doutorado da Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “*Teoria do conforto para promoção da saúde no cuidado de enfermagem à parturiente*” Esta pesquisa tem como objetivo: desvelar o cuidado confortador à parturiente, como meta de enfermagem para a promoção da saúde, nos contextos, físico, ambiental social e psicoespiritual. Para a realização deste estudo preciso da sua colaboração no sentido de responder o presente questionário. Garanto que este trabalho não oferece risco ou custo financeiro. Quero dizer ainda que você tem liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo e asseguro-lhe que será mantida a sua privacidade, visto que não citarei seu nome em lugar nenhum deste trabalho. Esclareço, ainda, que para participar desta pesquisa não será pago nenhum valor e nenhuma indenização. Caso aceite, peço-lhe que assine o presente termo em duas vias, ficando uma comigo (pesquisadora) e outra com você. Se precisar de outros esclarecimentos, entre em contato comigo, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa, através dos telefones abaixo. O Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou tomar providências referentes a quaisquer reclamações em relação à sua participação no referido estudo.

TELEFONE DE CONTATO DO CEP – MEAC/UFC - 33668558
TELEFONE DE CONTATO DO PESQUISADOR
Isolda Pereira da Silveira – 9988-0496

Assinatura do pesquisador

CONSENTIMENTO POS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____, RG _____ declaro que, após devidamente orientada e esclarecida sobre a pesquisa intitulada “*Teoria do conforto: meta de enfermagem para a promoção da saúde no cuidado à parturiente*”, aceito participar do estudo.

Assinatura do participante

APÊNDICE B

Teoria do conforto para promoção da saúde no cuidado de enfermagem à parturiente

ROTEIRO DE ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome _____ Idade _____ Escolaridade _____

Partos anteriores _____ G _____ P _____ A _____

Estado civil _____ Profissão _____ Acompanhada por: _____

Data da coleta:

Perguntas:

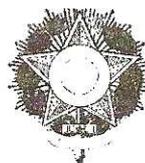
Durante o trabalho de parto

- . Que posso fazer para você se sentir confortável?
- Relate o seu maior incômodo nesse momento.

Após o parto

- Para você, o que é conforto?
- Como foi vivenciar a dor do parto?
- O que mais a ajudou e contribuiu para o estar-melhor?

ANEXOS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
MATERNIDADE-ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND
Rua Coronel Nunes de Melo, S/Nº - Rodolfo Teófilo - C.G.C. 07.206.048/0001-08
GERAL: (0XX85) 4009.8500 - Fax: (0XX85) 4009.8521 - E-mail: meac@meac.ufc.br
CEP: 60.430-270 - Fortaleza - Ceará - Brasil

OFÍCIO CEP/MEAC Nº 123/09

Fortaleza, 03 de setembro de 2009.

Protocolo nº 055/09

Pesquisadora responsável: Isolda Pereira da Silveira

Deptº/Serviço: Curso de Doutorado em Enfermagem – Universidade Federal do Ceará

Título do Projeto: Teoria de conforto – meta de enfermagem para promoção da saúde no cuidado da parturiente nas dimensões física, ambiental espiritual e social.

Levamos ao conhecimento de V. S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – CEP/MEAC/UFC, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional da Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, publicada no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e complementarem, aprovou o projeto supracitado, na reunião de 17 de agosto de 2009.

A Pesquisadora deverá comparecer ao setor competente da Instituição, onde será realizada a pesquisa, para a confecção dos crachás, munido deste documento.

Igualmente, informamos que a mesma deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Dr. Sérgio Augusto de Tabosa Quesado
Coordenador do CEP-MEAC/UFC

Dr. Sérgio Augusto Q.
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
CEP/MEAC/UFC