



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

## **Estágio com Relatório Final**

**Perceção das puérperas sobre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor**

Ana Cristina Esteves Teixeira

Viseu, março de 2023



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

## **Estágio com Relatório Final**

# **Perceção das puérperas sobre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor**

Ana Cristina Esteves Teixeira

### **Estágio com Relatório Final**

6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

11º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Paula Nelas

Viseu, março de 2023



**“Para mudar o mundo é preciso mudar primeiro a forma de nascer.”**

Michel Odent



## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer e dedicar este trabalho em primeiro lugar a Deus por ser a base das minhas conquistas.

Aos meus pais, marido e filho, por acreditarem nas minhas escolhas, pelo amor, paciência e compreensão que tiveram ao longo deste percurso.

Aos restantes familiares e amigos que sempre se mostraram disponíveis e tornaram esta caminhada mais fácil.

À Professora Doutora Paula Nelas pela dedicação nas suas orientações prestadas na elaboração deste trabalho, incentivando-me e colaborando no desenvolvimento das minhas ideias e pelo tempo que dedicou a este projeto.

Às minhas Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, que me acompanharam ao longo do meu percurso, pela presença, apoio, carinho, partilha de conhecimentos, paciência, disponibilidade e dedicação demonstradas, pois assumiram um papel importante, orientando-me no caminho certo.



## Resumo

**Introdução:** Este relatório pretende descrever o percurso do estágio de natureza profissional enquanto estudante do 6º CMESMO e 11º CPLESMO. A sua conceção tem por base uma análise retrospectiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências inerentes à aquisição do título de EEESMO pela Ordem dos Enfermeiros. O estágio foi desenvolvido em contextos que permitiram cuidar a mulher /família durante o ciclo gravídico-puerperal: a sala de partos; promoção de saúde da mulher, o puerpério; patologia da gravidez; ginecologia e neonatologia. O presente relatório descreve as experiências vividas durante o estágio, as intervenções realizadas, o seu confronto com a melhor evidência científica, bem como a análise crítica e reflexiva, a qual possibilitou não só o meu crescimento enquanto futura EEESMO, como o meu crescimento pessoal. No presente relatório apresentamos ainda um estudo de investigação com o tema “Perceção das puérperas sobre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor” uma vez que consideramos que a gestão da dor durante o trabalho de parto é um dever dos profissionais de saúde e um direito das parturientes. Esta é uma forma de promoção de uma vivência gratificante e positiva de um dos momentos mais marcantes na vida de uma mulher/casal, pelo que optamos pelo estudo da perceção da dor após aplicação de técnicas não farmacológicas.

**Objetivos:** Os objetivos principais deste estudo são avaliar quais as técnicas não farmacológicas de alívio de dor mais implementadas, qual o impacto destas técnicas no alívio da dor, qual o impacto das variáveis sociais (idade, profissão, residência, situação profissional, estado civil e habilitações literárias) na perceção da dor após a aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor e qual o impacto das variáveis obstétricas (número de gravidezes, número de filhos, gravidez atual, programas de preparação para o parto e parentalidade e tipo de parto) na perceção da dor após a aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor.

**Métodos:** Este é um estudo analítico, descritivo-correlacional, transversal, quantitativo, com amostra não probabilística, intencional por conveniência constituída por 200 puérperas, com uma média de idade de 29,67 anos (Dp=5,43). O instrumento de colheita de dados foi um questionário que permitiu fazer a caracterização sociodemográfica (idade, profissão, residência, situação profissional, estado civil e habilitações literárias), obstétrica (número de gravidezes, número de filhos, gravidez atual, programas de preparação para o parto e tipo de parto) da amostra. Foi ainda incluída uma escala “Impacto das técnicas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto” (construída para o efeito).

**Resultados:** Foram encontrados os seguintes valores de *alpha* global para cada técnica não farmacológica (Bola de pilates = 0,852; Deambulação = 0,849; Massagem = 0,920; Duche quente = 0,904; Musicoterapia = 0,964. As técnicas não farmacológicas de alívio da dor mais implementadas e motivadas pelos enfermeiros foram o duche quente (25%), a deambulação (28,5%) e a bola de pilates (33%). A contrapressão revelou-se a técnica mais eficaz, seguida do duche quente e da deambulação. Segue-se a bola de pilates e a massagem. Constatou-se um claro domínio das participantes em que o nível da dor diminuiu após aplicação das técnicas. As variáveis sócio-demográficas que influenciaram a perceção da dor, após a aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor foi apenas a situação profissional, nomeadamente para o duche quente ( $p=0.016$ ). As variáveis obstétricas que influenciaram a perceção da dor, após aplicação das técnicas não farmacológicas foi apenas o número de gravidezes, nomeadamente para a massagem ( $p=0.050$ ) e os programas de preparação para o parto, na deambulação ( $p=0,050$ ).

**Conclusão:** Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pelo papel privilegiado que desempenham no acompanhamento da parturiente, têm o dever de informar as mulheres sobre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor existentes, colocando-as ao dispor e em prática, durante o trabalho de parto, contribuindo desta forma para uma experiência mais gratificante do trabalho de parto e parto e também para uma transição positiva para a parentalidade.

**Palavras-chave:** Dor; Trabalho de parto; Parturientes; Técnicas não farmacológicas.

## Abstract

**Background:** This report aims to describe my professional internship as a student of the 6th CMESMO and 11th CPLESMO. It was designed based on a retrospective analysis of the process of acquisition and development of competencies inherent to the acquisition of the title of EEESMO by the Ordem dos Enfermeiros. The internship was developed in contexts that allowed caring for women/family during the pregnancy-puerperal cycle: the delivery room; the puerperium; pregnancy pathology; gynecology and neonatology. This report describes the experiences lived during the internship, the interventions made, their confrontation with the best scientific evidence, as well as the critical and reflective analysis, which enabled not only my growth as a future ESMO, but also my personal growth. In this report, we also present a research study with the theme "Puerperae's perception of non-pharmacological pain relief techniques" since we believe that pain management during labor is a duty of health professionals and a right of parturients. This is a way to promote a rewarding and positive experience of one of the most remarkable moments in the life of a woman/couple, so we chose to study the perception of pain after the application of non-pharmacological techniques.

**Objectives:** The main objectives of this study are to assess which non-pharmacological pain relief techniques are most commonly implemented, what is the impact of these techniques on pain relief, what is the impact of social variables (age, occupation, residence, employment status, marital status and education) on pain perception after the application of non-pharmacological pain relief techniques, and what is the impact of obstetric variables (number of pregnancies, number of children, current pregnancy, childbirth and parenting preparation programs, and type of delivery) on pain perception after the application of non-pharmacological pain relief techniques.

**Methodology:** This is an analytical, descriptive-correlational, cross-sectional, quantitative study, with a non-probability, intentional-for-convenience sample consisting of 200 puerperae with a mean age of 29.67 years (SD = 5.43). The data collection instrument was a questionnaire that allowed the sociodemographic (age, profession, residence, employment status, marital status and education), obstetric (number of pregnancies, number of children, current pregnancy, childbirth preparation programs and type of delivery) characterization of the sample. A scale "Impact of non-pharmacological techniques on pain relief in labor" (constructed for this purpose) was also included.

**Results:** The following global alpha values were found for each non-pharmacological technique (Pilates ball = 0.852; Ambulation = 0.849; Massage = 0.920; Hot shower = 0.904; Music therapy = 0.964). The non-pharmacological pain relief techniques most implemented and motivated by nurses were hot shower (25%), ambulation (28.5%) and pilates ball (33%). Counterpressure proved to be the most effective technique, followed by hot shower and walking. This was followed by pilates ball and massage. There was a clear domination of the participants in that the level of pain decreased after the application of the techniques. The sociodemographic variables that influenced the perception of pain after the application of non-pharmacological pain relief techniques were only the professional situation, particularly for the hot shower ( $p=0.016$ ). The obstetric variables that influenced the perception of pain, after the application of non-pharmacological techniques, were only the number of pregnancies, namely for massage ( $p=0.050$ ) and birth preparation programs for ambulation ( $p=0.050$ ).

**Conclusions:** The Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health Nursing, due to the privileged role they play in monitoring the parturient woman, have the duty to inform women of the existing non-pharmacological pain relief techniques, making them available and in practice during labor, thus contributing to a more rewarding experience of labor and delivery and also to a positive transition to parenthood.

**Keywords:** Pain; Labor; Parturients; Non-pharmacological techniques.



## Sumário

Introdução.....	16
PARTE I - Relatórios da componente clínica.....	17
PARTE II – Investigação: “Perceção das puérperas sobre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor”.....	97
1.Introdução.....	98
2. Enquadramento teórico.....	100
2.1 O trabalho de parto.....	100
2.2 A dor do trabalho de parto.....	101
2.3 As técnicas não farmacológicas de alívio da dor.....	103
3. Métodos.....	108
4.Resultados.....	112
4.1. Discussão dos resultados.....	124
Conclusão.....	129
Referências bibliográficas.....	131
Anexos.....	138
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética.....	139
Anexo 2 – Instrumento de recolha de dados.....	140

## Lista de figuras

Figura 1 – Esquema do desenho de investigação.....	109
----------------------------------------------------	-----

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Alpha de Cronbach .....	111
Tabela 2 – Estatísticas relativas à idade.....	112
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica.....	112
Tabela 4 – Estatísticas relativas à caracterização obstétrica.....	113
Tabela 5 – Estatísticas relativas à gravidez atual.....	114
Tabela 6 – Caracterização da gravidez atual.....	114
Tabela 7 – Estatísticas relativas aos programas de preparação para o parto e parentalidade.....	115
Tabela 8 – Caracterização da frequência dos programas de preparação para o parto e parentalidade.....	115
Tabela 9 – Estatísticas relativas ao n.º de horas de trabalho de parto.....	116
Tabela 10 – Caracterização da permanência na sala de partos.....	116
Tabela 11 – Estatísticas relativas às técnicas não farmacológicas de alívio da dor.....	118
Tabela 12 – Estatísticas relativas à dor antes e depois das técnicas não farmacológicas.....	118
Tabela 13 – Testes de Wilcoxon relacionando a dor antes e depois de aplicação das técnicas não farmacológicas.....	120
Tabela 14 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com a percepção da dor.....	122
Tabela 15 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis obstétricas com a percepção da dor.....	123

## Lista de Siglas e acrónimos

ADO – Antidiabético oral

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

$\beta$ -hCG – subunidade  $\beta$  livre da Gonadotrofina Coriónica Humana

BCFs – Batimentos Cardíacos Fetais

BGS – Biópsia do gânglio sentinela

BSG – Boletim da Saúde da Grávida

BVC – Biópsia das Vilosidades Coriónicas

CHTV – Centro Hospitalar Tondela Viseu

CPPD – Cefaleia Pós Punção da Dura-Máter

CTG - Cardiotocografia

CSA – Cesariana

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção Geral da Saúde

DST's – Doenças sexualmente transmissíveis

EDIN - *Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né*

EEESMO – Enfermeira/o Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EPF – Estimativa de peso fetal

EV – Endovenoso

EVA – Escala Visual Analógica

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HTA – Hipertensão arterial

HUA – Hemorragia Uterina Anormal

IG – Imunoglobulina

IM – Intramuscular

IMG – Interrupção Médica da Gravidez  
IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez  
LA – Líquido amniótico  
LCR – Líquido Cefalorraquidiano  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PAPP-A – Proteína Plasmática A associada à gravidez  
PF – Planeamento familiar  
PNV – Plano Nacional de Vacinação  
RAM – Rotura Artificial de Membranas  
RCF – Restrição de Crescimento Fetal  
RCIU – Restrição de Crescimento Intrauterino  
RCT – Registo Cardiotocográfico  
RN – Recém-nascido  
sd – sem data  
SDR – Síndrome do Desconforto Respiratório  
SNC – Sistema Nervoso Central  
SNG – Sonda nasogástrica  
TA – Tensão arterial  
TAC – Tomografia Axial Computorizada  
TP – Trabalho de Parto  
UMF – Unidade de Medicina Fetal  
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância  
USF – Unidade de Saúde Familiar  
UV - Ultravioleta  
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

## Introdução

A Enfermagem impõe uma constante atualização de saberes e cabe ao enfermeiro desenvolver atividades que promovam o desenvolvimento e aplicação das suas competências. Este deve atualizar os seus conhecimentos de modo a fundamentar a sua ação de forma científica, para que a sua prática seja considerada de excelência e assim se traduzir na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Sendo assim, a formação especializada em enfermagem não termina com a finalização do curso de licenciatura, nem com o curso de mestrado, a formação é contínua uma necessidade de constante atualização ao longo de toda a vida profissional. Como tal, é imperativo adquirir, analisar, sintetizar e aplicar evidências para orientar as decisões práticas, ou seja, o enfermeiro deve usar o conhecimento e adquirir competências.

Neste sentido, foram realizados os estágios de Enfermagem em Sala de Partos, Puerpério, Ginecologia, Patologia da Gravidez, Neonatologia e Promoção de Saúde da Mulher. Todos eles realizados no Centro Hospitalar Tondela Viseu, exceto o último que foi realizado em contexto de cuidados de saúde primários.

Neste relatório pretendo refletir acerca dos conhecimentos assimilados ao longo do percurso teórico e consolidar as competências adquiridas durante os estágios. A singularidade e a responsabilidade destes campos de estágio tornaram-nos em locais únicos e enriquecedores em termos de novas experiências e aprendizagens, tendo sido extremamente importante em termos de contacto direto com situações clínicas e consolidação de conteúdos lecionados nas aulas, em que procurei aproveitar ao máximo todas as experiências e oportunidades que surgiram.

O relatório procura descrever de forma objetiva o processo que se desenvolveu, com o objetivo de adquirir as competências do domínio da Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, bem como realizar uma reflexão crítica acerca de toda esta experiência e o que a mesma trouxe para o meu crescimento pessoal e profissional.

**PARTE I – Relatório da componente clínica**

## **Enfermagem em Sala de Partos**

O estágio decorreu na Sala de Partos de um hospital na região Centro, no período de 1 de março de 2021 a 31 de julho de 2021, com uma duração de 432 horas sob a tutoria de EEESMO e sob orientação pedagógica da Professora Paula Nelas.

A singularidade e a responsabilidade deste campo de estágio tornam-no num local único e enriquecedor em termos de novas experiências e aprendizagens, tendo procurado em aproveitar ao máximo todas as experiências e oportunidades que surgiram.

Com a elaboração deste relatório procurei descrever de forma objetiva todo o processo que desenvolvi, com o objetivo de adquirir as competências do domínio do EEESMO, bem como refletir sobre todo o meu percurso ao longo deste estágio, quais as dificuldades encontradas e superadas, as aprendizagens efetuadas e quais os pontos fortes e as áreas a desenvolver, assim como, o que o mesmo trouxe para o meu crescimento pessoal e profissional.

A Sala de Partos é constituída por 7 quartos de partos individuais e separados em duas alas por um corredor, todos eles equipados com todo o material necessário para a vigilância da gravidez, a realização do parto e cuidados imediatos ao RN (aparelho de CTG, carro do RN...). No atual contexto de Pandemia, os quartos 1,2 e 3 são área não COVID, os quartos 4 e 5 são utilizados para mulheres suspeitas ou que aguardem resultado do teste COVID e o quarto 8 é utilizado para mulheres positivas. Fazem parte integrante da Sala de Partos duas salas de pós-parto imediato, com duas camas cada. Ao lado da Sala de Partos situa-se a Urgência Obstétrica e Ginecológica, que, estruturalmente, é constituída por três gabinetes de consulta médica, uma sala de cardiocografia com 2 aparelhos de CTG, uma sala de ecografia e uma unidade de internamento de curta duração (SO), composta por duas salas com duas camas cada. Dado o contexto atual, foi adicionado a este espaço uma área COVID, que embora seja uma estrutura contígua, é fisicamente separada e individual.

A equipa de enfermagem deste serviço é constituída por 28 elementos, sendo 26 EEESMOS, 1 parteira e 1 EEESMO em funções de chefia. Estes 26 elementos desempenham funções na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, na Sala de Partos, na Unidade de Medicina Materno Fetal (2ª a 6ª feira) e realiza o curso de preparação para o Parto e Parentalidade (2ª, 3ª, 4ª e 5ª feira). São ainda funções dos enfermeiros deste serviço, proceder ao acompanhamento/transporte das puérperas com e sem RN, para o serviço de Obstetrícia (6º andar) e do RN para a Neonatologia, sempre que seja necessário. Fazem ainda o acompanhamento da grávida ao Bloco Operatório Central em todas as CSA urgentes e emergentes.

Existem vários protocolos no serviço, sendo alguns deles: “Protocolo Diabetes e Gravidez; Protocolo de Salbutamol EV – Tocólise de emergência; Protocolo Administração IG EV (Privigen)” Vou descrever aquele que é o mais usado e praticado quase diariamente.

O Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar Tondela Viseu, publicou em Março de 2011 o Protocolo Diabetes e Gravidez (Silva, V., Torres, I. & Carragoso, A.)

Segundo este protocolo, que é também recomendado pelo Consenso da Diabetes e Gravidez, o parto na grávida com DIABETES PRÉVIA ou DIABETES GESTACIONAL INSULINOTRATADA ou a fazer ADO deve seguir algumas recomendações.

- Parto programado para as 39 semanas
- Parto antes do termo – se complicações obstétricas ou agravamento da doença materna
- Trabalho de parto (espontâneo ou induzido) sob monitorização fetal contínua
- Ponderar CSA eletiva se: estimativa de peso fetal > 4000g ou se houver antecedentes de parto traumático (distócia de ombros, paralisia do plexo braquial e/ou lesões maternas)
- Se for parto vaginal, não devem ser realizados partos instrumentados se EPF > 4000g, pois há um maior risco de distócia de ombros
- Se CSA eletiva – realizar no início da manhã, pois facilita o controlo metabólico
- As grávidas a fazer ADO, devem suspender no dia do parto
- Nas grávidas controladas com bomba perfusora subcutânea, esta deve ser retirada e substituída pela perfusão de soro glicosado e insulina, logo que inicie fase ativa do trabalho de parto ou se decida CSA
- Os valores de glicémia capilar recomendados durante o trabalho de parto: 70-110mg/dL.

No dia anterior ao parto devem manter o esquema de insulina prescrito na consulta e fazer a administração da toma da noite e também o esquema de pesquisas de glicemia capilar prescrito na consulta.

No dia do parto não devem administrar a dose habitual de insulina. Na admissão (em TP espontâneo ou para indução do TP) inicia perfusão de soro polieletrólítico com glicose (Ionosteril G) a 125mL/h, pesquisa de glicémia capilar horária e perfusão de 50 UI de insulina regular (Actrapid) em 50cc de soro fisiológico a um débito variável segundo o valor da glicémia capilar:

Glicémia capilar (mg/dL)	<60	61 a 100	101 a 120	121 a 150	151 a 200	201 a 250	251 a 300	301 a 350	351 a 400	>400
Débito da perfusão de insulina	0	0,5	1	2	4	6	7	8	9	10

(mL/h= U/h)										
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Após o parto e após a dequitação deve suspender-se a perfusão de insulina. Manter a perfusão de soro polieletrólítico com glicose até reiniciar alimentação oral. Não administrar a dose habitual de insulina prescrita na consulta e avaliação da glicémia capilar de 2/2h ou antes das refeições (logo que inicie alimentação oral) e administrar insulina regular (Actrapid) subcutânea segundo o esquema:

Glicémia capilar (mg/dL)	<140	141 a 200	201 a 250	251 a 300	301 a 350	351 a 400	>400
Insulina Actrapid subcutânea	0	3	5	8	10	12	5 UI IM de 2/2h até glicémia <160

Se diabetes prévia deve-se contactar o médico internista quando a puérpera se encontrar no internamento de obstetrícia. Se Diabetes gestacional insulino tratada e a glicemia capilar for >140mg/dL em 2 medições sucessivas, contactar o internista, se for <140mg/dL durante 24h, suspende-se as pesquisas.

No parto na grávida com DIABETES GESTACIONAL sem insulino terapia:

- Se bom controlo metabólico – indução do parto às 41 semanas
- Se houver complicações maternas e/ou fetais – deve considerar-se a indução do TP avaliando, cada caso. Todas as outras recomendações são iguais às da grávida com Diabetes Gestacional prévia ou insulino tratada.
- No dia anterior ao parto deve manter o plano alimentar e exercício físico prescrito na consulta e manter o esquema de pesquisas de glicemia capilar prescrito na consulta.
- No dia do parto, na admissão (em TP espontânea ou para indução do TP) inicia perfusão de soro polieletrólítico com glicose (Ionosteril G) a 125mL/h, avaliação de glicémia capilar de 4 em 4 horas e administrar insulina regular Actrapid subcutânea segundo esquema:

Glicémia capilar (mg/dL)	<100	101 a 150	151 a 200	201 a 250	251 a 300	301 a 350	>350
Insulina Actrapid subcutânea	0	3	4	6	8	10	5 UI IM de 2/2h até glicémia <120

Após o parto manter a perfusão de Ionosteril G até reiniciar alimentação oral e avaliação da glicémia capilar antes das 3 principais refeições (pequeno-almoço, almoço e jantar). Se a glicémia capilar <120mg/dL em 3 determinações sucessivas, suspende-se as pesquisas, se a glicémia capilar for >200mg/dL em 2 determinações sucessivas, deve contactar-se o médico internista.

Este protocolo é muito praticado no serviço, pelo que se torna fundamental conhecê-lo e saber aplicá-lo mediante os vários valores avaliados.

Ainda na continuidade deste tema, importa ainda referir a importância do protocolo de atuação “Avaliação de glicémias ao RN”, onde se deve avaliar a glicémia capilar a todos os recém-nascidos com peso superior ou igual a 4kg e com peso inferior ou igual a 2,5kg, devendo repetir-se esta glicémia na 1<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup> e 24<sup>a</sup> hora de vida. Avaliar também a glicémia a todos os recém-nascidos hipotônicos, que apresentem recusa alimentar, com gemido e com SDR. Se o valor em todos estes casos for inferior a 40mg/dL, administrar soro glicosado a 10% via oral (2mL/kg de peso) e repetir a avaliação uma hora depois e comunicar ao Pediatra.

Sinto que atingi o objetivo “conhecer a organização e funcionamento da Sala de Partos” sem grande dificuldade, tendo percebido a dinâmica da Sala de partos e da equipa multidisciplinar, e contribuindo para o bom funcionamento do serviço. Sinto que desenvolvi progressivamente uma prática de cuidados com base na metodologia de trabalho. As minhas ações basearam-se nos guias orientadores, nas normas e protocolos existentes no serviço.

Dei também como concluído com sucesso o objetivo “demonstrar responsabilidade profissional, ética e legal”, promovendo a proteção dos Direitos Humanos e Código Deontológico dos Enfermeiros e desenvolvendo uma prática de cuidados que melhoram a segurança, a privacidade e a dignidade da grávida/parturiente e família.

Foi constante e muito importante a revisão bibliográfica que efetuei na área do TP e parto, pesquisa essa que me ajudou no meu evoluir neste estágio. Promovi sempre um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados, tendo para isso também sempre presente as recomendações da OMS para uma experiência positiva de nascimento.

A OMS lançou 56 recomendações baseadas, em evidências, detalhando os cuidados clínicos e não clínicos que são necessários durante todo o trabalho de parto e pós-parto imediato, para as mulheres e recém-nascidos. Este documento da OMS intitulado de “Intrapartum care for a positive childbirth experience” remete-nos para o parto natural e o mais humanizado possível, em que a mulher é a maior interveniente do processo do nascimento. Um dos principais tópicos deste documento reconhece que todo o trabalho de parto é único. No entanto tem vindo a constatar-se um aumento substancial na aplicação de uma série de intervenções para iniciar, acelerar, terminar, regular ou monitorizar o trabalho de parto, sendo que a nossa realidade se encontra muito centrada

na decisão médica, onde o parto se encontra muito medicalizado e a mulher/casal se tornam um agente passivo, sem poderem tomar as suas próprias decisões, seguindo assim as indicações médicas.

Em relação aos cuidados no primeiro estágio do TP há três recomendações que vou descrever de seguida. Uma delas é o toque vaginal a cada quatro horas, sendo que é uma prática que não aplicamos nesta sala de partos, as observações e toques vaginais são efetuados à entrada no serviço de Urgência e depois sempre que ocorra visita médica, ou então sempre que se justifique. Outra das recomendações diz que são opções para alívio da dor: analgesia epidural ou opióides parenterais (como fentanil, diamorfina e petidina), e as medidas não farmacológicas, como as técnicas de relaxamento, massagens e compressas. Em relação às técnicas não farmacológicas de alívio da dor, toda a equipa da sala de partos e mesmo eu durante todo o meu estágio, implementamos várias vezes estas medidas, quer através da massagem, musicoterapia, bola de pilates, verticalidade, entre outras. Em relação às medidas farmacológicas há sempre disponível a analgesia epidural para todas as grávidas que possam realizar essa analgesia, no entanto muitas vezes as grávidas quando ainda não têm disponível o resultado das análises, nomeadamente hemograma e coagulação, e precisam de aguardar para a colocação da epidural, manifestam muitas dores e desconfortos, que são desvalorizados pela equipa médica, que simplesmente prescrevem um Paracetamol EV. Em relação ao controle intermitente dos BCFs a cada 15 a 30 minutos, posso concluir que estando todos os parâmetros fetais e maternos dentro da normalidade, os BCFs são avaliados pelo menos de hora a hora. Não é recomendado manuseamento ativo para prevenir um trabalho de parto prolongado (amniotomia e/ou ocitocina), no entanto, decorrente de algumas circunstâncias, muitas vezes é realizado.

Os restantes itens pertencentes a este estágio do TP são na maioria das vezes, todos eles respeitados.

Em relação aos cuidados no segundo estágio do TP, são algumas as recomendações que não são efetuadas neste serviço, tais como a posição no parto, mesmo com analgesia, poder ser escolha da paciente, em situações normais. Ora a maioria das parturientes parem em posição de litotimia, porque não é oferecido e dada a oportunidade à mulher de escolher outra posição e também porque o serviço não está devidamente equipado para outras possibilidades. O controle intermitente dos BCFs a cada 5 minutos também não é realizado, porque as mulheres permanecem de forma contínua com o registo fetal, neste período. A recomendação de orientar a parturiente para realizar o puxo (empurrar) apenas seguindo o seu próprio impulso, muitas vezes também não é tida em conta, sendo os profissionais a pedir e muitas vezes a forçar o puxo.

Em relação às recomendações nos cuidados a ter no terceiro estágio do TP, cuidados com o RN e cuidados no puerpério, todos eles são respeitados na sua maioria.

Durante o meu estágio tive oportunidade de avaliar estas recomendações e refletir sobre as mesmas, tendo participado e ajudado na implementação das mesmas.

Outro dos meus objetivos, que consegui atingir, era cuidar da mulher em situações de abortamento, qualquer que fosse o motivo, tendo possibilidade de presenciar 3 situações diferentes.

Também tive a oportunidade de realizar um dia de estágio na Unidade de Medicina Fetal. Esta Unidade, devido à situação epidemiológica atual, passou a situar-se nas Consultas Externas, funcionando de Segunda a Sexta-feira, entre as 9h00 e as 17h00. Nestas consultas, é realizado o rastreio e diagnóstico do Síndrome de Down, a biópsia das vilosidades coriônicas/amniocentese, a ecografias das 11-13 semanas e dada informação e seguimento no caso de abortamento no primeiro trimestre. A primeira consulta deverá acontecer por volta das 10 semanas de gestação.

A única maneira de ter a certeza se o feto tem ou não Síndrome de Down ou outro problema cromossómico é realizando um teste diagnóstico – amniocentese ou biópsia das vilosidades coriônicas (BVC). A amniocentese consiste em retirar uma pequena quantidade de líquido amniótico e é feita, geralmente, após as 16 semanas. A BVC pode ser realizada a partir das 11 semanas e implica analisar um pequeno fragmento da placenta. Ambos os métodos proporcionam a análise de um tecido que possui a mesma configuração genética do bebé e permitem que os mesmos sejam analisados em pormenor. Estes testes podem causar abortamento, mesmo que o bebé seja completamente normal. O risco de abortamento é de cerca de 1%. São combinados três fatores para avaliar o risco de o bebé sofrer de Síndrome de Down. É avaliada a translucência da nuca, na ecografia das 11-13 semanas e 6 dias, que é uma pequena quantidade de líquido da parte de trás do pescoço do feto que é medida. Todos os bebés têm líquido nesta zona, no entanto nos casos de Síndrome de Down, este líquido está aumentado. É realizada uma análise ao sangue da mãe, medição dos níveis das hormonas da gravidez  $\beta$ -hCG livre e PAPP-A. Nos bebés com Síndrome de Down existe a tendência para os níveis da  $\beta$ -hCG livre estarem aumentados e os de PAPP-A diminuídos. Como terceiro item é avaliada a idade da mãe. A combinação destas três avaliações consegue detetar cerca de 90% dos bebés com Síndrome de Down. É ainda avaliado a presença ou ausência dos ossos do nariz e a circulação do sangue através do coração. É ainda realizada a ecografia das 20-22 semanas, pois é a melhor forma de detetar problemas estruturais, tais como espinha bífida. Esta ecografia é particularmente importante nos bebés com aumento da translucência da nuca, pois o risco de possuírem anomalias cardíacas ou outras é maior.

No dia 18 de março, tive oportunidade de estar na UMF, dia da semana onde se efetuam os testes invasivos. Assisti e cooperei na realização de algumas BVCs e de uma amniocentese.

A BVC serve para determinar o cariótipo fetal (cromossomas do feto). Tanto a placenta como o feto originam-se a partir da mesma célula, por isso, estudando os cromossomas da

placenta ficamos a saber como são os cromossomas do feto. O médico começa pela anestesia local na pele da barriga, depois com uma agulha fina que atravessa a parede do útero até à placenta, retira uma pequena amostra que depois vai para análise. Todo este procedimento é acompanhado pela ecografia e dura 1 a 2 minutos. A enfermeira é responsável pelo acompanhamento da grávida, pela sua preparação e todo o material necessário, colabora com o médico durante o procedimento e prepara a amostra para envio para o laboratório, deve ainda informar a grávida de que é normal nos primeiros dias sentir dor abdominal, semelhante às dores menstruais ou até uma pequena perda de sangue. No caso de ter dor intensa, febre ou hemorragia abundante deve consultar o médico.

A amniocentese é uma técnica invasiva que consiste em introduzir uma agulha na parede abdominal até chegar ao útero para retirar uma pequena quantidade de líquido amniótico. Esta dá as mesmas informações que a BVC, a diferença é que esta só deve ser feita a partir das 16 semanas. Os resultados para os problemas mais graves e frequentes (Trissomia 21 ou Síndrome de Down, Trissomia 13 ou Síndrome de Patau e Trissomia 18 ou Síndrome de Edwards) ficam prontos em três dias úteis, o resultado final demora 2 a 3 semanas e pode identificar pequenas alterações ou situações mais raras. Os resultados são comunicados pela enfermeira via telefone e se o resultado for anormal é também marcada uma consulta presencial para ajudar a perceber melhor o resultado e realizar o devido encaminhamento, sendo que a grávida pode optar por prosseguir a gravidez, sendo que neste caso será feita uma vigilância mais frequente da gravidez, ou então pode optar pela interrupção da gravidez, tendo apoio psicológico disponível se assim o desejar.

Foi um dia bastante produtivo e interessante, pela importância da vigilância da gravidez e das consultas e métodos de diagnóstico existentes.

Em meados de março tive oportunidade de acompanhar desde a sua entrada na sala de partos até à saída, uma mulher de 28 anos, que tinha como antecedentes familiares um irmão com paralisia cerebral e a qual foi diagnosticada na presente gravidez, um feto com trissomia 21. Veio para interrupção médica da gravidez, com uma idade gestacional de 14 semanas. Esta grávida veio ao serviço de urgência por contrações dolorosas e hemorragia. Apresentava-se muito queixosa à entrada, com tremores e palidez associada, com necessidade de administração de Petidina EV. Tive oportunidade de acompanhar este casal durante o período expulsivo, houve necessidade da intervenção do médico para realização da dequitação manual. Após este processo foi dado aos pais a possibilidade de verem o feto e poderem estar a sós para o seu processo de luto. Os pais decidiram ver o feto e passar algum tempo com ele. Depois coloquei o feto em formol, para seguir para o laboratório.

Nesta situação de IMG, a minha intervenção focou-se no conforto físico da mulher, através da monitorização do processo de abortamento, o estado hemodinâmico da mulher, a sua dor e a administração de terapêutica e avaliação do seu efeito. Igualmente importante foi o conforto psicoespiritual e social da mulher, sendo da nossa competência enquanto EEESMO conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher e conviventes significativos, durante o período de luto. Foi proporcionado ao casal um ambiente tranquilo, com o mínimo de profissionais possível, que em conjunto com as medidas de conforto foram importantes para proporcionar e criar uma relação terapêutica de forma a ultrapassar e viver o luto da forma mais saudável possível.

Outra das situações com as quais me deparei, já quase no fim deste estágio, foi uma mulher de 38 anos, com uma idade gestacional de 34 semanas, que recorreu ao serviço de urgência por ausência de batimentos cardíacos fetais, sendo constatado morte fetal. Foi encaminhada para a sala de partos, a fim de induzir o parto. Foi sem dúvida uma situação que me custou imenso, pois é uma situação extremamente delicada que está fora dos padrões de normalidade neste local de trabalho. O normal é o nascimento, a vida de um novo ser humano e a felicidade de todos aqueles que se encontram presentes no local do parto, por isso é complexo saber lidar com a morte, a revolta e a tristeza. Fiz o acompanhamento deste casal desde a entrada na sala de partos até iniciar a indução do trabalho de parto com a Prostaglandina natural E2. Como foi no turno da noite, acabamos por deixar o casal tranquilo e a sós para poderem gerir esta notícia tão devastadora para eles, sendo que ia passando a ver se necessitavam de alguma coisa. Como saí às 8 horas da manhã já não participei neste parto, nem depois no processo de luto. Sei, no entanto, que após o pós-parto imediato, a mulher sobe para o internamento, onde não há recém-nascidos e o marido segue para casa, o que na minha opinião é muito injusto, pois a mulher devia ser acompanhada durante todo o internamento pelo seu convivente significativo, pois é um processo muito custoso para os dois, no entanto a mulher segue acompanhada por nós profissionais de saúde, enquanto que o companheiro é deixado “sozinho” no seu sofrimento. Embora agora com esta situação de pandemia que vivemos, as visitas e acompanhamentos tenham sido diminuídos, penso que numa situação destas e fazendo os dois o teste à entrada na sala de partos, seria benéfico a mulher ficar acompanhada por alguém com quem se sinta bem.

Outra das situações que achei interessante para a minha aprendizagem e que desconhecia, foi uma mulher de 31 anos, uma gravidez gemelar que deu entrada na sala de partos por RCT não tranquilizador. A particularidade desta gravidez é que um dos fetos apresentava Trissomia 21, pelo que foi feito feticídio às 18 semanas de gestação.

Esta intervenção, praticada na gravidez múltipla geralmente durante o 2º trimestre, destina-se a terminar a gestação de um feto com anomalias cromossômicas ou estruturais, deixando

prosseguir o desenvolvimento do ou dos cogêmeos. No caso de um dos fetos apresentar anomalias graves, o método de interrupção depende da corionicidade. Nas gestações bicoriônicas, a técnica mais utilizada é a injeção intracardíaca de cloreto de potássio. Nas gestações monocoriônicas, deverá ser tentada a oclusão completa do cordão umbilical do feto anômalo, com o intuito de evitar a repercussão sobre o gêmeo normal, estando, para tal, descritos vários métodos: ablação laser dos vasos umbilicais ou laqueação do cordão através da fetoscopia, ablação por radiofrequência, injeção de álcool absoluto no cordão ou na veia hepática. Sob controlo ecográfico contínuo e cuidadosa antisepsia, punciona-se a cavidade torácica do primeiro feto selecionado com uma agulha de punção lombar de calibre 22, cuja ponta se dirige para o coração, que, sempre que possível, mas não necessariamente, deve ser puncionado. Injeta-se 2-3 mEq de cloreto de potássio, mantendo-se a observação do coração fetal até decorrerem 3 minutos de assistolia. (Luís Mendes Graça, 2017)

Estes gémeos eram dizigóticos. Segundo Mendes Graça (2017), os gémeos dizigóticos (cerca de dois terços das gestações múltiplas) resultam da fecundação de dois óvulos por diferentes espermatozoides. As gestações de gémeos dizigóticos são sempre bicoriônicas e biamnióticas, isto é, existem sempre duas placentas (mesmo que fundidas) e tecido corial interposto entre as duas cavidades amnióticas.

Não tive oportunidade de assistir a este parto, no entanto quando entrei para fazer turno, prestei os cuidados à RN, que nasceu por parto eutócico, sem necessidade de episiotomia e consegui visualizar as placentas, que se encontravam fundidas, uma delas vinha já mumificada e com o feto morto, a outra vinha com um aspeto normal pós dequitação.

O objetivo “adquirir competências teóricas, práticas e relacionais durante o trabalho de parto e parto também foi atingido, tirando um ou outro item que não foi necessário atingir, por indisponibilidade do serviço.

Durante todo o meu estágio procurei sempre proporcionar ao casal ou à mulher e ao seu companheiro/a significativo um ambiente seguro, positivo e saudável para todo este processo. Demonstrei sempre disponibilidade e interesse por todas as intervenções e situações abordadas, tendo assumido uma postura assertiva e pró-ativa. Senti alguma dificuldade em tomar iniciativa com utentes que não pertenciam às minhas enfermeiras tutoras, por diferentes maneiras de trabalhar na equipa de enfermagem. Tentei sempre comunicar de forma clara com as grávidas e companheiro/a, dando a informação necessária de forma clara e objetiva, sendo que no início tinha alguma dificuldade em comunicar, por ter uma postura mais introvertida, aspeto esse que fui tentando melhorar ao longo do meu percurso nesta sala de partos.

A maioria das parturientes foram admitidas no serviço de urgência e posteriormente internadas na sala de partos por início do trabalho de parto ou para indução do trabalho de parto,

sendo a maior parte gravidezes vigiadas nos cuidados de saúde primários ou em médicos particulares.

O TP é o conjunto de fenómenos fisiológicos que promovem a dilatação do colo uterino, a progressão fetal através do canal de parto e por último a sua expulsão para o exterior (Graça, 2010; Lowdermilk, 2008). O TP envolve quatro estádios, sendo o 1º estágio correspondente ao apagamento e dilatação do colo, o 2º estágio refere-se ao período expulsivo, que se inicia com a dilatação completa do colo e termina com a expulsão do feto, o 3º estágio é a dequitação, que se inicia logo após a expulsão do feto e termina com a saída completa da placenta e por último o 4º estágio corresponde ao puerpério imediato que decorre desde a expulsão da placenta até às duas horas após o parto, correspondente ao restabelecimento da homeostasia da mulher (Lowdermilk, 2008).

A mulher grávida dá entrada no serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica, pelas suas queixas, é avaliada pelo EEESMO e pelo Obstetra de serviço, realiza os exames complementares de diagnóstico necessários, realiza RCT e análises se necessário e posteriormente é internada na sala de partos. Numa lógica de continuidade de cuidados, tentei realizar todas as admissões das mulheres grávidas e convivente significativo durante os meus turnos de estágio, fazendo o acolhimento e apresentando o serviço. Este primeiro contacto é sem dúvida extremamente importante para se estabelecer uma relação terapêutica, para que haja cumplicidade entre mulher grávida/profissional e um ambiente próprio para desfazer todos os medos e dúvidas que possam ter. Devemos sempre apresentarmo-nos à parturiente, dizendo o nosso nome e neste caso sendo a EEESMO que a vai acompanhar ao longo deste turno. Todas as intervenções de enfermagem foram previamente explicadas à mulher/convivente significativo por ser um direito dos mesmos e para promover a relação terapêutica baseada na confiança e veracidade. À entrada é nos dado o processo clínico da parturiente e juntamente com o Boletim de Saúde da Grávida, colhemos a história pessoal, ginecológica e obstétrica e eventuais intercorrências vividas na gravidez, para podermos definir as suas necessidades. Após a apresentação do seu quarto, espaço exterior e WC, era executada a avaliação e monitorização do bem-estar materno e fetal, realizando RCT, eram avaliados os sinais vitais se houvesse necessidade, pois estes eram todos avaliados no serviço de Urgência, era avaliada a dor, segundo a escala visual analógica (EVA) e depois eram realizadas as colheitas de sangue prescritas pelo obstetra (a menos que a grávida tivesse uns resultados recentes) e a maior parte das vezes com a colheita de sangue era cateterizado um acesso venoso periférico que ficava obturado, caso a mulher ainda estivesse demorada no TP ou a fazer indução do TP, ou então colocava-se um polieletrolítico glicosado pela cessação de ingerir nutrientes, apesar de a OMS (1996) referir que a punção venosa para administração de fluidos intravenosos é uma prática que deve ser eliminada. É nesta altura também que falamos com a

parturiente sobre os posicionamentos favorecedores do bem-estar fetal, se esta permanecer deitada, deve dar-se preferência aos decúbitos laterais, evitando o decúbito dorsal.

De todas as mulheres às quais prestei cuidados durante o meu estágio, só uma trouxe consigo um plano de parto, escrito à mão. Tive oportunidade e tempo de ler esse plano, na sua maioria eram itens como: realizar episiotomia, só se mesmo necessário, realizar rotura artificial de membranas, só se mesmo necessário, entre outros. Estas intervenções na atualidade, já não são efetuadas de rotina, mas sim se se justificar em caso de sofrimento fetal, entre outras. Foi isto que tentei explicar à parturiente, sendo que a iríamos informar de todos os procedimentos a efetuar, durante o parto. Eu, e a equipa de enfermagem tivemos sempre presente este plano de parto durante todo o internamento da mulher, no entanto, por parte da equipa médica não houve grande interesse e disponibilidade para colocar em prática esse plano. Na visita médica, a obstetra foi avisada várias vezes, que a parturiente tinha um plano de parto e não queria que se efetua-se a RAM para acelerar o processo, no entanto, tal não foi atendido. Ainda durante o parto, sendo que fui eu que realizei o mesmo, a obstetra apareceu e assistiu, tendo pressionado várias vezes para executar a episiotomia, mesmo não sendo necessário, e tendo dito à mãe que era necessário e melhor, pelo que esta assentiu.

Mesmo com todas as outras parturientes, sem plano de parto, a minha intervenção teve sempre em conta as necessidades de conforto da mulher/convivente significativo, de forma a proporcionar e garantir as condições favoráveis a uma experiência de parto única e o mais significativa possível. Este apoio é primordial que seja realizado pela equipa de saúde e acompanhante, oferecendo conforto, além das orientações e informações sobre o desenvolvimento do trabalho de parto e parto. A maneira como o trabalho de parto é vivido faz parte da história de vida da parturiente e constitui a representação do seu parto. É importante trabalhar em parceria com a mulher, num *continuum* de cuidados personalizados em que esta tem um papel ativo ao longo de todo o processo, indo ao encontro das suas preferências e necessidades. Este modelo de atuação tem um impacto muito positivo sobre a saúde e bem-estar da mulher e respetiva família, constatado pela evidência científica (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

Em todas as parturientes que se encontravam ao meu cuidado, e após permissão destas, era avaliada a cervicometria, as características do colo, a integridade das membranas, a apresentação, a variedade fetal, a descida da apresentação a avaliação contínua da dinâmica uterina e a avaliação do bem-estar fetal, com constante interpretação dos traçados da monitorização cardíaca fetal, tendo preenchido sempre e com rigor o partograma.

O partograma é entendido como uma representação gráfica do trabalho de parto e pode ser considerado um excelente recurso visual para analisar a dilatação cervical e a descida da apresentação, em relação ao tempo. Atualmente, a sua atitude é mais abrangente e está

desenhado para monitorizar não só a evolução do trabalho de parto, mas também a grávida e o feto. A utilização do partograma transformou a conduta clínica intuitiva em ciência preditiva. Outros autores referem mesmo que a sua correta utilização pode contribuir para diminuir as taxas de cesarianas, assim como a diminuição dos casos de sofrimento fetal intraparto (Nené, Marques e Batista, 2016).

No início senti uma grande dificuldade em avaliar a dilatação do colo uterino, principalmente quando era um colo ainda muito posterior, dificuldade essa que fui superando ao longo do estágio. Outra das dificuldades era a avaliação da variedade fetal, dúvidas na identificação das estruturas cefálicas, tendo aperfeiçoado esta dificuldade, sem, no entanto, ultrapassá-la completamente. A ajuda das EEESMO orientadoras foi primordial para a minha evolução.

Outra das avaliações importantes realizadas era a visualização do líquido amniótico quando a bolsa se rompia, quer espontaneamente, quer por intervenção médica (amniotomia). Relativamente às características do líquido amniótico, era avaliada a cor, o odor e a presença de mecónio.

O líquido amniótico é um importante componente do ambiente intrauterino e pode fornecer inúmeras informações sobre a saúde do feto (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

De todas as grávidas que observei com alterações do LA, o meconial era o mais encontrado, tem uma cor esverdeada e pode indicar sofrimento fetal atual ou anterior.

Durante o trabalho de parto, o bem-estar materno-fetal pode ser colocado em causa, uma vez que as contrações uterinas irão interromper o fluxo sanguíneo materno-fetal, ocorrendo assim períodos intermitentes de redução da oxigenação fetal e, apesar da maioria dos fetos ter reservas para resistir a essas alterações, outros poderão não ter (Neilson, 2013 cit por Nené, Marques e Batista, 2016).

Para realizar a CTG são colocados dois transdutores sob o abdómen da grávida, um deles é colocado no foco fetal, que vai captar a FCF e o outro é colocado sobre o fundo uterino para a captação das contrações uterinas. A posição da grávida durante a realização do RCT também é importante. Segundo Cerejeira, 2011, das diferentes posições recomendadas destaca-se a posição *semifowler* (assegura uma oxigenação adequada da grávida e do feto e tem bons níveis de conforto), seguida da posição de sentada e o decúbito lateral esquerdo (Nené, Marques e Batista, 2016).

A vigilância do bem-estar materno e fetal é realizada, através do registo cardiotocográfico. Com a chegada da parturiente à sala de partos, é instalada a monitorização fetal, estando preconizado no serviço a realização de RCT de forma contínua/intermitente, consoante as necessidades. É através da correta visualização e interpretação do RCT que se identifica e

monitoriza os desvios ao padrão normal de evolução do TP, podendo assim referenciar as situações que estão para além da nossa área de atuação. Qualquer situação que se detete, que esteja fora do considerado normal, deve ser comunicado à equipa médica, para que estes possam optar por outra atitude, como por exemplo uma cesariana. De todos os registos que tive oportunidade de avaliar e monitorizar, os desvios à normalidade mais frequentes eram as alterações na linha de base (sendo que a mais frequente era a Taquicardia), as desacelerações precoces (mais relacionadas com a compressão do polo cefálico), desacelerações variáveis (ocorrem mais frequentemente em TP), desacelerações repetitivas, variabilidade reduzida e as taquissistolias (mais frequentes pelo início do uso da Ocitocina). Sempre que se detetava alguma alteração no RCT, a equipa de enfermagem alertava de imediato a equipa médica, que vinha observar a parturiente.

Em relação às técnicas de alívio da dor, tive oportunidade de proporcionar técnicas não farmacológicas de alívio da dor e de colaborar na preparação e administração da analgesia epidural.

A dor é considerada uma experiência subjetiva e pessoal. A sua perceção corresponde a uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivas e motivacionais. No entanto, a remoção completa da dor não significa necessariamente uma experiência de parto mais satisfatória, pelo que o controlo eficaz da dor necessita de ser ajustado de forma individual (Smith et al., 2006 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

A utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto e parto diminui a ansiedade nas parturientes, promovendo uma colaboração mais ativa das mesmas e uma maior participação e envolvimento do acompanhante, e reduz o consumo de analgésicos sistémicos (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, 2013, o EEESMO tem como foco proporcionar/atender a mulher nas diferentes fases do trabalho de parto, incluindo na gestão da dor e na utilização das técnicas não farmacológicas para o seu alívio, bem como estabelecer uma relação de ajuda, confiança e empatia, visando o conforto e o bem-estar materno-fetal.

Como métodos não farmacológicos de alívio da dor, tive oportunidade de pôr em prática a musicoterapia, se bem que a maioria das mulheres já trazia consigo as músicas preferidas no seu telemóvel, que iam ouvindo com os auscultadores, a massagem, as técnicas de pressão e contrapressão, as técnicas respiratórias, a utilização do chuveiro, a bola de pilates e promover a verticalidade. Uma das formas mais utilizadas de alívio da dor durante o TP foi a deambulação. Sempre que possível foi permitida às parturientes a possibilidade de deambular durante o TP, bem como adotarem posicionamentos mais confortáveis. O duche foi também um método muito útil para

ajudar no alívio da dor, pois a água quente induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo o relaxamento muscular.

Está cientificamente provado que a posição vertical traz grandes benefícios à grávida e ao feto. Quando a grávida está em trabalho de parto e assume uma posição vertical, ocorre o aumento do fluxo sanguíneo para o útero, existindo diminuição da dor, aumento de aporte de oxigénio ao feto e a dinâmica uterina torna-se regular e eficaz. Ocorre então uma redução da duração da fase ativa de trabalho de parto, diminuindo a necessidade de terapêutica analgésica (Néné, Marques & Batista, 2016).

As técnicas de pressão/contrapressão são simples e fáceis de aplicar, mesmo pelo acompanhante. Ao promover o movimento do sacro, vão facilitar o encravamento da apresentação no estreito inferior, ao mesmo tempo que aliviam a tensão muscular, diminuindo o desconforto. A pressão é aplicada simultaneamente em ambos os lados da região sagrada. A força é aplicada durante as contrações, porque o cérebro percebe mais rápido o toque do que a dor (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

Houve grávidas que experimentaram estes métodos pela primeira vez, porque não participaram nas aulas de preparação para o parto, outras já vinham com algum treino de casa como por exemplo a bola de pilates. Era proposto a todas as mulheres alguma destas medidas ou então um conjunto delas, tendo incentivado sempre o/a acompanhante a participar. Houve um pequeno grupo de mulheres que não quis experimentar estas técnicas e queria passar logo para a analgesia epidural. As outras mulheres que experimentaram os métodos não farmacológicos, quando a dor começava a ficar mais intensa, também solicitaram a epidural.

No geral, a analgesia epidural, é muito solicitada por parte das mulheres, algumas com receios e necessidade de esclarecimentos, outras com conhecimentos prévios, tomando uma decisão bem fundamentada, tendo eu como futura EEESMO respondido a todas as questões e juntamente com a/o anestesiológista, dissolvido todos os receios e medos que estas apresentavam.

Foi assim da minha competência a avaliação do nível de dor da parturiente, apoiar a parturiente/casal pela sua decisão analgésica, esclarecer e desmistificar conceitos, o contacto com o/a anestesiológista, a preparação de todo o material necessário para a analgesia epidural e a monitorização e posicionamento da grávida e o despiste precoce de complicações (colocando antes do procedimento um Lactato de Ringer, para prevenir hipotensão). No pós-parto, retirar o cateter epidural verificando sempre a sua integridade e avaliar eventuais sangramentos.

Pelo menos 10 das mulheres, em que fui eu a realizar o parto, não experimentaram a analgesia epidural, por opção ou por TP precipitado, com impossibilidade de realização da mesma, ou por falta de resultados laboratoriais ou por entrada já em período expulsivo.

A analgesia epidural consiste na punção do espaço epidural, a nível lombar (habitualmente L3-L4 ou L4-L5), com a administração de uma mistura analgésica. Quando se dá a realização da técnica é colocado um cateter no espaço epidural, que permite a instilação contínua ou intermitente de analgésicos (Néné, Marques & Batista, 2016).

Nesta sala de partos, a mistura mais utilizada era um anestésico local juntamente com um opióide.

É também de extrema importância explicar à parturiente/casal, os possíveis efeitos secundários desta analgesia, para evitar desconfortos e preocupações. Os principais efeitos são: o prurido, as náuseas e os vômitos, dormência dos membros inferiores, aumento da temperatura corporal, tremores e retenção urinária (tendo de se realizar várias vezes o esvaziamento vesical com recurso a uma sonda). Estes efeitos são transitórios, no entanto quando muito acentuados podem ser revertidos pelo anestesiológista. Foi notório ao longo do estágio nas parturientes sob analgesia epidural, principalmente nas situações de TP prolongado, o desconforto físico e psicológico gerado pela fome e sede e o facto de não poderem deambular.

Assisti e participei em várias colocações de cateter epidural, tendo todas elas sido bem-sucedidas, expeto em duas situações, que vou descrever.

Uma grávida de 30 anos, com 41 semanas de gestação, que deu entrada na sala de partos para indução do TP. Quando a anestesiológista procedeu à colocação do cateter epidural, este partiu, tendo ficado uma parte do cateter no interior do espaço epidural. Foi de seguida pedido uma TAC e um pedido de avaliação pela Neurocirurgia para eventual retirada do cateter.

Uma grávida de 33 anos, com 41 semanas de gestação, aquando da colocação do cateter epidural, foi puncionada acidentalmente a duramater. A literatura refere incidências de 0,5% - 1% de punções acidentais da dura-máter, mesmo com anestesiológistas experientes (Graça, 2017). Os sintomas que a grávida apresentou, foi uma cefaleia frontal que apareceu logo após a punção, que melhorou após o decúbito dorsal. Foram-lhe feitos os ensinamentos e cuidados a ter relativamente a esta situação e a anestesiológista realizou ainda o Bloqueio do nervo esfenopalatino, que eu desconhecia. É uma situação extremamente delicada para uma recém-mãe, cujo recém-nascido necessita de cuidados. Vão ser uns primeiros dias diferentes do habitual e que requerem muita ajuda e compreensão por parte do acompanhante e também por parte da equipa de enfermagem.

A realização da punção epidural na grávida torna-se, muitas vezes, mais difícil do que noutro tipo de doentes, devido à reduzida colaboração da mesma por agitação/dor durante as

contrações (tanto maior, quanto mais adiantado se encontra o TP), pela dificuldade de flexão da coluna vertebral (devido ao volume do útero gravídico), pela dificuldade da identificação do espaço intervertebral nas grávidas com grande aumento ponderal, devido à presença de edema subcutâneo e estreitamento do espaço epidural pelo aumento da pressão intra-abdominal provocado pelas contrações uterinas, pelos esforços de expulsão e pelo ingurgitamento das veias do espaço epidural resultante da compressão do útero sobre a veia cava inferior (Graça, 2017).

Em relação às patologias associadas ou concomitantes com a gravidez, também tive oportunidade de trabalhar com várias grávidas com patologia associada, a mais frequente foi a Diabetes Gestacional, a Hipertensão Arterial que, em quase todas as mulheres que assisti, apareceu somente na última semana de gestação e o Hipotireoidismo (que já era uma patologia pré-existente à gravidez).

Houve ainda algumas complicações obstétricas que também foram muito importantes para o meu ciclo de aprendizagem por exigirem uma vigilância mais apertada como por exemplo a Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU), o oligoâmnios, o descolamento da placenta, a pré-eclâmpsia a ameaça de parto prétermo, entre outros.

Uma grávida de 29 anos, com 37 semanas de gestação, uma primeira gravidez, que deu entrada por RCIU, bradicardia fetal, oligoâmnios e descolamento da placenta. Foi colocado Prostaglandina natural E2 para a indução do TP, que foi retirado mais ou menos 22 horas após, apresentou um período de desaceleração, que reverteu após colocação de Oxigênio a 3L/min por óculos nasais, deu-se depois o parto, um menino, sem necessidade de episiotomia e sem intercorrências.

Oligoidrâmnio é uma quantidade anormalmente baixa de líquido amniótico. O trabalho de parto pode ocorrer espontaneamente ou ser induzido devido à possibilidade de insuficiência placentária (Fraser & Cooper, 2008).

A indução do TP é um procedimento que muita controvérsia e discussão tem gerado em Obstetrícia. Trata-se de induzir artificialmente contratilidade uterina, de forma que se inicie o trabalho de parto antes do que seria suposto espontaneamente. Há concordância de que a indução deve ser iniciada sempre que haja evidência de que aquela grávida e respetivo feto têm mais a ganhar se o TP for artificialmente iniciado do que se não interferir (Néné, Marques & Batista, 2016).

Outra das situações presenciadas, foi uma grávida de 41 anos, uma gestação de 37 semanas e 1 dia, uma quarta gravidez, com três abortos espontâneos no passado, que deu entrada para indução do TP por RCIU e trombofilia, medicada com enoxaparina – heparina de baixo peso molecular, cuja última toma tinha sido há dois dias. Tinha ainda uma diabetes gestacional detetada no 2º trimestre da gravidez, sendo que não necessitava de medicação. Iniciou

a indução com a Prostaglandina natural E2 que teve de ser retirado mais tarde por apresentar taquissistolias. Foi-lhe depois proposta a colocação do balão, que é considerado um método mecânico de indução do TP.

A colocação de cateter com balão: com técnica asséptica é inserido um cateter no canal cervical e depois insuflado o respetivo balão, com solução salina. O cateter permanece no espaço cervical até que seja expulso ou até 12 a 24 horas após colocação. É recomendada a monitorização contínua da atividade uterina (Néné, Marques & Batista, 2016).

As vantagens destes métodos são o baixo risco de taquissístolia, menores efeitos sistémicos, facilidades de armazenamento, validades dos materiais alargadas, não ser necessária refrigeração e baixo custo. As desvantagens incluem aumento de risco de infeção materna e neonatal (devido à introdução no organismo materno de um corpo estranho), potencial descolamento da placenta baixamente inserida, rutura acidental de membranas, hemorragia, desconforto materno e necessidade frequente de utilização subsequente de oxitocina (Néné, Marques & Batista, 2016).

A taquissístolia uterina caracteriza-se por mais de cinco contrações em 10 minutos de CTG, com risco de hipoxia fetal (Néné, Marques & Batista, 2016).

Embora os partos instrumentados não sejam da competência do EEESMO, estes colaboram juntamente com o obstetra nestes partos. Tive oportunidade de colaborar em dois partos por fórceps e 5 por ventosa, situações estas referenciadas, por estarem para além da nossa atuação enquanto EEESMO. As causas mais frequentes foram situações de desaceleração cardíaca fetal prolongada e de lenta recuperação que não reverteram às intervenções realizadas e paragem de progressão do TP.

Uma grávida de 38 anos com 41 semanas de gestação, uma primeira gravidez, que deu entrada para indução do TP. Inicialmente foi colocado a Prostaglandina natural E2, que acabou por cair após algumas horas, pelo que iniciou perfusão de Ocitocina, que teve de suspender por taquiassistolias. Como apresentava um RCT com desacelerações e Taquicardia fetal e também por ser portadora de lente intraocular (não pode realizar esforços) e falta de progressão fetal, o obstetra optou por colocar uma Ventosa. Estas apresentam cúpulas de plástico rígido, por serem de pequenas dimensões e a haste de tração ser muito flexível, são facilmente manobráveis, permitindo, que o eixo de tração possa ficar quase paralelo à cúpula e que seja mais preciso o local da aplicação no ponto de flexão da cabeça fetal nas situações de grande assinclitismo e nas variedades posteriores (Graça, 2017).

A técnica da ventosa obstétrica baseia-se numa força externa de tração aplicada ao escalpe fetal através de vácuo. Esta tração adiciona-se às forças conjugadas das contrações uterinas e dos

esforços expulsivos da parturiente, facilitando a passagem do feto através do canal de parto (Graça, 2017).

Tive oportunidade, como já referi anteriormente, de colaborar em 5 partos instrumentados por ventosa, todos eles com necessidade de episiotomia à exceção de um e todos eles sem intercorrências. Como a ventosa funciona por sucção e criação de vácuo para prender a cabeça do bebé, é normal o RN apresentar após o nascimento um hematoma ou uma moldagem da cabeça atípica, que por norma ao fim de alguns dias desaparece. Foi também importante elucidar as mães sobre este facto, pois estas apresentavam muito medo e receio.

Nas últimas décadas, a taxa de partos com utilização do fórceps tem decrescido paralelamente ao aumento da taxa de cesarianas e do parto instrumentado com ventosa obstétrica. O progressivo aumento da taxa de cesarianas e a diminuição dos partos por fórceps implica uma significativa redução da formação dos internos (e, consequentemente, da prática dos especialistas mais jovens) nas técnicas do parto instrumentado (Graça, 2017).

Uma grávida de 31 anos de idade com uma idade gestacional de 39 semanas, uma terceira gravidez, com antecedentes obstétricos de uma cesariana há 6 anos por apresentação pélvica e um aborto no 1º trimestre de gravidez. Viglada, sem intercorrências. Aquando da rotura das membranas apresentava LA meconial. Por falta de progressão da apresentação foi decidido pelo obstetra realizar um parto instrumentado com fórceps, tendo necessidade de realização de uma episiotomia extensa, tendo nascido uma menina com 3730g.

Outra das situações que assisti foi uma grávida de 31 anos de idade e uma idade gestacional de 41 semanas, uma primeira gravidez, com diabetes gestacional não medicada. Deu entrada para indução do TP, foi feita indução com Prostaglandina E1. Por falta de progressão e assinclitismo foi realizado parto instrumentado com fórceps e necessidade de episiotomia, sendo que ainda apresentou uma laceração de 1º grau. Nasceu uma menina com 2700g, sem intercorrências.

Tive ainda oportunidade de realizar a admissão de duas parturientes com o feto em apresentação pélvica, que após preparação foi encaminhada e acompanhada pelo EEESMO ao bloco operatório central. Tive como papel fundamental nestas situações preencher a folha de cesarianas disponível no serviço, onde constam entre outros itens, o jejum, o peso, a altura. Colocar um acesso venoso periférico com um soro glicosado em curso. Procedia à algaliação, com técnica asséptica, após tricotomia e higienização da área a intervir. E se esta ainda não tivesse cateter epidural, contactava a anestesiolegista para colocação do mesmo. Após contacto telefónico, acompanhava a grávida ao bloco operatório.

Tive também oportunidade de acompanhar e colaborar na realização de um parto gemelar, por via vaginal, uma mulher de 33 anos de idade com uma idade gestacional de 39 semanas, uma segunda gravidez, com antecedentes obstétricos de um parto eutócico em 2008. Tinha como antecedentes pessoais hipotireoidismo medicada com Levotiroxina sódica. Foi um parto sem complicações, sem necessidade de episiotomia. Foi sem dúvida uma experiência única e interessante, pois na atualidade muitos dos partos gêmeares são realizados por cesariana.

Na fase do período expulsivo, preparava e verificava todo o material e equipamento necessário para executar o parto. A minha intervenção centrou-se nos esforços expulsivos e na participação no parto, promovendo um ambiente calmo e tranquilo indo ao encontro das necessidades de conforto de cada parturiente/convivente significativo. Aquando do início dos esforços expulsivos foi também importante ouvir e explicar à mulher as posições a adotar nesta fase. Consegui instituir o puxo de quatro apoios a duas das minhas parturientes, que referiram ajudar e melhorar a dor nesta fase. Verifiquei que são poucas as vezes em que os EEESMOS incentivam outras posições durante este período, sendo que perante a coroação do polo cefálico à vulva, era adotada a posição de *semi-fowler* na maioria das situações e por vezes a posição de litotimia para a expulsão. A utilização da posição de litotimia segundo a OMS (1996) é uma prática claramente prejudicial ou ineficaz e deve ser eliminada. Devendo adotar-se as posições verticalizadas ou as posições que a parturiente deseja tendo em conta as suas necessidades de conforto, em detrimento do que é mais confortável para o profissional de saúde. Foi assim da minha competência estimular as parturientes para os esforços expulsivos durante a contractilidade uterina, de cócoras ou em decúbito lateral, até a apresentação descer e coroar.

Defende a OMS (1996), que uma posição verticalizada ou uma inclinação lateral durante o 2º estágio do TP apresenta maiores vantagens do que uma posição em decúbito dorsal, uma vez que causam menos desconforto e dificuldade nos esforços expulsivos, níveis de dor inferiores durante o TP, menor ocorrência de traumatismo vaginal ou perineal e de infeções pós-episiotomia.

No terceiro estágio do TP, aguardava-se a dequitação, que nunca demorou mais de 20 minutos, sendo que nem todos os descolamentos da placenta se dão no período estimado. Segundo Graça, et al., 2010 citado por Néné, Marques & Batista, 2016, caso ocorra demora deste, o profissional pode até aguardar 45 minutos a uma hora, se as perdas de sangue não forem excessivas. Tive oportunidade de observar e classificar os dois mecanismos de descolamento, sendo que o mais observado foi o de Schultze. Segundo Néné, Marques & Batista, 2016, esta é caracterizada pela separação, se iniciar na zona mais central, formando um hematoma que só é expulso após a exteriorização da placenta, sendo a mais frequente, correspondendo a 75% dos casos.

Após observar os sinais de descolamento, efetuava a manobra de Brandt-Andrews, que consiste na tração cuidada do cordão, com uma mão, e com a outra aplica-se pressão sobre o útero, para empurrar a placenta para baixo. A placenta deve ser apoiada, usando o próprio peso, de forma a facilitar a saída completa das membranas. Após a dequitação pedia a colaboração de outra enfermeira presente na sala, para colocar a Ocitocina em curso, conforme protocolo do serviço, para prevenção da hemorragia. Esta era preparada antes, colocando 10 Unidades de Ocitocina em 100 mL de soro fisiológico 0.9%.

Após a dequitação observava cuidadosamente a placenta e membranas, para perceber se houve membranas fragmentadas e/ou secção de cotilédone, verificava o globo de segurança de Pinard e as perdas de sangue. Houve um parto em que as membranas se encontravam fragmentadas, pelo que foi registado no partograma e feita referência, para uma monitorização e vigilância e posterior controlo ecográfico. Outra situação que ocorreu foi o útero não contrair após a dequitação, sendo que houve hemorragia significativa, mesmo após administração da Ocitocina, pelo que houve necessidade de colocação de 3 comprimidos de Prostaglandina E1 retal e massagem uterina.

A episiotomia também era alvo de discussão entre a parturiente e o EEESMO e, sempre que possível era evitada, de acordo com avaliação das condições do períneo. Tive oportunidade de avaliar sempre a necessidade de realizar episiotomia, sendo que algumas vezes, o períneo e a sua elasticidade suscitavam algumas dúvidas.

A ferida cirúrgica perineal (episiotomia), apesar de ser uma das intervenções cirúrgicas mais comuns em Obstetrícia, é frequentemente realizada sem o consentimento prévio da mulher (Previatti & Souza, 2007 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020). Achei interessante esta afirmação e serve também para reflexão, porque na realidade é isto que acontece, as mulheres não são informadas antes, mas sim na altura em que é necessário realizar a episiotomia, a não ser que a mulher tenha um plano de parto ou questione o EEESMO acerca desta temática. À luz do conhecimento atual, o uso rotineiro da episiotomia não é recomendado (OMS, 2018).

Realizava sempre a episiotomia médio-lateral, que é efetuada a partir da fúrcula, com uma incisão afastada da linha média do períneo, pelo menos, 45°, habitualmente para o lado direito da grávida (se o operador for dextro). É defendida por maximizar o espaço do canal de parto e reduzir a probabilidade de existirem lacerações de 3º e 4º graus. As suas desvantagens são a reparação mais difícil, a maior perda de sangue e a maior dor perineal no pós-parto (Graça, 2017).

Dos 43 partos por mim realizados, pude constatar que 18 deles necessitaram de episiotomia, sendo que destes, 6 ainda sofreram laceração. As lacerações mais frequentes foram as de 1º e 2º grau, sendo que as primeiras afetam apenas a pele perineal e as segundas envolvem para além da pele os músculos perineais.

Dos outros 25 partos realizados, sem necessidade de episiotomia, pude constatar que em 18 deles houve laceração, de 1º e 2º grau, e só em 7 partos o períneo ficou íntegro, sendo que estes últimos eram de mulheres múltíparas ou então com uma elasticidade a nível perineal muito boa.

Foi realizada episiorrafia por planos e o encerramento da pele foi realizado com pontos simples, contínuos ou Donati, sendo que tentei sempre colocar o menor de fio de sutura possível, para evitar os processos inflamatórios no pós-parto. Inicialmente foram sentidas algumas dificuldades na realização da episiorrafia, devido à inexperiência de manuseamento do material cirúrgico e à fisionomia do períneo, conduzindo a um aumento significativo do tempo em que a mulher ficava em posição ginecológica. As minhas EEESMOS orientadoras tiveram um papel fundamental no desenvolvimento desta competência com os seus ensinamentos, conselhos, correções e apoio proporcionado, aumentando consideravelmente a confiança e habilidade desta técnica. É de notar também o meu empenho que se tornou fundamental para aperfeiçoar a técnica.

Em relação ao objetivo proposto no projeto de estágio, desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido na adaptação à vida extra-uterina, cumpro criteriosamente este objetivo tendo alcançado durante o estágio autonomia para prestar estes cuidados.

Após o parto, e sempre que fosse possível era realizado o contacto precoce pele a pele, que consiste em colocar o RN, coberto de um lençol/pano quente, no peito da mãe. Este contacto ajuda a fortalecer o vínculo entre mãe e filho e tem como principal objetivo um acolhimento suave do RN, minimizando assim o impacto da transição entre dois meios totalmente diferentes, do mundo intrauterino para o extrauterino. De todos os partos que realizei e aqueles que assisti, este contacto era sempre privilegiado, exceto nos partos instrumentados, que são acompanhados pelo Pediatra, em que era realizada primeiro a avaliação do RN e só depois colocado em contacto pele a pele e em situações em que o RN necessitava de aspiração ou lavagem gástrica.

Após a colocação do RN sobre o peito da mãe era realizada a laqueação tardia do cordão umbilical, o que vai de encontro à evidência científica e referido pela OMS (1996), que a clampagem tardia do cordão umbilical é a forma mais fisiológica de o fazer, enquanto a clampagem precoce, só deve ser realizada caso existam motivos.

Houve algumas situações em que esta clampagem tardia do cordão umbilical não foi possível, como por exemplo quando havia colheitas para recolha de células estaminais e quando havia a existência de circulares apertadas ao pescoço. Tive algumas situações de circular apertada ao pescoço, que foi resolvida sem intercorrências.

O corte do cordão umbilical era efetuado pela parturiente ou o convivente significativo, se estes assim o desejassem, de forma asséptica. Sendo esta uma prática comum na sala de partos pelos EEESMOS, de forma a valorizar a participação do pai ou outro acompanhante nos cuidados.

Em todos os nascimentos considerados de risco era também efetuada a colheita de sangue do cordão umbilical para gasometria, era colhido uma seringa de sangue venoso e outra de sangue arterial. Esta análise é o método mais objetivo de avaliar a oxigenação do RN no momento do nascimento.

O sangue da artéria umbilical fornece uma avaliação mais precisa da presença e gravidade de uma acidemia fetal (Riley & Johnson, 1993), enquanto o da veia umbilical reflete o estado das trocas gasosas ao nível da placenta, que está dependente da função uteroplacentária e do balanço ácido-base materno (Thorp & Rushing, 1999) (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

Segundo Sequeira, Pousa & Amaral, 2020, são critérios de seleção para recolha de amostra: todas as intervenções obstétricas por estado fetal não tranquilizador; RN com índice de Apgar baixo (<5 ao primeiro minuto); casos em que exista diagnóstico antenatal de RCF; alterações na monitorização fetal intraparto sugestivas de hipoxia fetal; febre intraparto (>38.5°C) e parto vaginal com extração difícil.

Houve algumas grávidas que trouxeram consigo o kit para a colheita de sangue do cordão umbilical para células estaminais, sendo que estes kits variam de laboratório para laboratórios, sendo importante na admissão da grávida proceder à leituras das instruções de cada kit.

As células estaminais são células com a capacidade de se diferenciarem em células altamente especializadas, que permitem a regeneração de tecidos e estruturas. Assim, estas células têm a capacidade de se diferenciarem e regenerarem, criando novas células e proliferando através de sucessivas divisões mitóticas (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

O sangue do cordão umbilical, tal como uma porção do cordão umbilical, são facilmente recolhidos após o nascimento. O processo de recolha é completamente indolor e não invasivo e não tem qualquer risco, quer para a mãe quer para o RN (Parent's Guide to Cord Blood Foundation, 2007 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

Tive oportunidade de fazer algumas recolhas, sendo esta uma técnica asséptica que é realizada no momento do parto, imediatamente após a clampagem e corte do cordão umbilical. Deve ser colhido o máximo volume de sangue possível. Para algumas amostras era também realizada a colheita do cordão, depois de realizada antissepsia, para um frasco e no final era realizada colheita de sangue periférico da mãe, para pesquisa de doenças sexualmente transmissíveis e também para despiste de infeções que possam ser transmitidas ao sangue do cordão umbilical.

Logo no momento da expulsão do feto, o aspeto primordial era estimular a respiração espontânea, realizando a permeabilização da via aérea. Esta era realizada com uma boa espremedura de todo o trato respiratório, passando a mão, com alguma pressão, no sentido ascendente e terminar nas narinas. Esta espremedura, muitas das vezes, era o suficiente para libertar as secreções e o mecónio que se acumulavam durante o TP. Quando esta estimulação não era suficiente, utilizava-se o aspirador de secreções. Houve duas situações em que foi necessário utilizar o aspirador de secreções, uma delas inclusive foi necessário realizar lavagem gástrica do RN, pela quantidade de mecónio que este ingeriu, situações estas revertidas, sem complicações.

A aspiração está recomendada apenas para recém-nascidos que apresentam obstrução da via aérea por secreções ou mecónio. Quando necessário, aspirar delicadamente a boca e as narinas com sonda traqueal, com uma pressão máxima de 100 mmHg (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

De seguida secava o RN, com panos quentes, para prevenir as perdas de temperatura por evaporação.

Em todos os nascimentos era também avaliado o índice de Apgar, que permite avaliar de forma rápida e sistematizada a vitalidade do RN. Esta avaliação integra cinco parâmetros (frequência respiratória, frequência cardíaca, tónus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele), estes devem ser avaliados no primeiro e quinto minuto, sendo que também avaliávamos ao 10º minuto, após o nascimento. A pontuação pode variar entre 0 e 10 pontos, sendo que quanto menor for o *score*, maior é a dificuldade na adaptação à vida extrauterina. Em todos os nascimentos, o índice de Apgar era sempre entre 9 e 10 nas primeiras avaliações, exceto em um caso, em que o RN nasceu hipotónico, após uma ventosa de difícil aplicação, mas que reverteu.

Após estabilização da respiração e avaliação do Índice de Apgar, deve ser feito um exame físico do RN, no entanto, quando o RN não apresentava complicações que necessitassem de cuidados imediatos, esta avaliação era deixada para depois, de modo a favorecer o contacto pele a pele, a vinculação da tríade e a amamentação na primeira hora de vida. A avaliação física do RN deve ser realizada de forma sequencial, normalmente com orientação cefalocaudal e da frente para trás. Sempre que se verifique algum desvio da normalidade deve comunicar-se ao Pediatra. Ao longo do estágio não detetei nenhuma anomalia nos RN que avalei, quer fossem dos partos que eu realizei, quer fossem daqueles que eu colaborei ou assisti. Observei especificamente os reflexos de sucção e deglutição, a pega efetuada e a vigilância da permeabilidade retal e eliminação vesical.

Nesta altura era também administrado a Fitomenadiona ou Vitamina K1 ao RN, sempre informando e explicando aos pais o que é e para que serve, de modo a estes se sentirem confortáveis e seguros. A vitamina K1, o princípio ativo da Fitomenadiona, é essencial para a

formação dos fatores de coagulação e também dos inibidores da coagulação. É indicado na profilaxia (prevenção) e tratamento da doença hemorrágica do RN.

Após todo este processo, a mãe permanece em repouso nas duas horas após o parto, sempre acompanhada pelo convivente significativo, até que esta e o RN são transferidos para o internamento, e o convivente significativo tem de abandonar o serviço.

Após avaliação do conforto físico e psíquico da mulher dá-se início ao aleitamento materno (previamente discutido com os pais, sendo que todas demonstraram interesse em amamentar os seus bebés). Nesta etapa a minha intervenção focou-se na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, bem como no conforto da mulher. Esta intervenção foi baseada nos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, desenvolvidos pela OMS e UNICEF em 1991.

O Centro Hospitalar Tondela Viseu faz parte da iniciativa “Amigo dos Bebés”, sendo considerado como o Hospital Amigo dos Bebés. Esta iniciativa tem como missão proteger, promover e apoiar o aleitamento materno através da mobilização dos serviços de maternidade, obstetrícia, neonatologia e pediatria, influenciando a prática dos profissionais de saúde, mediante a adoção destas 10 medidas referidas anteriormente.

Na sala de partos consegui promover e aplicar alguns destes passos. O passo três diz respeito ao apoiar a mãe no amamentar, debatendo a importância do aleitamento materno e informando sobre a forma de alimentar o seu bebé. No passo quatro deve incentivar-se o contacto pele a pele logo após o nascimento e ajudar a mãe a amamentar colocando o bebé na posição correta. O passo cinco tem a ver com a posição do RN, a pega e a sucção, dando suporte prático para ajudar as mães com problemas comuns sobre o aleitamento materno, como por exemplo ensinar os sinais de uma boa pega. O passo oito também foi praticado, que consiste em ajudar as mães a perceber quando o bebé tem fome e promover um horário de amamentação livre, sem horários.

No puerpério imediato o EEESMO planeia e presta cuidados de enfermagem especializados de promoção da saúde e de diagnóstico precoce de complicações para a saúde da mulher e RN. A vigilância do estado geral da puérpera foi um dos focos da minha atenção, tendo em conta os sinais vitais, nomeadamente a tensão arterial, para detetar precocemente sinais de infeção ou hemorragia. Eram avaliadas as perdas sanguíneas pós-parto e características das mesmas, avaliação do globo de segurança de Pinard para deteção de atonias uterinas. Era incentivada a eliminação vesical na arrastadeira, sempre que a puérpera conseguisse colaborar, quando não era possível, realizava-se o esvaziamento vesical, para otimização do tónus uterino. Observava ainda o períneo e a episiorrafia.

Após as duas horas, era oferecido um lanche à puérpera e após contacto com a Obstetrícia, o EEESMO acompanhava a mãe e o RN até ao serviço de internamento. Foi-me também salientada a importância de visitar as puérperas (às quais realizei o parto) enquanto estas estivessem no internamento, de modo a poder verificar a episiorrafia e responder a questões que estas pudessem ter.

Em relação ao objetivo “adquirir o número de experiências mínimas exigidas curricularmente”, consegui atingi-lo tendo ultrapassado o número previsto de partos a realizar. No total realizei 43 partos eutócicos, todos eles em apresentação cefálica. Tendo ainda colaborado em mais que dois partos instrumentados. Aproveitei ao máximo todas as oportunidades de aprendizagem, tendo registado todas as experiências mais marcantes.

O objetivo “elaborar trabalhos de acordo com as necessidades do serviço”, foi atingido, sendo que, juntamente com outra aluna da especialidade e a pedido da Enfermeira chefe do serviço, realizamos um novo e atualizado mapa do serviço. Em relação a outros trabalhos, tendo em conta a carga horária da unidade curricular, dos desafios familiares e pessoais e da carga horária no meu serviço, foi de todo impossível realizar outro tipo de trabalhos. Sendo que efetuava sempre alguma pesquisa quando surgia algum tema em que não me sentia tão à vontade. O estudo empírico que faz parte integrante deste relatório, foi realizado decorrente de uma problemática suscitada da minha prática enquanto estudante EEESMO, no final este será apresentado neste serviço.

## **Enfermagem em Promoção de Saúde da Mulher**

O estágio decorreu na Unidade de Saúde Familiar da zona Centro no período de 13 de setembro de 2021 a 30 de setembro de 2021, com uma duração de 72 horas sob a tutoria de uma EEESMO e sob orientação pedagógica da Professora Paula Nelas.

A USF iniciou a sua atividade em Julho de 2007, tendo por objetivo a prestação de cuidados de saúde na área dos cuidados de saúde primários. Os valores pela qual se guia são a qualidade, a satisfação, o profissionalismo, a ética, o rigor, a antecipação e a cortesia. A forma como esta USF está organizada permite uma relação de ajuda de proximidade para a população que serve.

Está integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Dão Lafões da Administração Regional de Saúde do Centro. O horário de funcionamento é de segunda-feira a sexta-feira das 08h00 às 20h00 e ao Sábado das 09h00 às 13h00. Aos domingos e feriados encontra-se

encerrada. É constituída por 30 profissionais: 8 médicos, 8 internos, 8 enfermeiros e 6 secretários clínicos.

Tem vários programas e consultas disponíveis, desde a Consulta da Diabetes até à Consulta da Hipertensão Arterial, sendo que vou apenas referir aquelas que são importantes para o meu percurso académico. Tem assim disponível as consultas de Planeamento Familiar, Climatério, Saúde Materna (e fetal), Saúde Infantil (Recém-nascido, Criança e Adolescente), a vacinação e os programas de Preparação para o Parto e Parentalidade.

A consulta de Planeamento familiar é destinada ao acompanhamento de mulheres (ou casais) em idade fértil, com mais de 15 anos e menos de 49 anos. A periodicidade, salvo indicação contrária, é anual.

A consulta do Climatério é destinada às mulheres em menopausa. A periodicidade, salvo indicação contrária, é anual. Tanto nesta consulta como na consulta de Planeamento familiar é realizada a citologia (Papanicolau), quer no âmbito do rastreio do cancro do colo do útero (para as mulheres com idade compreendida entre 25 e 64 anos) quer fora deste (para as mulheres com menos de 25 anos e mais de 64 anos).

A consulta de Saúde Materna é destinada a todas as grávidas durante todo o ciclo gravídico – puerperal. Idealmente a primeira consulta deverá ser marcada antes das 10 semanas de gestação.

A consulta de Saúde Infantil é destinada à vigilância das crianças e adolescentes, desde o nascimento até aos 18 anos, inclusive. Após o nascimento deve-se agendar o teste do Pezinho (diagnóstico precoce) antes do 6º dia de vida da criança. A primeira consulta deve ser agendada logo que possível, após o nascimento.

Os programas de Preparação para o Parto são destinadas ao acompanhamento das grávidas (e convivente significativo). A referenciação interna é feita pela equipa de saúde familiar, a partir das 25 semanas de gestação. Estes programas, realizavam-se numa sala equipada para o efeito, no entanto, devido à pandemia, começaram a efetuar-se via *online*, para uma maior segurança de todos.

Os registos de enfermagem eram realizados no SClínico, tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), e MedicineOne. Este sistema apresenta registos claros e concisos que correspondem às generalidades da consulta, não substituindo a necessidade de uma avaliação específica e individualizada. As intervenções de enfermagem são selecionadas de acordo com cada utente.

Sinto que atingi o objetivo “conhecer a organização e funcionamento da USF Infante D.Henrique” sem grande dificuldade, tendo percebido a dinâmica da instituição e da equipa multidisciplinar, e contribuindo para o bom funcionamento do serviço. Desenvolvi progressivamente uma prática de cuidados com base na metodologia de trabalho. As minhas ações basearam-se nos guias orientadores, nas normas e protocolos existentes no serviço.

Penso que desenvolvi uma relação empática, favorável ao desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, promovendo o trabalho em equipa e bom ambiente de trabalho, demonstrando disponibilidade e interesse na aprendizagem. Revelei receptividade, interesse e iniciativa nas intervenções de enfermagem e aceitei as críticas de forma construtiva.

Dei também como concluído com sucesso o objetivo “demonstrar responsabilidade profissional, ética e legal”, promovendo a proteção dos Direitos Humanos e Código Deontológico dos Enfermeiros e desenvolvendo uma prática de cuidados que melhoram a segurança, a privacidade e a dignidade da mulher/grávida e família.

Foi constante e muito importante a revisão bibliográfica que efetuei na área dos cuidados de saúde primários, pesquisa essa que me ajudou no meu evoluir neste estágio. Promovi sempre um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados. Mantive durante todo o estágio uma atitude responsável na prestação de cuidados de enfermagem. Demonstrei sempre disponibilidade, interesse e iniciativa nas atividades propostas e realizadas, assumindo uma postura assertiva e pró-ativa. Tentei sempre comunicar a informação de forma clara e objetiva, adequada ao contexto e à população existente.

Durante o ensino clínico tive oportunidade de assistir a algumas consultas de planeamento familiar e inclusive de observar e participar na realização da citologia e palpação da mama, tendo assim atingido o objetivo “desenvolver competências teóricas, práticas e relacionais para cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do PF e durante o período pré concecional”, proposto no meu projeto de estágio.

Segundo a DGS (2008) a Saúde Reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspetos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos.

Assim, de acordo com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) o conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e decidir, se, quando e com que frequência têm filhos. Esta última condição pressupõe o direito de cada indivíduo a ser informado e a ter acesso a métodos de PF da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda a serviços de saúde adequados que permitam às mulheres ter uma gravidez e um parto em segurança e

ofereçam aos casais as melhores oportunidades e ter crianças saudáveis. Abrange, também, o direito à saúde sexual entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais (DGS, 2008).

Segundo as orientações da DGS (2008) são objetivos destas consultas:

- Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura;
- Regular a fecundidade segundo o desejo do casal;
- Preparar para a maternidade e a paternidade responsáveis;
- Reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, paterna e infantil;
- Reduzir a incidência das infeções sexualmente transmissíveis e as suas consequências, designadamente, a infertilidade;
- Melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família.

Tendo em conta estes objetivos, as atividades a desenvolver são:

- Informar sobre os benefícios do espaçamento adequado das gravidezes;
- Esclarecer sobre as vantagens de regular a fecundidade em função da idade;
- Elucidar sobre as consequências da gravidez não desejada;
- Informar sobre a anatomia e a fisiologia da reprodução;
- Facultar informação completa, isenta e com fundamento científico sobre todos os métodos contraceptivos;
- Proceder ao acompanhamento clínico, qualquer que seja o método contraceptivo escolhido;
- Fornecer, gratuitamente, os contraceptivos;
- Prestar cuidados pré-concepcionais tendo em vista a redução do risco numa futura gravidez;
- Identificar e orientar os casais com problemas de infertilidade;
- Efetuar a prevenção, diagnóstico e tratamento das DST's;
- Efetuar o rastreio do cancro do colo do útero e da mama, quando estes não se encontrem organizados de forma autónoma;
- Reconhecer e orientar os indivíduos/casais com dificuldades sexuais;
- Promover a adoção de estilos de vida saudáveis.

A consulta pré-concepcional, faz parte da consulta de planeamento familiar e é de extrema importância. Tem sido considerada um fator determinante para melhorar o prognóstico da futura gravidez e até mesmo para o parto, uma vez que muitos dos fatores que condicionam negativamente o futuro de uma gestação podem ser detetados, modificados ou eliminados antes de a mulher engravidar (DGS, 2006 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

Esta consulta deve ser realizada antes de parar a contraceção e deve ser programada uma consulta subsequente, para avaliar os resultados dos exames realizados e das intervenções propostas (DGS, 2015 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

Segundo Sequeira, Pousa & Amaral, 2020), um estudo realizado por Barbosa (2009) revela que é necessário motivar e sensibilizar a população em idade fértil para os benefícios das consultas pré-concepcionais, uma vez que os resultados obtidos demonstram que a maioria dos elementos da amostra dá importância à consulta, mas, na realidade, nem todos têm a real perceção dos benefícios que esta pode trazer.

São vários os achados clínicos determinantes a avaliar na consulta pré-concepcional, são eles: a idade materna, história familiar, história pessoal (antecedentes como anemias crónicas, asma brônquica, doenças da tiróide, epilepsia, doenças autoimunes, diabetes, nefropatias, VIH, psicopatias e depressão), contraindicações absolutas para engravidar, estilos de vida (alimentares, exercício físico, repouso, consumo de substâncias aditivas e exposição a teratógeno), história obstétrica anterior, história ginecológica e história psicossocial, familiar e cultural (Nené, Marques e Batista, 2016).

Assim sendo, e segundo orientações da DGS (2008), deve efetuar-se nestas consultas:

- A determinação do grupo sanguíneo e fator Rh;
- O rastreio das hemoglobinopatias;
- A determinação da imunidade à rubéola, e a vacinação, sempre que necessário;
- A determinação do estado de portador de hepatite B e a vacinação;
- O rastreio da toxoplasmose, da sífilis, da infeção por VIH e por citomegalovírus;
- O rastreio do cancro do colo do útero (se o anterior foi efetuado há mais de um ano);
- A vacinação anti-tetânica;
- Outros testes laboratoriais sempre que indicado.

Nestas consultas é ainda avaliado o peso, a altura, o índice de massa corporal e a tensão arterial. É ainda realizado um exame geral físico e um exame ginecológico (Nené, Marques e Batista, 2016).

Nas consultas de planeamento familiar tive oportunidade de auxiliar e visualizar algumas citologias. Se a mulher estiver menstruada o exame deve ser adiado. A altura ideal para o realizar é a meio do ciclo. Deve-se explicar qual o objetivo do exame e o que vai sentir durante a colheita (por exemplo: pressão e não dor).

A mulher é colocada em posição de litotimia e o espéculo é inserido na vagina. A colheita é realizada com recurso a um dispositivo de colheita de espécimes endocervicais, esta deve ainda

ser rotulada com o nome da mulher e posteriormente enviada ao laboratório. Deve-se ainda informar a mulher relativamente à importância das avaliações de rotina para despistar os cânceros do colo e da vagina (Lowdermilk, D. & Perry, S., 2008).

Após a citologia era ainda realizada a palpação manual da mama e explicado ainda a importância do auto-exame da mama. Deve-se explicar à mulher que a altura ideal para realizar este auto-exame é cerca de uma semana após a menstruação, quando as mamas estão menos sensíveis ou edemaciadas. Se não tiver períodos regulares ou, algumas vezes falha um mês, deve realizar este exame no mesmo dia, mensalmente. Se estiver a amamentar ou já não é menstruada, escolhe um dia e realiza o exame, mensalmente, no dia escolhido.

Foi também importante nestas consultas o fornecimento dos métodos contraceptivos.

O termo contraceção diz respeito à prevenção intencional da gravidez durante as relações sexuais. Devido à grande variedade de opções disponíveis para o controlo da natalidade, a mulher tem a possibilidade de utilizar diversos métodos de contraceção ao longo deste período. Os profissionais de enfermagem interagem com a mulher para comparar e contrapor as opções disponíveis, a segurança, o respetivo custo, a proteção contra as infeções sexualmente transmissíveis, o nível de conforto pessoal e a disponibilidade do parceiro para utilizar um determinado método de contraceção (Lowdermilk, D. & Perry, S., 2008).

Tive oportunidade de fornecer vários contraceptivos orais, e explicar a utilização correta dos mesmos. Iniciar preferencialmente no 1º dia do ciclo ou até ao 5º dia da menstruação, não necessitando, nestas circunstâncias, de outro método contraceptivo complementar. Em casos particulares, a pílula pode ser iniciada em qualquer dia do ciclo (desde que haja a segurança que a mulher não está grávida), devendo ser utilizado um método adicional nos primeiros sete dias. Deve tomar o comprimido diariamente e à mesma hora, durante 21 dias, interromper sete dias e depois recomeçar nova embalagem (DGS, 2008). O aconselhamento deve ser claro, objetivo e adaptado à linguagem e à capacidade de compreensão da mulher.

Deve-se fornecer os preservativos, se necessário. Recomendar a não interrupção do método em caso de dúvidas ou se surgirem queixas, sem antes contactar os profissionais. E devem ser fornecidos os contraceptivos para um período prolongado, no mínimo 6 meses, para os utilizadores de longa data e se disponíveis no serviço.

Tive oportunidade de acompanhar várias grávidas na consulta de Saúde Materna do 1º trimestre.

A assistência à grávida desde as primeiras semanas de gravidez é essencial para se detetarem precocemente fatores de risco que possam comprometer a adequada evolução da mesma e o bem-estar do feto. O/a EESMO presta cuidados pré-natais de elevada qualidade, com o

objetivo de maximizar a saúde da mulher durante a gravidez, incluindo a deteção precoce e o tratamento ou referenciação por complicações (Nené, Marques e Batista, 2016).

Segundo a DGS (2015) os objetivos da vigilância da gravidez são:

- Avaliar o bem-estar materno e fetal através da história clínica e dos dados dos exames complementares de diagnóstico;
- Detetar precocemente situações desviantes do normal curso da gravidez que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar materno e fetal, estabelecendo a sua orientação;
- Identificar fatores de risco que possam vir a interferir no curso normal da gravidez, na saúde da mulher e/ou do feto;
- Promover a educação para a saúde, integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial ao longo da vigilância periódica da gravidez;
- Preparar para o parto e parentalidade;
- Informar sobre os deveres e direitos parentais.

Todos os dados clínicos, observações e avaliações obtidos nas consultas deverão ser registados no Boletim de Saúde da Grávida e no seu processo clínico.

Idealmente, a primeira consulta de assistência pré-natal deve ser realizada antes das 12 semanas de gravidez, pois permite a realização atempada e combinada de rastreios e intervenções que, associados a medidas de educação para a saúde, contribuem para a otimização dos resultados maternos e perinatais (Nené, Marques e Batista, 2016).

Nesta consulta é ainda importante informar e elucidar a grávida acerca da consulta da Unidade de Saúde Fetal do Centro Hospitalar de Viseu, serão convocadas por carta. Nesta consulta é realizado o rastreio e diagnóstico do Síndrome de Down. Numa primeira consulta é realizada a colheita de sangue para análise e numa consulta seguinte é realizada a ecografia. Esta primeira consulta deverá acontecer por volta das 10 semanas de gestação.

Os temas pertinentes a abordar nesta consulta são:

- Importância da assistência pré-natal e do Boletim de Saúde da Grávida;
- Cuidados alimentares e aumento ponderal desejável;
- Atividade física e repouso;
- Higiene oral;
- Alterações fisiológicas e desconfortos do 1º trimestre;
- Atividade sexual;
- Segurança rodoviária;
- Legislação de apoio à maternidade e paternidade, bem como direitos e deveres parentais;

- Horários de consultas e contactos telefónicos;
- Sinais de alerta e aborto;
- Riscos na gravidez;
- Doenças infecciosas;
- Desenvolvimento embrionário e fetal;
- Importância da prevenção do tétano neonatal, da tosse convulsa, da gripe;
- Cheque-dentista.

É primordial que a assistência pré-natal efetuada pelo EEESMO seja feita num contexto de continuidade de cuidados (Sandall et al., 2016). A filosofia de cuidados em saúde materna e obstétrica deve ser centrada na mulher (NICE, 2008) e baseada num modelo de assistência em que o EESMO trabalha em parceria com a mesma (Barradas et al., 2015), utilizando modelos de *empowerment* que maximizam o potencial de saúde de cada mulher/família (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

As consultas do 2º trimestre têm como objetivo dar continuidade ao aconselhamento em matéria de alterações e gestão de sintomas associados à gravidez, promovendo uma vivência feliz e adaptativa, assim como a vigilância clínica e laboratorial, de forma a detetar precocemente possíveis desvios da normalidade (Henriques & Santos, 2016 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

Nesta consulta deve efetuar-se:

- Avaliação dos exames pedidos;
- Reavaliação da idade gestacional e corrigir data provável de parto, se aplicável;
- Avaliação do bem-estar materno-fetal (peso, pressão arterial, altura uterina, análise sumária à urina, edemas e batimentos cardíacos fetais);
- Avaliação de fatores de risco pré-natal;
- Avaliação de sinais de ansiedade e do risco de depressão na gravidez (DGS, 2015).

O impacto dos primeiros movimentos fetais é um fenómeno central neste trimestre: é a primeira vez que a mulher sente o feto como uma realidade concreta dentro de si, um ser separado dela e, ainda assim, tão dependente, mas já com características próprias (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

No 3º e último trimestre de gravidez, conhecido como “fase de separação”, a mulher começa a pensar no trabalho de parto e/ou no momento em que vai ser mãe. Neste período de três meses a ansiedade tem alguma probabilidade de aumentar, relacionada com o momento do parto ou

mesmo com a parentalidade e amamentação (Marchão & Soares, 2016, cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

O 3º trimestre de gravidez, de acordo com vários autores, tem início a partir da 28.ª semana de gravidez e tem o seu término no parto. Não existindo um consenso sobre o número ideal de consultas durante a gravidez, a maioria dos autores e de acordo com o preconizado pela DGS (2015), a periodicidade das consultas de vigilância pré-natal no 3º trimestre deve ser:

- A cada 4-6 semanas até às 30 semanas; a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas; das 33 às 37 semanas, consultas quinzenais;
- A cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto. A partir das 38 semanas, consultas semanais (Nené, Marques e Batista, 2016).
- Análise laboratorial: pesquisa de estreptococos beta hemolítico de grupo B (colheita no terço externo da vagina e anorretal).

Tive oportunidade de realizar algumas consultas do 2º trimestre de gravidez, sendo que do 3º trimestre não tive oportunidade de assistir a nenhuma, pelo que realizei revisão bibliográfica para atualização de conhecimentos. O mesmo aconteceu com os objetivos que tinha definido no projeto de estágio para as consultas do climatério, da doença ginecológica e de revisão do puerpério.

Consegui participar em várias consultas do recém-nascido, e de crianças de várias idades. A maioria dos bebés que se deslocavam à consulta, era para administração de vacinas ou então para controlo do peso. O peso é um aspeto que causa bastante ansiedade aos pais, principalmente naqueles que pretendem manter o aleitamento materno exclusivo. Houve algumas mães preocupadas porque o bebé não aumentava de peso e perguntavam se “o leite delas era fraco ou não prestava”. Foi importante para mim como futura EEESMO desmistificar estes mitos e explicar às mães que por vezes os bebés precisam de suplemento. As mães que frequentaram o curso de Preparação para o Parto e Parentalidade demonstraram mais segurança na amamentação do que aquelas que não frequentaram.

Nesta USF existe um cantinho da amamentação, o que é muito positivo quer para o profissional quer para a mãe.

Segundo a Direcção-Geral da Saúde (2016) o crescimento é um importante indicador do bem-estar de uma criança e nesta avaliação estão implicados múltiplos fatores como: influência genética, fatores ambientais (nomeadamente a alimentação), fatores de ordem psicológica e um grande leque de doenças. Assim um atraso no desenvolvimento ponderal pode ser a primeira manifestação de patologias como doença celíaca, doença intestinal inflamatória, infeção urinária, fibrose quística, tubulopatias, infeção VIH, entre outras.

As curvas do National Centre for Health and Statistics são utilizadas em Portugal desde 1981. Os dados em que se baseiam são periodicamente atualizados, levando ao desenho de novas curvas. É no registo e avaliação destas curvas que se baseia a avaliação da evolução ponderal do RN.

De uma forma simplificada e baseada no documento “Child growth standarts” de acordo com a OMS (2006) o RN deve, entre os 0 e os 4 meses ter um aumento entre 155 e 241 gramas por semana, devendo recuperar o seu peso de nascimento até as 2 semanas de vida.

O Programa Nacional de Vacinação existe em Portugal desde 1965. É universal, gratuito e recomendado, e a sua aplicação representa o procedimento de menor custo e maior efetividade que permitiu controlar ou eliminar as 11 doenças abrangidas pela vacinação (Freitas, 2007; Santos, Barreto, Silva & Silva, 2011 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

Aos profissionais de saúde compete a divulgação do Programa Nacional de Vacinação, informando e esclarecendo utentes e famílias acerca da sua importância e de todas as suas vantagens (DGS, 2012 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

O Programa Nacional de Vacinação deve ser cumprido sempre que haja consentimento por parte dos progenitores, uma vez que é recomendado, não obrigatório. É importante que os pais sejam devidamente informados e esclarecidos sobre a importância das vacinas, a vantagem e desvantagem da vacinação ou não vacinação, para que possam decidir.

Houve um dia em que vacinamos muitos bebés com a vacina BCG, pois após abertura do frasco, este tem de ser gasto, não podendo ser guardado. Foram contactados todos os bebés de risco. Não tive oportunidade de vacinar nenhum bebé, pelo facto de não ter muita experiência e também pelas idades e movimentos repentinos destes, no entanto, informei os pais sobre a vacina que estava a ser administrada, quais os efeitos secundários que podem surgir e quais as medidas a adotar. Foi realizado o devido registo no livro das vacinas e em sistema informático.

Assisti e colaborei nos de Preparação para o Parto e Parentalidade, que dado o contexto atual, foram realizadas via *online*, pela ferramenta/plataforma *online Jitsi meet*. A existência destes programas, é uma mais-valia, na medida em que permite o acesso a cuidados de enfermagem especializados, que proporcionam à mulher a vivência de uma gravidez e um trabalho de parto mais tranquilizador.

Muitas grávidas, sobretudo as nulíparas e primíparas, baseiam parte substantiva do seu conhecimento em relatos orais, empíricos e, muitas vezes, focados nas complicações obstétricas. Tal facto, associado à inexperiência, pode gerar níveis elevados de ansiedade, insegurança e medo, com repercussões negativas na vivência do parto e da própria maternidade. Fenómeno semelhante pode ocorrer em mulheres multíparas que vivenciaram más experiências de parto

anteriores. Também o período pós-parto, considerado como fase de adaptação a múltiplas mudanças, físicas, psicológicas e sociais na mulher/casal pode envolver vivências em que o mesmo tipo de questões, e outras novas, se colocam (DGS, 2020).

Os cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade têm como objetivos “desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho” (DGS 2015).

Estes cursos são iniciativas de base comunitária, desenvolvidas junto de mulheres grávidas e casais, tendo em vista contribuir para uma vivência mais informada e gratificante da gravidez, do parto, do puerpério e da aprendizagem da parentalidade. Trata-se de etapas da vida das pessoas e dos casais nas quais é essencial o acesso a informação fidedigna e útil para a tomada de decisões responsáveis que influenciem positivamente a sua saúde e a da criança. Ainda que as mulheres/homens/casais possam estar mais ativas na procura de conhecimento sobre aqueles temas, importará sempre considerar a literacia em saúde como tendo um papel central no contributo para uma gravidez e nascimento o mais saudável possível e em segurança (DGS, 2020).

No Serviço Nacional de Saúde estes cursos decorrem, maioritariamente, nos cuidados de saúde primários. Também a nível hospitalar e maternidades são efetuados estes cursos. O EEESMO, dada a abrangência da sua intervenção é o profissional de saúde de eleição para desenvolver estes cursos.

Por existir uma grande heterogeneidade no que respeita ao modelo dos diferentes cursos em vigor no Sistema Nacional de Saúde, com assimetrias assinaláveis na estrutura, modelo de funcionamento, coordenação, monitoria, recursos, duração e horários dos mesmos, a DGS, no âmbito das suas competências técnico-normativas e de acordo com o Lei n.º 110/2019, 9 de setembro, divulgou o documento Cursos de Preparação para o Parto e a Parentalidade – CPPP / Cursos de Recuperação Pós-Parto – CRPP. Orientações (versão para discussão pública), com o intuito de dotar os serviços de saúde, de um referencial para este tipo de atividades.

Foi com base neste documento que preparei os meus dois cursos de Preparação para o Parto. Foi-me proposto pela Enfermeira tutora a escolha de um dos temas deste documento e organizá-lo de modo a obter duas sessões. Escolhi a sessão “Anatomia e Fisiologia do Trabalho de Parto e Parto”, cujos conteúdos para a primeira parte (Anexo I) foram:

- Dinâmica pélvica – bacia óssea, canal de parto e pavimento pélvico;
- Cuidados ao períneo, massagem perineal;
- Motivos para recorrer à Urgência Obstétrica, sinais de alarme na gravidez;

- Dinâmica uterina: sinais verdadeiros versus falsos de início de trabalho de parto e etapas de trabalho de parto;
- Tipos de parto: parto espontâneo versus parto induzido, parto natural versus parto intervencionado, cesariana.

Para a segunda parte (Anexo II), os conteúdos foram:

- Abordagem ao papel das hormonas no trabalho de parto;
- Abordagem da “dor” no trabalho de parto, estratégias não farmacológicas versus farmacológicas;
- Estratégias promotoras da evolução natural do trabalho de parto;
- Apoio contínuo no trabalho de parto, papel do pai/pessoa significativa.

Tive oportunidade ainda de realizar um folheto informativo relativo ao mesmo tema (Anexo III).

Foi uma atividade que desenvolvi com bastante dedicação e entusiasmo.

Verifiquei que, nestes cursos, as grávidas sentem-se mais à vontade para partilhar experiências, não só com o EEESMO, mas também entre elas próprias. Considero que isto ocorre também pela maneira como os conhecimentos lhes são fornecidos, dado que os cursos estão organizados de forma interativa e a EESMO tem uma lista para anotar o tema que já foi abordado e vai confirmando, ao longo do tempo, se já todas ouviram as informações acerca desse tema.

Ao lecionar estes cursos, procurei ajudar a grávida a atingir a capacidade de um autocontrolo por forma a alcançar serenidade e tranquilidade, reduzindo assim o medo e ansiedade do trabalho de parto e parto. Este teve a adesão de grávidas em várias semanas de gestação. Foi pedido às grávidas para terem consigo a pessoa significativa que planeiam ter no dia no parto, o que infelizmente não aconteceu.

Houve por vezes alguns cortes nas conversas e dificuldade em transmitir a informação devido a falhas na internet ou sítios com pouca rede, sendo este o único ponto negativo a referir.

Iniciei sempre os cursos com uma pequena parte prática, onde demonstrava alguns exercícios de alongamentos, relaxamento e respiração e partilhei alguns vídeos, também estes práticos, para complemento das sessões.

A receptividade ao curso foi bastante positiva, a participação das grávidas e o interesse relativamente ao tema foi demonstrado, o que me deixou muito satisfeita.

Ao fazer uma retrospectiva do estágio, e atendendo a que cada mulher / casal/ RN é um ser único, foi de extrema importância que, ao longo destas semanas, estabelecesse uma relação empática e de confiança mútua com esta tríade, foco dos meus cuidados. Estabeleci esta

confiança através do diálogo, da escuta ativa, do carinho e da disponibilidade demonstrada não só por afirmações verbais, mas também pela minha atitude e postura, o que se traduziu em experiências gratificantes. O respeito pelo seu estado físico e emocional e a atenção às suas manifestações verbais e não-verbais também foram uma preocupação constante.

Este estágio aproximou-me mais de uma realidade profissional que se avizinha, possibilitando-me a aquisição de competências ao nível da Enfermagem em Promoção de Saúde da Mulher.

## **Enfermagem em Ginecologia**

O estágio decorreu no serviço de internamento de Ginecologia/Obstetrícia de um hospital na zona Centro no período de 15 de outubro de 2021 a 16 de outubro de 2021 e de 29 de novembro de 2021 a 27 de dezembro de 2021, com uma duração de 72 horas, sob a tutoria de EEESMOs e sob orientação pedagógica da Professora Paula Nelas.

Sinto que consegui atingir os objetivos gerais na responsabilidade de cuidar a mulher no âmbito do vivenciar os processos de saúde/doença ginecológica, referidos pela Ordem dos Enfermeiros e também obtive inúmeras experiências clínicas que me permitiram utilizar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas à prática de enfermagem especializada no cuidar as mulheres com problemas ginecológicos e da mama.

O serviço de Internamento de Ginecologia funciona juntamente com o serviço de Obstetrícia B. Quando o serviço de Obstetrícia A se encontra sem vagas, os recém-nascidos e as puérperas são acolhidas neste serviço, na enfermaria 1, que tem quatro camas e que tem, numa sala em anexo, um espaço para prestar os cuidados ao RN, tal como no serviço de Obstetrícia A. Quando é possível esta enfermaria fica sempre vaga para estas situações referidas anteriormente. Quando o serviço de Ginecologia se encontra quase cheio, estas vagas têm de ser geridas de outra forma.

O serviço é ainda constituído por mais quatro enfermarias (2,3,4 e 5), com 4 camas cada. Temos ainda a Enfermaria 6, com duas camas, onde normalmente se internam as Patologias da Gravidez e a Enfermaria 7 e 8, com duas camas cada, são, devido à situação pandémica que estamos a atravessar, reservadas para casos suspeitos ou positivos à COVID 19. Quando necessário, as grávidas com Patologia associada podem ainda ser internadas na Enfermaria 7, ficando sempre uma Enfermaria reservada para os casos COVID 19. Fazem ainda parte do serviço a área dos limpos e dos sujos, uma sala com equipamentos, um gabinete que foi “remodelado” para uma arrumação de equipamento COVID, onde os profissionais se devem equipar se

necessário contactar com alguém suspeito ou positivo, uma sala de tratamentos, onde geralmente se efetuam os pensos quando a mulher se pode deslocar e o posto de Enfermagem.

Os programas informáticos utilizados neste serviço são o Sclínico e o SGICM. Inicialmente tive algumas dificuldades em registar e funcionar com estes programas, visto não estar familiarizada com eles, no entanto esta dificuldade foi brevemente superada, tendo elaborado sempre registos de enfermagem claros, sistematizados e utilizando linguagem científica.

As mulheres internadas neste serviço são submetidas a várias cirurgias, tais como cirurgias ginecológicas (histerectomias, salpingectomias, miomectomias, ressetoscopias), cirurgias mamárias (mastectomias, tumorectomias, pesquisa de gânglio sentinela e esvaziamento axilar), cirurgias urológicas (correção de incontinência urinária) entre outras. Existem ainda duas vagas para utentes submetidas a cirurgia plástica e reconstrutiva.

No primeiro turno que realizei foi-me feita uma visita orientada pelo serviço, de modo a conhecer o espaço, as divisões, o material existente, os equipamentos e a medicação disponíveis. Fui também apresentada à equipa de enfermagem e tive oportunidade de conhecer as profissionais que trabalham neste serviço, especialistas ou não, visto que não estão contemplados cuidados pelo EEESMO a estas utentes. Sinto que fui muito bem recebida e acolhida como membro da equipa, sendo que todas demonstraram receptividade à troca de informação, análise e discussão de experiências e situações clínicas e sempre estiveram disponíveis para responder a todas as minhas dúvidas e questões. O método de trabalho é o método individual com prestação de cuidados personalizados, no entanto notei ao longo deste estágio um grande espírito de equipa e de entajuda destas profissionais. É de salientar ainda que o facto de a equipa ser simpática e prestável facilitou imenso a minha aprendizagem e contribui em muito para a minha autonomia na prestação de cuidados a estas mulheres. Sempre que surgia alguma questão ou dúvida, solicitava sempre a presença, ajuda e opinião das minhas tutoras ou de outras enfermeiras que estivessem distribuídas com a utente em questão.

Tive ainda, sempre que o serviço e os cuidados permitiam, oportunidade de consultar os guias orientadores existentes no serviço, de forma a conhecer a filosofia, objetivos, organização da equipa de enfermagem, protocolos, normas, regulamentos e recursos utilizados na prestação de cuidados especializados.

Sinto que atingi este objetivo sem grande dificuldade, tendo percebido a dinâmica da instituição e da equipa multidisciplinar, contribuindo para o bom funcionamento do serviço. Penso que desenvolvi uma relação empática, assertiva, favorável ao desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, promovendo o trabalho em equipa e bom ambiente de trabalho, demonstrando disponibilidade e interesse na aprendizagem.

Dei também como concluído com sucesso o objetivo “demonstrar responsabilidade profissional, ética e legal”, promovendo, ao longo do estágio, a proteção dos Direitos Humanos e Código Deontológico dos Enfermeiros e desenvolvendo uma prática de cuidados que melhoram a segurança, a privacidade e a dignidade da mulher e família. Suportei as minhas intervenções e decisões em princípios, valores e normas deontológicas, assim como a evidência científica presente.

Foi constante e muito importante a revisão bibliográfica e pesquisas que efetuei na área da enfermagem em Ginecologia, pesquisa essa que me ajudou no meu evoluir neste estágio. Promovi sempre um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados, adequando os recursos às necessidades de cuidados. Demonstrei sempre disponibilidade, interesse e iniciativa nas atividades propostas e realizadas, assumindo uma postura assertiva e pró-ativa.

Estabeleci sempre uma relação empática com a utente, promovendo um ambiente de confiança, pois em todos os ensinamentos clínicos é muito importante a maneira como nos relacionamos com as utentes, pois esta vai influenciar em muito a qualidade dos cuidados prestados e também o nível de confiança que estas mulheres depositam em nós.

Temos assim como futuros EESMO a capacidade de informar e orientar a mulher sobre a sua saúde ginecológica e da mama e também sobre os recursos da comunidade no âmbito deste tema, promovendo assim a decisão esclarecida. Sinto que atingi este objetivo, na medida em que aquando dos ensinamentos à mulher após uma cirurgia, aproveitava também para falar na prevenção do aparecimento de novas doenças que podem surgir.

O objetivo “desenvolver competências teóricas e relacionais no diagnóstico precoce e prevenção de complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama”, também está mais direcionado para os cuidados de saúde primários, cujo objetivo consegui atingir no meu estágio anterior na USF Infante D. Henrique. Sendo que neste estágio consegui aplicar a intervenção conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama, sendo que estas doentes quando vêm para realizar cirurgia, ainda permanecem connosco internadas no pré-operatório, onde temos de realizar cuidados e preparação para a cirurgia. Consegui assim prestar sempre os cuidados pré-operatórios a todas as mulheres que me estavam distribuídas.

O objetivo mais importante neste ensino clínico, é o “desenvolver competências teóricas, práticas e relacionais nos cuidados à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilitar a sua adaptação à nova situação”. Durante todo o ensino clínico neste serviço, foram muitas as patologias ginecológicas e da mama, que surgiram, sendo que houve algumas cirurgias que eram muito frequentes, como a histerectomia, a salpingectomia, a miomectomia, a

ressetoscopia, a mastectomia e a tumorectomia. Aquando da admissão das utentes, era realizado o acolhimento e integração no serviço:

Durante toda a sua vida, a mulher tem probabilidade de enfrentar alguns problemas de saúde ginecológica, menstrual e da mama. Daí a importância do EEESMO para satisfazer as necessidades destas mulheres, tendo em sua posse informação rigorosa e atualizada acerca destes conteúdos.

Durante este ensino clínico foi de notar a singularidade de cada mulher internada, e foram visíveis várias maneiras de enfrentar/lidar com os seus problemas. É, pois, de extrema importância, que o EEESMO esteja atento e sensibilizado com estas particularidades, para assim melhor poder intervir. Procurei deste modo, estabelecer sempre uma relação de ajuda, respeito, disponibilidade, tendo sempre em conta os seus valores e o mais importante de tudo, sem nunca tecer julgamentos.

De seguida irei descrever algumas situações com as quais tive contacto, em que as mulheres apresentavam algum tipo de patologia ou então eram submetidas a cirurgias. As intervenções de enfermagem realizadas foram sempre tendo por base o Regulamento das competências específicas do EEESMO da Ordem dos Enfermeiros, de 2019. Assim, as intervenções foram: informar e orientar a mulher sobre a saúde ginecológica e sobre os recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo sempre a decisão esclarecida; implementar e avaliar intervenções à mulher, incluindo os conviventes significativos; cooperar com outros profissionais de saúde no diagnóstico e tratamento; informar e orientar a mulher em tratamento; implementar e avaliar medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher e conviventes significativos e implementar e avaliar intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas.

#### HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL (HUA)

Hemorragia uterina anormal é a designação proposta pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) para os casos de hemorragia de origem uterina anormal em duração, volume, frequência e/ou regularidade, na ausência de gravidez. A hemorragia que ocorre fora da idade reprodutiva da mulher também é incluída. A HUA pode classificar-se de acordo com a sua duração, volume, frequência, regularidade, relação com o cataménio e idade reprodutiva, aguda ou crónica.

A HUA é responsável por cerca de 30% de todas as consultas de Ginecologia de mulheres em idade reprodutiva e por mais de 70% das consultas de mulheres na peri e pós-menopausa (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018).

## HISTEROSCOPIA

A histeroscopia cirúrgica é o procedimento cirúrgico de menor morbidade e mortalidade para o tratamento de patologia benigna intra-uterina. É, por isso, a técnica preferencial para o tratamento deste tipo de patologia. Existe neste grupo, a histeroscopia cirúrgica em consultório para os procedimentos mais simples, e a ressetoscopia para as situações mais complexas (Fradique, A., 2011).

Neste serviço foram inúmeras as ressetoscopias efetuadas. As indicações para esta cirurgia são: pólipos e miomas submucosos, menometrorragias e metrorragias resistentes à terapêutica de causas endometriais benignas, sinequias densas, septos uterinos, restos ovulares e placentares e tratamento conservador de situações malignas e pré-malignas uterinas (Fradique, A., 2011)

Para além das rotinas pré-operatórias habituais em qualquer cirurgia, no caso das ressetoscopias, no dia anterior, era administrado um comprimido de Prostaglandina E1 intravaginal, para facilitar a dilatação cervical. Antes da cirurgia era também realizada a irrigação da vagina com Iodopovidona.

## HISTERECTOMIA VAGINAL

A via vaginal oferece uma alternativa com vantagens à laparotomia. É tecnicamente simples, de execução mais rápida, exige menos material cirúrgico, tem um pós-operatório com menos dores e internamento mais curto. Esta via é a mais antiga, mas também a mais segura. Por outro lado, utiliza orifícios naturais, permitindo a ausência de cicatrizes (Falcão, F. & Carvalho, G. (2011) .

Existem vários tipos de histerectomias. Uma histerectomia parcial também conhecida por histerectomia supracervical, é quando apenas a parte superior do útero é removida e o colo do útero é mantido no lugar. A histerectomia total, é quando o útero e o colo do útero são removidos. A histerectomia radical ou histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral, é quando o útero e o colo do útero são removidos juntamente com as estruturas anexas, como os ovários e as trompas de Falópio. O motivo mais comum para uma histerectomia são os miomas uterinos, endometriose, adenomiose, prolapso uterino, hemorragia uterina anormal, dor pélvica crónica ou carcinoma ginecológico. Esta pode ser realizada por três vias diferentes, via abdominal (laparotomia), via laparoscópica ou via vaginal. O método será escolhido e baseado no motivo da cirurgia, além de outras considerações de saúde (Biggers, A., 2017)

Por via vaginal o maior desconforto referido pelas mulheres, passa por manter a sonda vesical, as dores abdominais e necessidade de repouso absoluto, até 24 horas após a cirurgia.

O EEESMO tem um papel fundamental no tratamento e apoio que presta às utentes submetidas a histerectomia pois é uma tarefa exigente, mas que se torna ainda mais difícil em casos de utentes em idade fértil, que sempre sonharam com a maternidade.

### SALPINGECTOMIA BILATERAL

As trompas de Falópio são órgãos do sistema reprodutor feminino fundamentais para a fecundação. A salpingectomia é o procedimento cirúrgico da remoção de uma (unilateral) ou das duas trompas (bilateral). Este procedimento pode ser realizado em simultâneo com outros procedimentos, tais como a ooforectomia (remoção de um ou de ambos os ovários) e a histerectomia. É realizado por laparotomia ou laparoscopia.

Esta cirurgia também pode ser realizada como método contraceptivo – laqueação das trompas. No entanto não é recomendada, principalmente quando a mulher é jovem, pois o contexto de vida muda e é comum o arrependimento (Fernandes, L., 2021).

Durante este ensino clínico, foram muitas as mulheres que foram submetidas a histerectomia e salpingectomia bilateral.

### MIOMECTOMIA

É o procedimento cirúrgico de remoção de miomas uterinos (ou leiomiomas), tumores benignos que se podem formar em diferentes locais do útero. A mulher pode referir sintomas, embora na maioria dos casos, estes são assintomáticos. Este procedimento é um tratamento conservador dos miomas uterinos, mantendo-se o útero e assim preservando a sua reprodutividade. Existem três técnicas cirúrgicas diferentes para a remoção dos miomas uterinos: miomectomia por laparoscopia, miomectomia abdominal e miomectomia histeroscópica. A escolha do tipo de técnica depende das dimensões e quantidade de miomas uterinos. A miomectomia por laparoscopia é, de modo geral, indicada para miomas intramurais e subserosos, enquanto a miomectomia histeroscópica é indicada para os miomas submucosos. A miomectomia abdominal por laparotomia é indicada em casos muito específicos, mas atualmente é pouco utilizada, uma vez que a laparoscopia e a histeroscopia cirúrgica permitem a cirurgia de praticamente todos os tipos de miomas (Fernandes, L., 2021).

Um dos principais objetivos da miomectomia é a conservação da fertilidade, em muitos casos mesmo a resolução de uma infertilidade, em que a miomatose surge como fator único ou associado nessa dificuldade de conceber (Osório, F. & Coelho, A., 2011).

Apesar de ter sido operada é importante que a mulher continue a fazer a vigilância da sua saúde ginecológica. A readaptação aos seus hábitos de vida e reintegração profissional será feita

gradualmente com a orientação do médico assistente, sendo que o EESMO tem também um papel fundamental nesta readaptação, na medida que coopera com o médico assistente, informando e orientando a mulher, implementando e avaliando medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher e conviventes significativos, para desta forma facilitar a sua adaptação a esta nova situação.

Outra das situações muito frequentes neste serviço, são utentes com problemas da mama. Durante este ensino clínico, de todas as mulheres submetidas a cirurgias, a que mais me impressionou por várias variáveis, foi a mastectomia. Esta é sem dúvida uma cirurgia que debilita muito a mulher, quer por todo o processo que passa (gerador de muita ansiedade), quer pelo impacto que esta tem na imagem corporal da mulher. Para a maioria das mulheres não é fácil perder uma parte do corpo que é tão ligado à feminilidade e sexualidade.

As mamas, para a mulher, têm uma simbologia específica nas mais diferentes culturas. Em virtude da função que desempenham, por exemplo, na amamentação, as mamas simbolizam maternidade e fertilidade. Também, vinculadas à identidade da mulher, elas também representam feminilidade. Além disso, associadas à sexualidade, as mamas simbolizam sensualidade, intimidade e prazer, se configurando desta maneira como um objeto de inspiração e desejo (Rodrigues, N., Orsini, M., Tertuliano, I., Bartholomeu, D., Machado, A. & Montiel, J.,2017).

Desta maneira, em virtude desse simbolismo as pacientes submetidas à cirurgia apresentam significativas dificuldades em enfrentar a perda do órgão. Cabe destacar que a alteração física da mama representa mais que uma transformação funcional, trata-se de uma alteração também sociocultural e psicológica, pois está permeada de simbolismos e significados que interferem na dinâmica da mulher com o seu corpo (Simeão et al., 2013 cit por Rodrigues, Orsini et al.,2017).

Ainda, a retirada do seio tende a provocar fortes repercussões emocionais na mulher. A nova configuração corporal pode despertar sentimentos de vergonha e inadequação, além de uma série de medos que irão interferir diretamente na relação que as pacientes estabelecem consigo mesmas, com os outros e com a sua sexualidade. Para além do aspeto genital vinculado ao ato sexual, a sexualidade humana envolve afeto, desejo, autoimagem, sensualidade, sensação de bem-estar, aceitação pessoal e perceção da própria identidade, desse modo, essas dimensões também serão afetadas pela cirurgia. De modo amplo a mutilação da mama abala a noção de feminilidade, e muitas mulheres passam a temer não serem mais atraentes sexualmente em virtude da desfiguração sofrida na estética do órgão. Desse modo, a vivência de sentimentos depressivos após a cirurgia parece ser uma resposta emocional bastante comum nas pacientes, devido ao impacto que a alteração física e suas consequências provocam na conceção do eu dessas mulheres (Almeida, 2006 cit por Rodrigues, Orsini et al.,2017).

Todos os profissionais de saúde, no caso concreto, os enfermeiros, devem orientar a mulher a perceber as reações emocionais que esta sente face à cirurgia, bem como estar atento a todos os comportamentos não adaptativos que a mulher poderá adotar como resposta a essas emoções. As repercussões psicológicas resultantes da mastectomia, por si só, justificam a importância da promoção de suporte psicológico à mulher (Rodrigues, Orsini et al., 2017).

A forma como as mulheres lidam com este problema, depende de vários fatores, tais como a idade, o apoio da família, o companheiro entre outros. Nós, como enfermeiros, não podemos esquecer que a mulher mastectomizada passa também por um luto, não só o luto pelo órgão em si, mas também o luto de todas as fantasias, ideias e formas de se relacionar consigo mesma e com o mundo. A vivência deste processo de luto é uma fase muito intensa, na qual vários conflitos e dificuldades são experimentados, mas é uma fase também muito importante e necessária na direção de se reconhecer e sentir-se bem sem a mama.

Cabe ao EEESMO promover a adaptação da mulher, mastectomizada, à sua nova condição/realidade, acompanhando-a e direcionando-a no caminho da aceitação pessoal desta sua nova imagem, dando sempre ênfase à importância da sua autoestima. Dar apoio emocional e psicológico, pois estas mulheres referem muitas vezes não serem capazes de ultrapassar este problema, de retomar a sua vida diária, pois consideram que o seu lado feminino foi alterado. Torna-se assim importante explicar sempre todos os procedimentos e intervenções a realizar, tendo em atenção as suas manifestações verbais e não verbais, garantindo sempre a sua privacidade.

Dadas as circunstâncias atuais de pandemia, as visitas são muito restritas e de curta duração, e requerem certificado de vacinação ou teste à COVID 19 com resultado negativo, o que torna este processo ainda mais doloroso para estas mulheres, porque não sentem o apoio da família e companheiro.

## PATOLOGIA DA MAMA

O cancro da mama, devido à alta incidência e, sobretudo, pelos efeitos psicossociais, é considerado o mais temido entre as mulheres. A nível mundial, o cancro da mama, em relação às neoplasias malignas, apresenta-se como o segundo tipo de cancro com maior frequência e o primeiro entre o sexo feminino ((Duarte & Andrade, 2003 apud Bertolo & Pauli, 2008 cit por Maia, M., Celeste, L., 2021).

Não existe um meio de prevenção específico para o cancro da mama. O prognóstico depende do diagnóstico precoce, pelo que todas as mulheres devem ser informadas acerca dos fatores de risco, rastreio e importância do diagnóstico precoce.

Estima-se que 90% de todos os nódulos mamários sejam detetados pela própria mulher. Desses 90%, somente 20 a 25% são malignos. Mais de metade de todos os nódulos localizam-se no quadrante superior externo da glândula mamária e a sintomatologia mais frequente é a palpação do nódulo ou de um espessamento mamário. Os nódulos podem ser duros e fixos ou moles e esponjosos, com contornos bem definidos ou irregulares. Podem estar aderentes à pele, provocando a sua depressão. Pode ainda ocorrer corrimento mamilar hemático ou límpido. A deteção e o diagnóstico precoce reduzem o risco de mortalidade porque o cancro é detetado quando ainda é pequeno, mais localizado e com menor probabilidade de já haver metastização ganglionar (Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008).

O auto-exame da mama efetuado com regularidade desde a adolescência, a observação clínica efetuada por um profissional de saúde qualificado e a mamografia (exame radiológico da mama) são medidas essenciais à deteção precoce do cancro da mama (Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008).

Persiste a controvérsia acerca do melhor tratamento para o cancro da mama. A mulher é confrontada com a necessidade de tomar decisões difíceis face às várias opções de tratamento existentes.

As cirurgias que mais observei durante o meu ensino clínico foram a tumorectomia, que é a cirurgia mais conservadora da mama em que se remove o tumor e uma pequena quantidade do tecido circundante e a mastectomia (termo médico que significa ablação ou extração da mama) onde se remove a mama onde está localizado o tumor.

## CIRURGIA CONSERVADORA DA MAMA – TUMORECTOMIA

É uma opção para mulheres com cancro da mama em estágio inicial. É um procedimento para retirar o tumor com uma margem de segurança, preservando a maior parte possível da mama. Alguns tecidos e gânglios linfáticos saudáveis adjacentes também são geralmente removidos. É importante considerar antes de realizar esta cirurgia:

- A quantidade de mama a ser retirada depende do tamanho e localização do tumor, entre outros fatores;
- Permite que a mulher mantenha a maior parte da mama, mas torna necessária a radioterapia. Algumas mulheres podem ainda ter de realizar quimioterapia ou outro tratamento;
- Optar por esta cirurgia ao invés da mastectomia, não influencia a sobrevivência a longo prazo;
- Nem todas as mulheres com cancro da mama são candidatas a este tipo de cirurgia.

## BIÓPSIA DO GÂNGLIO SENTINELA AXILAR

Nos casos de diagnóstico de cancro da mama, a técnica do gânglio sentinela permite verificar o envolvimento dos gânglios da axila por células malignas. Pode ser efetuada quando se realiza a mastectomia ou a tumorectomia.

A avaliação do status dos gânglios axilares continua a ser um dos fatores de prognóstico mais importantes em relação às recorrências e à sobrevivência. O esvaziamento axilar é responsável pelas sequelas pós-operatórias mais importantes e aumenta os custos globais do tratamento do cancro da mama (Oliveira, C. & Silva, T., 2011). Através da biópsia do gânglio sentinela é possível verificar o envolvimento dos gânglios linfáticos, estabelecer um diagnóstico mais completo e escolher o tratamento mais adequado. Até há poucos anos a cirurgia ao cancro da mama implicava a remoção de todos os gânglios linfáticos da axila (esvaziamento axilar). Para diminuir as consequências e complicações dos tratamentos à axila desenvolveu-se um método para deteção de células malignas nos gânglios axilares, que se denomina biópsia do gânglio sentinela (Instituto Português de Oncologia de Lisboa, 2020).

O gânglio sentinela é o primeiro gânglio a ser atingido pelas células malignas emitidas pelo tumor da mama. Se o gânglio sentinela é negativo significa que, o gânglio não apresenta células malignas e não necessita de nova intervenção cirúrgica. Se o gânglio sentinela é positivo: outros gânglios podem conter células malignas e é necessária uma nova cirurgia para remoção dos outros gânglios da axila. A decisão sobre a necessidade de fazer esvaziamento axilar é tomada ao fim de aproximadamente 10 a 15 dias após a cirurgia (Instituto Português de Oncologia de Lisboa, 2020). A técnica do gânglio sentinela inicia-se no dia anterior à cirurgia, dirigindo-se a utente a um centro de Medicina Nuclear, para a realização da linfocitografia. É injetado um líquido com propriedades radioativas junto à aréola. Este é drenado até ao gânglio mais próximo (gânglio sentinela) juntamente com a linfa. São obtidas imagens e marcada a pele sobre o primeiro gânglio radioativo. No bloco operatório o procedimento anterior é completado com a injeção de azul patente, que vai corar o gânglio de azul. Na cirurgia são removidos todos os gânglios corados de azul, radioativos ou com aumento do volume.

O gânglio sentinela é o primeiro a ser atingido pelas células malignas do tumor. Se este é negativo, significa que não apresenta células malignas e que não há necessidade de nova intervenção cirúrgica na axila. Se for positivo, significa que outros gânglios podem estar afetados, o que vai necessitar de remoção de mais gânglios da axila para posterior análise e estadiamento (feita no mesmo tempo cirúrgico).

## MASTECTOMIA

A mastectomia é a cirurgia de remoção da mama e por vezes podem ser removidos outros tecidos próximos, como por exemplo, os gânglios linfáticos. Esta cirurgia é realizada com frequência para o tratamento do cancro da mama, mas também pode ser realizada como prevenção do cancro da mama, em mulheres que apresentem alto risco de desenvolver cancro da mama. A mastectomia é aconselhada se o tumor for grande, se envolver mais que uma área da mama, se a radioterapia não for recomendada, entre outras.

Alguns métodos de mastectomia mais recentes podem oferecer outras opções de cirurgia, porém mais estudos são necessários para verificar o funcionamento desses métodos, se há remoção total do tumor e se não há recidivas após a cirurgia. Estes métodos incluem a mastectomia com preservação da pele, que é usada quando a reconstrução mamária é realizada logo após a mastectomia e a mastectomia com preservação do mamilo (Hopkins, J., 2021).

As complicações mais comuns são o edema mamário (temporário), dor (algumas referem também a dor fantasma da mama removida), infeção da ferida ou sangramento, parestesias, cansaço, linfedema do braço (se houve remoção dos gânglios linfáticos) e menor tolerância ao esforço nas duas semanas seguintes à intervenção (Hopkins, J., 2021).

Surge assim o EEESMO como apoio, para que a mulher consiga expressar todo o sofrimento experienciado e quais as complicações que esta apresenta. Tem um papel fundamental no proporcionar um meio calmo, acolhedor e com privacidade, explicar todos os procedimentos e intervenções que terá de realizar, ajudar a diminuir a ansiedade e acalmar a utente.

Em termos de vigilância deve estar atento a sinais de hemorragia, sinais de infeção, dor, edema, linfedema (se houve esvaziamento linfático), alterações na cicatrização da ferida operatória, hematoma local, sensibilidade ou dor ao nível do ombro e parestesias.

É importante reforçar estes ensinamentos sempre que necessário, pois o primeiro dia após a cirurgia é sempre sujeito a uma quantidade enorme de informações e procedimentos e o braço do lado operado estará mais sensível a complicações.

As complicações mais frequentes, neste tipo de cirurgias, são o linfedema (termo médico que significa inchaço do braço) e a limitação articular (o braço da mastectomia não levanta como o outro, por limitação da articulação do ombro).

Outra das intervenções que tinha planeado no meu projeto de estágio, foi criar a ligação com a Liga Portuguesa contra o Cancro. Em Viseu, a presidente da Liga Portuguesa contra o Cancro é uma Enfermeira, que antes desta situação pandémica, visitava, as mulheres submetidas a mastectomia, juntamente com a sua equipa (todas elas também já mastectomizadas). Na

atualidade, perante a situação que vivemos, estas visitas deixaram de acontecer, no entanto é entregue no nosso serviço um saco da Liga, que tem no seu conteúdo uma almofada, criada manualmente, e em forma de coração, uma mama de algodão e vários panfletos com informação. A equipa de enfermagem, deste serviço, faz chegar este material às utentes em questão. A Enfermeira da Liga tem ainda a preocupação de pedir que lhe seja facultado o contacto destas mulheres, para as contactar após a alta de forma a perceber como as pode ajudar no processo.

Orientei as mulheres internadas, sobre saúde ginecológica e da mama, informando-as sobre os recursos disponíveis na comunidade e no hospital.

Após a alta hospitalar, todas as mulheres ficam com consulta externa agendada e a todas é facultado o contacto do serviço para poderem ligar em caso de dúvidas, questões ou preocupações que possam surgir no domicílio. As mulheres com patologia ginecológica ou da mama submetidas a tratamento cirúrgico poderão ainda necessitar de tratamento no pós-hospitalar, como por exemplo, sessões de quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, sendo que algumas já podem ter efetuado estes tratamentos antes da cirurgia.

Uma vez que o tempo reservado ao ensino é reduzido e o tempo de internamento é relativamente curto, torna-se fundamental sistematizar as atividades de enfermagem a desenvolver para poder atender a todas as necessidades da mulher, aproveitar todas as oportunidades para realizar ensinamentos oportunos e facultar informações escritas, pois estas dão à mulher e família algo em que se apoiar depois de regressar a casa. Existem no serviço vários panfletos informativos acerca das várias cirurgias existentes, estes são entregues aquando da alta.

Para mim, é de facto muito exigente lidar com pessoas com doenças oncológicas, principalmente quando estas já se encontram metastizadas, pois é sempre um termo que se liga à morte. Quando me inscrevi neste curso, foi sem dúvida, pela alegria que o nascimento pode trazer. Muitas vezes foi necessário conter-me e ser forte, para não desabar perante algumas histórias de vida que as mulheres partilhavam connosco. Mas sei que estes momentos também fazem parte do nosso percurso profissional e nos vão tornando, progressivamente, mais fortes.

Sinto que atingi também o objetivo “adquirir o máximo de experiências”, sendo que aproveitei ao máximo todas as oportunidades de aprendizagem que surgiram durante este ensino clínico, tendo posteriormente refletido acerca dos cuidados prestados e observados. Mostrei-me sempre disponível para acompanhar outros profissionais da equipa, para além das minhas tutoras, para assim, adquirir mais experiências, conhecimentos e práticas.

O objetivo “colaborar em atividades de formação profissional ou à mulher”, foi parcialmente atingido. Não consegui realizar nenhum trabalho formativo durante este estágio, em parte porque este ensino clínico é muito curto, perfazendo um total de 9 turnos e também pelo fato de ser

trabalhadora-estudante, o que limita em muito o meu trabalho fora do estágio. No entanto durante este percurso consegui identificar as áreas onde as mulheres internadas tinham mais dúvidas, e tentei com ajuda dos panfletos existentes no serviço, das enfermeiras orientadoras e da pesquisa que realizei, elucidar e conseguir responder a todas estas dúvidas, que constituíram momentos de grande aprendizagem.

Em suma, a prestação de cuidados em todos os casos que referenciei, levaram-me a aprofundar os meus conhecimentos perante cada patologia de forma a poder prestar cuidados progressivamente mais especializados.

## **Enfermagem em Puerpério**

O estágio decorreu no serviço de internamento de Obstetrícia A num hospital da zona Centro no período de 21 de janeiro de 2022 a 8 de fevereiro de 2022, com uma duração de 96 horas, sob a tutoria de uma EESSMO e sob orientação pedagógica da Professora Paula Nelas.

Sinto que consegui atingir os objetivos gerais na responsabilidade de cuidar a mulher no âmbito do período pós-natal, referidos pela Ordem dos Enfermeiros e também obtive inúmeras experiências clínicas que me permitiram utilizar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas à prática de enfermagem especializada no cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

O serviço de Internamento de Obstetrícia A funciona juntamente com o serviço de Obstetrícia B/Ginecologia.

O serviço é constituído por cinco enfermarias com 4 camas cada e mais três enfermarias com duas camas, perfazendo um total de 26 camas. Existe ainda uma sala de cuidados ao RN, que está devidamente equipada para todo o tipo de prestação de cuidados, tal como o banho, colheita de sangue para análises, avaliações de peso, altura e perímetro cefálico, um carrinho do RN para a prestação dos primeiros cuidados ao RN de cesariana (com fonte de calor, rampa de oxigénio, SNG, entre outros), um armário com todo o tipo de medicação e material necessário.

Fazem ainda parte do serviço a área dos limpos e dos sujios e uma área de desinfeção de camas, uma sala de equipamentos, o gabinete da enfermeira chefe do serviço, uma sala de tratamentos, onde geralmente se efetuam os pensos quando a mulher se pode deslocar, o posto de Enfermagem e uma sala que funciona como apoio ao aleitamento materno, que está equipada

com todo o material necessário para a preparação e administração de leite adaptado ou de leite extensamente hidrolisado.

Os programas informáticos utilizados neste serviço são o Sclínico e o SGICM. Inicialmente tive algumas dificuldades em registar e funcionar com estes programas, visto não estar familiarizada com eles, no entanto esta dificuldade foi brevemente superada, tendo elaborado sempre registos de enfermagem claros, sistematizados e utilizando linguagem científica.

No primeiro turno que realizei foi-me feita uma visita orientada pelo serviço, de modo a conhecer o espaço, as divisões, o material existente, os equipamentos e a medicação disponíveis. Fui também apresentada à equipa de enfermagem e tive oportunidade de conhecer as profissionais que trabalham neste serviço, especialistas ou não, a estas utentes. Sinto que fui muito bem recebida e acolhida como membro da equipa, sendo que todas demonstraram receptividade à troca de informação, análise e discussão de experiências e situações clínicas e sempre estiveram disponíveis para responder a todas as minhas dúvidas e questões. O método de trabalho é o método individual com prestação de cuidados personalizados, no entanto notei ao longo deste estágio um grande espírito de equipa e de entreajuda destas profissionais. É de salientar ainda que o facto de a equipa ser simpática e prestável facilitou imenso a minha aprendizagem e contribui em muito para a minha autonomia na prestação de cuidados a estas mulheres. Sempre que surgia alguma questão ou dúvida, solicitava sempre a presença, ajuda e opinião da minha tutora ou de outras enfermeiras que estivessem distribuídas com a puérpera e RN em questão.

Tive ainda, sempre que o serviço e os cuidados permitiam, oportunidade de consultar os guias orientadores existentes no serviço, de forma a conhecer a filosofia, objetivos, organização da equipa de enfermagem, protocolos, normas, regulamentos e recursos utilizados na prestação de cuidados especializados.

Este serviço, em relação aos outros serviços de internamentos prolongados, é bastante dinâmico, o tempo de permanência é curto e todos os dias ocorrem várias altas e novas admissões.

Sinto que atingi este objetivo sem grande dificuldade, tendo percebido a dinâmica da instituição e da equipa multidisciplinar, contribuindo para o bom funcionamento do serviço. Ao longo do estágio procurei pautar as minhas intervenções com profissionalismo e respeito pela metodologia de trabalho da equipa de enfermagem demonstrando sempre empenho e dedicação. Fui pontual e assídua.

Penso que desenvolvi uma relação empática, assertiva, favorável ao desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, promovendo o trabalho em equipa e bom ambiente de

trabalho, demonstrando disponibilidade e interesse na aprendizagem. Revelei receptividade, interesse e iniciativa nas intervenções de enfermagem e aceitei as críticas de forma construtiva.

Dei também como concluído com sucesso o objetivo “demonstrar responsabilidade profissional, ética e legal”, promovendo, ao longo do estágio, a proteção dos Direitos Humanos e Código Deontológico dos Enfermeiros e desenvolvendo uma prática de cuidados que melhoram a segurança, a privacidade e a dignidade da mulher e família. Suportei as minhas intervenções e decisões em princípios, valores e normas deontológicas.

Foi constante e muito importante a revisão bibliográfica e pesquisas que efetuei na área da enfermagem em Puerpério, pesquisa essa que me ajudou no meu evoluir neste estágio. Promovi sempre um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados, adequando os recursos às necessidades de cuidados. Mantive durante todo o estágio uma atitude responsável na prestação de cuidados de enfermagem, suportada pela investigação, conhecimento e reflexão sobre as práticas. Demonstrei sempre disponibilidade, interesse e iniciativa nas atividades propostas e realizadas, assumindo uma postura assertiva e pró-ativa. Tentei sempre comunicar a informação de forma clara e objetiva, adequada ao contexto e à população existente.

Estabeleci sempre uma relação empática com a puérpera/acompanhante significativo, promovendo um ambiente de confiança, pois na minha opinião em todos os ensinamentos clínicos é muito importante a maneira como nos relacionamos com as utentes, pois esta vai influenciar em muito a qualidade dos cuidados prestados e também o nível de confiança que estas mulheres depositam em nós.

E planeei sempre os meus cuidados em função das necessidades identificadas, através do estabelecimento de prioridades.

Houve alguns protocolos existentes no serviço que tive necessidade de consultar e entender, pois eram muito utilizados. Um deles é o “Protocolo de hipoglicémia neonatal – Glicémias regulares” que era aplicado em todos os RN’s: filhos de mãe diabética, com RCIU, prematuros ou macrossômicos. As glicémias capilares eram avaliadas da seguinte forma e tendo em conta cada particularidade:

- Filho de mãe diabética – à admissão, 2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e 24<sup>a</sup> hora de vida;
- RCIU – à 2<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup>, 24<sup>a</sup>, 36<sup>a</sup>, 48<sup>a</sup> horas de vida;
- Prematuridade – à 2<sup>a</sup> hora de vida, posteriormente de 6/6h, 12/12h até tolerar a alimentação completa;
- Macrossômico – de 4/4h nas primeiras 24h de vida.
- E sempre que seja pertinente.

Há ainda protocolos importantes como a analgesia pós-parto, utente submetida a cesariana, metabolismo energético alterado na puérpera de parto eutócico/distócico ou cirúrgico, entre outros.

O período pós-parto compreende o intervalo entre o nascimento do bebé e o retorno dos órgãos reprodutores da mãe ao seu estado normal antes da gravidez. Este período pode ser designado de puerpério ou quarto trimestre da gravidez. Apesar do puerpério, tradicionalmente, possuir a duração de 6 semanas, este tempo varia de mulher para mulher. As mudanças fisiológicas que ocorrem são distintas, embora normais, à medida que os processos relacionados com a gravidez regridem. Para prestar cuidados apropriados, à mãe, RN e família, o EEESMO deve ter conhecimentos sistematizados sobre a anatomia, fisiologia materna, período de recuperação, características físicas e comportamentais do RN, cuidados ao RN e reação da família ao nascimento do bebé.

O puerpério caracteriza-se como um período de intensas transformações biológicas, psicológicas e sociais suscetíveis de provocar desequilíbrio e maior vulnerabilidade no casal, bem como implicações no desenvolvimento do RN. O EEESMO revela-se essencial no acompanhamento das puérperas, pois diagnosticando precocemente problemas, poderá desenvolver e implementar intervenções adequadas às necessidades dos cuidados, obtendo assim ganhos em saúde.

O internamento da mulher no pós-parto (eutócico e distócico por ventosa ou fórceps) em situações de baixo risco, tem uma duração de aproximadamente 48 horas. Neste período existe uma complexidade de intervenções autónomas e interdependentes às quais o EEESMO dá resposta, facilitando o diagnóstico, a planificação e a execução de intervenções de enfermagem adequadas às necessidades específicas e individuais de cada mulher/casal.

Graça, M., 2017 define o puerpério como sendo o período que se estende até às seis semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez. Este período pode ser dividido em três estadios: puerpério imediato (nas primeiras 24 horas), puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (até ao final da sexta semana). Em cada um destes estadios, as referidas alterações anatómicas e fisiológicas incluem múltiplos órgãos e sistemas e processam-se de forma contínua, merecendo atenção e cuidados específicos por parte dos profissionais de saúde.

Existem vários fatores que contribuem para uma melhor adaptação a esta fase, entre eles pode-se fazer referência ao nível de energia, grau de conforto, saúde e bem-estar do RN, o apoio e o cuidado oferecido pela família, amigos e profissionais de saúde (Nené, Marques e Batista, 2016).

Tive oportunidade de realizar vários acolhimentos e integrações, das puérperas e RN, no serviço. A maioria das puérperas vinham acompanhadas pelo seu RN e enfermeiro/a da sala de

partos. Quando a mulher era submetida a cesariana, era nossa função ir ao bloco operatório central para trazermos o RN e prestar-lhes os cuidados imediatos pós-parto, sendo que a mãe permanecia no recobro durante mais ou menos 2 horas. À puérpera, 12 horas após a cesariana, era aplicado o protocolo (levantar e desalgáliação), tendo em atenção que a enoxaparina sódica só pode ser administrada 12 horas após retirar o cateter epidural ou então 6 horas antes, pelo risco de hemorragia.

De um ponto de vista fisiológico a duração e a dificuldade do trabalho de parto, o tipo de parto (vaginal ou cesariana), a presença de episiotomia ou lacerações, o número de partos e se a mãe planeia amamentar ou não, são fatores a considerar em cada mulher (Lowdermilk, 2008).

A involução uterina consiste na redução do tamanho e no retorno gradual do útero ao estado antes da gravidez e é avaliado por palpação abdominal, pelo estado de contração do útero (formação do globo de segurança de Pinard) e pela medição da distância entre o fundo uterino e a sínfise púbica. É importante que a puérpera tenha a bexiga vazia, pois com a bexiga cheia o útero também se desloca da linha média. Se o útero não estiver contraído, deve massajar-se suavemente, para este contrair e expelir quaisquer coágulos, antes de proceder à sua avaliação. A massagem uterina pode ser um procedimento muito desconfortável e doloroso, a compreensão das causas e potenciais perigos da atonia uterina, podem ajudar a mulher a colaborar.

No final do 3º estadio do trabalho de parto, o útero deve estar posicionado na linha média do abdómen, aproximadamente 2 cm abaixo da linha umbilical, com o fundo apoiado no promontório sagrado. Cerca de 12 horas após o parto, o útero deve estar 1 cm acima da linha média umbilical e às 24 horas sobre a linha umbilical. A involução uterina progride gradualmente, cerca de 1 a 2 cm a cada 24 horas. Por volta do 6º dia após o parto, o fundo uterino deve encontrar-se a meia distância entre a linha umbilical e a sínfise púbica e depois do 10º dia após o nascimento, retomará a sua posição na cavidade pélvica, deixando de ser palpável (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

A avaliação do tónus uterino é fundamental, uma vez que possibilita a identificação precoce da atonia uterina, a principal causa de hemorragia pós-parto, responsável pela grande maioria das situações de morbidade e mortalidade maternas (Sentilhes et al., 2016; Shields, Goffman & Caughey, 2017 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020). Também, o início precoce da amamentação, melhora a contractilidade uterina reduzindo assim o risco de hemorragia pós-parto.

A ocorrência de traumatismos perineais, espontâneos ou cirúrgicos (lacerações perineais ou episiotomia), são frequentes no parto eutócico ou distócico, por ventosa ou fórceps e podem desencadear morbidades a curto e a longo prazo (Petrocnik & Marshall, 2015 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

As situações mais frequentes, a curto prazo, são a hemorragia vaginal, hematomas, dor perineal, infecção e deiscência da sutura. A longo prazo podem surgir alterações do pavimento pélvico, dispareunia e incontinência urinária e fecal.

Após o levante, a puérpera deve realizar os cuidados perineais de forma autónoma, após a eliminação intestinal ou vesical. A lavagem perineal com água e sabão líquido, respeitando a técnica de lavagem perineal (da uretra para o ânus), é adequada e promotora da cicatrização da região vulvovaginal e perineal (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

A cicatrização completa do períneo deve ocorrer duas a três semanas após o parto, mas a recuperação completa pode demorar alguns meses (Lowdermilk, 2008).

É fundamental avaliar a dor perineal, pois esta pode condicionar de forma significativa as atividades de vida diária da puérpera (andar, sentar,..), os cuidados ao RN e a amamentação. Para alívio da dor podemos utilizar a analgesia, aplicação de gelo e a diminuição da pressão local, oferecendo assim à mulher a oportunidade de vivenciar a maternidade de uma forma mais prazerosa.

A secreção uterina que surge no pós-parto denomina-se lóquios e resulta, em parte, da regeneração do revestimento epitelial uterino, que se inicia logo após o parto, com a expulsão da porção externa da camada endometrial com a placenta (Graça, M., 2017). Estes devem ser avaliados quanto à cor, cheiro, fluxo e características que se modificam com o tempo decorrido após o parto.

A avaliação da quantidade dos lóquios deve ser realizada, neste período, através da saturação do penso higiénico, tendo em conta um espaço temporal de 2 horas. O fluxo dos lóquios pode aumentar com a deambulação, pela posição verticalizada, e na amamentação, devido à libertação da ocitocina, que facilita a contração uterina (Ricci, 2008 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

A perda contínua de lóquios para lá das quatro semanas, associada a uma involução uterina inadequada, pode indicar a presença de restos placentares. Febre superior a 38°C nos primeiros 10 dias após o parto e a presença de lóquios purulentos, com cheiro fétido e dor abdominal, podem indicar a presença de endometrite (Graça, M., 2017).

É também importante salientar que os lóquios são um excelente meio de crescimento bacteriano, pelo que se torna importante a troca frequente do penso higiénico e a lavagem das mãos antes e após o procedimento.

No puerpério os problemas relacionados com a mama e os mamilos podem interferir com o sucesso da amamentação e cessação precoce da mesma. A causa mais comum para o

aparecimento de traumas mamilares é a pega incorreta, outras causas podem incluir o uso de discos protetores que não permitem o arejamento do mamilo, uso inadequado da bomba extratora de leite, ingurgitamento mamário ou mastite entre outras.

Segundo Sequeira, Pousa & Amaral, 2020, o ingurgitamento mamário caracteriza-se pela sensação de mama dura, tensa e ligeiramente ruborizada, sendo que, se falamos de ingurgitamento fisiológico, estes sinais são normais entre o 3º e 5º dia após o parto, aquando da descida do leite, ocorrendo aproximadamente 72 horas depois do parto. Este desconforto, associado ao ingurgitamento fisiológico é normal e tende a desaparecer após quatro a cinco dias. Fala-se de ingurgitamento patológico quando a sensação de edema, tensão, rubor e dor se mantêm e a mulher sente grandes dificuldades em amamentar o bebé. Este se não for tratado, evolui rapidamente para uma situação de mastite, que se traduz pela inflamação da glândula mamária ou do tecido da mama.

A mastite, segundo a DGS (2008), pode ser ou não de origem infecciosa. A mastite infecciosa surge quando há entrada de microrganismos no organismo da mulher, através das fissuras dos mamilos. A mastite não infecciosa ocorre quando o leite existente na mulher não é expelido, por exemplo, em caso de bloqueio dos ductos mamários ou de ingurgitamento mamário (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

Existem alguns fatores de risco que podem estar relacionados com o aparecimento do ingurgitamento mamário patológico, como o início tardio da amamentação, mamadas não frequentes e de pouca duração, utilização de suplementos, sucção ineficaz do RN, aumento repentino da produção de leite e lesão mamilar, que tem como fatores determinantes a inadequada posição do bebé durante a amamentação e apreensão do mamilo. A puérpera pode apresentar desconforto, febre e mal-estar e, se não houver intervenção de alívio do ingurgitamento, a produção de leite é interrompida e inicia-se um processo de reabsorção, associado ao desmame precoce (Sousa et al., 2012 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

No ingurgitamento mamário poderá ser necessário o recurso a anti-inflamatórios/analgésicos (Snowden et al., 2003). As puérperas devem ser alertadas para não colocarem calor ou frio sobre os mamilos e deixarem mais de 10 minutos sobre a mama, para evitar que estes provoquem uma queimadura. Após a mamada, só devem extrair o leite da mama até se sentirem confortáveis e não devem manipular a mama de que não amamentaram, pois se a totalidade do leite for retirada, irá estimular mais a produção e recomeça o ciclo (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

A deambulação precoce é determinante na redução da incidência de tromboembolismo. Deve ter-se em conta o primeiro levante, devido à hipotensão ortostática, o levante deve ser gradual e com monitorização da tensão arterial. A prevenção de formação de coágulos é de

extrema importância. Às mulheres de cesariana ou àquelas que, por algum motivo, tenham de permanecer mais tempo na cama, devem ser vestidas meias elásticas.

A incidência de trombose venosa profunda é maior no puerpério do que na gravidez. Cerca de 25% das trombozes venosas profundas complicam-se com tromboembolismo pulmonar, que é uma das principais causas de mortalidade materna no puerpério. O risco de tromboembolismo está aumentado no puerpério devido ao aumento dos fatores de coagulação e do fibrinogénio, para além da imobilidade (Nené, Marques e Batista, 2016).

A eliminação vesical e intestinal deve ser avaliada, é importante que a mulher urine espontaneamente dentro de 6 a 8 horas após o parto. Algumas mulheres podem experimentar dificuldade no urinar, possivelmente devido à diminuição do tónus vesical, edema causado pelo traumatismo ou medo do desconforto. O enfermeiro tem assim o papel de implementar intervenções para prevenir a distensão da bexiga (que pode ser causador de hemorragia). As intervenções para promover um padrão normal de eliminação intestinal incluem ensinamentos para evitar a obstipação. As hemorróidas, que ficam mais exacerbadas devido aos esforços expulsivos, causam grande desconforto e dificultam a eliminação intestinal.

A fadiga é comum no puerpério devido a componentes psicológicas, alterações dos padrões de sono e repouso, comportamento e satisfação de necessidade do RN. Deste modo é importante que a puérpera descanse e durma enquanto o RN está a dormir.

Outro tema, que se torna muito importante nesta fase puerperal, é a adaptação à parentalidade.

A parentalidade envolve o assumir a responsabilidade do exercício efetivo do papel; o otimizar o crescimento e o desenvolvimento da criança; o integrar a criança na família, e, o agir de acordo com os comportamentos esperados de alguém que é mãe/pai. O desenvolvimento saudável da criança é influenciado pelo comportamento parental. A criança é, nos primeiros meses de vida, totalmente dependente das respostas parentais ao seu comportamento. A manutenção e a promoção da saúde da criança, nomeadamente o crescimento e o desenvolvimento saudáveis, só são possíveis através da participação ativa de mães e pais informados e motivados e que assumam, com responsabilidade, os cuidados prestados ao filho (Nené, Marques e Batista, 2016).

No puerpério deve ainda haver um olhar muito atento por parte dos profissionais de saúde para a depressão no pós-parto. Durante esta fase a mulher está mais vulnerável para desencadear ou agravar perturbações psiquiátricas, pois esta fase é acompanhada por imensas alterações hormonais e de mudanças importantes a nível psicológico, familiar e social. Na presença de sinais de alerta, os enfermeiros/obstetras/pediatras devem articular de imediato com outros profissionais

da equipa multidisciplinar (psicólogo, psiquiatra), acionar os apoios da comunidade e envolver a família. Poderá ainda ser necessária a intervenção da assistente social.

Aquando da alta da puérpera assumi também um papel importante, tendo realizado vários ensinamentos importantes. Vou destacar alguns dos ensinamentos que realizei.

- Durante as primeiras semanas após o parto é natural que a mulher se sinta cansada pelo que deve fazer períodos de repouso ao longo do dia e retomar de forma progressiva o padrão de atividade que tinha habitualmente, não deve fazer trabalhos domésticos pesados nem estar muito tempo em pé. Poderá nesta fase necessitar muito do apoio do companheiro ou de familiares próximos.
- Deve estar atenta aos sinais de alerta: hemorragia vaginal abundante (mais que uma menstruação), febre superior a 38°C, corrimento vaginal com mau cheiro, dor/calor/vermelhidão nos membros inferiores e dor/calor/vermelhidão nas mamas.
- Deve evitar infeções e favorecer a libertação de substâncias tóxicas, para isso deve ter a pele limpa, tomando um banho diário preferencialmente de chuveiro, sempre que necessário realizar uma higiene cuidada dos genitais (lavando e limpando sempre da frente para trás), manter as unhas curtas e limpas, lavar as mãos com frequência e lavar os dentes após as refeições, cuidando assim da sua imagem.
- Explicar à mãe que é normal, após o parto ter sentimentos como, irritabilidade, medo de não ser capaz, vontade de chorar, cansaço, que se devem a alterações hormonais relacionadas com a gravidez e parto e que, normalmente são passageiras.
- Deve falar sempre dos seus medos e receios à equipa de saúde, para ficar mais tranquila.
- Após o parto não há uma data exata para o aparecimento da menstruação e que pode haver uma ovulação antes do aparecimento da menstruação.
- O facto de estar a amamentar não a impede de engravidar.
- É aconselhável que as relações sexuais só aconteçam após a ida a consulta de revisão do puerpério (que deve fazer-se entre a 4ª e 6ª semanas após o parto, no centro de saúde ou em médico particular). Esta consulta é de extrema importância, pois serve para avaliar o estado geral, a recuperação do aparelho genital e escolher o método contraceptivo mais adequado à sua situação.
- Precisa de continuar a cuidar da sua alimentação, diversificar o mais possível os alimentos, beber muita água para o bom funcionamento dos rins e intestinos, comer pouco de cada vez e várias vezes ao dia e evitar comida condimentada, caso o RN não tolere.

Aquando de uma cesariana, uma enfermeira do serviço, após contacto do bloco operatório, ia buscar o RN ao bloco. À chegada, este era vestido sob fonte de calor e prestados os cuidados pós-

parto. Depois, caso o pai esteja presente, pode ficar com o RN ao colo ou então em contacto pele a pele, até que a mãe regresse do recobro, pois a necessidade de satisfação primária de contacto e afeto, é a segurança encontrada nos braços da mãe ou do pai. O contacto pele a pele consiste na colocação do RN deitado de barriga para baixo, despido ou com fralda, protegido com um cobertor, sobre o peito. É importante propormos o contacto pele a pele com o pai, pois este:

- Minimiza os efeitos da separação da mãe com o RN;
- Promove o vínculo entre pai e RN, o toque é a forma mais básica de transmitir segurança e afeto;
- Promove a ligação afetiva, que é importante para a adaptação ao papel de pai, sendo fundamental no desenvolvimento do bebé.

As vantagens são inúmeras, tais como:

- O RN chora menos, fica mais tranquilo;
- Beneficia a adaptação do bebé à vida extra-uterina;
- Ajuda o bebé a manter a sua temperatura corporal e minimiza perdas energéticas;
- Estimula a autonomia do pai na prestação de cuidados ao RN;
- Facilita a adaptação do pai ao seu novo papel;
- Permite colonizar a pele do bebé com a flora da pele do pai, minimizando a suscetibilidade para as infeções.

Os primeiros dias de vida do RN constituem um período de adaptação para o próprio, para os pais e restante família, sendo essencial que estes possuam informação que lhes permita vivenciar esta época especial das suas vidas de forma responsável e tranquila (Nené, Marques e Batista, 2016).

São vários os temas que devem ser abordados junto dos pais, para que estes fiquem informados. A capacidade de regulação da temperatura é limitada pelo que é importante evitar diferenças significativas na temperatura ambiente e adequar o vestuário.

É importante que os pais estejam despertos para o campo da eliminação, tanto urinária como intestinal, e que nesta também existe um período de adaptação durante o qual os padrões de eliminação se vão estabelecer. Os RN a fazer leite materno exclusivo irão ter dejeções mais frequentes do que aqueles que utilizam leite adaptado. O aspeto das fezes do RN também sofre alterações significativas durante os primeiros dias de vida. As primeiras dejeções são constituídas pelo mecónio, após a eliminação deste, através da introdução da alimentação, surgem as fezes de transição. Após estabelecido o padrão alimentar/padrão de eliminação, as fezes podem variar entre o castanho e o amarelo e a sua consistência entre moldadas, moles e líquidas (Nené, Marques e Batista, 2016).

A higiene e o vestuário também são um tema a debater, pois os bons cuidados de higiene contribuem para a prevenção de infeções, pois o sistema imunitário do RN ainda se encontra muito imaturo. O vestuário deve ser adequado à estação do ano, confortável e fácil de despir e vestir.

O choro é o meio de comunicação preferencial do RN, sendo necessário que os pais reconheçam os tipos de choro para poder satisfazer as necessidades do RN. É também importante explicar aos pais que nem todo o choro do bebé significa fome. Este pode chorar porque sente frio, calor, cólicas, porque está com a fralda suja e se sente desconfortável ou simplesmente porque está a precisar de colo e aconchego.

Segundo a OMS, o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida traz inúmeros benefícios ao RN, protegendo de infeções, constituindo fonte de energia e nutrientes essenciais, e contribuindo para um melhor desempenho intelectual futuro (Nené, Marques e Batista, 2016).

Assim, aprender a técnica de amamentação é indispensável para o sucesso do aleitamento materno, uma vez que previne o traumatismo dos mamilos, garante o esvaziamento da mama e influencia “o início e a duração da amamentação, ajudando as mães a adquirir precocemente autoconfiança na capacidade de amamentar” (Sardo, 2016 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020). Experiências menos positivas que surgem no decorrer da amamentação levam a que muitas mulheres abandonem precocemente o aleitamento materno, algo que poderia ser prevenido se as mulheres fossem orientadas e apoiadas quanto à técnica de amamentação (Sales, Vieira, Moura, Almeida & Vieira, 2000). A pega correta é a base essencial para uma amamentação bem-sucedida (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

Orientar, observar e avaliar a técnica de amamentação desde o nascimento até que a díade esteja capacitada assegura a proteção, a promoção e o apoio ao aleitamento materno, contribuindo para o estabelecimento e a manutenção desta prática (Fonseca-Machado, Haas, Stefanello, Nakano & Gomes-Sponholz, 2012 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

A minha intervenção focou-se na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, bem como no conforto da mulher. Esta intervenção foi baseada nos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, desenvolvidos pela OMS e UNICEF em 1991.

O Centro Hospitalar Tondela Viseu faz parte da iniciativa “Amigo dos Bebés”, sendo considerado como o Hospital Amigo dos Bebés. Esta iniciativa tem como missão proteger, promover e apoiar o aleitamento materno através da mobilização dos serviços de maternidade, obstetrícia, neonatologia e pediatria.

Realizei ensinamentos às puérperas sobre sinais de fome do RN, sinais de uma boa pega e cuidados a ter com as mamas.

O principal estímulo para a produção de leite é a sucção, assim quanto mais a mãe der de mamar, mais leite vai produzir. Amamentar o bebé durante a noite também é importante, pois ativa a hormona que aumenta a produção do leite (prolactina). Se o bebé ficar satisfeito depois das mamadas, se urinar várias vezes ao dia e se aumentar de peso, é sinal de que o leite da mãe é suficiente.

O horário das mamadas não é rígido (este deve mamar sempre que tenha fome). Este deve mamar 8 a 12 vezes por dia durante o primeiro mês e meio.

A duração da mamada não é muito importante (geralmente 4 a 30 minutos é suficiente, sendo que alguns podem demorar mais tempo).

Uma das preocupações e geradora de grande ansiedade nas mães é a perda de peso, por isso é importante elucidar as mães e explicar que é normal o RN perder peso nos primeiros dias de vida, não estando este facto relacionado habitualmente, com a quantidade de leite que este mama. O RN deverá recuperar o peso que tinha à nascença até aos 15 dias de vida. Neste serviço os bebés são pesados diariamente, de manhã, antes do banho e é calculado a perda ponderal.

Quando o RN necessitava de fazer suplemento de leite ou leite adaptado exclusivo, eram ainda realizados ensinamentos à mãe sobre a preparação dos biberões com os respetivos cuidados a ter em conta.

Tive oportunidade de executar vários banhos ao RN, sendo que o primeiro era sempre realizado por nós, enfermeiros, onde era explicado e demonstrado todo o procedimento à mãe. O segundo era realizado pela mãe, com a nossa supervisão e apoio e os restantes já eram realizados autonomamente pela mãe, estando nós sempre presentes para ajudar e responder a qualquer questão.

Diversos estudos indicam que o primeiro banho do RN deve ser adiado pelo menos 12 horas após o nascimento e apenas quando houver estabilização dos parâmetros fisiológicos (Heather, 2013; Preer, Pisegna, Cook, Henri & Philipp, 2013; Pinto, Oliveira & Bedendo, 2013 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

A mãe deve ser também capaz de vigiar sinais inflamatórios e sangramento do coto umbilical em todas as mudas de fralda. O EEESMO tem ainda a responsabilidade de ensinar os pais sobre os sinais de alerta e informar para a necessidade de se dirigirem ao médico, ao primeiro sinal inflamatório encontrado.

Algumas crianças nascem com doenças que clinicamente são muito difíceis de diagnosticar nas primeiras semanas de vida, e que mais tarde podem provocar atraso mental, alterações neurológicas graves, alterações hepáticas ou até situações de coma. É possível, contudo, por

análises efetuadas ao sangue, a partir do 3º dia de vida, diagnosticar estas doenças mesmo antes do aparecimento dos sinais clínicos e iniciar o tratamento precocemente. Atualmente rastreiam-se 24 doenças hereditárias do metabolismo, o hipotiroidismo congénito e a fibrose quística.

Realizei e auxiliei também na colheita de sangue para o Teste de Guthrie ou Teste do pézinho, que serve para rastrear, através do Programa Nacional de Rastreio Neonatal, as doenças referidas anteriormente. A partir do 3º dia de vida e até ao 6º, é realizada uma picada no calcanhar do bebé, é preenchido um papel de filtro com o sangue (verificar sempre se o reverso do papel ficou bem impregnado e preenchido), devidamente preenchido com os dados pedidos, depois de seco este é enviado para a Unidade de Rastreio Neonatal e regista-se no boletim de saúde do RN.

Os pais só serão contactados diretamente pelo telefone ou através da Unidade de saúde se o resultado da análise tiver alterações ou se houver necessidade de qualquer confirmação laboratorial, de modo a iniciar o tratamento o mais precocemente possível. No entanto, poderão conhecer os resultados normais através da Internet, 3 semanas após a colheita, consultando o endereço próprio e introduzindo o número de código do boletim, que é entregue à mãe na altura da colheita. Este teste pode ser realizado no hospital, se por algum motivo o RN ainda se encontrar internado nesta altura, se não deve ser agendado no Centro de Saúde.

Foram várias também as oportunidades de vacinar o RN e efetuar os devidos ensinamentos às mães.

O Programa Nacional de Vacinação existe em Portugal desde 1965. É universal, gratuito e recomendado, e a sua aplicação representa o procedimento de menor custo e maior efetividade que permitiu controlar ou eliminar as 11 doenças abrangidas pela vacinação (Freitas, 2007; Santos, Barreto, Silva & Silva, 2011 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

Os programas de vacinação universais promovem e proporcionam a igualdade de oportunidades, independentemente de género, etnia, cor de pele, religião, estatuto social, rendimentos familiares ou ideologias, protegendo a saúde e prevenindo as doenças (DGS, 2017 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020). Aos profissionais de saúde compete a divulgação do PNV, informando e esclarecendo acerca da sua importância e de todas as suas vantagens.

O PNV deve ser cumprido sempre que haja consentimento por parte dos progenitores, uma vez que é recomendado, não obrigatório. É muito importante que os pais sejam devidamente informados e esclarecidos sobre a importância, as vantagens e desvantagens da vacinação ou não vacinação, para que possam decidir em consciência. Em caso de recusa, os pais devem assinar um documento em que conste essa decisão e quais as vacinas que recusam. Este documento deve ficar arquivado no processo da criança e deve ser feito também o registo no sistema informático (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

No momento da administração, a mãe deve ser sempre informada sobre a vacina que está a ser administrada e quais os efeitos secundários que poderão surgir. No hospital é administrada a primeira dose da vacina VHB – Hepatite B, esta não tem nenhum tipo de efeito secundário. Era entregue à mãe o Boletim da Vacinação, com a devida vacina inscrita, e apresentado o esquema das vacinas seguintes.

Uma das situações muito frequentes que é causa de preocupação e que muitas das vezes era o motivo pelos internamentos mais prolongados do RN, é a icterícia. Esta vai demonstrar a adaptação do RN ao ambiente extrauterino e aos níveis fisiológicos da bilirrubina, o que faz que 98% dos RN durante a primeira semana de vida apresentem níveis acima de 1mg/dl.

Apesar da elevada incidência (60%) a hiperbilirrubinemia neonatal continua a ser um tema de grande importância e preocupação por se tratar de uma situação clínica potencialmente grave (Icterícia Neonatal).

A icterícia fisiológica é o aparecimento de uma coloração amarelada na pele e mucosas do RN que surge ao 2º ou 3º dia de vida. É causado pelo aumento de uma substância no sangue – a bilirrubina. Aquando do nascimento o RN tem muitos glóbulos vermelhos. Normalmente parte destes glóbulos vão ser destruídos dando origem ao aparecimento da bilirrubina. Como o fígado ainda está um pouco imaturo a bilirrubina não é eliminada e deposita-se na pele do RN tornando-a amarelada. A bilirrubina acima de determinados valores pode ser tóxica, sobretudo para o sistema nervoso, ocasionando lesões graves e irreversíveis no cérebro, uma vez que a bilirrubina não conjugada, não ionizada, é lipofílica e pode atravessar a barreira hematoencefálica conduzindo a apoptose e necrose. A bilirrubina em níveis baixos pode ser benéfica e funcionar como antioxidante no RN carente de outros antioxidantes endógenos como Vitamina E (Icterícia Neonatal).

Contudo, só se a coloração amarelada da pele aparecer nas primeiras 24 horas de vida é que se torna mais preocupante, requerendo mais cuidados.

Dependendo da idade, peso e do resultado das análises ao sangue, pode estar indicada a fototerapia. A fototerapia consiste na colocação do RN num berço que tem uma luz de cor azul, que emite raios UV. Essa luz vai transformar a bilirrubina em produtos que não são tóxicos para o sistema nervoso e que são mais fáceis de ser eliminados pelas fezes e urina. Existe no serviço um gráfico que cruza o valor da bilirrubina sérica (mg/dl) com a idade em horas para a indicação ou não da fototerapia em RN com idade gestacional igual ou superior a 35 semanas e saudáveis.

A fototerapia pode provocar efeitos colaterais como alterações de pele, diarreia, eritema, hipotermia, hipertermia, queimaduras e lesões na retina. Por isso, os cuidados com o tratamento em fototerapia estão relacionados aos efeitos colaterais e suas complicações (Oliveira, G.,2017).

O uso dessa tecnologia expõe o RN a diversos exames laboratoriais, prolongando o seu período de hospitalização e interferindo na relação mãe-bebê. É função do enfermeiro detetar precocemente a icterícia, o RN deve ser analisado fisicamente e o cuidado deve ser estendido durante o tratamento.

No caso do RN necessitar de realizar fototerapia dupla ou intensiva, este terá de ser internado na Neonatologia. Para evitar as readmissões hospitalares o rastreio da hiperbilirrubinemia deve ser feita antes da alta a todos os RN, através do doseamento da bilirrubina com o objetivo de identificar risco, prevenir e, ou tratar a hiperbilirrubinemia e evitar a situação clínica grave (Oliveira, G., 2017).

Tive ainda oportunidade de participar na transferência de dois RN para a Neonatologia, um deles por necessidade de efetuar fototerapia intensiva e outro por hipoglicémias mantidas.

Aquando da alta do RN tive ainda oportunidade de realizar vários ensinamentos:

- Sinais de alarme, que devem indicar uma ida ao médico, febre (superior a 38°C retal), icterícia, prostração, irritabilidade que não cessa com nada.
- Marcação da consulta do 1º mês de vida, que deve ser no Centro de Saúde ou no médico particular, até aos primeiros 28 dias de vida.
- Marcação do peso, todas as semanas, inicialmente.
- Marcação do teste do pézinho (entre os 3 e 6 dias de vida).
- Ensinamentos sobre a síndrome de morte súbita do latente (recomendações para dormir, quando está acordado, a temperatura, entre outros).
- Segurança e prevenção de acidentes em casa (asfixia, quedas, queimaduras, afogamento).
- Visitas e saídas do bebê (dada a pandemia, deve haver mais restrições).
- Correta colocação do RN no ovo e transporte do RN em automóvel.

Faço um balanço positivo deste estágio, tendo atingido um grande número de experiências diferentes. Consegui atingir a maioria dos objetivos, propostos no meu projeto, com sucesso, no entanto ainda existe um longo percurso pela frente.

## **Enfermagem em Patologia da Gravidez**

O estágio decorreu no serviço de internamento de Ginecologia/Obstetria B de um hospital na zona Centro no período de 8 de Fevereiro de 2022 a 4 de Março de 2022, com uma duração de 120 horas, sob a tutoria de EEESMOs e sob orientação pedagógica da Professora Paula Nelas.

Sinto que consegui atingir os objetivos gerais na responsabilidade de cuidar a mulher grávida em situação de risco e também obtive inúmeras experiências clínicas que me permitiram utilizar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas à prática de enfermagem especializada neste domínio.

O serviço de Internamento funciona juntamente com o serviço de Obstetrícia B. Quando o serviço de Obstetrícia A se encontra sem vagas, os recém-nascidos e as puérperas são acolhidas neste serviço, na enfermaria 1, que tem quatro camas e que tem, numa sala em anexo, um espaço para prestar os cuidados ao RN, tal como no serviço de Obstetrícia A. Quando é possível esta enfermaria fica sempre vaga para estas situações referidas anteriormente. Quando o serviço de Ginecologia se encontra quase cheio, estas vagas têm de ser geridas de outra forma.

O serviço é ainda constituído por mais quatro enfermarias (2,3,4 e 5), com 4 camas cada. Temos ainda a Enfermaria 6, com duas camas, onde normalmente se internam as Patologias da Gravidez e a Enfermaria 7 e 8, com duas camas cada, são, devido à situação pandémica que estamos a atravessar, reservadas para casos suspeitos ou positivos à COVID 19. Quando necessário, as grávidas com Patologia associada podem ainda ser internadas na Enfermaria 7, ficando sempre uma Enfermaria reservada para os casos COVID 19. Fazem ainda parte do serviço a área dos limpos e dos sujios, uma sala com equipamentos, um gabinete que foi “remodelado” para uma arrumação de equipamento COVID, onde os profissionais se devem equipar se necessário contactar com alguém suspeito ou positivo, uma sala de tratamentos, onde geralmente se efetuam os pensos quando a mulher se pode deslocar e o posto de Enfermagem.

Os programas informáticos utilizados neste serviço são o Sclínico e o SGICM. Inicialmente tive algumas dificuldades em registar e funcionar com estes programas, visto não estar familiarizada com eles, no entanto esta dificuldade foi brevemente superada, tendo elaborado sempre registos de enfermagem claros, sistematizados e utilizando linguagem científica.

As mulheres grávidas internadas neste serviço têm várias patologias diagnosticadas durante a gravidez ou prévias à gravidez, como por exemplo hemorragias nos vários trimestres, pré-eclâmpsias, restrições de crescimento intra-uterino, entre outras. Existem ainda duas vagas para utentes submetidas a cirurgia plástica e reconstrutiva.

Como já tinha realizado anteriormente o estágio de Enfermagem em Ginecologia neste serviço, já não foi necessária a apresentação do serviço e da equipa de Enfermagem.

Ao longo do estágio procurei pautar as minhas intervenções com profissionalismo e respeito pela metodologia de trabalho da equipa de Enfermagem demonstrando sempre empenho e dedicação.

Penso que desenvolvi uma relação empática, assertiva, favorável ao desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, promovendo o trabalho em equipa e bom ambiente de trabalho, demonstrando disponibilidade e interesse na aprendizagem. Revelei receptividade, interesse e iniciativa nas intervenções de enfermagem e aceitei as críticas de forma construtiva.

Fui promovendo, ao longo do estágio, a proteção dos Direitos Humanos e Código Deontológico dos Enfermeiros e desenvolvendo uma prática de cuidados que melhoram a segurança, a privacidade e a dignidade da mulher e família. Suportei as minhas intervenções e decisões em princípios, valores e normas deontológicas.

Foi constante e muito importante a revisão bibliográfica e pesquisas que efetuei nesta área, pesquisa essa que me ajudou no meu evoluir neste estágio. Promovi sempre um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados, adequando os recursos às necessidades de cuidados. Mantive durante todo o estágio uma atitude responsável na prestação de cuidados de enfermagem, suportada pela investigação, conhecimento e reflexão sobre as práticas. Demonstrei sempre disponibilidade, interesse e iniciativa nas atividades propostas e realizadas, assumindo uma postura assertiva e pró-ativa. Tentei sempre comunicar a informação de forma clara e objetiva, adequada ao contexto e à população existente.

Estabeleci sempre uma relação empática com a utente, promovendo um ambiente de confiança, pois na minha opinião em todos os ensinamentos clínicos é muito importante a maneira como nos relacionamos com as utentes, pois esta vai influenciar em muito a qualidade dos cuidados prestados e também o nível de confiança que estas mulheres depositam em nós.

E planeei sempre os meus cuidados em função das necessidades identificadas, através do estabelecimento de prioridades.

Aquando da admissão da mulher grávida, era realizado o acolhimento e integração no serviço:

- Apresentar-me e explicar qual a minha função no processo do cuidar;
- Verificar sempre se a utente está identificada, com pulseira própria;
- Perguntar à mulher como pretende ser tratada;
- Identificar barreiras culturais e linguísticas;
- Apresentar o espaço físico;
- Efetuar a avaliação inicial e completar a colheita de dados.

Foram várias as mulheres grávidas com patologia associada com as quais me deparei e que me proporcionaram inúmeras experiências e novas aprendizagens. De seguida irei referenciar

algumas delas, como a Diabetes Gestacional, Ameaça de Parto pré-termo, Hemorragias do 3º trimestre, Hipertensão na gravidez e Pré-eclâmpsia.

Uma grávida de 25 anos de idade que deu entrada no serviço com 33 semanas de gestação, por pré-eclâmpsia e diabetes gestacional insulino-tratada, sendo que também desenvolveu hipertensão arterial na semana anterior ao internamento.

Segundo o Consenso da Diabetes Gestacional (2017), esta define-se como um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticado ou detetado pela primeira vez no decurso da gravidez.

Durante a gravidez são produzidas hormonas essenciais para o desenvolvimento de uma gravidez e de um feto saudável, que tornam o organismo mais resistente aos efeitos da insulina, bloqueando parcialmente a sua ação. Na maioria das mulheres o pâncreas produz uma quantidade adicional de insulina como reação a esta situação. Se esta insulina suplementar não for suficiente, a glicose acumula-se na circulação sanguínea e surge a DG.

A prevalência da DG tem vindo a aumentar em todo o mundo, problema que afeta 1 em cada 20 grávidas. Para a grávida diabética a maior complicação, derivada do desequilíbrio metabólico, é o grande aumento ponderal durante a gravidez, com consequente aumento dos valores tensionais. Em relação ao filho de mãe diabética, a complicação mais grave e mais comum é a macrosomia fetal, com todos os problemas que possam advir em relação ao parto (distocia, fratura de clavícula, asfíxia,...) e o aparecimento de hipoglicémia no RN, em virtude do estímulo hiperinsulínico a que esteve sujeito durante o seu desenvolvimento fetal. No entanto, existem outras das complicações materno-fetais, nomeadamente Infecções cervicovaginais, urinárias, pielonefrite; rutura prematura de membranas; parto pré-termo; hidrâmnios; pré-eclâmpsia; malformações fetais; problemas relacionados com a prematuridade; hiperbilirrubinémia; hipocalcémia; hipomagnesémia (Nené, Marques e Batista, 2016).

Na maioria dos casos a grávida não apresenta nenhum sintoma, pelo que os exames de rastreio da Diabetes durante a gravidez, são de extrema importância e devem ser feitos a todas as grávidas.

Por vezes, está indicado o recurso à hospitalização para permitir um melhor acompanhamento da mãe e do feto. Durante o internamento é avaliado o crescimento e bem-estar fetal, com o objetivo de detetar, o mais precocemente possível, compromisso fetal, evitar a morte fetal intra-uterina ou um parto pré-termo desnecessário.

Na ausência de complicações materno-fetais, uma das questões mais controversas é a altura ideal para terminar a gravidez. Os potenciais benefícios associados à indução são evitar: mortes fetais tardias, complicações relacionadas com o aumento excessivo do peso fetal (distocia de

ombros e lesões do plexo braquial). As potenciais desvantagens associadas à indução são o risco de taquissístolia, prematuridade iatrogénica, induções falhadas, anomalias da duração do trabalho de parto e aumento do risco de parto intervencionado. Há poucos estudos bem desenhados e devidamente randomizados que permitam uma comparação entre indução eletiva e atitude expectante nas grávidas com DG (Consenso Diabetes Gestacional, 2017).

A hipertensão associada à gravidez constitui a causa mais importante de morbilidade e mortalidade materna e perinatal, e é definida como o aparecimento de novo, após as 20 semanas de gestação, sem proteinúria ou critérios de gravidade, regredindo após o parto num período de tempo que não excede o puerpério. Considera-se hipertensão na grávida quando a tensão arterial diastólica é igual ou superior a 90mmHg ou a tensão arterial sistólica é igual ou superior a 140mmHg (Nené, Marques e Batista, 2016).

A eclâmpsia é uma manifestação neurológica da pré-eclâmpsia, podendo ser o sintoma inaugural. Caracteriza-se pelo aparecimento de convulsões tónico-clónicas, com duração não superior a 3-4 minutos, na ausência de doença neurológica. Os sintomas que mais frequentemente podem preceder a ocorrência de convulsões são as cefaleias frontais ou occipitais, alterações visuais, desconforto epigástrico ou hipocôndrio direito, alteração do estado de consciência e dificuldade respiratória (Nené, Marques e Batista, 2016). A pré-eclâmpsia define-se como a presença de HTA e um dos seguintes critérios: proteinúria, trombocitopenia, transaminases aumentadas e alterações na creatinina, alterações visuais ou do sistema nervoso central, como cefaleias e edema pulmonar (Nené, Marques e Batista, 2016).

A síndrome de HELLP (**h**emólise, **e**levação das enzimas hepáticas e **l**aixa de **p**laquetas) é considerado um quadro grave e causa importante de morbilidade materna e perinatal, o diagnóstico baseia-se no quadro laboratorial, com alterações nas transaminases, presença de hemólise, bilirrubina elevada, anemia e trombocitopenia. Pode surgir sem critérios de pré-eclâmpsia (15-20%). O desconforto epigástrico/hipocôndrio direito é a sua manifestação mais frequente, sendo a mais grave o aparecimento de hematoma hepático, que pode conduzir a rutura capsular, com hemoperitoneu (Nené, Marques e Batista, 2016).

A decisão de tratamento da HTA durante a gravidez deve ter em consideração os riscos e benefícios para a grávida e o feto. Os valores da tensão arterial são um fator importante para esta tomada de decisão.

No caso desta utente, as intervenções mais específicas foram a avaliação do peso corporal diário, realização de um teste combur diário, avaliação da diurese, monitorização da tensão arterial e respetivo controlo, neste caso com um fármaco bloqueador dos canais de cálcio utilizado como hipotensor (utente estável), para além da avaliação do bem-estar fetal. A descida da TA deve ser de forma progressiva e não abrupta pelo risco de vasoconstrição reativa.

Foi feita também a profilaxia das convulsões com o sulfato de magnésio. Existe no serviço um protocolo para a administração desta medicação. A dose de manutenção é de 8 ampolas de 10ml a 50% em 1000ml de soro glicosado, com um ritmo de perfusão de 50-75ml/h, sendo que se deve manter a perfusão até 24h ou após última convulsão.

A HTA gestacional e a pré-eclâmpsia sem gravidade, mesmo que sobreposta a HTA crónica, permitem aguardar até ao termo da gestação (Nené, Marques e Batista, 2016).

Tive ainda oportunidade de prestar cuidados a outra mulher grávida, também de 33 semanas, que após realizar ecografia, se constatou ter uma gravidez complicada com uma restrição de crescimento intra uterino, grave, com alterações dos fluxos sanguíneos. Esta grávida foi transferida para a Maternidade de Coimbra para continuação de tratamento. Este transporte foi assegurado por uma EEESMO.

Outra das situações muito frequentes neste serviço foi uma grávida de 34 anos que deu entrada no serviço por hemorragia do 3º trimestre, com 36 semanas e 6 dias. Uma terceira gravidez, sendo que teve 2 abortos anteriores, um deles séptico.

A principal manifestação clínica é a hemorragia vaginal, podendo ser acompanhada de dor abdominal associada a contractilidade uterina (Lowdermilk, 2008).

As intervenções, por parte do EEESMO, à grávida, são apoiar emocionalmente, tranquilizar a grávida, informar de todos os procedimentos a executar, avaliar a hemorragia (quantidade e características da perda hemática), proporcionar repouso absoluto ou relativo à grávida, avaliar sinais vitais, manter hidratação, avaliar os resultados laboratoriais (se houve diminuição da hemoglobina e do hematócrito e alterações da coagulação), monitorizar o registo cardiotocográfico e identificar sinais de sofrimento fetal agudo e efetuar os respetivos registos de enfermagem.

Na presença de hemorragias, ligeiras a moderadas, preconiza-se uma atitude expectante, desde que a grávida se mantenha Hemo dinamicamente estabilizada e o estado fetal seja normal, devendo ser continuamente avaliado o traçado cardiotocográfico e interpretadas as possíveis alterações sugestivas de agravamento do bem-estar materno-fetal. Esta atitude expectante é normalmente mantida, desde que possível, até o feto atingir a maturidade pulmonar, reduzindo a alta mortalidade fetal associada ao parto pré-termo (Graça, 2017 cit por (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020). Ainda segundo o mesmo autor caso o trabalho de parto se desenvolva naturalmente até ao período expulsivo, o parto vaginal pode ocorrer sem problemas, sendo mesmo preferível, a menos que se suspeite de apresentação fetal anómala, incompatibilidade feto-pélvica ou parto com possibilidade de traumatismo do canal de parto que possa agravar as perdas hemáticas.

Neste caso foi implementado tratamento conservador, como por exemplo, repouso na cama para prolongar o período de gestação.

Houve ainda várias situações de Ameaça de parto pré-termo, que é definida pelo aparecimento de contratilidade uterina regular, produzindo alterações do colo uterino antes da 37.<sup>a</sup> semana de gestação, nomeadamente afunilamento, apagamento e/ou dilatação do colo. É consensual que as principais causas têm origem em patologia materna, o que aumenta os riscos para a mãe e feto. O diagnóstico não é fácil de realizar, tornando-se essencial verificar alguns sinais e sintomas que podem ser indicativos de APPT, tais como: algias pélvicas e/ou abdominais, lombalgias, pressão pélvica, alteração de fluxo vaginal e contrações uterinas dolorosas ou não (Nené, Marques e Batista, 2016).

Em gravidezes entre as 24 e as 34 semanas de gestação em trabalho de parto pré-termo, está indicada a administração de tocolíticos, que atuam como inibidores das contrações. Segundo Barbosa, Kasper, Gregolim & Paula (2016), a tocólise é o recurso disponível para tentar adiar o parto, onde se torna possível a realização de corticoterapia, prevenindo complicações comuns da prematuridade.

Neste serviço é muito usado o Atosiban que é um inibidor dos recetores de oxitocina. Este é administrado por via EV em três fases sucessivas, uma dose de bólus inicial seguida por uma perfusão contínua de dose elevada e depois por uma de dose mais baixa. Esta terapêutica está contraindicada em situação de coriamnionite, patologia materna grave (eclâmpsia ou pré-eclâmpsia grave), patologia fetal grave ou morte fetal. A duração do tratamento não deve ultrapassar 48 horas. No caso de persistência das contrações uterinas durante o tratamento com Atosiban, deve considerar-se uma terapêutica alternativa.

Por vezes também é usado o Salbutamol ( $\alpha$ -agonista), via EV. Sendo que este é contraindicado no caso de doença cardiovascular materna, hipertiroidismo, anemia de células falciformes, hemorragia anteparto e Diabetes *mellitus*. Os efeitos secundários podem ser a taquicardia, a hiperglicemia e o edema pulmonar. Existem ainda outros tocolíticos tais como a nifedipina (inibidor de canais de cálcio) e a indometacina (anti-inflamatório não esteróide) (Nené, Marques e Batista, 2016).

Nos casos de APPT também está indicada a maturação pulmonar fetal através da corticoterapia, que pode ser feita através da medicação: Betametasona ou Dexametasona, sendo que no serviço usamos a Dexametasona IM, com intervalo de 12 horas entre cada injeção, num máximo de 3 tomas. A corticoterapia surge como principal estratégia para a redução de mortalidade e morbidade associada à prematuridade, reduzindo ocorrência de doença da membrana hialina, enterocolite necrotizante e hemorragia intraventricular.

De um modo geral, como futuros EEESMO não nos podemos esquecer que estas complicações/patologias da gravidez, se traduzem em grande ansiedade e medo na mulher grávida e família. Passa-se assim de uma gestação idealizada para uma gestação que a grávida vivencia como doença, que coloca em risco a si e ao feto. É, por isso, fundamental o papel da equipa de saúde na forma como transmite a informação sobre o diagnóstico e plano de atitudes de forma tranquilizadora, como se disponibiliza para esclarecimentos e assegura a presença de elementos da família que auxiliem a grávida neste processo (Nené, Marques e Batista, 2016), o que neste hospital, devido à pandemia, não é possível, tornando-se estes internamentos um grande sofrimento para estas mulheres.

Para mim este estágio foi inovador e aproximou-me mais de uma realidade profissional que se avizinha, possibilitando-me a aquisição de competências ao nível da Enfermagem em Patologia da gravidez. A prestação de cuidados em todos os casos que referenciei, levaram-me a aprofundar os meus conhecimentos perante cada patologia de forma a poder prestar cuidados progressivamente mais especializados.

## **Enfermagem em Neonatologia**

O estágio decorreu no serviço de internamento de um hospital na zona Centro, no período de 5 de Março de 2022 a 22 de Março de 2022, com uma duração de 72 horas, sob a tutoria da EESIP e sob orientação pedagógica da Professora Graça Aparício.

Sinto que consegui atingir os objetivos gerais na responsabilidade de cuidar o RN de risco e também obtive inúmeras experiências clínicas que me permitiram utilizar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas à prática de enfermagem especializada neste domínio.

O serviço de neonatologia é um “local onde se prestam cuidados de saúde, intensivos, intermédios ou especiais, aos recém-nascidos, acolhendo e integrando da melhor forma possível a respetiva família” (Ministério da Saúde, 2017, p. 2). De acordo com a mesma entidade, “os utentes do serviço de neonatologia são as crianças recém-nascidas e seus familiares, em regime de internamento ou de acompanhamento ambulatorio”, sendo considerados acompanhantes os familiares diretos da criança, ou seja, os pais e os irmãos.

Recém-nascido é “toda criança com menos de 28 dias de vida e todo o recém-nascido que, além dessa idade, precise da continuação dos cuidados específicos neonatais, por problemas relacionados com o nascimento prematuro, com anomalias congénitas ou com doenças adquiridas no período neonatal” (Ministério da Saúde, 2017, p. 2).

O serviço de internamento de Neonatologia funciona de forma independente. É constituído por: sala de visitas, casas de banho, vestiários dos profissionais de saúde, adufa, sala de reuniões, gabinetes (médico, enfermagem, chefe de serviço), sala de pessoa I (onde se efetuam as refeições dos profissionais), sala de material e equipamentos, sala de limpos e sujos, uma copa, devidamente equipada com todo o material para a preparação dos leites maternos ou adaptados, um quarto de isolamento (atualmente funciona como área COVID ou suspeita de COVID) e outro quarto isolado, que normalmente é utilizado para o internamento de RN provenientes de casa. Existe ainda uma sala aberta onde se encontram os berços e as incubadoras. Este espaço terá sempre de ser agilizado dependendo dos RN existentes no serviço e as necessidades destes.

Os programas informáticos utilizados neste serviço são o Sclínico, onde são feitas as atualizações diárias pelos pediatras de serviço. Sendo que todos os registos de enfermagem são realizados, por escrito, em folha própria.

Os RN podem ser internados neste serviço provenientes da sala de partos, serviços de internamento de obstetrícia A e B, urgência pediátrica, consultas externas e diretamente por transferência de outros hospitais.

As patologias mais frequentes neste serviço, são: prematuridade, SDR, risco infeccioso, hiperbilirrubinemia, taquipneia transitória do RN, bronquiolite, malformações congénitas, asfixias, toxoplasmoses, sépsis, má evolução ponderal, restrição de crescimento intrauterino e infeção.

O tempo de internamento pode variar de um dia a vários meses, dependendo do motivo que levou o RN a ser internado.

No primeiro turno que realizei foi-me feita uma visita guiada pelo serviço, de modo a conhecer o espaço, as divisões, o material existente, os equipamentos e a medicação disponíveis. Fui também apresentada à equipa de enfermagem e tive oportunidade de conhecer as profissionais que trabalham neste serviço, especialistas ou não. Sinto que fui muito bem recebida e acolhida como membro da equipa, sendo que todos demonstraram receptividade à troca de informação, análise e discussão de experiências e situações clínicas e sempre estiveram disponíveis para responder a todas as minhas dúvidas e questões. O método de trabalho é o método individual com prestação de cuidados personalizados, no entanto notei ao longo deste estágio um grande espírito de equipa e de entreaajuda destes profissionais. É de salientar ainda que o facto de a equipa ser simpática e prestável facilitou imenso a minha aprendizagem e contribuiu em muito para a minha autonomia na prestação de cuidados a estes bebés. Sempre que surgia alguma questão ou dúvida, solicitava sempre a presença, ajuda e opinião da minha tutora ou de outras enfermeiras que estivessem distribuídas com o RN em questão.

Tive ainda, sempre que o serviço e os cuidados permitiam, oportunidade de consultar os guias orientadores existentes no serviço, de forma a conhecer a filosofia, objetivos, organização da equipa de enfermagem, protocolos, normas, regulamentos e recursos utilizados na prestação de cuidados especializados.

Ao longo do estágio procurei pautar as minhas intervenções com profissionalismo e respeito pela metodologia de trabalho da equipa de enfermagem demonstrando sempre empenho e dedicação.

Penso que desenvolvi uma relação empática, assertiva, favorável ao desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, promovendo o trabalho em equipa e bom ambiente de trabalho, demonstrando disponibilidade e interesse na aprendizagem. Revelei recetividade, interesse e iniciativa nas intervenções de enfermagem e aceitei as críticas de forma construtiva.

Fui zelando, ao longo do estágio, pela proteção dos Direitos Humanos e Código Deontológico dos Enfermeiros e desenvolvendo uma prática de cuidados que melhoram a segurança, a privacidade e a dignidade do RN, mãe e pai. Suportei as minhas intervenções e decisões em princípios, valores e normas deontológicas.

Foi constante e muito importante a revisão bibliográfica e pesquisas que efetuei nesta área, pesquisa essa que me ajudou no meu evoluir neste estágio. Promovi sempre um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados, adequando os recursos às necessidades de cuidados. Mantive durante todo o estágio uma atitude responsável na prestação de cuidados de enfermagem, suportada pela investigação, conhecimento e reflexão sobre as práticas. Demonstrei sempre disponibilidade, interesse e iniciativa nas atividades propostas e realizadas, assumindo uma postura assertiva e pró-ativa. Tentei sempre comunicar a informação de forma clara e objetiva, adequada ao contexto e à população existente.

Estabeleci sempre uma relação empática com as mães, promovendo um ambiente de confiança, pois na minha opinião em todos os ensinamentos clínicos é muito importante a maneira como nos relacionamos com as utentes, pois esta vai influenciar em muito a qualidade dos cuidados prestados e também o nível de confiança que estas mulheres depositam em nós.

E planeei sempre os meus cuidados em função das necessidades identificadas, através do estabelecimento de prioridades.

Progressivamente, fui adotando uma atitude responsável na prestação de cuidados de enfermagem, quer com o recém-nascido/puérpera/acompanhante, quer com a equipa multidisciplinar. Inicialmente desenvolvi capacidades pela observação, colaboração e, posteriormente, pela participação ativa na prestação de cuidados de enfermagem (sempre com a supervisão da Enfermeira Tutora). Como tal, promovi uma prática de cuidados que visou a

segurança, privacidade e dignidade do recém-nascido/família. Gradualmente fui-me tornando mais autónoma, mas com a salvaguarda de que todas as vezes que surgiram dúvidas solicitei a presença ou opinião da Enfermeira Tutora, que sempre soube partilhar saberes e esclarecer dúvidas.

Após a admissão, monitorização e estabilização do RN, era realizado o acolhimento e integração da mãe/puérpera no serviço:

- Apresentar-me e explicar qual a minha função no processo do cuidar;
- Identificar barreiras culturais e linguísticas;
- Apresentar o espaço físico;
- Estar sempre disponível para apoiar e esclarecer dúvidas.

Tive oportunidade de observar e participar na prestação de cuidados aos RN distribuídas à minha tutora, sendo que diariamente ficava com pelo menos dois RN. Planeei sempre os cuidados em função das necessidades identificadas, tendo sempre estabelecido prioridades, pois os RN descompensam rapidamente, necessitando assim de uma rápida atuação, principalmente os prematuros que podem entrar facilmente em exaustão pelo seu frágil sistema orgânico.

Um dos parâmetros avaliados em todos os turnos e que se torna muito importante no RN pelo facto de este não conseguir exprimir-se, é a avaliação da dor.

Até há poucos anos, a dor nos RN não era reconhecida nem tratada. Um mito comum era porque eram imaturos em termos de desenvolvimento, não tinham dor, nem se lembravam de a ter sentido. Felizmente, os profissionais de saúde, reconhecem atualmente, que os RN têm realmente dor. Muitas considerações têm sido descritas para a avaliação desta dor, assim como relativamente às intervenções que aliviem o desconforto e façam o RN voltar a um estado de equilíbrio (Clifford et al. 2004 cit por Lowdermilk, 2008).

O sistema nervoso central está bem desenvolvido às 24 semanas de gestação e o sistema nervoso periférico e as estruturas da coluna vertebral que transmitem as informações dolorosas estão presentes e funcionais, entre o primeiro e o segundo trimestre. O eixo hipofisário-supra-renal está nesta altura, também bem desenvolvido, sendo observada uma reação de luta-ou-fuga em resposta às catecolaminas libertadas como resposta ao stress (AAP & Canadian Paediatric Society, 2000; Walden & Frank, 2003 cit por Lowdermilk, 2008).

Nos bebés, a reação fisiológica à dor pode ser uma ameaça à vida. Esta pode diminuir o volume de ar residual, aumentar as necessidades no sistema cardiovascular, aumentar o metabolismo e provocar desequilíbrio neuro-endócrino (Lowdermilk, 2008).

A prevenção da dor deve ser a meta de todos os profissionais de saúde, pois as constantes exposições dolorosas podem ser prejudiciais para a recuperação do neonato. Por isso, todas as Unidades de Neonatologia devem implementar um programa de prevenção da dor que inclua estratégias para minimizar o número de procedimentos dolorosos realizados e uma avaliação e plano de gestão da dor que inclua a avaliação da rotina da dor, métodos farmacológicos e não farmacológicos para a prevenção da dor associada a procedimentos de rotina e medidas para minimizar a dor associada a outros procedimentos invasivos (American Academy of Pediatrics, 2016).

A utilização de escalas de avaliação da dor permite a promoção de um tratamento apropriado e eficiente, minimizando os desconfortos no recém-nascido, tornando o internamento menos doloroso e stressante, o que favorece o seu bem-estar e o desenvolvimento normal, além de que, controlando a dor, está a cumprir-se com o dever ético e moral dos enfermeiros face aos cuidados prestados, neste caso particular, ao recém-nascido/família (Dias & Marba, 2014).

O instrumento de avaliação da dor no RN, utilizado neste serviço é a escala EDIN - Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né, sendo que também já se está a trabalhar para utilizar a escala PIPP (Premature Infant Pain Profile), que é útil para a avaliação da dor em procedimentos.

A escala EDIN foi desenvolvida em França, a partir dos indicadores comportamentais considerados mais pertinentes para avaliar a dor dos recém-nascidos em unidades de Neonatologia, sendo a sua utilização simples. É uma escala unidimensional comportamental composta por 5 indicadores, sendo que cada indicador é medido numa escala de 0 a 3 pontos, perfazendo no total uma pontuação mínima de 0 e um máximo de 15 pontos. Para um valor igual ou superior a 5 pontos, recomenda-se uma intervenção terapêutica para alívio da dor (Batalha, Santos & Guimarães, 2005).

Os indicadores a avaliar na escala EDIN são: o rosto ( 0 – rosto calmo; 1 - caretas passageiras: sobranceiras franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo; 2 - caretas frequentes, marcadas ou prolongadas e 3 - crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada), o corpo ( 0 – corpo calmo; 1 - agitação transitória, geralmente calmo; 2 - agitação frequente, mas acalma-se e 3 - agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel), o sono ( 0 - adormece facilmente, sono prolongado, calmo; 1 - adormece dificilmente; 2 - acorda espontânea e frequentemente, sono agitado e 3 – não adormece), a interação ( 0 – atento; 1 - apreensão passageira no momento do contacto; 2 - contacto difícil, grito à menor estimulação e 3 - recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação) e o último item a ser avaliado é o reconforto (0 - sem necessidade de reconforto; 1 - acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta; 2 - acalma-se dificilmente e 3 - inconsolável. Sucção desesperada).

Os procedimentos invasivos são uma realidade neste serviço, pelo que há uma constante preocupação na prevenção da dor e adoção de estratégias que possibilitam a diminuição dos níveis de stress do RN, tendo por base alguns critérios essenciais como: reduzir o maior número possível de procedimentos de desconforto e/ou dolorosos, concentrar as manipulações do RN e procurar evitar a hiperestimulação. Tive assim oportunidade de colaborar em intervenções não farmacológicas para o alívio da dor em procedimentos dolorosos, sendo exemplos: o agrupamento de procedimentos, evitar estímulos e manipulações excessivos, favorecer a posição fetal com rolos ou ninhos, o respeito pelos ciclos de sono do bebé, massagem abdominal, o uso de sacarose, o uso de chupeta e o recurso ao método canguru.

Na minha opinião, estas intervenções vêm contribuir em muito para a personalização dos cuidados prestados a cada RN. Em todo este processo, procurei sempre envolver os pais durante os processos dolorosos.

Todos os dias era distribuído no início do turno, os RN pelos enfermeiros de serviço, nos casos em que o enfermeiro tivesse muitos turnos seguidos, este permanecia com o mesmo RN, caso contrário, ia alternando. De todas as patologias existentes, aquela em que mais colaborei foi na prematuridade. Em quase todos os turnos realizados, tive sempre um RN prematuro.

Segundo o modelo 042 “Nascer prematuro” da Unidade de Neonatologia do CHTV (2017), consoante o tempo de gestação, o RN pode ser:

- Prematuro tardio (35-36 semanas);
- Prematuro moderado (32-34 semanas);
- Muito prematuro (26-31 semanas);
- Prematuro extremo (menos que 25 semanas). Quanto maior a prematuridade, maior o risco de complicações.

Existem alguns fatores de risco para se nascer prematuro, tais como gravidez gemelar, parto prematuro em gravidez anterior, infeção materna, hemorragia vaginal, problemas ginecológicos (miomas uterinos), anomalias do feto e doenças maternas (HTA, Diabetes,...).

A imaturidade de todos os órgãos do organismo torna o bebé prematuro mais vulnerável e pode apresentar maior dificuldade em regular a sua temperatura, em respirar e alimentar-se. A sua pele é mais fina e tem, menos camadas de gordura, o que torna mais fácil o arrefecimento corporal, daí a importância de estar numa incubadora, que é um ambiente quente e húmido. Poderá também necessitar de Oxigénio ou um ventilador para ajudar na parte respiratória. A alimentação no início poderá ser administrada via parentérica, depois poderá passar a entérica por sonda naso ou orogástrica e por fim ser alimentado pela boca, sendo que, sempre que possível, o leite materno será sempre o melhor alimento. Tive assim a oportunidade de alimentar várias vezes o RN

premature por sonda nasogástrica, sendo que na maioria das vezes, e como estes já apresentavam uma idade corrigida acima das 35 semanas equivalentes à gestação, tentava colocar o RN à mama, para este poder começar a ambientar-se e a estimular o reflexo de sucção e procura da mama. Aprendi também uma técnica que desconhecia, a técnica do dedo seringa, que consiste em preencher uma seringa de 5/10ml com leite e depois com o nosso dedo mindinho administrar via oral ao RN, este vai utilizar o nosso dedo para o reflexo de sucção, ao mesmo tempo vamos administrando quantidades pequenas de leite, e avaliamos o reflexo de deglutição.

Os RN prematuros, pelo facto de o seu cérebro ser particularmente frágil e mais suscetível a hemorragias, fazem por rotina uma ecografia transfontanelar, que é um exame que não causa dor nem utiliza radiação. Este exame permite diagnosticar e acompanhar lesões cerebrais do RN, bem como contribuir para prever a ocorrência de alterações do desenvolvimento neurológico associadas a essas lesões. Estes têm ainda maior risco de desenvolver problemas de visão e audição. Assim é fundamental que haja um seguimento multidisciplinar dos RN prematuros, em consultas de especialidade, nomeadamente de Neonatologia, do Desenvolvimento, Medicina Física e Reabilitação, de Oftalmologia e Otorrino.

Em todos os turnos tive ainda oportunidade de realizar o banho total ou parcial aos RN que me estavam distribuídos, aproveitando também para realizar ensinamentos às mães ou então apenas supervisionando até estas se sentirem autónomas. O bebé era pesado todos os dias, antes do banho. Colaborei nas visitas dos pediatras. E tive ainda oportunidade de colaborar na realização do teste do pezinho ou diagnóstico precoce.

Tive oportunidade de realizar um transporte intra-hospitalar, do bloco operatório central para a Neonatologia, um RN que nasceu por cesariana, com um baixo índice de Apgar e com sinais de hipoxemia. Para o transporte foi utilizada a incubadora de transporte existente no serviço, com máscara de Oxigénio e Oxigénio. Foi uma preocupação constante manter a estabilização do RN durante o transporte, o Pediatra acompanhou o transporte. Aquando da chegada ao serviço, foi colocado na incubadora com a respetiva monitorização e oxigenoterapia, tendo após alguns minutos revertido a hipoxemia.

Um dos objetivos que mais me custou a desenvolver foi “promover e potenciar a parentalidade responsável”, pelo facto de existirem regras muito apertadas, devido ao contexto de pandemia. É de extrema importância a presença dos pais no internamento de Neonatologia, pois se por um lado temos a questão do vínculo com o RN, por outro é importante para os pais ir acompanhando o desenvolvimento do bebé para saberem claramente a condição clínica e a evolução que este vai tendo.

Devido à pandemia, à semelhança de todos os outros serviços hospitalares, o serviço de Neonatologia teve mudanças no seu funcionamento por forma a minimizar qualquer tipo de

contágio. Desta forma, só é permitida a presença das mães. Isto é duplamente complicado pois as mães não têm o apoio dos companheiros, existindo muitas vezes situações de *stress* emocional em que seria essencial a presença dos companheiros e os pais estão privados do contacto com os seus bebés durante dias e nalguns casos durante semanas ou até meses (em caso dos prematuros), dependendo do quadro clínico do bebé. Para mim o facto de o pai não poder tocar nem pegar o seu bebé ao colo pode comprometer a vinculação paterna. As visitas dos pais eram efetuadas durante 20 minutos, sendo que apenas podiam olhar e falar para o seu bebé. Os primeiros dias do RN são logicamente insubstituíveis, pelo que esta situação excecional veio “roubar” este momento ao pai e aumentar a ansiedade no mesmo. Os pais que vivenciam situações complicadas que acontecem por exemplo, com os grandes prematuros, não podem estar presentes nos momentos mais importantes o que lhes causa uma enorme sensação de impotência e de ansiedade. O facto de não poderem também apoiar e “mimar” a companheira nestes momentos difíceis, torna este momento, que deveria ser de grande alegria, num sofrimento feroz.

A separação a que são sujeitos o RN e as mães logo após o nascimento interrompe bruscamente o processo de vinculação. Assim o contacto precoce entre a díade é importante pois este promove o desenvolvimento do RN. Desta forma, cabe ao enfermeiro o papel promotor e incentivador do processo de vinculação e da integração nos cuidados ao seu filho. A aproximação dos pais ao RN, através do toque, da voz e do contacto visual traz vantagens não só para estes, mas também para o processo de desenvolvimento do próprio bebé.

Não podemos também esquecer que o serviço de Neonatologia é um serviço que coloca muitos medos e inseguranças nas mães, quer por todas as máquinas e alarmes existentes, quer também pelo ser frágil que se encontra à sua frente. Consegui notar, que os alarmes das monitorizações eram a fonte de maior stress para as mães.

Para as ajudar na insegurança que estas apresentavam tentei sempre, durante o estágio, envolver as mães nos cuidados ao RN, fazer ensinamentos explicar-lhes as características e as competências que os seus filhos vão adquirindo, pois quanto mais informadas as mães estão, menos ansiedade e stress apresentam. Ao longo deste estágio, pude ainda constatar que existe uma preocupação constante pela equipa de enfermagem, com o envolvimento das mães, no sentido da promoção da vinculação e do empoderamento para as capacitar nos cuidados ao seu bebé.

Um dos métodos que este serviço usa muito para promover a vinculação entre a díade é o método de Canguru. Para além da vinculação este método tem vantagens para o desenvolvimento neuro-sensorial do RN e promoção da amamentação.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019) o método de Canguru é um modelo de assistência ao RN prematuro e a sua família, internado numa Unidade de Cuidados Intensivos

Neonatais, voltado para o cuidado humanizado e que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. Este consiste na colocação do bebé na posição vertical, sobre o peito da mãe ou pai, em contacto pele com pele. São diversos os benefícios deste método, tanto para o bebé como para os pais. Conseguir assim apoiar e incentivar as mães a realizar o método canguru, pois este promove a relação física e emocional entre a díade, diminui os níveis de stresse, estimula a organização neuro-comportamental do bebé, facilita o aleitamento materno, entre outros benefícios.

Segundo a OMS, o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida traz inúmeros benefícios ao RN, protegendo-o de infeções, constituindo fonte de energia e nutrientes essenciais, e contribuindo para um melhor desempenho intelectual futuro (Nené, Marques e Batista, 2016).

Assim, aprender a técnica de amamentação é indispensável para o sucesso do aleitamento materno, uma vez que previne o traumatismo dos mamilos, garante o esvaziamento da mama e influencia “o início e a duração da amamentação, ajudando as mães a adquirir precocemente autoconfiança na capacidade de amamentar” (Sardo, 2016 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

No entanto, em contexto de Neonatologia, têm que ser adotados esforços acrescidos para promover o sucesso do aleitamento materno, uma vez que, o bebé não ter condições para, na grande maioria das vezes, ser colocado à mama devido ao seu estado de saúde, pois vai apresentar um grande gasto de energia e muitas das vezes ainda não apresenta os reflexos de sucção e deglutição coordenados. Assim foi importante incentivar as mães a realizar a extração do leite materno e fazer ensinamentos acerca de estratégias para potencializar o reflexo de ocitocina e para manter a produção do leite materno, de conservação e manipulação do mesmo e sobre as vantagens do leite materno. As mães rapidamente se tornavam autónomas na extração do leite, pelo que realizavam extração do leite, para biberão, identificando com o seu nome, nome do RN, data e hora da extração.

Torna-se importante amamentar, pois, o bebé crescerá mais saudável, promove uma recuperação mais rápida da mãe e aumenta a sensação de bem-estar, promovendo a ligação entre mãe e filho. Assim a minha intervenção focou-se na promoção e apoio ao aleitamento materno, estando sempre atenta a vários itens, tais como a pega correta, as dúvidas e receios da mãe e a vontade que esta demonstrava em amamentar.

A preparação para a alta é um momento crucial da hospitalização e as intervenções de enfermagem visam sobretudo avaliar a adequação ao papel parental e validar a interiorização de todos os temas alvo de ensino, instrução e treino ao longo do internamento. Assim aquando da alta do RN, tive oportunidade de realizar e reavivar vários ensinamentos às mães/pais, entregando também o

boletim de saúde infantil, explicando qual a sua função e utilidade. Alguns dos ensinamentos realizados versaram as seguintes temáticas:

- Sinais de alarme, que devem indicar uma ida ao médico;
- Temperatura corporal;
- Dejeções e micções;
- Banho do RN;
- Síndrome de morte súbita do lactente (recomendações para dormir, quando está acordado, a temperatura, entre outros).
- Segurança e prevenção de acidentes em casa (asfixia, quedas, queimaduras, afogamento).
- Visitas e saídas do bebé (dada a pandemia, deve haver mais restrições).
- Correta colocação do RN no sistema de retenção -ovo e transporte do RN em automóvel. O sistema de retenção deve ser adequado ao tamanho e peso do RN, sendo que se for prematuro deve colocar-se o redutor.

Para mim este estágio foi inovador e aproximou-me mais de uma realidade profissional que se avizinha, possibilitando-me a aquisição de competências ao nível da Enfermagem em Neonatologia.

**PARTE II – Investigação - “Perceção das puérperas sobre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor”**

## 1. Introdução

O parto é um momento marcante na vida da mulher e da sua família. É assim de extrema importância que este seja vivenciado pela mulher de uma forma marcante e positiva. Pois a maneira como decorre o trabalho de parto, transforma-se numa memória que marca a história da vida da mulher. Apesar de o nascimento de um filho representar um acontecimento feliz, o trabalho de parto sempre foi associado a dor e sofrimento.

Durante o trabalho de parto a dor pode ocorrer como um fenómeno que interfere de forma negativa, tornando a experiência de parto um momento traumatizante e angustiante para a mulher.

As mulheres podem sentir vários graus de dor durante o trabalho de parto, sendo que algumas referem apenas um pequeno desconforto, classificando-a em dor mínima enquanto outras experienciam uma dor severa que muitas vezes pode levar à perda de controlo. A perceção da dor é influenciada pela conjugação de múltiplos fatores, como fisiológicos, psicológicos e sociais, relacionados com a vivência pessoal de cada mulher. A avaliação da dor pode ser realizada através de diferentes escalas tais como a EVA – Escala Visual Analógica, Escala de Avaliação Numérica e Escala de Avaliação Verbal entre outras. Muitas das vezes o profissional de saúde avalia a dor de acordo apenas com o relato que a mulher faz, o que leva muitas das vezes a subestimar a dor durante o trabalho de parto e parto. Os enfermeiros têm assim um papel fundamental neste processo, e devem possuir conhecimentos das diferentes abordagens de avaliação da dor assim como das diferentes técnicas não farmacológicas de alívio da dor. Segundo Favilli et al., 2018, as técnicas não farmacológicas de alívio da dor, por exemplo, podem ajudar as mulheres a relaxar e a sentir-se controladas durante o parto, o que lhes permitirá trabalhar ativamente com as suas respostas fisiológicas. Segundo um estudo realizado por Almushait e Ghani, 2014, os enfermeiros tinham conhecimento sobre a maioria das técnicas não farmacológicas de alívio da dor. Contudo, os resultados mostraram que grande parte destes métodos não era utilizada na prática, sendo que as maiores barreiras para não utilizar estas técnicas não farmacológicas de alívio da dor foram a falta de conhecimento por parte das mulheres para as utilizar ou crenças fortes em relação à epidural.

São várias as técnicas não farmacológicas de alívio da dor utilizadas para aliviar a dor durante o trabalho de parto e parto, tais como a massagem, a bola de pilates, a deambulação, o duche quente, a musicoterapia, a contrapressão, entre outras. No entanto, uma grande parte das mulheres, desconhecem estas técnicas, enquanto outras mostram alguma relutância em experimentá-las.

Assim sendo o presente trabalho de investigação tem como objetivos a construção e validação da escala “Impacto das técnicas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto”, avaliar quais as técnicas não farmacológicas de alívio de dor implementadas, qual o impacto

destas técnicas no alívio da dor em puérperas, qual o impacto das variáveis sociais (idade, profissão, residência, situação profissional, estado civil e habilitações literárias) na percepção da dor após a aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor e qual o impacto das variáveis obstétricas (número de gravidezes, número de filhos, gravidez atual, tipo de parto, aulas de preparação para o parto e parentalidade e duração da permanência na sala de partos) na percepção da dor após a aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor.

Este estudo empírico inclui, numa primeira parte, a fundamentação teórica que suporta a investigação realizada, seguindo-se a parte dos materiais e métodos, os resultados encontrados, com a discussão dos mesmos de acordo com as formulações solicitadas inicialmente. O trabalho é finalizado com a apresentação das conclusões e limitações.

## 2. Enquadramento teórico

### 2.1. O Trabalho de Parto

Durante a última fase da gravidez a mulher e o feto preparam-se para o parto. O nascimento de um filho é o acontecimento que conduz a mulher na direção da maternidade, assim sendo, a maneira como decorre o trabalho de parto pode afetar esta transição.

O parto normal vaginal é caracterizado por alterações mecânicas e hormonais que promovem as contrações uterinas, resultando na dilatação e extinção do colo uterino e descida da apresentação fetal. É o desfecho de uma gravidez, traduzido na expulsão de um feto (vivo ou morto) com a menor intervenção possível do EEESMO (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

O trabalho de parto consiste na duração de um processo fisiológico em que o feto, membranas amnióticas, líquido amniótico, cordão umbilical e placenta são descolados do útero e expelidos, através da vagina, para o exterior. O trabalho de parto é o culminar de uma série de alterações, no útero e no colo, de origem endócrina e parácrina emanadas da mãe e do feto (Cunningham, *et al.*, 2010 cit por Néné, Marques & Batista, 2016).

O trabalho de parto é o conjunto de fenómenos fisiológicos que promovem a dilatação do colo uterino, a progressão fetal através do canal de parto e por último a sua expulsão para o exterior (Graça, 2010). O TP envolve quatro estádios, sendo o 1º estádio correspondente ao apagamento e dilatação do colo, o 2º estádio refere-se ao período expulsivo, que se inicia com a dilatação completa do colo e termina com a expulsão do feto, o 3º estádio é a dequitação, que se inicia logo após a expulsão do feto e termina com a saída completa da placenta e por último o 4º estádio corresponde ao puerpério imediato que decorre desde a expulsão da placenta até às duas horas após o parto, correspondente ao restabelecimento da homeostasia da mulher (Lowdermilk, 2008).

O período de dilatação tem início com contrações uterinas rítmicas e regulares, podendo ser dolorosas, que produzem alterações de apagamento e de dilatação no colo uterino e termina com a dilatação completa do colo do útero (10 centímetros). A dilatação do colo uterino permite que o feto desça através da cavidade uterina até à vagina, mediante a ação de duas forças: a força mecânica, exercida pela apresentação do próprio feto e pela tensão causada pelas membranas amnióticas; e a força das fibras musculares uterinas – das contrações (Montenegro *et al.*, 2014).

Cerca dos 8 cm de dilatação e quando a apresentação está bem descida na cavidade pélvica, exerce pressão sobre o reto, estimulando a necessidade de efetuar esforços expulsivos a que se dá o nome de Reflexo de Fergusson (Néné, Marques & Batista, 2016).

Sob o ponto de vista mecânico, existem quatro elementos fundamentais no decorrer do trabalho de parto e parto: o trajeto, que engloba a bacia (bacia óssea, articulações, ligamentos e músculos); o objeto, que engloba o feto (estática fetal, atitude, situação, apresentação, posição e variedade); a força (contrações uterinas e músculos abdominais) e o mecanismo (o conjunto de movimentos passivos desempenhado pelo feto na bacia obstétrica (Néné, Marques & Batista, 2016)).

Ainda segundo os mesmos autores, o trabalho de parto consiste em: contratilidade uterina regular (que ocorre progressivamente em intervalos cada vez menores, aumentando de duração e intensidade), contrações uterinas dolorosas, à palpação o útero está endurecido, a percepção dolorosa ocorre na região lombar e abdominopélvica, ocorre dilatação cervical, há descida da apresentação que permanece fixa fora da contração e observa-se com frequência a protusão da bolsa de águas.

Segundo as competências definidas pelo Regulamento n.º 127/2011, da OE, compete ao EEESMO cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina. O nascimento é um processo fisiológico no qual só se deverá intervir para corrigir desvios da normalidade (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

## **2.2 - Dor no trabalho de parto**

A dor do trabalho de parto é descrita desde a antiguidade. As medidas e recursos para o alívio e controlo da dor durante o trabalho de parto e parto tem sido tema de diversos estudos e pesquisas.

Segundo Aveiro, C. & Velosa, T. (2016) a dor em obstetrícia é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade e vida das pessoas, influenciando o estado físico e psicossocial. Embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas relações sociais e familiares, no desempenho do seu trabalho, influenciando assim a sua qualidade de vida. A intensidade da dor sentida pelas mulheres no trabalho de parto e parto é muito variável e está sujeita a vários fatores: sensoriais, afetivos e cognitivos, sociais e comportamentais. O comportamento da mulher em trabalho de parto nem sempre é um bom parâmetro para avaliar a dor, tendo em vista que as mulheres procuram controlar as suas emoções para que não sejam vistas pela equipa como descontroladas e descompensadas. Tendo em vista as características multidimensionais e individuais da dor, todas as variáveis envolvidas na experiência do nascimento devem ser levadas em conta na escolha do método a ser utilizado

durante o trabalho de parto. O uso de medidas não farmacológicas exige da mulher um maior senso de controlo sobre o seu corpo e suas emoções, fatores que nem sempre estão presentes.

A dor é considerada uma experiência subjetiva e pessoal. A sua perceção corresponde a uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivas e motivacionais. No entanto, a remoção completa da dor não significa necessariamente uma experiência de parto mais satisfatória, pelo que o controlo eficaz da dor necessita de ser ajustado de forma individual (Smith et al., 2006 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), uma boa experiência de parto significa, entre outras coisas, lidar com a dor normal inerente ao processo de abertura do colo do útero e aliviar ou eliminar as dores desnecessárias, provenientes de tensões, medos, ambientes impróprios, manobras clínicas discutíveis ou presença de pessoas indesejadas.

A dor do trabalho de parto, apesar de ser um processo fisiológico, quando intensa e persistente, provoca respostas neuro-endócrinas, metabólicas e inflamatórias prejudiciais ao bem-estar materno e fetal. O alívio da dor promove assim o conforto materno e o controlo do *stress*. Entre as alternativas disponíveis para controlar a dor do parto encontram-se as técnicas não farmacológicas e as farmacológicas. Estas técnicas devem ser abordadas logo de início, durante as aulas de preparação para o parto, para que a grávida fique familiarizada com os métodos disponíveis.

Segundo Aveiro, C. & Velosa, T. (2016) a dor do trabalho de parto e os métodos para aliviá-la são aspetos fundamentais para as parturientes e suas famílias, com implicações na sua evolução, qualidade, desfecho e custo da assistência ao parto. Os fatores que podem influenciar a intensidade da dor poderão ser resumidos aos seguintes: sentimentos como medo, ansiedade e tensão; motivação para o parto e maternidade; paridade; participação em aulas de preparação para o parto; idade da grávida; condições socioeconómicas; tamanho do feto; peso da grávida; experiências anteriores; indução do trabalho de parto e filosofia institucional.

O projeto da Mesa do Colégio de Especialidade em Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros – Recomendações para a preparação para o nascimento (2015), salienta a importância para o alívio da dor durante o trabalho de parto, o que será crucial para o bem-estar holístico da parturiente e deve ser um dos cuidados prioritários do EEESMO. Assim, também a Organização Mundial de Saúde salienta, que uma das intervenções prioritárias do EEESMO é ajudar as mulheres a suportar a dor do trabalho de parto. Isto pode ser alcançado através de alívio da dor com métodos não farmacológicos, sendo muito importantes e com comprovação científica, utilizados durante o trabalho de parto.

Para a avaliação da dor, Aveiro, C. & Velosa, T. (2016) referem, no âmbito do alívio da dor em obstetrícia, que o enfermeiro terá de analisar as intervenções não farmacológicas

implementadas e avaliar a reação da utente às ações de enfermagem executadas e alterá-las, se necessário, pois só assim podemos considerar satisfatória a assistência à utente, face à problemática da dor. No sentido de melhorar a qualidade da assistência aos utentes, a “Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de dor (APS)” estabeleceram diretrizes que a mensuração e registo da dor devem ser realizados com o mesmo rigor e seriedade que a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura, denominando assim a dor como “5º sinal vital”.

### **2.3 - As técnicas não farmacológicas de alívio da dor**

A gestão e controlo da dor durante o parto é uma preocupação crucial para as mulheres e um grande desafio para os profissionais de saúde. Atualmente estão disponíveis uma vasta gama de técnicas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. É assim extremamente importante que as futuras mães sejam devidamente informadas sobre estas técnicas e tenham liberdade para fazerem as suas escolhas.

Muitas mulheres gostariam de evitar métodos invasivos e/ou farmacológicos para controlar a dor no TP, o que pode ter contribuído para o recente aumento da popularidade dos métodos complementares de controlo da dor. O conhecimento, por parte das mulheres, de vários métodos de alívio da dor dão confiança e ajudam a desenvolver uma atitude positiva relativamente à dor e ao parto (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

A maioria das parturientes espera obter um alívio eficaz da dor durante o parto e o objetivo na prática obstétrica é escolher um método que reduza a dor a um nível em que as parturientes sejam capazes de lidar com ela e, simultaneamente, dar à parturiente a possibilidade de participar na experiência do parto (Konlan *et al.*, 2021).

A utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto e parto diminui a ansiedade nas parturientes, promovendo uma colaboração mais ativa das mesmas e uma maior participação e envolvimento do acompanhante, e reduz o consumo de analgésicos sistémicos (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

A terapêutica não farmacológica compreende a utilização de técnicas não medicamentosas que podem ser usadas antes e/ou durante a administração de fármacos (Prata, 2015). A Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 2012/2015, Recomendação n.º 2/2012 (p.2) enuncia as seguintes técnicas de conforto durante o trabalho de

parto: técnicas de relaxamento, respiração, massagem, bola de parto e hidroterapia no trabalho de parto”.

Segundo Sequeira, Pousa & Amaral (2020), os métodos naturais de alívio da dor que podem ser utilizados como complemento aos métodos convencionais (analgesia epidural, opióides, raquianestesia, entre outros) podem ser categorizados em: intervenções corpo-mente (ioga, hipnose, meditação e visualização, terapias de relaxamento, musicoterapia, aromaterapia, posicionamento e liberdade de movimentos, hidroterapia, estimulação elétrica transcutânea); medicinas complementares (acupuntura, *reiki*, homeopatia, osteopatia); métodos de cura manual (*shiatsu*, reflexologia, massagem, técnicas de pressão e contrapressão).

Em um trabalho realizado pela OE intitulado “A Dor em Obstetrícia” são enunciadas várias técnicas não farmacológicas de alívio da dor, entre as quais:

Exercícios respiratórios: uma respiração adequada ajuda a reduzir a sensação dolorosa, melhorando os níveis de saturação sanguínea materna de oxigénio, proporcionando relaxamento e diminuindo a ansiedade. Estes exercícios podem não ser suficientes na redução da sensação dolorosa durante o 1º estágio do TP, porém são eficazes na redução da ansiedade. Nesta fase, prioriza-se a respiração torácica lenta com inspiração e expiração profundas e longas num ritmo natural, sendo realizada no momento das contrações uterinas. Estes exercícios não devem ser iniciados precocemente a fim de evitar hiperventilação da parturiente. No TP, a respiração ritmada, profunda e lenta facilita a gestão da dor, pelo que muitas mulheres consideram este tipo de respiração eficaz. A respiração profunda permite a libertação de tensões, fundamental durante as contrações mais intensas no TP. A concentração na respiração auxilia a parturiente a encontrar o seu centro interior e a manter a calma, aumentando, desta forma, o limiar de sensibilidade à dor por desfocalização no desconforto da contração uterina (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

Hidroterapia: a água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular. O mecanismo de alívio da dor por este método é a redução da libertação de catecolaminas e elevação das endorfinas, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente. Também o contacto da água com a pele é um estímulo tátil que reduz significativamente a perceção da dor, permitindo que o cérebro se abstraia da mesma (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020). A hidroterapia no chuveiro consiste em deixar a água à temperatura ambiente cair sobre os locais dolorosos durante as contrações. A recomendação para iniciar a hidroterapia é que a mulher esteja em trabalho de parto ativo (> 5 cm de dilatação) de modo a evitar diminuição das contrações do trabalho de parto secundárias ao relaxamento muscular. As membranas amnióticas podem estar íntegras ou rotas. A mulher deve ser encorajada a ficar na banheira ou no chuveiro enquanto quiser e estiver confortável. A temperatura da água

não deve exceder a temperatura corporal e o tempo do banho limita-se a uma ou duas horas (Reberte & Hoga, 2005).

Bola de Pilates: na bola a parturiente consegue ficar sentada com a coluna bem alinhada, sem desconforto, já que a bola “molda” o corpo da grávida. Ela pode ficar parada, ou realizar movimentos verticais para cima e para baixo. Isto, além de ajudar na descida do feto, também alivia a dor. A grávida pode ainda fazer movimentos rotativos (básculas). A movimentação do quadril facilita a rotação do feto, auxiliando-o a deslocar-se para a posição correta. Em todos estes exercícios é recomendável que a grávida segure as mãos do companheiro, para ficar em segurança.

Liberdade de movimentos – andar está comprovado cientificamente e de acordo com Mamede *et al.* (sd) que, “fisiologicamente é muito melhor para a grávida e para o feto quando a mulher se mantém em movimento durante o TP, pois o útero contrai-se muito mais eficazmente, o fluxo sanguíneo que chega ao feto através da placenta é mais abundante, o TP fica mais curto e a dor é menos intensa. Acresce-se o facto de que, na posição supina, a adaptação da apresentação fetal ao estreito da bacia estará facilitada pela postura materna e, assim, pode-se prevenir complicações do trajeto. Também, quando a grávida está em trabalho de parto e assume uma posição vertical, ocorre o aumento do fluxo sanguíneo para o útero, existindo diminuição da dor, aumento de aporte de oxigénio ao feto e a dinâmica uterina torna-se regular e eficaz. Ocorre então uma redução da duração da fase ativa de trabalho de parto, diminuindo a necessidade de terapêutica analgésica (Néné, Marques & Batista, 2016). A deambulação e mudança de posição durante o trabalho de parto é uma medida de conforto extremamente útil, e de fácil aplicação. Desde os primórdios, que era natural, a mulher em trabalho de parto adotar diferentes posições, e só mais recentemente, com a hospitalização do parto, se adotou com posição frequente o decúbito dorsal (posição de litotímia), ainda que continuem a não existir evidências científicas que comprovem melhores benefícios na sua utilização. (Oliveira e Silva, et al., 2013 cit por Prata (2015).

Musicoterapia: durante toda a nossa vida ouvimos música nas mais variadas ocasiões. Desde muito cedo, na nossa vida, ainda “in útero”, começamos a estar familiarizados com os sons e a música. A música expressa muitas das necessidades físicas e psicológicas dos indivíduos. Em Obstetrícia, uma música calma e tranquilizadora pode servir de lenitivo para promover o relaxamento durante as fases iniciais do TP (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

Ainda no âmbito das técnicas não farmacológicas de alívio da dor, uma revisão sistemática da Cochrane identificou as técnicas de relaxamento e massagem como seguras e não invasivas (Jones *et al.*, 2012). Outra revisão sistemática de Bruggermann *et al.* (2010), identificou a massagem como mais eficiente para o alívio da dor, quando utilizada no início da fase latente. Este

método reduz as reações comportamentais, o stress e ansiedade frente à dor, além disso permite a participação ativa do acompanhante, o que resulta em maiores níveis de satisfação para ambos. Também Gallo, R., Santana, L., Marcolin, A., Ferreira, C., Duarte, G. & Quintana, S. (2011) referem que a promoção de um bom relaxamento pode ir desde a adoção de posturas confortáveis até ambientes tranquilos, onde exista música ambiente, iluminação adequada.

As técnicas de pressão/contrapressão são simples e fáceis de aplicar, mesmo pelo acompanhante. Ao promover o movimento do sacro, vão facilitar o encravamento da apresentação no estreito inferior, ao mesmo tempo que aliviam a tensão muscular, diminuindo o desconforto. A pressão é aplicada simultaneamente em ambos os lados da região sagrada. A força é aplicada durante as contrações, porque o cérebro percebe mais rápido o toque do que a dor (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, 2013, o EEESMO tem como foco proporcionar/atender a mulher nas diferentes fases do trabalho de parto, incluindo na gestão da dor e na utilização das técnicas não farmacológicas para o seu alívio, bem como estabelecer uma relação de ajuda, confiança e empatia, visando o conforto e o bem-estar materno-fetal.

Segundo Dias *et al.* (2019), para uma melhor eficácia destes métodos é importante a participação de um profissional qualificado que saiba qual o método e a forma correta de utilizá-lo, tendo em conta que algumas puérperas afirmaram, numa pesquisa qualitativa, que o apoio, incentivo e orientações que os EEESMO oferecem na sua utilização é muito importante e faz com que as parturientes queiram utilizar os métodos não farmacológicos durante o TP, pois as mesmas sentem-se mais motivadas e seguras. É função do EEESMO facultar medidas de conforto e métodos de alívio da dor, redução do stress e ansiedade, informando sobre os seus benefícios e responder claramente a todas as dúvidas das futuras mães.

Muitas grávidas, sobretudo as nulíparas e primíparas, baseiam parte substantiva do seu conhecimento em relatos orais, empíricos e, muitas vezes, focados nas complicações obstétricas. Tal facto, associado à inexperiência, pode gerar níveis elevados de ansiedade, insegurança e medo, com repercussões negativas na vivência do parto e da própria maternidade. Fenómeno semelhante pode ocorrer em mulheres múltíparas que vivenciaram más experiências de parto anteriores (DGS, 2020).

Os Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade, têm como objetivos “desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho” (DGS 2015). A existência destes programas é uma mais-valia, na medida em que permite o acesso a cuidados de enfermagem especializados, que proporcionam à mulher a vivência de uma gravidez e um trabalho de parto mais tranquilizador,

constando como parte integrante destes programas o esclarecimento, implementação e treino dos métodos não farmacológicos de alívio da dor.

O tipo de apoio contínuo mais benéfico, durante o TP, parece ser o que é oferecido por uma pessoa que está lá apenas para esse efeito, com experiência em oferecer apoio a parturientes e com formação para exercer esse papel, não sendo parte do círculo social da parturiente (Hodnett *et al.* (2013) citado por Sequeira, Pousa & Amaral (2020).

### 3. Métodos

A dor do trabalho de parto é descrita desde a antiguidade. As medidas e recursos para o alívio e controlo da dor durante o trabalho de parto e parto tem sido tema de diversos estudos e pesquisas.

Neste sentido, equacionam-se as seguintes questões de investigação:

- Quais as técnicas não farmacológicas de alívio da dor implementadas?
- Qual o impacto destas técnicas não farmacológicas de alívio da dor?
- Qual o impacto das variáveis sociais (idade, profissão, residência, situação profissional, estado civil e habilitações literárias) na perceção da dor após a aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor?
- Qual o impacto das variáveis obstétricas (nº de gravidezes, nº de filhos, gravidez atual, aulas de preparação para o parto e parentalidade e tipo de parto) na perceção da dor após a aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da

Neste estudo, delimitou-se um problema de investigação, em função do qual se delinearam os objetivos e, para que os mesmos sejam atingidos, foi realizado o estudo através da revisão bibliográfica, o que sustenta teoricamente a problemática.

O objetivo de um estudo determina o porquê da investigação, tratando-se de um enunciado declarativo que precisa de forma clara as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação (Coutinho, 2021).

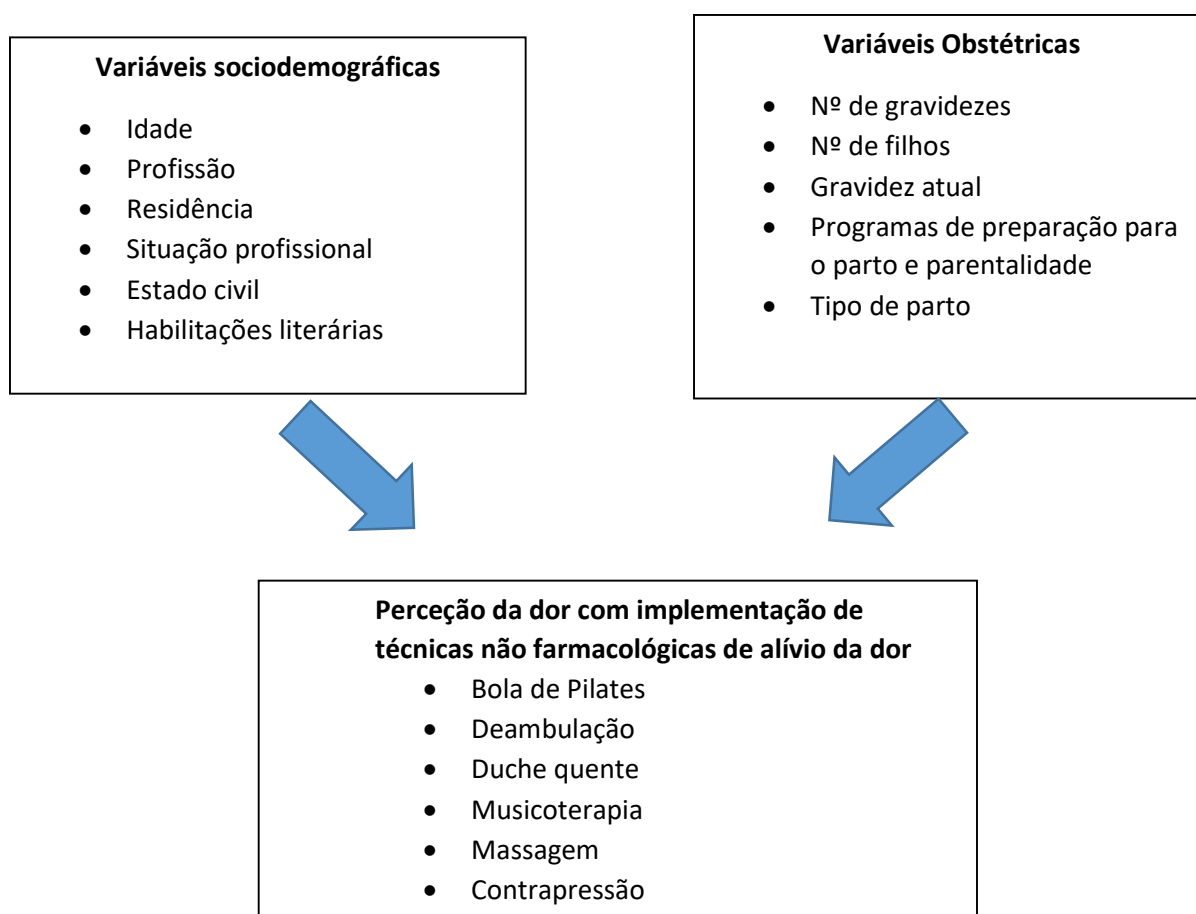
Assim, os objetivos principais são:

- Avaliar quais as técnicas não farmacológicas de alívio da dor implementadas;
- Analisar o impacto destas técnicas não farmacológicas de alívio da dor em puérperas;
- Avaliar o impacto das variáveis sociais (idade, profissão, residência, situação profissional, estado civil e habilitações literárias) na perceção da dor após a aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor;
- Avaliar o impacto das variáveis obstétricas (nº de gravidezes, nº de filhos, gravidez atual, aulas de preparação para o parto e parentalidade e tipo de parto) na perceção da dor após a aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor.

Este estudo pode definir-se como sendo analítico, descritivo-correlacional, transversal, enquadrando-se numa metodologia quantitativa, constituído por uma amostra não probabilística de 200 puérperas. Os critérios de exclusão foram todas as puérperas com cesariana programada e todas aquelas que iniciaram analgesia epidural com menos de 5 cm de dilatação (ainda na fase latente do TP). O processo de recolha de dados foi efetuada no serviço de Obstetrícia do CHTV – Viseu, até 24 horas após o parto.

A elaboração de qualquer investigação implica na maioria dos casos, o levantamento de questões éticas. Relativamente ao presente estudo foi garantido às participantes o anonimato e confidencialidade dos dados, respeitando a sua vontade caso decidissem não participar no estudo. Os questionários foram acompanhados por um documento de consentimento informado e esclarecido. No que se refere à autorização para a realização deste estudo, foi realizado um pedido à administração do Centro Hospitalar Tondela Viseu – Viseu, que posteriormente foi avaliado e autorizado pela Comissão de ética do mesmo (Anexo 1).

Em seguida apresenta-se o desenho de investigação que descreve de forma pictórica a relação entre as variáveis.



**Figura 1** – Esquema do desenho de investigação

Os dados obtidos e a mensuração das diferentes variáveis, foram conseguidos através da aplicação de um questionário que serviu para a recolha de informação pertinente para a realização da investigação com o tema “Perceção das puérperas sobre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor em trabalho de parto”. A perceção da dor é auto reportada pelas participantes, devendo ter em consideração a dor que sentiram antes e depois da aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor, no decorrer do trabalho de parto.

O questionário (Anexo 2) é formado por cinco partes. A primeira parte é constituída por sete questões relativas à caracterização sociodemográfica da amostra (idade, profissão, residência, nacionalidade, situação profissional, estado civil e habilitações literárias). A segunda parte é constituída por oito questões relacionadas com a caracterização obstétrica (nº de gravidezes, nº de filhos, idade gestacional, vigilância da gravidez, nº de consultas, idade gestacional da 1ª ecografia, gravidez de risco e tipo de parto). A terceira parte é constituída por cinco questões sobre os programas de preparação para o parto e parentalidade (se frequentou estas aulas e se sim, qual o nº de aulas que frequentou, a partir de que idade gestacional frequentou as aulas, se lhe foi dada informação sobre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor, e se sim sobre quais, se a pessoa que a acompanhou durante o TP e parto também frequentou as aulas e se também lhe foi dada informação sobre estas técnicas, se sim, sobre quais). A quarta parte engloba 12 questões acerca da permanência na sala de partos (nº de horas em TP, se foram disponibilizadas técnicas não farmacológicas de alívio da dor e em qual momento, se houve motivação por parte dos enfermeiros para a utilização destas técnicas, se sim sobre qual, se houve apoio por parte dos enfermeiros na utilização das técnicas não farmacológicas de alívio da dor, se estas técnicas permitiram ter uma melhor experiência do TP e parto, se fez analgesia epidural, se quando fez a analgesia epidural estava a utilizar alguma das técnicas não farmacológicas de alívio da dor, se durante a analgesia epidural continuou a utilizar alguma técnica, se a pessoa significativa a acompanhou durante o TP, se foi solicitado à pessoa significativa a colaboração na aplicação destas técnicas, se as técnicas não farmacológicas de alívio da dor ajudaram a ter uma vivência gratificante nas primeiras horas/primeiro dia após o nascimento do bebé e se recomendaria a uma amiga grávida a utilização de técnicas não farmacológicas de alívio da dor). A última parte é constituída por uma escala do tipo *likert*, relativa à aplicação de técnicas não farmacológicas de alívio da dor durante o TP (Bola de pilates, deambulação, massagem, duche quente, musicoterapia e contrapressão). Esta possui 4 questões sobre (alívio da dor e desconforto durante o TP, contribuição para uma experiência satisfatória durante o TP, promoção do bem-estar e a participação da pessoa significativa na aplicação da técnica), onde há cinco opções de resposta, onde um é nada e cinco corresponde a tudo. Por fim inclui ainda uma escala de avaliação da dor, onde esta terá de assinalar a intensidade da dor sentida antes e após a aplicação das medidas não farmacológicas, em que zero corresponde a “sem dor” e dez a “dor máxima”.

Com o intuito de melhor dimensionar a aplicabilidade das nossas 6 sub-escalas (que reportam a percepção das puérperas face às 6 técnicas não farmacológicas de alívio da dor), ao nosso estudo, foi efetuada a consistência interna (homogeneidade dos 4 itens) para cada uma das 6 técnicas. No quadro seguinte estão esquematizados os respectivos *Alphas de Cronbach* obtidos para cada um dos itens e global após a devida correção. Assim, constatamos que pela análise dos *alphas de cronbach*, os valores obtidos são muito satisfatórios (Bola de pilates > 0,746; Deambulação > 0,735; Massagem > 0,858; Duche quente > 0,834; Musicoterapia > 0,932. A Contrapressão, não tem valores, por déficit de respostas, o que nos indica que mesmo excluindo os itens um a um, os valores de fiabilidade interna (*alpha*) mantêm-se muito satisfatórios; o que significa que o global de cada técnica não farmacológica não depende exclusivamente de um só item. Em termos gerais, os valores de *alpha* global obtidos para cada técnica (Bola de pilates = 0,852; Deambulação = 0,849; Massagem = 0,920; Duche quente = 0,904 e Musicoterapia = 0,964) são considerados bons (>0,8) e muito bons (>0,9). A Contrapressão foi eliminada da avaliação da consistência interna, por não possuir respostas suficientes.

**Tabela 1 – Alpha de Cronbach**

<i>Alpha de Cronbach</i>	Bola pilates	Deambulação	Massagem	Duche quente	Musicoterapia	Contrapressão
<b>Itens</b>						
Considera que contribuiu para aliviar a dor e o desconforto durante o trabalho de parto?	0,762	0,753	0,862	0,834	0,932	-,-----a)
Considera que contribuiu para uma experiência satisfatória durante o trabalho de parto?	0,746	0,735	0,858	0,834	0,932	-,-----a)
Considera que contribui para promover o bem-estar?	0,791	0,747	0,889	0,840	0,932	-,-----a)
A pessoa significativa participou na aplicação desta técnica?	0,949	0,971	0,974	0,980	1,000	-,-----a)
<b>Alpha global</b>	<b>0,852</b>	<b>0,849</b>	<b>0,920</b>	<b>0,904</b>	<b>0,964</b>	-,-----a)

## 4. Resultados

No presente capítulo pretende-se dar a conhecer os resultados obtidos, em função de toda a informação colhida. Para a apresentação adequada dos dados obtidos, recorreremos ao uso de quadros com os respetivos dados estatísticos obtidos.

### 1.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Pela análise da tabela 2, e no que se refere às estatísticas da idade, constatamos que as inquiridas apresentam uma idade mínima de 15 anos e uma máxima de 43 anos, ao que corresponde uma média de idade de 29,67 anos, com um desvio padrão de 5,43 anos. Já pelos coeficientes de variação, constatamos uma dispersão moderada (de 15% a 30%) dos dados em torno da média.

**Tabela 2 – Estatísticas relativas à idade**

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)
Idade	15	43	29,67	5,43	18,30%

Assim, pela análise das variáveis sociodemográficas, tabela 3, constatamos que a maioria das nossas inquiridas apresentam idade inferior ou igual a 30 anos com 58,0%; são maioritariamente residentes em cidades com 41,5% e de nacionalidade portuguesa com 91,0%. É ainda importante salientar que 75,0% estão empregadas; sendo maioritariamente casadas ou vivendo em união de facto (76,0%). Já no que se refere à escolaridade, domina o ensino secundário com 43,5% do total da amostra (200 inquiridas).

**Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica**

Variáveis			
	Nº (200)	% (100,0)	
Idade	≤30 anos	116	58,0
	>30 anos	84	42,0
Residência	Aldeia	78	39,0
	Vila	39	19,5
	Cidade	83	41,5
Nacionalidade	Portuguesa	182	91,0
	Outra	18	9,0

<b>Situação profissional</b>	Empregada	150	75,0
	Desempregada	34	17,0
	Empregada a Tempo parcial	10	5,0
<b>Estado civil</b>	Solteira/divorciada/viúva	48	24,0
	Casada/União de facto	152	76,0
<b>Habilitações literárias</b>	3º ciclo	21	10,5
	Ensino secundário	87	43,5
	Bacharelato	9	4,5
	Licenciatura	41	20,5
	Mestrado	34	17,0
	Doutoramento	5	2,5
	Outro	3	1,5

## 1.2 – CARACTERIZAÇÃO OBSTÉTRICA

Pela análise da tabela 4, e no que se refere ao n.º de gravidezes, constatamos que as inquiridas apresentam um mínimo de 1 e um máximo de 10, ao que corresponde uma média de 1,92 gravidezes com um desvio padrão de 1,27. Em relação ao n.º de filhos, entre um mínimo de zero e um máximo de 5, a média centra-se nos 1,59 filhos com um desvio padrão de 0,80. Já pelos coeficientes de variação, constatamos uma dispersão elevada em ambas as variáveis (superior a 30%) dos dados em torno da média.

**Tabela 4 – Estatísticas relativas à caracterização obstétrica**

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)
N.º de gravidezes	1	10	1,92	1,27	66,14%
N.º de filhos	0	5	1,59	0,80	50,31%

Pela análise da tabela 5, e no que se refere à idade gestacional, constatamos que as inquiridas apresentam um mínimo de 29 semanas e um máximo de 41, ao que corresponde uma idade gestacional média de 39,06 semanas com um desvio padrão de 1,46. Em relação ao n.º de consultas, entre um mínimo de 2 e um máximo de 26, a média centra-se nas 8,09 consultas com um desvio padrão de 3,79. Por fim, e no que se refere à idade gestacional aquando da 1ª ecografia, constatamos que as inquiridas apresentam um mínimo de 1 semana um máximo de 38, ao que corresponde uma idade gestacional média de 10,38 semanas com um desvio padrão de 4,21. Já pelos coeficientes de variação, constatamos uma dispersão baixa (inferior a 15%) para a idade gestacional; e uma dispersão elevada (superior a 30%) dos dados em torno da média nas restantes variáveis.

**Tabela 5 – Estatísticas relativas à gravidez atual**

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)
Idade gestacional	29	41	39,06	1,46	3,74%
N.º de consultas	2	26	8,09	3,79	46,85%
Idade gestacional da 1ª eco	1	38	10,38	4,21	40,56%

Assim, pela análise das variáveis da gravidez atual, tabela 6, constatamos que a maioria das nossas inquiridas (97,5%); tiveram uma gravidez vigiada 71,5% não foram gravidezes de risco e o tipo de parto mais frequente foi o normal (58,0%).

**Tabela 6 - Caracterização da gravidez atual**

Variáveis		Nº	%
		(200)	(100,0)
Vigilância da gravidez	Sim	195	97,5
	Não	5	2,5
Gravidez de risco	Sim	57	28,5
	Não	143	71,5
Tipo de parto	Normal	116	58,0
	Fórceps	15	7,5
	Ventosa	43	21,5
	Cesariana	25	12,5

### 1.3 – CARACTERIZAÇÃO DA FREQUÊNCIA NOS PROGRAMAS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

Pela análise da tabela 7, e no que se refere ao n.º de sessões frequentadas, constatamos que as inquiridas apresentam um mínimo de nenhuma aula e um máximo de 28, ao que corresponde uma média de 5,81 aulas com um desvio padrão de 4,37. Em relação à idade gestacional com que iniciaram as sessões, entre um mínimo de 20 semanas e um máximo de 36, a média centra-se nas 29,43 semanas com um desvio padrão de 3,29. Já pelos coeficientes de variação, constatamos uma dispersão baixa (inferior a 15%) para a idade gestacional de início das sessões; e uma dispersão elevada (superior a 30%) para o n.º de sessões.

**Tabela 7 – Estatísticas relativas aos programas de preparação para o parto e parentalidade**

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)
N.º de sessões frequentadas	0	28	5,81	4,37	75,21%
Idade gestacional de início das sessões	20	36	29,43	3,29	11,18%

Assim, pela análise das variáveis das aulas de preparação e da parentalidade, tabela 8, constatamos que a maioria das nossas inquiridas frequentaram programas de preparação para o parto com 51,0%; e receberam informação sobre técnicas não farmacológicas de alívio da dor com 62,5%; sendo a bola de pilates, o duche quente e as massagens as técnicas de que foram mais informadas com 48,0%; 41,5% e 41,5% respetivamente. Já para a frequência dos acompanhantes nas sessões, a maioria não teve a sua presença com 74,0%. Mas pouco menos de metade (49,0%) dos acompanhantes foram informados das técnicas não farmacológicas, tendo sido as 3 supracitadas as que receberam mais informação.

**Tabela 8 - Caracterização da frequência dos programas de preparação para o parto e parentalidade**

Variáveis		
	Nº (200)	% (100,0)
<b>Frequentou programas de preparação</b>		
Sim	102	51,0
Não	98	49,0
<b>Informação de técnicas não farmacológicas</b>		
Sim	125	62,5
Não	64	32,0
<b>Técnicas informadas</b>		
Duche quente	83	41,5
Bola de pilates	96	48,0
Deambulação	58	29,0
Contrapressão	23	11,5
Massagem	83	41,5
Musicoterapia	50	25,0
Outra	5	2,5
<b>Frequência dos programas pelo acompanhante</b>		
Sim	35	17,5
Não	148	74,0
<b>Informação sobre as técnicas ao acompanhante</b>		
Sim	98	49,0
Não	85	42,5
<b>Informação sobre as técnicas à participante</b>		
Duche quente		
Bola de pilates	60	30,0
Deambulação	71	35,5
Contrapressão	44	22,0
Massagem	18	9,0
Musicoterapia	55	27,5
Outra	34	17,0
	2	1,0

Pela análise da tabela 9, e no que se refere ao n.º de horas de trabalho de parto, constatamos que as inquiridas apresentam um mínimo de zero horas e um máximo de 38h, ao que corresponde uma média de 9,50h com um desvio padrão de 7,50h. Já pelo coeficiente de variação, constatamos uma dispersão elevada (superior a 30%) para o n.º de horas de trabalho de parto.

**Tabela 9 – Estatísticas relativas ao n.º de horas de trabalho de parto**

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)
N.º de horas de trabalho de parto	0	38	9,50	7,50	78,95%

Assim, pela análise das variáveis de permanência na sala de partos, tabela 10, constatamos que a maioria das inquiridas referem ter sido a admissão na sala de partos o momento em que disponibilizaram as técnicas não farmacológicas com 35,0%; seguido das que “nunca” lhes foram disponibilizadas com 33,0%. Contudo, em 57,5% das situações, foi o enfermeiro que motivou a sua utilização; tendo sido a bola de pilates e a deambulação as mais referidas com 33,0% e 28,5% respetivamente. Cerca de 52,5% das inquiridas referem ter tido apoio do enfermeiro na utilização das técnicas. É ainda de referir que apenas 34,5% afirmam que estas técnicas permitiram melhorar a experiência do TP. Cerca de 60,5% das inquiridas fizeram epidural, sendo que 43,0% manteve a técnica durante a epidural. É de salientar que 63,5% das grávidas continuaram a utilizar as técnicas, mesmo com a epidural em curso.

Quanto à presença da pessoa significativa no trabalho de parto, essa situação verificou-se em 90,5% dos casos, sendo que em apenas 21,5% dos casos lhe foi solicitada colaboração. É de referir que 51,0% afirmam que essas técnicas ajudaram a que a vivência do parto fosse gratificante; mas apenas 25,5% recomendariam a sua utilização a amigas grávidas.

**Tabela 10 - Caracterização da permanência na sala de partos**

Variáveis	Nº	%
	(200)	(100,0)
<b>Momento de disponibilização das técnicas</b>		
Admissão na sala de partos	70	35,0
Início do trabalho de parto	50	25,0
Após 5cms de dilatação	14	7,0
Nunca	66	33,0
<b>Enfermeiro motivou a utilização de técnicas</b>		
Sim	115	57,5
Não	78	39,0
<b>Técnicas que o enfermeiro motivou</b>		
Duche quente	50	25,0
Bola de pilates	66	33,0
Deambulação	57	28,5
Contrapressão	11	5,5
Massagem	36	18,0
Musicoterapia	12	6,0
Outra	9	4,5

<b>Apoio do enfermeiro na utilização das técnicas</b>	Sim	105	52,5
	Não	80	40,0
<b>Técnicas permitiram melhor experiência TP</b>	Sim	69	34,5
	Não	64	32,0
<b>Realização de epidural</b>	Sim	121	60,5
	Não	76	38,0
<b>Utilização das técnicas aquando da realização da epidural</b>	Sim	86	43,0
	Não	16	8,0
<b>Durante epidural continuou com técnicas</b>	Sim	3	1,5
	Não	127	63,5
<b>Pessoa significativa presente no TP</b>	Sim	181	90,5
	Não	16	8,0
<b>Solicitada colaboração à pessoa significativa</b>	Sim	43	21,5
	Não	138	69,0
<b>Técnicas ajudaram a vivência gratificante do trabalho de parto</b>	Sim	102	51,0
	Não	73	36,5
<b>Recomendação das técnicas a uma amiga</b>	Sim	51	25,5
	Não	0	0,0

#### 1.4 – CARACTERIZAÇÃO DAS TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Para operacionalizar e mensurar a percepção das inquiridas face às técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto, foram criados 4 indicadores para cada técnica com possibilidade de resposta em escala tipo *likert* de 1 a 5 pontos sendo tanto melhor a percepção quanto maior o score obtido. Posto isto, cada técnica apresenta um score que pode variar entre um mínimo de 4 e um máximo de 20 pontos.

Assim, na tabela 11 apresentamos o score médio obtido nessas escalas para cada uma das técnicas, de onde deduzimos que a “Musicoterapia” é a técnica que revela melhor percepção de alívio da dor (13,54); seguida das “Massagens” (13,51) e da “Bola de Pilates” (13,28). “Duche quente” é a técnica que revela uma percepção mais baixa (12,60).

**Tabela 11 – Estatísticas relativas às técnicas não farmacológicas de alívio da dor**

	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Bola de pilates</b>	13,28	4,80
<b>Deambulação</b>	12,96	4,50
<b>Massagens</b>	13,51	4,71
<b>Duche quente</b>	12,60	5,06
<b>Musicoterapia</b>	13,54	1,98
<b>Contrapressão</b>	13,00	0,00

Para avaliar o nível de dor, foi utilizada uma régua de dor com pontuação unitária de zero (0) a dez (10), sendo zero (sem dor) e dez (dor máxima).

Assim, na tabela seguinte apresentamos o score médio obtido através da escala da dor, quer antes, quer após a utilização da técnica não farmacológica. Importa aqui analisar a amplitude média de variação da dor após a utilização da técnica. Média de variação essa patente na coluna de “Diferença entre médias”. Assim, constatamos que a “Contrapressão” é a técnica que mais fez diminuir a dor (redução de 2,50 pontos); seguido do “Duche quente” (redução de 2,37 pontos). Já a “Musicoterapia” foi a referida como menos eficaz (redução de 0,92 pontos).

**Tabela 12 – Estatísticas relativas à dor antes e depois das técnicas não farmacológicas**

		<b>Média</b>	<b>Diferença entre médias</b>
<b>Bola de pilates</b>	<b>Dor antes</b>	7,10	2,17
	<b>Dor depois</b>	5,00	
<b>Deambulação</b>	<b>Dor antes</b>	7,05	2,25
	<b>Dor depois</b>	4,77	
<b>Massagens</b>	<b>Dor antes</b>	6,91	1,95
	<b>Dor depois</b>	4,83	
<b>Duche quente</b>	<b>Dor antes</b>	7,14	2,37
	<b>Dor depois</b>	4,84	

<b>Musicoterapia</b>	<b>Dor antes</b>	5,15	0,92
	<b>Dor depois</b>	4,23	
<b>Contrapressão</b>	<b>Dor antes</b>	6,00	2,50
	<b>Dor depois</b>	3,50	

## 2 - ANÁLISE INFERÊNCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos descrita anteriormente, passamos de seguida à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da validade dos objetivos traçados.

Assim, foram traçados os seguintes objetivos:

**- Analisar o impacto das técnicas não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto;**

**- Avaliar o impacto das variáveis sociais (idade, residência, situação profissional, estado civil e habilitações literárias) na perceção da dor após a aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto;**

**- Avaliar o impacto das variáveis obstétricas (n.º de gravidezes, n.º de filhos, gravidez atual, programas de preparação para o parto e parentalidade e tipo de parto) na perceção da dor após a aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto.**

Dado o tamanho da amostra das inquiridas que utilizaram técnicas não farmacológicas de alívio da dor ser relativamente pequeno, recorreremos a um teste emparelhado não paramétrico (Wilcoxon) para avaliar se a variação da dor antes e depois da aplicação das técnicas apresenta significado estatístico.

Assim, pela análise da tabela 13 constatamos um claro domínio das participantes em que o nível de dor diminuiu após aplicação da técnica (Postos positivos). Em muito poucas, a dor aumentou após aplicação da técnica (Postos negativos). Sendo esse aumento mais notório na “Deambulação” (1 elemento); e “Duche quente” (2 elementos). E apenas em algumas a dor se manteve (Empates); de onde salientamos a “Deambulação” (14 elementos); a “Bola de pilates” (13

elementos); a “Massagem” (13 elementos); e o “Duche quente” (10 elementos). Assim, constatamos a existência de diferenças estatísticas altamente significativas para ambas as 6 técnicas utilizadas ( $p=0,000$ ).

**Tabela 13 – Testes de Wilcoxon relacionando a dor antes e depois de aplicação das técnicas não farmacológicas**

<b>Técnicas</b>	<b>Dor antes – Dor depois (N)</b>
<b>Bola de Pilates</b>	
Postos negativos	0
Postos positivos	76
Empates	13
<b>(p)</b>	<b>0,000***</b>
<b>Deambulação</b>	
Postos negativos	1
Postos positivos	78
Empates	14
<b>(p)</b>	<b>0,000***</b>
<b>Massagem</b>	
Postos negativos	0
Postos positivos	45
Empates	13
<b>(p)</b>	<b>0,000***</b>
<b>Duche quente</b>	
Postos negativos	2
Postos positivos	50
Empates	10
<b>(p)</b>	<b>0,000***</b>
<b>Musicoterapia</b>	
Postos negativos	0
Postos positivos	12
Empates	1
<b>(p)</b>	<b>0,000***</b>
<b>Contrapressão</b>	
Postos negativos	0
Postos positivos	22
Empates	0
<b>(p)</b>	<b>0,000***</b>

\* $p<0,05$

\*\* $p<0,01$

\*\*\* $p<0,001$

Com a finalidade de dar resposta a este 3º objetivo “Avaliar o impacto das variáveis sociais (idade, residência, situação profissional, estado civil e habilitações literárias) na percepção da dor após a aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor”; e tendo em conta o número

reduzido de inquiridas que utilizaram técnicas não farmacológicas de alívio da dor, recorreremos a testes não paramétricos para avaliar a relação entre as variáveis independentes dicotômicas (Mann-Whitney) e de grau superior a dicotómico (Kruskal-Wallis); versus a variável dependente (perceção da variação da dor nas várias técnicas não farmacológicas aplicadas).

Assim, para sabermos a influência da idade na perceção da dor nas várias técnicas não farmacológicas, efetuamos um teste de Mann-Whitney, de onde salientamos pelas ordenações médias que as inquiridas mais velhas (>30 anos) apresentam uma melhor perceção de melhoria da dor em quase todas as técnicas não farmacológicas, com exceção para a deambulação que é dominada em termos de perceção de melhoria de dor pelas mais novas ( $\leq 30$  anos). Contudo, com a inexistência de diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ).

Já para a influência da residência, utilizamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos pelas ordenações médias que a melhor perceção de melhoria da dor com a aplicação das técnicas não farmacológicas oscila entre inquiridas da cidade (Bola de pilates; Musicoterapia; e Contrapressão); e da aldeia (Deambulação; Massagem; Duche quente; e Musicoterapia). Contudo, também aqui, com a inexistência de diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ).

Em relação à situação profissional, utilizamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos pelas ordenações médias que a melhor perceção de melhoria da dor com a aplicação das técnicas não farmacológicas se centra nas puérperas empregadas; com exceção para o Duche quente que é mais elevada a perceção nas inquiridas a tempo parcial. Assim, constatamos a existência de diferenças estatísticas significativas ( $*p < 0,05$ ) apenas para o Duche quente ( $p = 0,016$ ).

Quanto ao estado civil, efetuamos um teste de Mann-Whitney, de onde salientamos pelas ordenações médias que a melhor perceção de melhoria da dor com a aplicação das técnicas não farmacológicas oscila entre inquiridas solteiras/divorciadas/viúvas (Bola de pilates; Deambulação; e Musicoterapia); e as casadas/união de facto (Massagem; Duche quente; e Contrapressão). Contudo, também aqui, com a inexistência de diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ).

Por fim, relativamente às habilitações literárias, recorreremos a um teste de Mann-Whitney, de onde salientamos pelas ordenações médias que a melhor perceção de melhoria da dor com a aplicação das técnicas não farmacológicas oscila entre inquiridas com formação superior (Bola de pilates; Deambulação; Massagem; e Duche quente); e as que não possuem tal formação superior (Musicoterapia; e Contrapressão). Contudo, mais uma vez, com a inexistência de diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 14 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com a percepção da dor**

Técnicas não farmacológicas	Bola pilates	Deambulação	Massagem	Duche quente	Musicoterapia	Contrapressão	Teste
	OM	OM	OM	OM	OM	OM	
<b>Idade</b>							
≤30 anos	44,55	49,44	27,71	28,96	6,57	11,08	Mann Whitney
>30 anos	45,61	42,34	32,90	36,83	7,50	12,11	
(p)	0,844	0,219	0,253	0,104	0,355	0,672	
<b>Residência</b>							
Aldeia	41,06	51,23	34,56	34,74	7,50	9,14	Kruskal Wallis
Vila	37,62	38,00	21,63	25,04	6,20	11,50	
Cidade	52,43	47,78	29,63	32,50	7,50	13,00	
(p)	0,062	0,236	0,108	0,277	0,449	0,366	
<b>Situação profissional</b>							
Empregada	46,11	47,74	28,64	<b>31,77</b>	7,50	10,53	Kruskal Wallis
Desempregada	32,08	42,54	28,79	<b>18,50</b>	7,50	14,80	
Empregada a Tempo parcial	45,00	42,63	33,50	<b>51,50</b>	4,25	-----	
(p)	0,161	0,722	0,846	<b>0,016*</b>	0,064	0,136	
<b>Estado civil</b>							
Solteira/divorciada/viúva	45,19	49,59	21,50	31,10	7,50	9,67	Mann Whitney
Casada/União de facto	44,95	46,15	30,97	31,63	6,85	12,19	
(p)	0,970	0,589	0,112	0,920	0,584	0,350	
<b>Habilitações literárias</b>							
Sem curso superior	41,34	46,68	26,02	28,34	7,50	12,00	Mann Whitney
Com curso superior	49,28	47,33	32,98	34,66	6,78	11,00	
(p)	0,135	0,906	0,107	0,162	0,505	0,677	

\*p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p<0,001

Por fim, para dar resposta ao 4º e último objetivo “Avaliar o impacto das variáveis obstétricas (n.º de gravidezes, n.º de filhos, gravidez atual, programas de preparação para o parto e parentalidade e tipo de parto) na percepção da dor após a aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor”; e no que se refere à influência do n.º de gravidezes na percepção da dor nas várias técnicas não farmacológicas, efetuamos um teste de Mann-Whitney, de onde salientamos pelas ordenações médias que a melhor percepção de melhoria da dor com a aplicação das técnicas não farmacológicas oscila entre inquiridas com mais de duas gravidezes (Bola de pilates; Musicoterapia; e Contrapressão); e as que tiverem 2 ou menos gravidezes (Deambulação; Massagem; e Duche quente). Contudo, com a inexistência de diferenças estatísticas significativas (p>0,05).

Já para a influência do N.º de filhos, utilizamos um teste de Mann-Whitney, de onde salientamos pelas ordenações médias que a melhor percepção de melhoria da dor com a aplicação das técnicas não farmacológicas oscila entre inquiridas com um ou nenhum filho (Deambulação; Massagem; e Contrapressão); e as que têm mais de 1 filho (Bola de pilates; Duche quente; e

Musicoterapia). Contudo, também aqui, com a inexistência de diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ).

Em relação à vigilância da gravidez, utilizamos mais uma vez um teste de Mann-Whitney, de onde salientamos pelas ordenações médias que a melhor percepção de melhoria da dor com a aplicação das técnicas não farmacológicas se centra nas puérperas vigiadas (na Bola de pilates; e no Duche quente); e nas não vigiadas (na Deambulação e na Contrapressão). Mas mais uma vez, com a inexistência de diferenças estatísticas significativas  $p>0,05$ ).

Quanto à gravidez de risco, efetuamos um teste de Mann-Whitney, de onde salientamos pelas ordenações médias que a melhor percepção de melhoria da dor com a aplicação das técnicas não farmacológicas oscila entre inquiridas com gravidez de risco (solteiras/divorciadas/viúvas (Bola de pilates; e Contrapressão); e as que não têm gravidez de risco (Deambulação; Massagem; Duche quente; e Musicoterapia). Contudo, também aqui, com a inexistência de diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ).

Relativamente à frequência de programas de preparação para o parto, efetuamos um teste de Mann-Whitney, de onde salientamos pelas ordenações médias que a melhor percepção de melhoria da dor com a aplicação das técnicas não farmacológicas oscila entre inquiridas que frequentaram as supracitadas aulas (Bola de pilates; Deambulação; Massagem; e Duche quente); e as que não frequentaram (Musicoterapia e Contrapressão). Contudo, também aqui, com a inexistência de diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ).

Por fim, relativamente ao tipo de parto, recorremos a um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos pelas ordenações médias que a melhor percepção de melhoria da dor com a aplicação das técnicas não farmacológicas oscila entre os 4 diferentes tipos de parto, sem qualquer destaque em nenhum deles. Também aqui, mais uma vez, com a inexistência de diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ).

**Tabela 15 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis obstétricas com a percepção da dor**

Técnicas não farmacológicas	Bola pilates	Deambulação	Massagem	Duche quente	Musicoterapia	Contrapressão	Teste
	OM	OM	OM	OM	OM	OM	
N.º de gravidezes							Mann Whitney
≤2	43,12	48,13	31,07	32,26	6,78	12,05	
>2	56,00	42,31	18,07	25,50	7,50	6,00	
(p)	0,086	0,402	0,050	0,344	0,505	0,147	

<b>N.º de filhos</b>	≤1	41,93	47,95	29,55	30,95	6,42	12,29	Mann Whitney
	>1	51,03	45,62	29,40	32,83	7,50	10,13	
	<b>(p)</b>	0,104	0,676	0,973	0,706	0,280	0,386	
<b>Gravidez vigiada</b>	Sim	45,43	46,57	29,50	31,89	7,00	10,95	Mann Whitney
	Não	7,00	87,00	-----	7,50	-----	17,00	
	<b>(p)</b>	0,126	0,129	-----	0,174	-----	0,147	
<b>Gravidez de risco</b>	Sim	46,45	43,94	28,21	28,97	6,69	14,80	Mann Whitney
	Não	44,55	48,19	30,04	32,53	7,50	10,53	
	<b>(p)</b>	0,760	0,488	0,700	0,474	0,429	0,136	
<b>Programas de preparação para o parto e parentalidade</b>	Sim	47,61	51,46	32,44	33,80	6,78	11,08	Mann Whitney
	Não	40,58	40,54	23,47	27,32	7,50	12,11	
	<b>(p)</b>	0,199	0,050	0,051	0,170	0,505	0,672	
<b>Tipo de parto</b>	Normal	41,17	42,15	27,57	28,19	7,50	12,29	Kruskal Wallis
	Fórceps	41,75	51,06	36,00	33,71	7,50	11,50	
	Ventosa	46,57	55,75	35,75	39,15	7,50	11,50	
	Cesariana	54,73	49,17	20,50	26,79	5,88	6,00	
	<b>(p)</b>	0,343	0,250	0,203	0,235	0,522	0,536	

\*p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p<0,001

#### 4.1. Discussão dos resultados

A amostra deste estudo é constituída por 200 participantes, tendo uma idade mínima de 15 anos e uma máxima de 43 anos, ao que corresponde uma idade média de 29,67 anos., prevalecendo as que possuem idade inferior ou igual a 30 anos (58%), são maioritariamente residentes em cidades (41,5%) e de nacionalidade portuguesa (91%). É ainda importante salientar que 75% estão empregadas, sendo a maioria casadas/união de facto (76%). Referente à escolaridade domina o ensino secundário (43,5%). Relativamente ao n.º de gravidezes constatou-se que as inquiridas apresentaram um mínimo de 1 e um máximo de 10, verificando-se uma média de 1,92 gravidezes. Em relação ao n.º de filhos estas apresentaram um mínimo de 0 e um máximo de 5. Por fim, constatou-se que a maioria das inquiridas tiveram uma gravidez vigiada (97,5%), isto é, tiveram seis ou mais consultas, sendo 71,5% gravidezes sem risco e o tipo de parto mais frequente, foi o vaginal.

Em conformidade com os dados do INE/PORDATA de 2022, a nível nacional, a média de idade das puérperas, no que diz respeito a 2021, foi de 32,3 anos, média esta que tem vindo a aumentar anualmente, sendo que em 2000 a média se situava nos 28,6 anos. Resultados estes corroborados com o atual estudo e o estudo de Rentala, A., Hakala, M. & Polkki, T., (2022), em que a média das idades das mulheres era de 31 anos (amostra de 204 parturientes). De igual modo os dados do INE/PORDATA, em relação ao tipo de parto em 2020, demonstram que na maioria as

mulheres tiveram parto por via vaginal (70,1%), o que também ocorreu neste estudo e também no estudo realizado por Rental, A. *et al.*, 2022. Os EEESMOS/Parteiras são profissionais formados para apoiar e promover a normalidade do parto, assim como para reconhecer os desvios ao “normal”, intervindo quando necessário e apropriado: é este o nobre desígnio da profissão. A prestação de cuidados deve ter como objetivo a otimização do processo normal de parto, minimizando a necessidade de intervenções externas (Nené, Marques e Batista, 2016). As variáveis sociais (idade, residência, estado civil e habilitações literárias não tiveram impacto na percepção da dor após a aplicação das técnicas não farmacológicas, com exceção da situação profissional que teve impacto apenas no duche quente e as variáveis obstétricas (nº de filhos, gravidez atual e tipo de parto) também não tiveram impacto na percepção da dor após aplicação das técnicas, com exceção do nº de gravidezes, que teve impacto apenas na massagem e dos programas de preparação para o parto e parentalidade que também teve impacto na deambulação.

De acordo com a OE (2019), a preparação para o parto e para a parentalidade é uma parte importante na assistência pré-natal, sendo este um programa de educação para a saúde, assumindo uma significativa relevância na ajuda de tomada de decisões por parte das mulheres/casais, apresentando transformações positivas ao nível dos comportamentos de saúde. Ainda em conformidade com a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, n.º 14/2021, de 2021 (p.6), “o programa de saúde é um instrumento para operacionalizar as políticas de saúde através do planeamento, da execução e avaliação de ações de promoção, prevenção, tratamento (cuidados e recuperação da saúde”. Assim estes têm como objetivo “satisfazer as necessidades de um campo específico da saúde” devendo-se assim neste contexto preparar/capacitar a mulher e a sua pessoa significativa para o parto. Estas podem, independentemente do local de vigilância da gravidez (público ou privado), iniciar as aulas de preparação para o parto e parentalidade entre as 28 e 31 semanas de gestação.

No atual estudo constatou-se que a maioria das inquiridas frequentaram os programas de preparação para o parto e parentalidade (51%), assim obteve-se um mínimo de 0 aulas e um máximo de 28 aulas, ao que corresponde uma média de 5,81 aulas. 62,5% das inquiridas referiu ter recebido nos programas de preparação para o parto e parentalidade, informações acerca das técnicas não farmacológicas de alívio da dor, sendo que a bola de pilates, o duche quente e a massagem foram as técnicas sobre as quais obtiveram mais informação. A maioria das inquiridas não teve a presença dos seus acompanhantes nas sessões de preparação para o parto e parentalidade (74%). As grávidas que frequentaram os programas de preparação para o parto apresentaram maior conhecimento dos procedimentos a adotar, como os posicionamentos, a respiração e o relaxamento, apresentando-se assim mais calmas e tranquilas durante o parto (Couto, 2006 cit por Nené, Marques e Batista, 2016). Ainda segundo estes autores para que haja uma experiência de parto mais satisfatória parece ser necessária a realização de uma preparação

para o nascimento, consciente e adaptada ao casal. Nesta linha tem-se verificado que seria mais eficaz a implementação de cuidados ligados à humanização do nascimento, como por exemplo, as instituições de saúde darem mais valor ao suporte do companheiro – durante o trabalho de parto, parto e pós-parto – para um maior conforto e satisfação da mulher. O apoio por parte do acompanhante aumenta a satisfação global da experiência de gestação e trabalho de parto (Motha & MacLeod, 2008 cit por Sequeira, Pousa & Amaral, 2020). Neste estudo quanto à presença da pessoa significativa no trabalho de parto, essa situação verificou-se em 90,5% dos casos, sendo que em apenas 21,5% dos casos lhe foi solicitada colaboração.

Neste estudo a maioria das inquiridas referem lhe ter sido disponibilizadas as técnicas não farmacológicas de alívio da dor à admissão na sala de partos (35%), seguida daqueles que referem que nunca lhes foi disponibilizada nenhuma técnica (33%), sendo que em 57,5% das situações foi o enfermeiro que motivou a sua utilização, tendo sido a bola de pilates (33%) e a deambulação (28,5%) as mais referidas. Cerca de 52,5% das inquiridas referem ter tido apoio do enfermeiro na utilização das técnicas não farmacológicas de alívio da dor. Como já foi várias vezes referido ao longo deste trabalho, o EEESMO dada a abrangência da sua intervenção é o profissional de saúde de eleição para apoiar e incentivar as mulheres/casal na utilização destes métodos. O EEESMO tem como foco proporcionar/atender a mulher nas diferentes fases do trabalho de parto, incluindo na gestão da dor e na utilização das técnicas não farmacológicas para o seu alívio, bem como estabelecer uma relação de ajuda, confiança e simpatia, visando o conforto e o bem-estar materno-fetal (OE, 2013). Os profissionais da área da saúde materna e obstétrica estão cada vez mais envolvidos no processo do trabalho de parto/parto e, apesar de muitas vezes, aqueles que acompanham as mulheres nas aulas de preparação para o parto não serem os mesmos que estão na altura do parto, urge que todos conheçam as medidas complementares para o alívio da dor (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

É de salientar que apenas 34,5% das inquiridas afirmaram que as técnicas não farmacológicas de alívio da dor permitiram melhorar a experiência do trabalho de parto, no entanto 51% das inquiridas afirmaram que as técnicas não farmacológicas de alívio da dor ajudaram a que a vivência do parto fosse gratificante, sendo que apenas uma minoria (25,5%) recomendaria a utilização destas técnicas a uma amiga grávida. Num estudo descritivo com abordagem qualitativa de Reis, A., Silva, J. & Lucena, M., (2021), com uma amostra de 10 puérperas, “as autoras referem que a aplicação de métodos não farmacológicos de alívio da dor tiveram efeitos positivos contribuindo na experiência do trabalho de parto e parto”. O mesmo é corroborado por um estudo de Medeiros, J., Hamad, G., Costa, R., Chaves, A. & Medeiros, S., 2015, com uma amostra de 11 puérperas, em que as entrevistadas referiram que o uso das técnicas não farmacológicas de alívio da dor foram uma experiência positiva, com diminuição do tempo de trabalho de parto, maior

sensação de bem-estar e menos dor. O mesmo se verificou neste estudo em que houve um claro domínio das puérperas em que o nível de dor diminuiu após aplicação das técnicas.

Neste estudo as técnicas não farmacológicas mais utilizadas foram a bola de pilates, deambulação e o duche quente, sendo que a contrapressão foi a menos implementada. Num estudo realizado por Sescato, A., Souza, S. & Wall, M., 2008, as técnicas mais utilizadas durante o trabalho de parto, foram o banho, a deambulação e a massagem. Um outro estudo transversal realizado por Mielke, K., Gouveia, H. & Carvalho, A., 2019, as técnicas não farmacológicas mais aplicadas foram o duche quente e a deambulação.

Segundo Sescato, A. *et al.*, 2008, a massagem foi a terceira técnica mais utilizada, sendo realizada em três das dez pacientes, no entanto é indispensável citar que esta é uma técnica que não depende da paciente para ser realizada, mas sim de uma segunda pessoa. Apesar de ter sido bem aceite pelas pacientes que a receberam, sua utilização como cuidado não-farmacológico, a sua aplicação foi muito baixa (Sescato, A. *et al.*, 2008). O facto de tanto esta como a contrapressão necessitarem de uma segunda pessoa para a realizar, poderá contribuir para que esta técnica não seja tão utilizada. No entanto no atual estudo podemos constatar que mesmo a contrapressão ter sido a técnica menos utilizada, quando analisamos o impacto desta técnica, nomeadamente na diferença da dor antes e após a sua aplicação, constatamos que é a técnica mais eficaz, seguida do duche quente. Já a musicoterapia foi a referida como menos eficaz. A musicoterapia no trabalho de parto pode ser considerada coadjuvante na analgesia, reduzindo a descompensação emocional, relaxando a gestante para proporcionar uma experiência mais agradável. Há autores que defendem que a música desvia a atenção da gestante do foco da dor, por proporcionar um estímulo agradável ao cérebro, interferindo no eixo medo-tensão-dor e resultando em um maior relaxamento (Ferreira, L., Souza, I., Gonçalves, G., Passalacqua, I., Fernandez, I., Ferreira, F. & Pereira, M., 2021). “A cada duas horas, a música foi suprimida por um período de 30 minutos. Ao findar cada um desses períodos (com a música e sem a música) os elementos de controle da evolução do trabalho de parto, como frequência, intensidade e duração das contrações e frequência cardíaca e respiratória da mãe foram analisadas. Com o registo foi possível concluir que as mulheres se alteraram dramaticamente quando a música era suprimida, enquanto os termos tranquilidade e calma foram citados inúmeras vezes nos discursos das gestantes quando a música estava tocando. Além disso, segundo relatos, ocorre um alívio da dor, tornando o momento da contração mais suportável” (Ferreira, L. *et al.*, 2021).

Em um estudo descritivo transversal, de abordagem quantitativa, de Hanum, S., Mattos, D., Matão, M. & Martins, C., (2017) cujo objetivo era identificar métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o TP bem como o nível de satisfação segundo a percepção de puérperas. A amostra era constituída por 103 puérperas com idade superior a 18 anos e com parto vaginal. Os resultados

deste estudo revelaram que 73,8% das mulheres não foram informadas acerca das técnicas não farmacológicas de alívio da dor no TP. Em relação às técnicas não farmacológicas, 84,5% utilizou o duche quente, sendo este o método melhor avaliado. Das 71 mulheres que utilizaram o duche quente, 63 designaram notas entre 6 a 10. Exercícios respiratórios de relaxamento aparecem em segundo lugar, em 53,6% das parturientes. Em seguida aparece a massagem lombossacral com 34,5% e a bola de pilates com 28,6%. Do total da amostra, 18,4% das mulheres não utilizou nenhum método. Quanto à satisfação das puérperas, 95,2% relataram melhoria da dor com os métodos utilizados, sendo o acompanhante de 46,4% das puérperas o principal executante. Do total das mulheres que realizaram as técnicas, 69% tiveram apoio da equipa para a sua execução. Esta afirmação vai de encontro a uma revisão integrativa da literatura de Freitas, J., Silva, C., Rodrigues, M. & Souza, R., 2021, onde se constatou que as mulheres que recorreram às técnicas de deambulação, duche quente e massagem perceberam menos dor e a mais utilizada e descrita como mais eficaz foi o duche quente. O mesmo é ainda corroborado pelo estudo quantitativo de Lindholm, A. & Hildingsson, I., 2015, com uma amostra de 258 mulheres, em que o maior nível de satisfação foi o recurso à hidroterapia (95%).

## Conclusão

As técnicas não farmacológicas de alívio da dor são enfatizados pelo movimento de humanização do parto, que têm crescido nos últimos anos, como defende a Organização Mundial de Saúde. Para o Ministério da Saúde, o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal. Este movimento tem a finalidade de tornar o parto o mais natural possível, diminuindo as intervenções, cesarianas, administração de fármacos. Assim, para promover a desmedicalização, utiliza-se as técnicas não farmacológicas que são alternativas que podem ser empregadas para alívio da dor dispensando os anestésicos e analgésicos (Sescato, A. *et al.*, 2008).

É essencial a prática das técnicas não farmacológicas de alívio da dor pois estas são mais seguras e acarretam menos intervenções. Assim sendo a equipa de enfermagem tem um papel importante na implementação e realização destas técnicas tornando assim o parto humanizado e dando à mulher a oportunidade de viver este momento de uma forma especial.

Sugere-se que os profissionais de saúde, em particular os EEESMO, adotem uma postura inovadora, capaz de compartilhar do complexo mundo da dor, medo e ansiedade, devendo para isso respeitar sempre os direitos da mulher, promover o seu bem-estar e empoderar a mulher, possibilitando-lhe a implementação das suas escolhas e desejos.

O relacionamento da mulher com a equipe dos profissionais de saúde é tido como um dos fatores que mais afetam a memória das mulheres em relação à experiência do parto e do nascimento, tendo grande importância para a sua satisfação. Mulheres valorizam conforto físico, suporte psicológico, cuidado personalizado, privacidade, além de um cuidado apropriado fornecido por um número pequeno de profissionais que sejam responsivos às perguntas e que reconheçam as suas necessidades (Hanum, S., *et al.*, 2017).

Grande parte do sucesso do parto depende de todo um trabalho realizado previamente pelo EEESMO, nomeadamente da sua capacidade e habilidade para conduzir o trabalho de parto através da utilização de várias técnicas ao seu dispor, como a deambulação, a bola de pilates, hidroterapia, massagem e reflexologia e o posicionamento. Realça a OMS que a mulher grávida de baixo risco sem complicações deve ter um papel mais participativo durante o trabalho de parto e parto (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

Observa-se no cotidiano da prática profissional da enfermagem que esses cuidados são pouco aplicados, principalmente no setor privado, em que ainda prevalecem as intervenções cirúrgicas no trabalho de parto e parto, constatado pelo número aumentado de cesarianas (Sescato, A. *et al.*, 2008).

Tendo em vista as características multifatoriais e individuais da dor, tudo o que possa influenciar na experiência do parto deve ser tido em conta para a escolha do método a utilizar, uma vez que esta opção exige da mulher o controlo do seu corpo e emoções (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

O saber e o fazer estão em constante mudança exigindo por isso por parte dos enfermeiros um aperfeiçoamento contínuo, daí que a exigência de atualização e reciclagem das informações é cada vez mais necessária de modo a aprofundar competências já adquiridas, tendo como finalidade a prestação de cuidados de enfermagem com maior segurança e à melhoria da qualidade de cuidados prestados.

Ao tornar os serviços de maternidade cada vez mais adequados às necessidades e preferências das mulheres e suas famílias, estamos a contribuir para melhores práticas assistenciais, num *continuum* da melhoria da qualidade dos cuidados no seio das nossas organizações de saúde e, conseqüentemente, a melhorar o resultado do parto, obtendo indicadores mais positivos de saúde materna e neonatal (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020).

“A mulher é protagonista do seu parto e não apenas uma transportadora do filho até ao nascimento. A experiência é dela e de mais ninguém” (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, n.º 14/2021).

Considera-se pois importante a realização de mais estudos nesta área, e estudos com amostras maiores, para que a aplicabilidade das técnicas não farmacológicas de alívio da dor ocorra com maior frequência e eficácia.

## Referências bibliográficas

- Almeida, M., Dores, J. & Ruas, L. (2017). *Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017*. Revista Portuguesa de Diabetes. 2017; 12 (1): 24-38. Acedido a 5 de Dezembro de 2022 em: <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-12-n%C2%BA-1-Mar%C3%A7o-2017-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-p%C3%A1gs-24-38.pdf>.
- Almushait M. e Ghani, R. (2013). *Perception toward Non-Pharmacological Strategies in Relieving Labor Pain: An Analytical Descriptive Study*. Acedido a 5 de Setembro de 2022 em: [https://www.researchgate.net/publication/324200949\\_Perception\\_toward\\_Non-Pharmacological\\_Strategies\\_in\\_Relieving\\_Labor\\_Pain\\_An\\_Analytical\\_Descriptive\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/324200949_Perception_toward_Non-Pharmacological_Strategies_in_Relieving_Labor_Pain_An_Analytical_Descriptive_Study).
- American Academy of Pediatrics (2016). *Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update*. Pediatrics; Vol.137,2 e 20154271. Acedido a 05 de Abril de 2022 em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26810788/>.
- Aveiro, C. e Velosa, T. (2016). *A Dor em Obstetrícia*. Acedido a 20 de Setembro de 2022 em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade e\\_Cuidados\\_Enfermagem/HospitalNelioMendonca\\_Dor\\_Obstetricia\\_Madeira.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalNelioMendonca_Dor_Obstetricia_Madeira.pdf).
- Barbosa, L., Kasper, K., Gregolim, B. & Paula, L. (2016). *Trabalho de parto prematuro: diagnóstico e manejo*. Acedido em 8 Fevereiro de 2022 em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883055/30-trabalho-de-parto-pre-termo.pdf>.
- Batalha, L., Santos, L. & Guimarães, H. (2005). *Temas de atualização – Avaliação da Dor no período neonatal*. Acedido a 01 de Abril de 2022 em: [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/42/20130124172423\\_temas\\_de\\_atualizacao\\_201.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/42/20130124172423_temas_de_atualizacao_201.pdf).
- Biggers, A. (2017). *Vaginal Hysterectomy: Recovery, Procedure, and More*. Acedido em 08 de Dezembro de 2021 em: <https://www.healthline.com/health/womens-health/vaginal-hysterectomy-recovery>.
- Bruggermann, O. e Gayeski, M. (2010). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. Acedido a 22 de Setembro de 2022 em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/y6DsCXHqtTT6qNvcBYMwgsn/?format=pdf&lang=pt>
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIFE®/ICNP): versão 2015. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, Maio de 2016. ISBN 978-989-8444-35-6.

- Coutinho, C. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. Reimpressão). Coimbra: Edições Almedina.
- CUF (2020). *Unidade de Cirurgia Ginecológica Minimamente Invasiva*. Acedido em 10 de Dezembro de 2021 em: <https://www.cuf.pt/centros/unidade-de-cirurgia-ginecologica-minimamente-invasiva>.
- Dias, F. & Marba, S. (2014). *Evaluación del dolor prolongado en el recién-nacido: adaptación de la escala EDIN para la cultura de Brasil*. Acedido a 4 de Abril de 2022 em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/rQZpDZFpPhCQMBbnK6KgM9N/?lang=en>
- Direção Geral da Saúde (2003). *Guia de Apoio à Mulher com Cancro da Mama*. Acedido em 09 de Dezembro de 2021 em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/guia-de-apoio-a-mulher-com-cancro-da-mama-pdf.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2008). *Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar*. Lisboa. Acedido em 04 de Outubro de 2021 em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-reprodutiva-planeamento-familiar-orientacoes-tecnicas-9-edicao-revista-e-actualizada-pdf.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Acedido em 06 de Outubro de 2021 em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2016). *Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil*. 29(1), 461-464.
- Direção Geral da Saúde (2020). *Cursos de Preparação para o Parto e a Parentalidade – CPPP / Cursos de Recuperação Pós-Parto – CRPP*. Orientações (versão para discussão pública). Acedido em 05 de Outubro de 2021 em: <https://pt.scribd.com/document/474359899/Orientacoes-Para-a-Realizacao-Dos-Cursos-de-Preparacao-Para-o-Parto-e-Parentalidade-e-Cursos-Para-a-Revisao-Pos-Parto-Versao-Para-Discussao-Publica>.
- Falcão, F. & Carvalho, G. (2011). *Cirurgia por via vaginal*. Manual de Ginecologia, p.557.
- Favilli, A., Laganà, A., Indraco, U., Righi, A., Triolo, O., Apolito, M. & Gerli, S. (2018). *What women want? Results from a prospective multicentre study on women's preference about pain management during labour*. Acedido a 10 de Agosto de 2022 em: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(18\)30325-7/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(18)30325-7/fulltext).
- Fernandes, L., (2021). *Miomectomia*. Acedido em 02 de Dezembro de 2021 em: <https://drluizflavio.com/miomectomia/>.
- Fernandes, L., (2021). *Salpingectomia*. Acedido em 03 de Dezembro de 2021 em: <https://drluizflavio.com/salpingectomia/>.

- Ferreira, L., Souza, I., Gonçalves, G., Passalacqua, I., Fernandez, I., Ferreira, F. & Pereira, M.. (2021). *Efeitos da musicoterapia no trabalho de parto*. Acedido a 14 de Setembro de 2022 em: <http://pdf.blucher.com.br.s3-sa-east-1.amazonaws.com/medicalproceedings/comusc2021/06.pdf>.
- Fradique, A. (2011). *Histeroscopia cirúrgica*. Manual de Ginecologia, p.511 e 524.
- Fraser, D. & Cooper, M. (2010). *Assistência Obstétrica – Um guia prático para Enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Freitas, J., Silva, C., Rodrigues, M. & Souza, R. (2021). *Eficácia dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto natural: uma revisão integrativa*. Revista Eletrônica Acervo Enfermagem. Acedido a 15 de Outubro de 2022 em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/7650/4889>.
- Gallo, R., Santana, L., Marcolin, A., Ferreira, C., Duarte, G. & Quintana, S. (2011). *Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial*. Acedido a 15 de Outubro de 2022 em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>.
- Gervásio, H. (2009). *Diagnóstico imagiológico*. Recomendações nacionais para o diagnóstico e tratamento do cancro da mama. Acedido em 11 de Dezembro de 2021 em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/recomendacoes-nacionais-para-diagnostico-e-tratamento-do-cancro-da-mama-pdf.aspx>.
- Baradari, A., Frouzian, A., Kiabi, F., Zeydi, A., Khademloo, M., Nazari, Z., Saragou, M., Ghobadi, M. & Fooladi, E. (2017). *Bolus administration of intravenous lidocaine reduces pain after na elective caesarean section: Findings from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial*. Acedido a 05 de Setembro de 2022 em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01443615.2016.1264071?journalCode=ijog20>.
- Guedes, L. & Sousa, M. *Cefaleia pós-punção da Dura*. Anestesiologia. Porto: Casa de Saúde da Boavista. Acedido em 10 de Agosto de 2021 em: <https://www.csaudeboavista.com/cefaleia-pos-puncao-da-dura/>.
- Guia Orientador dos Estágios do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (2018). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno Fetal*. (5ª ed). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Hanum, S., Mattos, D., Matão, M. & Martins, C. (2017). *Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividades sob a ótica da parturiente*. Acedido a 20 de Outubro de 2022 em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110197/22089>.

- Hopkins, J. (2021). *Mastectomy*. John Hopkins Medicine. Acedido em 02 de Dezembro de 2021 em: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/breast-cancer/mastectomy>.
- Icterícia neonatal (s.d.). *Avaliação e tratamento no RN de termo e pré-termo*, p. 1-20.
- Instituto Nacional de Estatísticas – PORDATA (2022). Acedido a 15 de Outubro de 2022 em: <https://www.pordata.pt/portugal/idade+media+da+mae+ao+nascimento+de+um+filho-417>.
- Instituto Oncoguia. (2020). *Cirurgia Conservadora da Mama*. Acedido em 12 de Dezembro de 2021 em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cirurgia-conservadora-da-mama/1396/265/>.
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (2020). *Biópsia gânglio sentinela*. Acedido em 30 de Novembro de 2022 em: [https://www.ipolisboa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/Cancro-Mama\\_Bi%C3%B3psia-G%C3%A2nglio-Sentinela.pdf](https://www.ipolisboa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/Cancro-Mama_Bi%C3%B3psia-G%C3%A2nglio-Sentinela.pdf).
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T. & Neilson, J. (2012). *Pain management for women in labour: na overview of systematic reviews*. Acedido a 02 de Agosto de 2022 em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009234.pub2/full>.
- Konlan, K., Afaya, A., Mensah, E., Suuk, A. & Kombat, D. (2021). *Non-pharmacological interventions of pain management used during labour; an exploratory descriptive qualitative study of puerperal women in Adidome Government Hospital of the Volta Region, Ghana*. Acedido a 12 de Setembro de 2022 em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-021-01141-8>.
- Lindholm, A. & Hildingsson, I. (2015). *Women's preferences and received pain relief in childbirth - A prospective longitudinal study in a northern region of Sweden*. Acedido a 28 de Setembro de 2022 em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25998874/>.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Maia, M., Celeste, L., Santos, M., Sousa, E., Silva, L., Silva, A., Ferreira, H., Marques, V. & Cerqueira, D. (2021). *Assistência de enfermagem na qualidade de vida das pacientes pós mastectomizadas: revisão de literatura*. Acedido em 05 de Dezembro de 2021 em: [file:///C:/Users/Ana%20Teixeira/Downloads/21087-Article-255653-1-10-20211010%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ana%20Teixeira/Downloads/21087-Article-255653-1-10-20211010%20(1).pdf).
- Maio, T. (2017). *A verticalidade no trabalho de parto e o controlo da dor*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Leiria. Acedido a 12 de Agosto de 2022 em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18969/1/Relat%c3%b3rio%20de%20est%c3%a1gio%20-%20Telma%20Maio.pdf>.

- Medeiros, J., Hamad, G., Costa, R., Chaves, A. & Medeiros, S., (2015). *Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas*. Acedido a 12 de Agosto de 2022 em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/404>.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 2012/2015, Recomendação n.º2/2012. *Recomendações para a preparação para o nascimento*. Acedido a 14 de Setembro de 2022 em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Recomendacao\\_2-2012.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Recomendacao_2-2012.pdf).
- Mielke, K., Gouveia, H. & Carvalho, A. (2019). *A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil*. Acedido a 15 de Setembro de 2022 em: [https://www.researchgate.net/publication/331879804\\_A\\_pratica\\_de\\_metodos\\_nao\\_farmacologicos\\_para\\_o\\_alivio\\_da\\_dor\\_de\\_parto\\_em\\_um\\_hospital\\_universitario\\_no\\_Brasil](https://www.researchgate.net/publication/331879804_A_pratica_de_metodos_nao_farmacologicos_para_o_alivio_da_dor_de_parto_em_um_hospital_universitario_no_Brasil)
- Ministério da Saúde (2017). *Recomendações Técnicas para Serviços de Neonatologia*. UIE/ACSS. Acedido a 5 de Abril de 2022 em: [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Neonatologia\\_11\\_2017.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Neonatologia_11_2017.pdf)
- Miranda, R. (2019). *Uma nova abordagem do bloqueio transnasal do gânglio esfenopalatino para tratamento da cefaleia pós-punção dural*. Acedido em 17 de Agosto de 2021 em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17142/tde-18122019-154140/publico/RODRIGOVITALDEMIRANDA.pdf>.
- Montenegro, C. e Rezende Filho, J. *Obstetrícia fundamental*. 13ª Ed. Rio de Janeiro.
- Narayana Health (2020). *Laparotomy for gynaecological operation*. Acedido em 10 de Dezembro de 2021 em: <https://www.narayanahealth.org/blog/laparotomy-for-gynaecological-operation/>.
- Néné, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Oliveira, C. & Silva, T. (2011). *Carcinoma invasivo da mama: do diagnóstico ao tratamento cirúrgico*. Manual de Ginecologia, p. 278.
- Oliveira, G. (2017). *Lições de Pediatria*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- OMS (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Genebra: OMS.
- OMS (2018). *Intrapartum care of a positive childbirth experience*. Acedido em 16 de Agosto de 2021 em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novas-recomendacoes-da-oms/>.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Acedido em 23 de Agosto de 2021 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>.

- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: OE. Acedido em 05 de Outubro de 2021 em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso\\_eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento Competências Específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica*. Lisboa. Acedido em 15 de Agosto de 2021 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Dia Internacional de Sensibilização para o Método Canguru*. Acedido a 3 de Abril de 2022 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/conteudos/dia-internacional-de-sensibiliza%C3%A7%C3%A3o-para-o-m%C3%A9todo-canguru/>.
- Osório, F. & Coelho, A. (2011). *Cirurgia uterina e anexial por celioscopia*. Manual de Ginecologia, p. 540 e 542.
- Pedrosa, J. (2020). *Medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor da mulher em trabalho de parto: a intervenção do EEESMO*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Santarém. Acedido a 01 de Agosto de 2022 em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3089/1/Relat%c3%b3rio%20Final%20MESMO%20Jessica%20Pedrosa%20PUBLICACAO.pdf>.
- Pereira, S. (2008). *Abortamento 1º trimestre – informação às grávidas*. Panfleto de carácter informativo, disponível no site UMF – Centro Hospitalar Tondela Viseu. Modelo 382 – 09/2008. Acedido em 12 de Agosto de 2021 em <http://www.chtv.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/24/2018/08/panfleto-UMF1.pdf>.
- Pereira, S. (2008). *Ecografia das 11-13<sup>+6</sup> semanas – informação às grávidas*. Panfleto de carácter informativo, disponível no site UMF – Centro Hospitalar Tondela Viseu. Modelo 380 – 09/2008. Acedido em 12 de Agosto de 2021 em <http://www.chtv.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/24/2018/08/panfleto-UMF2.pdf>.
- Pereira, S. (2008). *Amniocentese e bvc (biópsia das vilosidades coriónicas) – informação às grávidas*. Panfleto de carácter informativo, disponível no site UMF – Centro Hospitalar Tondela Viseu. Modelo 381 – 09/2008. Acedido em 12 de Agosto de 2021 em <http://www.chtv.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/24/2018/08/panfleto-UMF3.pdf>.
- Pereira, S. (2008). *Rastreio e diagnóstico do síndrome de down – informação às grávidas*. Panfleto de carácter informativo, disponível no site UMF – Centro Hospitalar Tondela Viseu. Modelo 379 – 09/2008. Acedido em 12 de Agosto de 2021 em <http://www.chtv.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/24/2018/08/panfleto-UMF4.pdf>.
- Prata, A. (2015). *Medida não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido a 15 de Setembro de 2022 em:

<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3218/1/AnaRitaProen%c3%a7aGomesPrata%20DM.pdf>.

- Reberte, L. e Hoga, L. (2005). *O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal*. Acedido a 15 de Setembro de 2022 em: <https://www.scielo.br/ljtce/a/gTk46nQYfqhG6XmbSkyZ6sL/?lang=pt&format=pdf>.
- Reis, A., Silva, J. & Lucena, M. (2021). *Perceção de puérperas sobre o uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto*. Acedido a 15 de Agosto de 2022 em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14659>.
- Rentala, A., Hakala, M. & Polkki, T., (2022). *Women's perceptions of the pain assessment and non-pharmacological pain relief methods used during labor: A cross-sectional survey*. Acedido a 15 de Setembro de 2022 em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9006186/>.
- Rodrigues, N., Orsini, M., Tertuliano, I., Bartholomeu, D., Machado, A. & Montiel, J. (2017). *O impacto da mastectomia na sexualidade da mulher*. Acedido em 07 de Dezembro de 2021 em: <https://efdeportes.com/efdeportes/index.php/EFDeportes/article/view/63/228>.
- Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Sescato, A., Souza, S. & Wall, M. (2008). *Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem*. Acedido a 18 de Outubro de 2022 em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/13120/8879>.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2018). *Consenso nacional sobre hemorragias uterinas anormais*. Acedido em 09 de Dezembro de 2021 em: <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/spg-consenso-nacional-sobre-hemorragias-uterinas-anormais-2018.pdf>.
- UNICEF e OMS. *Dez passos para o sucesso do aleitamento materno*. Poster de carácter informativo. Acedido em 18 de Agosto de 2021 em: [https://www.unicef.pt/media/2300/iab\\_10-medidas\\_sucesso-aleitamento-materno-2018-09.pdf](https://www.unicef.pt/media/2300/iab_10-medidas_sucesso-aleitamento-materno-2018-09.pdf).
- Unidade de Neonatologia Serviço de Pediatria do CHTV (2017). Folheto informativo: *Nascer prematuro*. Modelo 042.
- Unidade de Saúde Familiar (2015). *Guia do Utente da USF Infante D. Henrique*. Acedido em 04 de Outubro de 2021 em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/USF\\_INFANTEDHENRIQUE\\_GuiaUtente.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/USF_INFANTEDHENRIQUE_GuiaUtente.pdf).
- World Health Organization (2006). *Child growth standards*. Acedido em 05 de Outubro de 2021 em: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards>.

## **Anexos**

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética

 <b>REPÚBLICA PORTUGUESA</b> SAÚDE	 <b>SNS</b> SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	 CENTRO HOSPITALAR	
<b>Conselho de Administração</b>			
			
<p>Ex.mo Senhor Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu Rua D. João Crisóstomo Gomes de Azevedo, 102 3500 - 843 Viseu</p>			
<b>SUA REFERÊNCIA</b>	<b>SUA COMUNICAÇÃO DE</b>	<b>NOSSA REFERÊNCIA</b> N.º: PROC. N.º:	<b>DATA:</b> 25/10/2021
<b>ASSUNTO:</b> Pedido de autorização para realização de um estudo			<i>33 de Est - 14 30 de Jan/2021</i>
<p>Ex.mos Senhores</p> <p>Em resposta ao Vº ofício n.º 0868 de 17 de setembro de 2021, informamos que após parecer favorável da Comissão de Ética do CHTV, o Conselho de Administração autoriza a realização do estudo subordinado ao tema: "Perceção das puérperas sobre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor", conforme solicitado por Vossas Exas.</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p>			
<p>O Presidente do Conselho de Administração</p>  (Dr. Nuno Duarte)			

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

### À PARTICIPANTE:

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida.**

#### **Cara Senhora:**

No âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia e do 11º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, estamos a realizar um estudo com o tema **“Perceção das puérperas sobre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor”** e cujos objetivos principais são avaliar quais as técnicas não farmacológicas de alívio de dor implementadas, qual o impacto destas técnicas não farmacológicas de alívio da dor em puérperas, qual o impacto das variáveis sociais (idade, profissão, residência, situação profissional, estado civil e habilitações literárias) na perceção da dor antes e após a aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor e qual o impacto das variáveis obstétricas (nº de gravidezes, nº de filhos, gravidez atual e tipo de parto) na perceção da dor antes e após a aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis, e também na área da saúde, tem-se verificado sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

O tempo médio de preenchimento deste questionário é de cerca de 15 minutos. Em qualquer momento e por qualquer motivo, pode desistir de colaborar neste estudo, sem que essa decisão lhe acarrete qualquer prejuízo. Todos os procedimentos éticos subjacentes a esta investigação são rigorosamente cumpridos. Toda a informação será recolhida, guardada e tratada de forma confidencial e anónima, não sendo revelados quaisquer dados que possibilitem a identificação das participantes. No final do estudo, proceder-se-á ao arquivo e posterior destruição dos dados. O estudo dá cumprimento ao estipulado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), garantindo a segurança, o anonimato e a confidencialidade de todos os dados facultados pelas

participantes, em todas as fases do processo. Este estudo segue, adicionalmente, as recomendações da Declaração de Helsínquia para a investigação científica.

Em caso de dúvida ou de necessidade de qualquer esclarecimento adicional, poderá contactar-nos através do e-mail: [teixana@hotmail.com](mailto:teixana@hotmail.com).

A equipa de investigação agradece o seu interesse e disponibilidade em participar no estudo.

Confirmo que li e compreendi a explicação que me foi fornecida relativamente ao estudo. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de desistir a qualquer momento da minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para mim, e que todos os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial.

Equipa:

Professora Doutora Paula Nelas (Investigador Responsável)

Enfermeira Ana Teixeira (Estudante do 6º CMESMOG e do 11ºCPLEESMO)

Assim, depois de devidamente informada, **autorizo a participação** neste estudo.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

## Questionário

No âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia e do 11º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, estamos a realizar um estudo com o tema **“Perceção das puérperas sobre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor”** e cujos objetivos principais são avaliar quais as técnicas não farmacológicas de alívio de dor implementadas, qual o impacto destas técnicas não farmacológicas de alívio da dor em puérperas, qual o impacto das variáveis sociais (idade, profissão, residência, situação profissional, estado civil e habilitações literárias) na perceção da dor antes e após a aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor e qual o impacto das variáveis obstétricas (nº de gravidezes, nº de filhos, gravidez atual e tipo de parto) na perceção da dor antes e após a aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor.

Pelo que solicito que responda às questões que se seguem, assinalando a resposta com um (X). Por favor não deixe nenhuma resposta por preencher, para não invalidar a sua participação.

### Caraterização sociodemográfica

- 1) Idade: \_\_\_\_\_ 2) Profissão: \_\_\_\_\_
- 3) Residência: Aldeia  Vila  Cidade
- 4) Nacionalidade: \_\_\_\_\_
- 5) Situação profissional: Empregada  Desempregada  Empregada a tempo parcial
- 6) Estado civil: Solteira/Divorciada/Viúva  União de facto/Casada
- 7) Habilitações literárias: 3º ciclo  Secundário  Curso Superior  Bacharelato   
Licenciatura  Mestrado  Doutoramento  Outro

## Caraterização obstétrica

8) N° de gravidezes: \_\_\_\_\_

9) N° de filhos: \_\_\_\_\_

## Gravidez atual

10.1) Idade gestacional: \_\_\_\_\_ semanas

10.2) Vigilância da gravidez: Sim  Não  10.3) N° de consultas: \_\_\_\_\_

10.4) Idade gestacional da 1ª ecografia: \_\_\_\_\_

10.5) Gravidez de risco: Sim  Não  Se sim, o motivo: \_\_\_\_\_

10.6) Tipo de parto: Normal  Fórceps  Ventosa  Cesariana

## Aulas de preparação para o parto e parentalidade

10) Frequentou aulas de preparação para o parto e parentalidade? Sim  Não

Se sim, qual o n° de aulas que frequentou: \_\_\_\_\_

11) A partir de que idade gestacional frequentou as aulas: \_\_\_\_\_

12) Foi-lhe dada informação sobre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor?

Sim  Não

Se sim, sobre qual técnica: Duche quente  Bola de Pilates  Deambulação

Contrapressão  Massagem  Musicoterapia

Outro  Qual: \_\_\_\_\_

13) A pessoa que a acompanhou durante o trabalho de parto e parto, frequentou as aulas?

Sim  Não

14) Foi-lhe dada informação sobre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor?

Sim  Não

Se sim, sobre qual técnica: Duche quente  Bola de Pilates  Deambulação

Contrapressão  Massagem  Musicoterapia

Outro  Qual: \_\_\_\_\_

### Permanência na sala de partos

15) Nº de horas em trabalho de parto: \_\_\_\_\_

16) Foram-lhe disponibilizadas técnicas não farmacológicas de alívio da dor em qual momento?

Admissão na sala de partos  Início do trabalho de parto

Após os 5cm de dilatação  Nunca

17) Os enfermeiros motivaram-na a utilizar as técnicas não farmacológicas de alívio da dor? Sim

Não

Se sim, sobre qual: Duche quente  Bola de Pilates  Deambulação

Contrapressão  Massagem  Musicoterapia

Outro  Qual: \_\_\_\_\_

18) Teve apoio por parte dos enfermeiros na utilização das técnicas não farmacológicas de alívio da dor?

Sim  Não

19) As técnicas não farmacológicas de alívio da dor permitiram-lhe ter uma melhor experiência do

trabalho de parto e parto? Sim  Não

20) Fez analgesia epidural no trabalho de parto? Sim  Não

21) Quando fez a analgesia epidural estava a utilizar alguma das técnicas não farmacológicas de alívio

da dor? Sim  Não

22) Durante a analgesia epidural continuou a utilizar alguma técnica não farmacológica de alívio da dor?

Sim  Não

23) Teve a pessoa significativa consigo durante o trabalho de parto? Sim  Não

24) Foi solicitado à pessoa significativa a colaboração na aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor? Sim  Não

25) As técnicas não farmacológicas de alívio da dor ajudaram-na a ter uma vivência gratificante nas primeiras horas/primeiro dia após o nascimento do bebé?

Sim  Não

26) Recomendava a uma amiga grávida a utilização de técnicas não farmacológicas de alívio da dor?

Sim  Não  Se sim, qual: \_\_\_\_\_

### Aplicação de técnicas não farmacológicas de alívio da dor durante a sua experiência de trabalho de parto

Relativamente à utilização da **Bola de Pilates** durante o trabalho de parto, responda às seguintes questões, assinalando com um (X), um valor entre 1 (nada) e 5 (muito).

**Legenda:** 1 – Nada 2 – Pouco 3 – Indiferente 4 – Muito 5 – Tudo

Considera que contribuiu para aliviar a dor e o desconforto durante o trabalho de parto?	1	2	3	4	5
Considera que contribuiu para uma experiência satisfatória durante o trabalho de parto?	1	2	3	4	5
Considera que contribuiu para promover o bem-estar?	1	2	3	4	5
A pessoa significativa participou na aplicação desta técnica?	1	2	3	4	5

Assinale, com um (X) o valor de dor sentido antes de utilizar esta técnica e com um (O) o valor de dor sentido depois de utilizar esta técnica.

**Legenda:** 0 – sem dor 10 – dor máxima

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Relativamente à utilização da **Deambulação** durante o trabalho de parto, responda às seguintes questões, assinalando com um (X), um valor entre 1 (nada) e 5 (muito).

**Legenda:** 1 – Nada 2 – Pouco 3 – Indiferente 4 – Muito 5 – Tudo

Considera que contribuiu para aliviar a dor e o desconforto durante o trabalho de parto?	1	2	3	4	5
Considera que contribuiu para uma experiência satisfatória durante o trabalho de parto?	1	2	3	4	5
Considera que contribuiu para promover o bem-estar?	1	2	3	4	5
A pessoa significativa participou na aplicação desta técnica?	1	2	3	4	5

Assinale, com um (X) o valor de dor sentido antes de utilizar esta técnica e com um (O) o valor de dor sentido depois de utilizar esta técnica.

**Legenda:** 0 – sem dor 10 – dor máxima

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Relativamente à utilização da **Massagem** durante o trabalho de parto, responda às seguintes questões, assinalando com um (X), um valor entre 1 (nada) e 5 (muito).

**Legenda:** 1 – Nada 2 – Pouco 3 – Indiferente 4 – Muito 5 – Tudo

Considera que contribuiu para aliviar a dor e o desconforto durante o trabalho de parto?	1	2	3	4	5
Considera que contribuiu para uma experiência satisfatória durante o trabalho de parto?	1	2	3	4	5
Considera que contribuiu para promover o bem-estar?	1	2	3	4	5
A pessoa significativa participou na aplicação desta técnica?	1	2	3	4	5

Assinale, com um (X) o valor de dor sentido antes de utilizar esta técnica e com um (O) o valor de dor sentido depois de utilizar esta técnica.

**Legenda:** 0 – sem dor 10 – dor máxima

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Relativamente à utilização do **Duche quente** durante o trabalho de parto, responda às seguintes questões, assinalando com um (X), um valor entre 1 (nada) e 5 (muito).

**Legenda:** 1 – Nada 2 – Pouco 3 – Indiferente 4 – Muito 5 – Tudo

Considera que contribuiu para aliviar a dor e o desconforto durante o trabalho de parto?	1	2	3	4	5
Considera que contribuiu para uma experiência satisfatória durante o trabalho de parto?	1	2	3	4	5
Considera que contribuiu para promover o bem-estar?	1	2	3	4	5
A pessoa significativa participou na aplicação desta técnica?	1	2	3	4	5

Assinale, com um (X) o valor de dor sentido antes de utilizar esta técnica e com um (O) o valor de dor sentido depois de utilizar esta técnica.

**Legenda:** 0 – sem dor 10 – dor máxima

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Relativamente à utilização da **Musicoterapia** durante o trabalho de parto, responda às seguintes questões, assinalando com um (X), um valor entre 1 (nada) e 5 (muito).

**Legenda:** 1 – Nada 2 – Pouco 3 – Indiferente 4 – Muito 5 – Tudo

Considera que contribuiu para aliviar a dor e o desconforto durante o trabalho de parto?	1	2	3	4	5
Considera que contribuiu para uma experiência satisfatória durante o trabalho de parto?	1	2	3	4	5
Considera que contribuiu para promover o bem-estar?	1	2	3	4	5
A pessoa significativa participou na aplicação desta técnica?	1	2	3	4	5

Assinale, com um (X) o valor de dor sentido antes de utilizar esta técnica e com um (O) o valor de dor sentido depois de utilizar esta técnica.

**Legenda:** 0 – sem dor 10 – dor máxima

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Relativamente à utilização da **Contrapressão** durante o trabalho de parto, responda às seguintes questões, assinalando com um (X), um valor entre 1 (nada) e 5 (muito).

**Legenda:** 1 – Nada 2 – Pouco 3 – Indiferente 4 – Muito 5 – Tudo

Considera que contribuiu para aliviar a dor e o desconforto durante o trabalho de parto?	1	2	3	4	5
Considera que contribuiu para uma experiência satisfatória durante o trabalho de parto?	1	2	3	4	5
Considera que contribuiu para promover o bem-estar?	1	2	3	4	5
A pessoa significativa participou na aplicação desta técnica?	1	2	3	4	5

Assinale, com um (X) o valor de dor sentido antes de utilizar esta técnica e com um (O) o valor de dor sentido depois de utilizar esta técnica.

**Legenda:** 0 – sem dor 10 – dor máxima

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----