



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Estágio com Relatório Final

A aplicação de técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto

Maria Peres Loureiro

Viseu, outubro de 2022



Estágio com Relatório Final

A aplicação de técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto

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

Maria Peres Loureiro

Trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório final sob a orientação da Professora Doutora Paula Nelas

Viseu, outubro de 2022

“A mulher gestante e a mulher em trabalho de parto são seres em expansão, em processo de plena abertura. O movimento - tanto interno como externo, ou seja, tanto emocional como corporal - é importante para que ela consiga atingir os níveis de expansão absoluta tão necessários para parir um bebê”.

(Naolí Vinaver, 2015).

Dedico este trabalho às minhas queridas filhas, que são as pessoas mais importantes da minha vida e tanto se preocuparam comigo e sentiram a falta da mãe. Ao meu marido, pelo seu incentivo, preocupação, por sempre acreditarem em mim e por terem abdicado da realização de certas atividades. Aos meus pais, que tanto me apoiaram. À minha irmã. Agradeço a todos pela paciência e compreensão pela minha ausência ao longo desta jornada.

Agradecimentos

À Professora Doutora Paula Nelas, minha orientadora, pela sua disponibilidade e atenção quer a nível científico, mas também pessoal, bem como pelo seu incentivo, prontidão e orientação feita sempre com muito rigor e coerência, que facilitou na realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor João Duarte, por me ter ajudado imensamente na análise e interpretação da parte estatística deste trabalho. Esta ajuda foi prestimosa.

A todos os professores e orientadores de estágio e toda a equipa de profissionais de saúde que me acolheram e me permitiram aprofundar conhecimentos e saberes que contribuíram para o aperfeiçoamento das minhas competências na área da Especialidade em Enfermagem em saúde Materna e Obstétrica.

À mulher/casal/família, pela confiança nos cuidados de enfermagem, bem como pela relação de proximidade que conseguimos estabelecer e que me fazem sentir orgulhosa de ser Enfermeira.

A todos os enfermeiros que aceitaram participar e colaborar, de livre e espontânea vontade, no preenchimento dos questionários, a todos os que me “abriram portas” para que este trabalho fosse concretizável, pois ajudaram-me a dar visibilidade ao estudo.

A todos, muito obrigada.

Resumo

Enquadramento: Este relatório pretende descrever o percurso do estágio de natureza profissional enquanto estudante do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia e 11º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 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, o puerpério, e a patologia da gravidez; ginecologia e neonatologia. O presente relatório descreve as experiências vividas durante o estágio, as intervenções realizadas e uma reflexão crítica sobre as mesmas. Entre as intervenções realizadas, salienta-se a aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto, para promoção de conforto à parturiente e de um parto mais humanizado, respeitando sempre a sua vontade expressa. Neste sentido, optou-se, como contributo pessoal, realizar um estudo sobre a aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia.

Objetivos: Analisar criticamente as atividades que permitiam adquirir e desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à doente do foro ginecológico, às grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos. Determinar que variáveis sociodemográficas, profissionais e de contexto de formação interferem na aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia.

Metodologia: Quanto à componente de ensinamentos clínicos, seguiu-se uma metodologia reflexiva da prática clínica desenvolvida, sustentada no perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e os padrões de qualidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros. A nível investigativo, trata-se de um estudo analítico, descritivo-correlacional, transversal, quantitativo, com amostra não probabilística, intencional por conveniência constituída por 204 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (85,3%), com uma média de idade de 41,16 anos ($\pm 8,39$). O instrumento de colheita de dados foi um questionário composto por duas partes. A primeira parte permite caracterizar a amostra nas dimensões sociodemográficas, académicas e profissionais. A segunda parte integra uma escala, construída e validada na presente investigação, com um alfa global de 0,906. Esta escala permite avaliar a utilização das diversas técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica.

Resultados: A realização dos ensinamentos clínicos permitiu constatar a importância da figura do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção de cuidados holísticos à doente do foro ginecológico, às grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos. As evidências do estudo de investigação mostram que, em 84,3% da amostra, a sala de partos onde exercem proporciona técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente; 59,3% referiram que as técnicas não farmacológicas de alívio da dor são disponibilizadas à parturiente desde a admissão na sala de partos e 31,9% mencionaram que estas são disponibilizadas desde o início do trabalho de parto, sendo as mais evidentes: Bola de nascimento (66,7%), hidroterapia (53,9%), massagem (43,1%), a livre deambulação (34,3%), musicoterapia (29,9%), técnicas de respiração (21,6%), termoterapia (11,8%), liberdade de movimentos (11,8%) e rebozo (10,3%). Os enfermeiros do género feminino aplicam mais as técnicas não farmacológicas sensoriais, mecânicas, emocionais e dinâmicas, enquanto os do género masculino utilizam mais as técnicas não farmacológicas de concentração; os que se encontram na faixa etária dos 36-44 anos de idade aplicam mais as técnicas não farmacológicas sensoriais, emocionais e dinâmicas, os mais novos (≤ 35 anos de idade) as técnicas não farmacológicas mecânicas e as de concentração são mais aplicadas pelos mais velhos (≥ 45 anos de idade); os que ministraram Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade, têm entre 5-10 anos de experiência profissional, exercem funções numa sala de partos onde se proporcionam técnicas farmacológicas de alívio da dor à parturiente, que frequentaram Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade e com formação específica na área são os que mais aplicam todas as técnicas estudadas.

Conclusões: Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica desempenham um papel privilegiado ao nível do acompanhamento do trabalho de parto, cabendo-lhes informar as grávidas/parturientes) sobre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor, proporcionando a sua aplicação durante o trabalho de parto, tornando, assim, o parto mais humanizado e uma experiência mais gratificante para o EEESMO.

Palavras-chave: Trabalho de parto; Dor; Técnicas não farmacológicas; Parturientes; Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Abstract

Background: This report aims to describe the professional internship as a student of the 6th Master's Degree in Maternal Health, Obstetrics and Gynecology Nursing and 11th Postgraduate Course in Maternal Health and Obstetric Nursing. 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 ESMN 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, and pregnancy pathology; gynecology and neonatology. This report describes the experiences lived during the internship, the interventions made, and a critical reflection on them. Among the interventions carried out, the application of non-pharmacological techniques in labor and delivery, to promote the comfort of the parturient woman and a more humanized delivery, always respecting her expressed wishes, stands out. In this sense, we decided to conduct a study on the application of non-pharmacological techniques in labor and delivery by the Nurse Specialist in Maternal Health Nursing, Obstetrics and Gynecology, as a personal contribution.

Objectives: To critically analyze the activities that allowed acquiring and developing specific skills in caring for gynecological patients, pregnant and parturient women, puerperal, and newborns. To determine which sociodemographic, professional and training context variables interfere with the application of non-pharmacological techniques in labor and delivery by the Nurse Specialist in Maternal Health Nursing, Obstetrics and Gynecology.

Methodology: As for the clinical teaching component, a reflective methodology of the developed clinical practice was followed, based on the competencies profile of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing and the quality standards in Maternal and Obstetric Health Nursing of the Ordem dos Enfermeiros. At the investigative level, this is an analytical, descriptive-correlational, cross-sectional, quantitative study, with a non-probability, intentional convenience sample consisting of 204 nurses, mostly female (85.3%), with a mean age of 41.16 years (± 8.39). The data collection instrument was a questionnaire composed of two parts. The first part allows characterizing the sample in sociodemographic, academic and professional dimensions. The second part integrates a scale, built and validated in this research, with an overall alpha of 0.906. This scale allows assessing the use of the various non-pharmacological techniques for pain relief in labor by the Nurse Specialist in Maternal Health Obstetric Nursing.

Results: The clinical teachings allowed us to verify the importance of the figure of the Nurse Specialist in Maternal and Obstetric Health Nursing in the promotion of holistic care to the gynaecological patient, pregnant and postparturient women, puerperae and newborns. The evidence from the research study shows that in 84.3% of the sample, the delivery room where they practice provides non-pharmacological pain relief techniques to the parturient; 59.3% reported that non-pharmacological pain relief techniques are made available to the parturient from admission to the delivery room and 31.9% mentioned that these are made available from the beginning of labor, the most evident being: Birth ball (66.7%), hydrotherapy (53.9%), massage (43.1%), the free ambulation (34.3%), music therapy (29.9%), breathing techniques (21.6%), thermotherapy (11.8%), freedom of movement (11.8%) and rebozo (10.3%). Female nurses apply more sensory, mechanical, emotional and dynamic non-pharmacological techniques, while male nurses use more concentration non-pharmacological techniques; those in the age group 36-44 years old apply more sensory, emotional and dynamic non-pharmacological techniques, the younger ones (≤ 35 years old) the mechanical non-pharmacological techniques and concentration techniques are more applied by the older ones (≥ 45 years old); those who have taught Childbirth Preparation and Parenthood Programs, have 5-10 years of professional experience, work in a delivery room where pharmacological pain relief techniques are provided to the parturient, who have attended Childbirth Preparation and Parenthood Programs, and with specific training in the area are those who most apply all the techniques studied.

Conclusions: The Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health Nursing play a privileged role in monitoring labor. It is their responsibility to inform pregnant women/parturients about non-pharmacological pain relief techniques, providing their application during labor, thus making labor more humanized and a more rewarding experience for the EESMO.

Keywords: Labor; Pain; Non-pharmacological techniques; Parturients; Maternal and Obstetric Health Nursing Specialists.

SUMÁRIO

	Pág.
Introdução	21
I CAPÍTULO - Relatório da componente clínica	27
1. Enfermagem em promoção de saúde da mulher	29
2. Enfermagem em patologia materno-fetal	45
3. Enfermagem em ginecologia	63
4. Enfermagem em Puerpério	76
5. Estágio em contexto de sala de partos	98
6. Enfermagem em Neonatologia.....	131
Considerações finais	149
II CAPÍTULO - Relatório Final da componente de investigação - A aplicação de técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto	151
1. Justificação do estudo.....	153
2. Enquadramento teórico	155
1. Metodologia.....	161
1.1. Métodos	161
1.2. Participantes	163
1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	164
1.3. Instrumento de recolha de dados	167
1.4. Procedimentos	172
2. Apresentação dos resultados.....	175
2.1. Análise descritiva	175
2.2. Análise inferencial.....	182
3. Discussão.....	187
Conclusão	193
Referências bibliográficas.....	197
Anexos	201

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica.....	165
Figura 2. Scree Plot.....	172

Lista de tabelas

Pág.

Tabela 1. Estatísticas relativas à idade em função do género	166
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género	167
Tabela 3. Caracterização sociodemográfica da amostra em função da frequência do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade.....	169
Tabela 4. Consistência interna dos itens da Escala	171
Tabela 5. Alpha de Cronbach para os itens de cada dimensão.....	174
Tabela 6. Características profissionais e contextuais relativas às técnicas não farmacológicas em função do sexo	180
Tabela 7. Técnicas não farmacológicas de alívio da dor proporcionadas à parturiente	181
Tabela 8. Variáveis formativas em função da frequência do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade.....	183
Tabela 9. Aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto em função das variáveis sociodemográficas	184
Tabela 10. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com a utilização de técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e parto	185
Tabela 11. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis profissionais com a utilização de técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e parto	186
Tabela 12. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis de contexto de formação com a utilização de técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e parto	187

Lista de siglas e acrónimos

AFU - Altura do fundo uterino AM- Aleitamento materno

APPT- Ameaça de parto pré termo CCU - Cancro do colo do útero

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CPPPP - Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade DHPN- Doença hemolítica pré-natal

DPPNI- Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida HCG- hormona gonadotrofina coriónica humana

HPP - Hemorragia pós-parto

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e Ginecológica LA- Líquido amniótico

MCEESMO - Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde PF - Planeamento Familiar

PPT- parto pré-termo

PNDP - Programa Nacional de Diagnóstico Precoce

RCEEESMO- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

RN - Recém-nascido

RPM - Rotura prematura de membranas

RPMP- Rotura prematura de membranas pré-termo TP - Trabalho de parto

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais UMF - Unidade de medicina-fetal

USF - Unidade de Saúde Familiar

Introdução

O Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia compreende um estágio com duração de 36 semanas, durante o qual é desenvolvido um trabalho de investigação.

Os estágios decorreram em diferentes unidades prestadoras de cuidados, em função das especificidades de cada uma e consoante as experiências pretendidas, sendo elas:

- Unidade de Saúde Familiar;
- Internamento da patologia da gravidez;
- Internamentos de ginecologia;
- Internamento de puerpério;
- Internamento de Neonatologia;
- Bloco de partos.

Serão, assim, abordados neste relatório os objetivos gerais a atingir em todos os locais de estágios, os objetivos específicos e os objetivos pessoais relativos a cada uma das unidades onde decorreram os estágios.

A carga horaria semanal a cumprir em estágio é de 24 horas presenciais. Contudo, segundo a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, transposta para o direito interno Português pela Lei 9/2009 de 4 de março, deverão ser cumpridas as experiências mínimas que são:

- Consultas a grávidas, incluindo 100 exames pré-natais;
- Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em trabalho de parto;
- Realização de 40 partos, numero que poderá ser reduzido para 30 partos se a falta de parturientes o justificar e na condição de ter participado em mais de 20 partos;
- Participação ativa em um ou dois partos de apresentação pélvica;
- Prática de episiotomia / perineorrafia;
- Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em situação de risco, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério;
- Vigilância e prestação de cuidados, incluindo exames a 100 puérperas;
- Vigilância e prestação de cuidados a 100 recém-nascidos (RN) normais.

Das 36 semanas de estágio: 3 semanas foram destinadas à Enfermagem de Promoção de Saúde da Mulher, 5 semanas em Patologia Materno-Fetal, 3 semanas em Enfermagem de Ginecologia, 4 semanas em Enfermagem em Puerpério, 18 semanas em Sala de Partos e 3 semanas em Enfermagem de Neonatologia.

O Estágio com Relatório Final pretende contribuir para a minha formação enquanto

profissional, com obtenção de conhecimento aprofundado no domínio da Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, e aquisição de competências. No caso dos enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de atuação, a aquisição de competências é a pedra basilar para alcançar a perícia. Define-se a perícia clínica como um híbrido de conhecimentos práticos e teóricos, com base em Benner (1984). Os enfermeiros clinicamente peritos distinguem-se dos seus colegas pela sua capacidade intuitiva de tomar decisões clínicas críticas de forma eficiente enquanto apreende o todo de uma situação. Os conhecimentos especializados influenciam o juízo clínico dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados de saúde e desenvolve-se quando o enfermeiro testa e aperfeiçoa os conhecimentos teóricos e práticos na realidade das situações clínicas (Benner, 1984).

A experiência e a perícia são conceitos relacionados, mas diferentes. A experiência, segundo Benner (1984), consiste no tempo de prática e autorreflexão que permite que noções e expectativas pré-concebidas sejam confirmadas, refinadas ou desconfirmadas em circunstâncias reais. O simples encontro das condições e situações da pessoa que se cuida não é experiência; pelo contrário, a experiência envolve enfermeiros a refletir sobre as circunstâncias encontradas para refinar a sua tomada de decisão de momento a momento a um nível inconsciente e intuitivo (Benner, 1984).

A experiência é uma condição necessária, mas não suficiente para a especialização e nem todos os enfermeiros com experiência são peritos (Benner, 1984). Por exemplo, Benner (1984) observou que vários anos de trabalho no mesmo serviço ou em situações similares podem criar competência; contudo, a passagem do tempo e a ocorrência de eventos e as interações não conferem automaticamente o estatuto de especialista. Como afirma a autora, existe uma descontinuidade ou um salto entre a perícia e o nível competente e perícia ao nível da proficiência e níveis de peritos. Uma explicação potencial para esta descontinuidade é que os anos de experiência podem proporcionar fluidez e flexibilidade, mas não o complexo pensamento reflexivo que tem de ser uma componente importante dos conhecimentos de enfermagem clínica (Benner, 1984). A autora observou que o desempenho clínico de enfermagem mais qualificado pode ser alcançado num ambiente de apoio, onde a aprendizagem clínica com colegas de todos os níveis de especialização tem lugar. Assim, considero que os EC facilitaram um ambiente de prática profissional, fomentando a autonomia clínica, a oportunidade de partilha de experiências e conhecimentos com enfermeiros especialistas, que ajudaram a desenvolver competências especializadas, tão fundamentais para a tomada de decisões e ações profissionais, no caso específico na área de Saúde Materna e Obstétrica. Por isso, faz também parte deste relatório, inserido do ensino clínico de Sala de Partos, uma componente de investigação, intitulada de “A aplicação de técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto”.

O presente relatório trata-se assim de um documento que permite uma projeção, análise e avaliação das intervenções de enfermagem desenvolvidas, constituindo um instrumento de reflexão, com base nos objetivos definidos nos projetos de estágio, como forma de adquirir competências para um efetivo exercício autónomo na qualidade de Enfermeira

Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), bem como um instrumento para reflexão de prática.

É preconizado que nos estágios se promovam experiências clínicas que proporcionem aos estudantes a utilização de conhecimentos e de técnicas mais adequadas à prática de enfermagem especializada no cuidar a mulher/grávida/família durante o ciclo reprodutivo, com recurso a uma metodologia científica de trabalho. Por conseguinte, são objetivos deste relatório: avaliar os objetivos propostos nos projetos e a forma como foram atingidos, promover a capacidade de análise e crítica reflexiva, servir de instrumento de avaliação, dar conhecer os resultados da investigação realizada à prática na sala de partos.

São objetivos gerais relativos ao Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica desenvolver competências comuns, definindo intervenções dirigidas à mulher/casal/família ao longo do ciclo reprodutivo e em situações de urgência e emergência e, ainda, responder às situações de especial complexidade, nomeadamente:

- A. Desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo de intervenção;
 - Participar na construção da tomada de decisão ética em equipa;
 - Suportar a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;
 - Colaborar de forma ética nos processos de tomada de decisão ética de maior complexidade;
 - Avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão partilhada.
- B. Desenvolver práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais;
 - Promover a proteção dos Direitos Humanos e código deontológico dos enfermeiros;
 - Adotar e promover uma prática de cuidados que melhorem a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.
- C. Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica:
 - Participar em projetos institucionais na área da qualidade;
 - Incorporar diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática
- D. Colaborar em programas de melhoria de contínua de qualidade:
 - Analisar as práticas em relação à qualidade dos cuidados de Enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo, Resultado;
 - Participar em programas de melhoria continua e elaboração de guias de boa prática;
 - Sugerir soluções eficazes e eficientes para a melhoria da gestão de qualidade
- E. Criar e manter um ambiente terapêutico seguro:
 - Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural, espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/família, nomeadamente em relação à

terapêutica, dados e registos.

- F. Gerir os cuidados otimizando as respostas da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação com a equipa multiprofissional:
- Participar na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;
 - Colaborar na instrução ou demonstração prática das tarefas, garantindo a segurança e a qualidade.
- G. Reconhecer a liderança e a gestão dos recursos face às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados:
- Otimizar o trabalho adequando os recursos às necessidades de cuidados;
 - Promover um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados.
- H. Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade:
- Deter uma elevada consciência de mim própria enquanto enfermeira;
 - Gerir respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional.
- I. Basear a minha prática clínica especializada em sólidos e validos padrões de conhecimento:
- Responsabilizar-me por ser facilitadora de aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;
 - Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade (investigar e colaborar em investigações);
 - Rentabilizar as oportunidades de aprendizagem e tomar iniciativa na análises de situações clínicas usando métodos de pesquisa adequados.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio de 2019) defende que o EEESMO, na procura pela excelência na prestação de cuidados, deverá assegurar que os seus clientes consigam o máximo do seu potencial de saúde. Por conseguinte, o EEESMO tem de reconhecer as necessidades de cuidado da mulher/família, bem como identificar os recursos disponíveis, desenvolver programas, projetos e intervenções que promovam esses potenciais ao longo do ciclo de vida da mulher, em particular durante a gravidez, trabalho de parto e parto (OE, 2019).

A promoção e a utilização das medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto consistem num dos indicadores de qualidade na prestação de cuidados do EEESMO, cuja prática de cuidados de qualidade pode ser alcançada pragmatizando este indicador, caso a parturiente o deseje, com recurso, por exemplo, à liberdade de movimentos e a técnicas de relaxamento e massagem, que são intervenções autónomas do EEESMO. Este foi o mote para o desenvolvimento do estudo apresentado na segunda parte deste documento.

1. Enfermagem em promoção de saúde da mulher

O presente capítulo surge, portanto, no âmbito da realização do “Enfermagem em Promoção da Saúde da Mulher”, que decorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF), sob a orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, no período de 1 a 19 de março de 2021, com a totalidade de 72 horas de contacto.

A pertinência do presente estágio prende-se com o facto de que o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) referir, no seu artigo 4º que o enfermeiro EESMO deve “cuidar a mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal” (2010, p. 2). Também segundo a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, transposta para o direito interno Português pela Lei 9/2009 de 4 de março, a realização de consultas a grávidas, incluindo 100 exames pré-natais.

Identificar a dinâmica organizacional e funcional do serviço, com especial atenção para o papel do enfermeiro especialista na USF

Relativamente à identificação da dinâmica organizacional e funcional do serviço, com especial atenção para o papel do enfermeiro especialista, logo no primeiro dia de estágio, depois de ter sido extremamente bem-recebida, foi-me dada a conhecer a estrutura física, funcional, organizacional, recursos humanos e dinâmica da USF. Julgo que me integrei na equipa com grande facilidade, estabelecendo uma relação empática e assertiva com os vários profissionais de saúde, o que contribuiu para o estabelecimento de um ambiente terapêutico, facilitador do processo de prestação de cuidados à mulher/casal/família.

Assim, considero que fui bem-recebida, que fui integrada como membro da equipa nos cuidados, ficando totalmente esclarecida quanto à orgânica e funcionalidade do serviço. Saliento o à-vontade que me foi transmitido pela equipa de saúde, tendo sido esta atitude de extrema importância, dando-me mais motivação para um melhor desempenho da minha parte.

A forma como esta USF está organizada permite uma relação de ajuda de proximidade e muito facilitadora para a população que servem. No que diz respeito à Saúde Materna, a EESMO responsável é uma profissional muito dedicada, com disponibilidade 24h através do seu contacto pessoal, para esclarecer qualquer dúvida ou receio às suas utentes.

Consultei os guias orientadores existentes na Unidade, de forma a conhecer os seus protocolos, normas, regulamentos e recursos utilizados na prestação de cuidados especializados. Quero salientar a forma como me ambientei com celeridade aos registos de enfermagem *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 seleccionadas de

acordo com cada utente.

Ao longo do estágio procurei pautar as minhas intervenções com profissionalismo e respeito pela metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, demonstrando grande empenho e dedicação, tendo, inclusive, resultado, no aproveitamento de mais horas de consultas, para, assim, poder aumentar as minhas aprendizagens. Fui pontual e assídua, procurei manter uma postura adequada, demonstrando sempre interesse na minha aprendizagem e no bom funcionamento da equipa. Por seu turno, a equipa sempre demonstrou imensa receptividade à troca de informação, análise e discussão de experiências e de situações clínicas. Fui inclusivamente convidada por outros enfermeiros a assistir a consultas na área da Saúde da Mulher. 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.

Ao longo do estágio respeitei sempre os princípios, valores e normas deontológicas, promovendo a proteção dos Direitos Humanos e o Código Deontológico dos Enfermeiros, promovendo uma prática de cuidados que visasse a segurança, a privacidade e a dignidade de cada mulher/grávida/família. Suportei as minhas intervenções e decisões em princípios, valores e normas deontológicas, bem como colaborei nos processos de tomada de decisão ética de maior complexidade.

Consulta da gravidez

Na vigilância pré-natal, a Ordem dos Enfermeiros (OE) preconiza que o EESMO assuma, no seu exercício profissional, intervenções autónomas em situações de baixo risco e intervenções autónomas e interdependentes quando estão envolvidos processos patológicos ou disfunções no ciclo de vida da mulher (OE, 2010). Assim, no decorrer do estágio consegui alcançar o objetivo de aquisição de competências quanto à assistência em cuidados de enfermagem especializados à grávida/casal/família em contexto de consulta pré-natal, tendo acompanhado 100 grávidas. Assumi a responsabilidade de cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno e fetal” (OE, 2010, p.3). Nestas consultas, verifiquei que se prima pela prestação de cuidados personalizada e alicerçada na teoria transpessoal, uma vez que sistematicamente era promovida a saúde e o bem-estar pessoal e familiar.

Em cada consulta de vigilância pré-natal, procurou-se sempre dotar a grávida de conhecimentos significativos, tendo sempre em conta a idade gestacional e os conhecimentos que cada uma já possuía, adequando sempre a forma de transmissão destes conhecimentos ao nível de literacia individual. Estas consultas têm por finalidade preparar/capacitar a grávida de forma convivente para uma vivência de adaptação à gravidez, ao parto e ao pós-parto,

assumindo essencialmente a promoção do desenvolvimento de uma gravidez saudável, reduzindo os desconfortos que possam surgir ao longo do ciclo gestacional. Nas consultas de vigilância pré-natal foram abordados temas como: as alterações corporais, fisiológicas e emocionais da gravidez; aspetos sobre os cuidados de higiene, atividade física, sexualidade e alimentação na grávida; o aleitamento materno e os cuidados ao RN.

No que se refere à saúde materna e obstétrica realizei as seguintes intervenções:

Monitorização	<p>Índice de massa corporal;</p> <p>Tensão arterial e frequência cardíaca;</p> <p>Perímetro abdominal;</p> <p>Altura fundo uterino;</p> <p>Data provável de parto;</p> <p>Boletim de Vacinas;</p> <p>Manutenção de hábitos nocivos.</p>
Avaliação	<p>Conhecimento sobre amamentação;</p> <p>Conhecimento sobre extração e conservação de leite materno;</p> <p>Adaptação à gravidez;</p> <p>Conhecimentos sobre gravidez.</p>

Ensinos	<p>Amamentação;</p> <p>Ingurgitamento mamário;</p> <p>Prevenção e tratamento de fissuras mamilares;</p> <p>Evolução fisiológica da gravidez;</p> <p>Sinais de alarme.</p>
Vigilância	<p>Bem-estar fetal, através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> . auscultação cardíaca fetal . avaliação da altura do fundo uterino (AFU)

Todas estas intervenções foram apoiadas e registadas no *SClínico / MedicineOne*, onde fui ganhando muita autonomia, permitindo-me estabelecer um plano de cuidados de enfermagem, envolvendo a mulher/casal/família.

A recomendação sobre o ganho de peso adequado ao longo da gravidez depende do IMC avaliado na primeira consulta de vigilância. (Direção-Geral da Saúde, 2015)

Procedi também à avaliação dos fatores envolvidos na determinação da altura do fundo

uterino (AFU) como um meio de estimular o crescimento fetal. A avaliação da AFU é recomendada pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), pelo *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) (Costa, Noya, Costa & Costa, 2017). De acordo com os mesmos autores, a sua utilização expressa através de uma curva de crescimento fetal adequada, faculta a deteção do crescimento fetal e dos seus desvios, para além de indicar possíveis complicações durante a gravidez e erros na estimativa da idade gestacional. A avaliação da AFU visa a prevenção de complicações. “O estado fetal pode ser avaliado pela auscultação de batimentos cardíacos fetais com doppler a partir das 11 semanas e pela medição do fundo uterino a partir das 24 semanas” (Barradas et al., 2015). Tive a oportunidade de fazer esta avaliação com sucesso às 10 semanas de gestação.

Todas as grávidas fazem uma vacina de acordo com o Plano Nacional de Vacinação Nacional (Direção-Geral da Saúde, 2017), que recomenda a vacinação da grávida com uma dose de vacina tripla (vacina contra o tétano, difteria e tosse convulsa) entre as 20 e as 36 semanas de gestação, mas idealmente às 32 semanas, o que dará imunidade ao bebé quando nascer durante um período de tempo. Em conformidade com a Direção-Geral da Saúde (2017, p.34), “as vacinas a administrar durante a gravidez são inativadas e a vacinação deve ocorrer, se possível, no 2º e 3º trimestres de gestação, a fim de obviar a associação temporal entre as vacinas e algum eventual problema com o feto”. Por sua vez, “as vacinas vivas estão contraindicadas durante a gravidez”.

Verifiquei que algumas das grávidas sentem algum receio na administração desta vacina, e que ele agrava aquando da necessidade de assinar o consentimento informado. E que nesse momento o EESMO tem um papel fundamental na transmissão de informação, baseada na evidencia científica.

Tive igualmente a oportunidade de verificar que quando há grávidas no primeiro trimestre de gestação (13 semanas e 6 dias), estas são encaminhadas para a Unidade de Medicinal Fetal. Este encaminhamento é feito com base na data da última menstruação, isto é, pela idade gestacional, definida a partir da data da última menstruação (Direção-Geral da Saúde, 2015).

No que diz respeito a normas e procedimentos na vigilância da saúde materna verifiquei que:

- . São cumpridas escrupulosamente as normas da Direção Geral de Saúde;
- . Existe uma responsabilização conjunta de toda a equipa pelo total e correto preenchimento do Boletim de Saúde da grávida, assim como os registos clínicos;
- . São programadas as consultas a cada 4-6 semanas até às 30 semanas; a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas e a cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto, sendo que caso sejam necessárias mais elas são realizadas;
- . Em caso de falta é avaliado com insistência pela equipa o motivo e a compensação dessa falta;
- . As grávidas de risco são referenciadas aos cuidados hospitalares;
- . A consulta do puerpério fica agendada ainda durante as consultas pré-natais;

- . Pelas 25 semanas de gravidez são referenciadas ao CPPP lecionado pela EESMO;
- . É realizada nos primeiros 15 dias uma visita domiciliária às puérperas, que infelizmente não tive a oportunidade de acompanhar.

No que diz respeito à prescrição de exames, reitera a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia (2011), que o EESMO prescreve exames auxiliares de diagnóstico à detecção de gravidez de risco. No entanto, tal não foi observado durante o presente estágio, sendo tal função única e exclusivamente atribuída ao médico.

Tive sempre em conta que, como refere a OE (2015), todas as intervenções tinham de possibilitar que a mulher estivesse envolvida na tomada de decisão, para que esta fosse parceira no planeamento e na prestação de cuidados. Por conseguinte, considero ter promovido a saúde e o bem-estar materno-fetal, com objetivo de maximizar a saúde da mulher durante a gravidez, ao intervir na detecção precoce e na prevenção de complicações para a saúde e o bem-estar materno-fetal, informando sempre a grávida/casal acerca dos sinais e sintomas de risco.

a. Elaboração do Manual do Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPPP)

Desde 1999 a Preparação para o Parto e Parentalidade é um direito concedido às mulheres grávidas ao longo da sua gravidez, equiparado na legislação às consultas de vigilância pré-natal. Tal encontra-se legislado no Sistema Nacional de Saúde, no Decreto Lei n.º 142/99 de 31 de agosto, Artigo 7º, alínea d) - (4ª alteração à lei n.º 4/84, de 5 de Abril). Neste sentido, os PPPP têm por finalidade “promover o conhecimento, o bem-estar, a confiança e a segurança das mulheres, dos homens e dos casais no que concerne à gravidez, parto, pós-parto, transição e exercício da parentalidade” (Direção-Geral da Saúde, 2020, p. 18). O EESMO, dada a abrangência da sua intervenção é o profissional de saúde de eleição para desenvolver estes programas.

Para Vergara (2017), as organizações transitam por processos e nasce a necessidade de controlar cada processo para que seja desenvolvido de forma eficiente, é por isso importante o controle interno aplicado aos manuais de procedimentos, que ao mesmo tempo são guias orientadores para a execução de procedimentos.

Neste sentido, é importante que também o PPPP da USF adote um manual de procedimento relativo ao PPPP, para que este curso seja lecionado às grávidas de uma forma controlada e uniforme, independentemente do EESMO que o leciona. Este objetivo pessoal foi atingido na sua totalidade, com aproveitamento com a elaboração do Manual de Procedimentos do PPPP, validado pela EESMO. (Anexo I).

b. Colaborar no Programa de Preparação para o Parto Parentalidade

Assisti e colaborei nas aulas de preparação para o parto, o que se assumiu como muito

importante a nível de desenvolvimento de capacidades comunicacionais. A existência deste programa é, segundo julgo, uma mais-valia, na medida em que permite o acesso a um cuidado de enfermagem especializado que proporciona a vivência da gravidez e trabalho de parto com maior tranquilidade.

As finalidades dos PPPP são essencialmente empoderar a grávida/acompanhante de conhecimentos de modo a extinguir as suas ideias negativas preconcebidas relativas ao parto, criar novas relações positivas, ensinar a ocupar o cérebro durante a contração (através do relaxamento e de uma respiração correta) e tornar conhecido o desconhecido, possibilitando,

assim, aumentar o seu limiar de sensibilidade à dor (Torgal et al., 2019). Para o mesmo autor as suas vantagens são inúmeras, tanto obstétricas, psicológicas, como também para o RN, fomentando o equilíbrio familiar e tornando gratificante a própria vivência do parto.

Verifiquei que, nestes programas, provavelmente por estarem a vivenciar o período da gravidez, as grávidas sentem-se mais à vontade para partilhar experiências, não só com o EESMO, 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. Assim, facilita a inserção das grávidas ao longo de qualquer sessão, sem que tenham que aguardar por um período de programa específico para a frequência do mesmo, tendo assim bastantes oportunidades de interação.

O método psicofilático abordado no PPPP, na USF, de acordo com Vargas (2013), é uma alternativa à intervenção médica durante o parto, objetivando manter a parturiente focada no relaxamento e na respiração. Possibilita envolver o parceiro que ajudará a parturiente na respiração e relaxamento. Este método facilita igualmente o uso de medicamentos, caso sejam solicitados pela mulher.

Num estudo realizado por Couto (2006), ficou demonstrado que os enfermeiros consideram que as ações de educação e preparação para o parto pelo método psicofilático contribuem para a diminuição da ansiedade, o que se deve ao conhecimento do processo do trabalho de parto e com a ajuda de técnicas respiratórias, entre outras, ajudando a reduzir e controlar a dor e o desconforto. De acordo com o mesmo estudo, dá a oportunidade à pessoa significativa escolhida pela mulher para a acompanhar no trabalho de parto em ajudar a mulher experiência única do parto.

Ao participar no PPPP, procurei ajudar a grávida a atingir a capacidade de um autocontrolo por forma a alcançar serenidade e tranquilidade assim reduzir a ansiedade e o medo do parto.

Realizei, de forma colaborativa com a enfermeira tutora, uma sessão do Programa de Preparação Para o Parto e Parentalidade com os temas “Sexualidade na Gravidez e no Pós-Parto” e “Adaptação à Parentalidade- o papel do Pai” sendo que o suporte teórico para os ensinamentos deste tema foi da única responsabilidade da enfermeira tutora.

Estes temas são de extrema pertinência, e devem estar incluídos nos PPPP. “O bebé que vai nascer vai ser o catalisador de modificações importantes nos seus progenitores. É por isso relevante dar suporte ao casal grávido e prestar atenção aos estados emocionais da mulher grávida” (Torgal et al., 2019). Para os mesmos autores, a ligação entre o RN e o pai constrói-se antes do nascimento, sendo cada vez maior o papel ativo do homem no período

da gestação, e é, portanto, de extrema importância envolver o pai desde o início da gravidez, quer para a criação do vínculo com o filho, quer pela contribuição para a saúde física e emocional da mulher.

Há muito tempo que se entende que a transição para a parentalidade pode ser um período stressante e difícil para os pais. Neste sentido, é importante ajudar e apoiar o casal durante este período difícil. O EESMO assume um papel importante na educação e empoderamento dos pais (pré-natal e pós-natal) como uma importante missão, de forma a que estes prevejam, previnam, e resolvam as situações mais difíceis inerentes à parentalidade, assume-se como “o profissional de saúde mais habilitado para apoiar os pais, considerando as suas expectativas, desejos e exigências. As suas competências permitem-lhe uma “intervenção diferenciada” (OE, 2015, p.17), sendo basilar a assunção de “atitudes e comportamentos profissionais diários que revelem independência, responsabilidade, conhecimento, respeito e dignidade” (OE, 2015, p. 18).

O apoio dado ao casal reduzirá o seu stresse, melhora o conhecimento e a consciência de comportamentos parentais saudáveis e promove relacionamentos saudáveis entre pais e filhos. O objetivo final deste apoio é melhorar os laços entre pais e filho, bem como potenciar o desenvolvimento físico, psicológico e social da criança (Redshaw & Martin, 2014).

Dado não ter elaborado o suporte teórico para esta sessão, foi um desafio, ainda assim, as leituras feitas acerca destes temas foram de crescimento profissional, bem como a lecionação destes temas.

c. Ministrando de forma autónoma uma sessão do Programa de Preparação Para o Parto e Parentalidade com o tema “Intervenções Não Farmacológicas para Alívio da Dor no Trabalho de Parto” e elaborar um folheto informativo com o mesmo tema

Foi-me dada oportunidade de realizar de forma autónoma uma sessão do Programa de Preparação Para o Parto e Parentalidade com o tema “Técnicas não farmacológicas para a controlo da dor no trabalho de Parto” (Anexo II), bem como um folheto informativo relativo ao mesmo tema (Anexo III).

Foi uma atividade que desenvolvi com bastante dedicação e entusiasmo, dado que abordei duas áreas que tanto me apaixonam: o empoderamento da grávida e o parto natural.

Importa salientar que a sessão do Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade foi realizada *online* através da plataforma *Jitsi Meet*. Este teve a adesão de muitas grávidas (25 grávidas presentes) em várias semanas de gestação. Foi pedido à

gravidas que se lhes fosse possível tivessem consigo a pessoa significativa que planeiam ter no dia no parto, o que infelizmente não aconteceu.

Considero que a abordagem às aulas práticas é uma tarefa mais difícil, havendo dificuldades de rede por parte de algumas gravidas. Fazendo um balanço da sessão, esta correu bem, fiz uso da bola de nascimento e da pelve anatómica como forma de facilitar a explicação de alguns exercícios, o que revelou maior detenção de conhecimentos por parte das grávidas.

A recetividade ao curso foi bastante positiva, a participação das grávidas e o interesse relativamente ao tema foi demonstrado, o que me torna ainda mais entusiasta em relação ao tema. Mais tarde a EESMO revelou que as gravidas presentes gostariam que voltasse a ministrar sessões do PPPP, e tal deixou-me bastante satisfeita.

d. Composição de um vídeo que demonstre o percurso que a mulher fará após a admissão na sala de partos

A realização de um vídeo desde a entrada da mulher na Urgência da Obstetrícia até ao Puerpério era um objetivo a que me tinha proposto, uma vez que não se podem fazer visitas guiadas devido à situação de pandemia por COVID-19.

Para Torgal et al. (2019) a visita à maternidade promove a vinculação da grávida/ casal ao espaço físico e profissionais que os irão acompanhar, minimiza a ansiedade no momento do parto, bem como em situações de urgência, melhorando assim a assistência prestada, e os CPPP são assim a oportunidade de incentivo de visita à maternidade.

Infelizmente este objetivo não foi atingido atendendo ao facto de ser necessário fazer-se um pedido formal à Administração Hospitalar, o levaria mais tempo do que o período de estágio.

Desenvolver conhecimentos e obter competências na consulta de planeamento familiar

“Os cuidados a prestar em Saúde Reprodutiva constituem um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos através da prevenção e resolução de problemas, dando respostas adequadas às necessidades específicas dos homens e das mulheres, nesta área, ao longo do ciclo de vida” (PORTUGAL. MS. DGS, 2001).

A educação para a saúde é uma das principais funções de um enfermeiro especialista, devendo estar presente em todas as áreas de atuação. As oportunidades de educação para

a saúde foram diversas, e nelas procurei esclarecer e efetuar ensinamentos de forma personalizada, tendo em conta que o ensino na área do planeamento familiar tem um papel crucial.

Tive sempre em mente que era muito importante que desenvolvesse uma relação de confiança a mulher. Esta relação era iniciada logo no momento do primeiro contato, para que deste modo fosse criado o sentimento de segurança na informação dada por mim enquanto “sua” enfermeira de família e para que a utente se sentisse à vontade para esclarecer dúvidas comigo nível da saúde reprodutiva e planeamento familiar, uma vez que é um tema que ainda hoje causa algum desconforto a muitas mulheres. Tendo consciência desta realidade, procurei proporcionar um acolhimento personalizado, tentando diminuir a ansiedade inerente à consulta. Para tal, expliquei sempre os procedimentos e tratamentos a realizar e deixei que as dúvidas fossem colocadas de forma livre.

As atividades inerentes a esta consulta são: avaliação do estado de saúde geral da mulher; avaliação da tensão arterial; avaliação ponderal; realização entrevista de enfermagem, verificando o método contraceutivo utilizado, data da última menstruação, regularidade e características dos ciclos menstruais; educação para a saúde sobre educação sexual, reprodução, métodos contraceutivos e desde quando esta a utilizar o que utiliza no presente, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, transição para a menopausa, sinais e prevenção de desconfortos da menopausa, deteção precoce do cancro da mama e do colo do útero, autoexame da mama; fornecimento de contraceutivos orais e de barreira, reforçando ensinamentos sobre a sua utilização; auxílio na realização do exame ginecológico e de colpocitologias. Assim, com tão vasto leque de atividades inerentes nesta consulta, senti alguma dificuldade em entender o que efetivamente seria para realizar àquela mulher em questão. Percebi a importância do enfermeiro de família neste contexto, dado que a EESMO conhecia sempre a história daquela utente, e facilmente chegava à conclusão do que seria para abordar na consulta.

Nesta consulta procurei incentivar as mulheres a manterem comportamentos de procura de saúde e de regularidade nas consultas de Planeamento Familiar, salientando a grande importância do autoexame da mama e do rastreio do cancro do colo do útero através da realização da colpocitologia e da avaliação ginecológica, uma vez que na Europa, o cancro do colo do útero (CCU) é a oitava neoplasia que mais afeta as mulheres. Apesar do marcado declínio da mortalidade de CCU em Portugal o valor deste indicador mantém-se praticamente inalterado desde meados da década de 80, para todos os grupos etários, excetuando o grupo mais jovem. Estes resultados sugerem que deve haver investimento em transmitir informação relevante à população portuguesa, com o intuito de aumentar a sua participação em rastreios para CCU (Teixeira et al., 2019).

A Direção Geral da Saúde (2013) reitera que a abordagem do cancro invasivo do colo do útero implica a correta avaliação do estado geral da doente, comorbilidades e dos fatores de prognóstico conhecidos e à distância e que o é histológico, segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS). A colheita é realizada durante uma observação ginecológica normal e consiste na colheita direta de material do colo do útero, e deve ser

assegurado o rastreio do cancro do colo do útero regularmente, de acordo com o tipo de exame, a todas as mulheres entre os 25 e os 64 anos de idade.

A informação nº 77 da Divisão da Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, DGS de 18/7/2001, relativa à responsabilidade dos diferentes elementos da equipa de saúde, prestadora de cuidados na área do Planeamento Familiar (PF) nos centros de saúde, assume que «a colheita de material para colpocitologia é um procedimento que pode ser executado corretamente por um único profissional da área médica ou da área de enfermagem, devidamente treinado (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2011).

No que se refere à realização da colpocitologia é entender da Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica que não é necessário por rotina a presença de um enfermeiro durante a realização do exame, e que tal só se deve verificar em caso de solicitação da utente, por incapacidade física, psicológica e de comportamento da utente que inviabilize ou dificulte a realização do exame de uma forma adequada ou por alguma limitação física do médico que realiza a citologia que necessite da presença de outra pessoa para o auxiliar na técnica (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2011).

O EESMO assume uma importante responsabilidade na promoção da saúde e na prevenção da doença da Mulher e assim, deve efetuar os exames que permitam a identificação precoce e o encaminhamento adequado das situações que configurem desvios ao “normal”, sendo a execução da citologia cervical, uma atividade inerente à vigilância da Saúde da Mulher durante o seu ciclo reprodutivo. No mesmo documento podemos verificar que a “colheita de material para colpocitologia é um procedimento que pode ser executado corretamente por um único profissional médico(a) ou enfermeiro(a), devidamente treinado, como aliás é prática corrente na maioria dos países da UE.” (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2017)

Na prática, nesta USF, a colpocitologia é realizada unicamente pelo médico, sendo que o enfermeiro acompanha a realização do procedimento, única e exclusivamente com o objetivo de auxiliar o médico na abertura do material. Nada do que está contemplado no Parecer Nº 06/2011 da MCEESMO foi verificado em qualquer uma das situações em que colaborei. Senti que em termos de aprendizagem, esta técnica fica muito aquém das minhas expectativas, dado que pretendia neste estágio proceder à colheita de células do colo do útero para histologia e não mo foi permitido. É, portanto, uma área em que o EESMO deve intervir de modo a que o parecer da MCEESMO seja cumprido nas instituições onde se realize este exame.

Consulta do RN

No âmbito da consulta do RN tive a oportunidade e realizar acompanhamento a 100

RN, e efetuei a colheita para o rastreio neonatal, a avaliação do peso e a monitorização da alimentação.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2017), o rastreio neonatal diagnostica doenças nas primeiras semanas de vida do bebé, tratando-as precocemente. Em Portugal, o Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP) realiza, desde 1979, testes de rastreio em todos os RN de algumas doenças graves. Os resultados deste rastreio têm sido muito positivos, pois muitas crianças doentes foram rastreadas e tratadas logo nas primeiras semanas de vida, em centros de tratamento especializados evitando-se graves problemas de saúde.

A colheita deve ser efetuada a partir do 3º dia de vida (após 48h de alimentação) e se possível até ao 6º. Deve ser desinfetado o calcanhar do bebé com éter ou álcool, deixando secar bem. O pé deve ser submetido a aquecimento externo caso esteja frio (mergulhar em água quente). Devem ser efetuadas duas picadas consecutivas no lado esquerdo ou direito do calcanhar, utilizando uma lanceta de uso único. O papel de colheita contém 4 círculos, deve ser formada uma boa gota de sangue no calcanhar e preencher o 1º círculo se possível de uma só vez. Proceder da mesma forma nos restantes círculos. Deve ser verificada se a face posterior do papel de filtro ficou bem impregnada. Se não ficou a colheita não é válida.

Se houver dificuldades na colheita é preferível preencher bem somente 2 círculos do que mal os 4. Após a colheita deve secar à temperatura ambiente, evitando a luz direta do sol, e deve ser enviado por correio ao laboratório de rastreio no próprio dia.

Tive oportunidade de realizar esta técnica por diversos momentos. É uma técnica que causa alguma ansiedade aos pais, dado o vasto leque de doenças que poderão eventualmente diagnosticadas. Enquanto futuro EESMO coube-me o papel de informar os pais acerca da importância do diagnóstico precoce, para que também fosse possível o tratamento precoce de eventuais patologias identificadas. No que diz respeito à técnica, optei por manter o RN no colo da mãe, na posição verticalizada, fazendo uma manipulação do calcâneo do pé do RN, para que este aquecesse. O fato de manter o bebê em posição verticalizada, permitiu que a gravidade auxiliasse na saída das gotas de sangue, permitiu que me fosse sempre possível preencher os 4 círculos com repasse para a face posterior do papel, sem necessidade de fazer duas picadas, somente uma foi suficiente para cumprir os requisitos da colheita e o fato de manter o RN no colo da mãe permitiu que este se sentisse mais seguro, dando oportunidade a que existisse um momento de estímulo à vinculação.

No que diz respeito à avaliação do peso verifiquei que este é um aspeto que causa bastante ansiedade aos pais, principalmente aos que pretendem manter o aleitamento materno em exclusivo. Optei por incrementar um sentimento de autoconfiança nestes pais ainda antes da avaliação do peso, e senti que este fato surtia nas mães um sentimento de positividade relativo à sua capacidade de aleitamento materno.

Interessa referir que segundo a Direção-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, e 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 standards*” 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.

A primeira avaliação do peso decorria na consulta para realização do teste de rastreio pré-natal, e a partir daquele momento, avaliando a díade / tríada, a adaptação ao aleitamento

materno / artificial e ao estado geral da criança, era agendada nova consulta no espaço de uma semana ou inferior.

Nesta primeira abordagem ao RN caso existisse vontade expressa da manutenção do aleitamento materno, procedia à observação da mamada, de modo a avaliar a pega, a sucção, transferência de leite e deglutição do bebé. Procedia aos ensinamentos à puérpera relativamente ao aleitamento materno exclusivo, com base nas recomendações da UNICEF (Levy & Bértolo, 2012), no que diz respeito às vantagens para a mãe (involução uterina mais precoce, menor probabilidade de cancro da mama, sensação do prazer único da amamentação e tipo de alimentação mais barata e segura), referia as vantagens para o bebé (prevenção de infeções gastrintestinais, respiratórias e urinárias, efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca, melhor adaptação a outros alimentos, prevenção da diabetes e de linfoma). Ainda com base no mesmo documento, referia às puéperas quais as condições para que o aleitamento materno exclusivo tivesse sucesso (praticado em regime livre, sem intervalos noturnos, sem suplementos de outro leite, nem complementado com qualquer outro tipo de comida).

Senti que a amamentação é um assunto que causa muita ansiedade às mães. Aquelas que frequentaram o PPPP, demonstravam mais segurança, do que as que não haviam frequentado. Nesta USF existe um cantinho da amamentação, sendo muito positivo quer para o profissional quer para a mãe.

Consulta do puerpério

No Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco emitido pela Direção-Geral da Saúde (2015), estão incluídas as normas de atuação para a Consulta do Puerpério. No puerpério que decorra sem complicações, esta consulta deve ser agendada entre a 4ª e a 6ª semanas após o parto e em caso de extremos da idade reprodutiva, necessidade de avaliação de ferida cirúrgica, dificuldades no estabelecimento de manutenção do aleitamento materno esta deve ser agendada até ao 15º dia pós-parto.

No presente estágio tive oportunidade de realizar 100 acompanhamentos puerperais, todos eles de pós-parto por via vaginal. Assim procedi à avaliação do estado geral da mulher (pele e mucosas, perineorrafia quando existia), altura do fundo uterino, avaliação de sinais vitais, observação das mamas e a validação de aleitamento materno ou supressão láctea, avaliação de sinais de eventuais complicações (ingurgitamento mamário, má involução uterina, lesões mamilares, incontinência urinária / fecal). Procedi à avaliação do suporte familiar, da dinâmica familiar e do estado emocional da puérpera. Colaborei como médica no exame vaginal.

Nesta consulta senti que as puérperas depositam uma enorme confiança no que lhe é dito pelo enfermeiro, e, portanto, senti que o EESMO tem um papel determinante na evolução das primeiras semanas pós-parto, e conseqüentemente na maternidade e paternidade vivida.

2. Enfermagem em patologia materno-fetal

O cuidado prestado pelo EESMO, diz-nos Barradas et al. (2015), é holístico pois atende à compreensão da mulher nas suas diversas dimensões: social, emocional, cultural, espiritual, psicológica e física/biológica, no seu ciclo reprodutivo, considerando-o no seu todo-incluindo sempre os seus sentimentos e expectativas, com promoção e proteção do seu bem-estar e promoção de uma consciência de saúde dos seus semelhantes, tao como do estado de saúde do seu feto no decurso da gravidez.

O presente capítulo surge, portanto, no âmbito da realização do estágio “Enfermagem em Patologia Materno-Fetal” realizado no serviço de internamento de PatologiaMaterno-Fetal, sob a orientação de EESMO, no período de 12 de Abril a 14 de Maio de 2021, com a totalidade de 120 horas de contacto.

De acordo com Garbin e Dainese (2013), na aprendizagem em ensino clínico existem três agentes importantes, sendo eles o conhecimento, tido como bem de valor, o estudante, principal responsável pela construção do seu saber e o supervisor, mediador entre os dois primeiros. Assim, de acordo com os mesmos autores, o ensino clínico, como processo de aprendizagem, permite a participação ativa do estudante no planeamento e execução das suas atividades. Desta forma, o presente subcapítulo tem como principal objetivo apresentar de forma sistemática as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, tendo em conta o contexto em que decorreu, como expressão de uma aprendizagem pessoal e profissional no saber- saber, saber-fazer, saber-estar e saber-ser. Este relatório tem como linha orientadora as competências específicas do EESMO.

Identificar a dinâmica organizacional e funcional do serviço, com especial atenção para o papel do enfermeiro especialista no internamento da patologia materno-fetal;

O desenvolvimento das minhas atividades em colaboração com a equipa multidisciplinar decorreu de forma progressiva. Ao longo dos primeiros dias de estágio mantive o meu papel de observadora, mas também de participante nas várias atividades que iam decorrendo, tendo em atenção a dinâmica do serviço. Tenho consciência que estava em início de um novo processo de aprendizagem e que, apesar dos conhecimentos teóricos que trazemos na “bagagem”, na realidade surgem algumas dificuldades. Também tenho presente

que não é de um dia para o outro que conseguimos adquirir os conhecimentos e a destreza dos profissionais que já trabalham há muito tempo num serviço e que já se encontram num patamar de peritos. Porém, penso que gradualmente me fui tornando mais autónoma, mas com a salvaguarda de que todas as vezes que surgiram dúvidas solicitei a presença ou opinião das Enfermeiras Tutoras, que sempre souberam partilhar saberes e esclarecer dúvidas.

Para haver qualidade nos cuidados de saúde é fundamental a existência de uma boa relação entre a equipa multidisciplinar, em que o respeito e o trabalho em equipa são muito importantes. Neste sentido, procurei trabalhar em equipa com as assistentes operacionais e cooperar com a equipa médica, fornecendo-lhes informações sempre que solicitada.

Quero também referir que a minha maior dificuldade residiu na adaptação ao regime de enfermaria, dada que a minha experiência ser em urgência até então. Todavia, com o decorrer do tempo, esta dificuldade foi sendo ultrapassada.

Aperfeiçoar competências pedagógicas e relacionais, adaptando as estratégias educativas às necessidades da grávida/casal

Ao Enfermeiro Especialista deve ser reconhecida a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área (OE, 2019). Algo que tive sempre presente foi procurar desenvolver e demonstrar uma atitude ética e deontológica, adotando uma conduta marcada pelo sigilo e descrição profissional, demonstrando respeito pelas utentes, colegas e restantes profissionais. A preocupação pela privacidade e intimidade das grávidas foi uma constante, bem como a promoção de um ambiente calmo e acolhedor.

Ao longo deste estágio, tentei relacionar os conhecimentos teóricos com os cuidados prestados, expressando as minhas dúvidas e aceitando com humildade todas as orientações e críticas construtivas que ocasionalmente me foram dirigidas. Procurei sempre ter iniciativa e abertura para a aprendizagem, pois, a meu ver, todas as pequenas oportunidades são construtivas.

As competências relacionais assumem-se de extrema importância, pois delas dependerá o sucesso das relações entre profissionais e destes com as utentes/família. No meu ponto de vista, o tipo de relação que se desenvolve irá influenciar grandemente a qualidade dos cuidados prestados e o nível de confiança que depõem nos profissionais de saúde, e ditará a forma como a grávida e a família viveram a sua experiência de gravidez, no que diz respeito à relação estabelecida com os profissionais.

Na minha prática profissional procuro sempre adotar um comportamento assertivo e de interajuda com a equipa a que pertenço. Enquanto aluna, não descorei esta atitude e, por isso, tentei sempre respeitar e colaborar com a equipa, que também se demonstrou sempre disponível.

No meu ponto de vista, neste campo de estágio tem-se o privilégio de cuidar da mulher numa das fases mais belas do ciclo vital – a gravidez. Esta fase caracteriza-se por um conjunto de emoções e sentimentos que diferem de mulher para mulher devendo o EESMO estar sensibilizado para esta realidade. Especificamente, neste serviço lida-se com grávidas para cesariana eletiva, em início de trabalho de parto ou com patologia associada à gravidez, fatores esses extremamente “stressantes” para a grávida/família. Em contexto de patologia na gravidez é muito importante que as mães percebam a possibilidade de terem um parto prematuro e também, consoante essa prematuridade, haver a possibilidade de os RN serem internados no serviço de Neonatologia (UCIN). Durante o internamento devem ser preparadas para esse cenário, caso essa hipótese seja uma possibilidade, e assim as dúvidas e os receios podem ser esclarecidos numa fase prévia a tudo acontecer. Na minha opinião, considero ser muito importante o desenvolvimento desta relação de confiança entre utente e enfermeiro e esta começa desde logo no acolhimento. Este momento é fundamental para que no futuro a utente sinta segurança na informação dada pela equipa de enfermagem e que esteja à vontade para esclarecer dúvidas. Procurei sempre demonstrar respeito, empatia e disponibilidade, prestando cuidados culturalmente congruentes, honrando as suas crenças e valores e abstendo-me de juízos de valor. Para tal, utilizei uma linguagem assertiva, tentando transmitir calma e segurança, explicando sempre os procedimentos que ia realizar e fazendo ensinamentos oportunos. O respeito pelo estado físico e emocional e a atenção às suas manifestações verbais e não-verbais, bem como o respeito pela privacidade foram uma preocupação constante. Pude aperceber-me que a nossa disponibilidade, o nosso incentivo e os nossos ensinamentos podem diminuir a ansiedade das grávidas internadas, e dar-lhes mais autoconfiança. Apresentei-me sempre como aluna de especialidade, transmitindo empatia, confiança e disponibilidade, tentando diminuir a sua ansiedade inerente ao internamento. Posso dizer que promovi um ambiente gerador de confiança, facilitador da expressão de emoções e de anseios relativamente à transição para a parentalidade positiva e identifiquei défices de conhecimentos através de entrevistas não formais durante a prestação de cuidados.

A educação para a saúde é, sem dúvida, uma das principais funções de um Enfermeiro Especialista, devendo estar presente em todas as áreas de atuação. Esta é também uma forma de dar resposta a uma das competências do EESMO, nomeadamente, promover “a saúde da mulher durante o período pré-natal” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 4) e que

pressupõe, entre outros, informar, orientar e implementar programas e projetos de promoção da saúde pré-natal, de preparação para o parto e parentalidade responsável, de promoção do aleitamento materno.

No decorrer deste estágio, as oportunidades de educação para a saúde foram muitas, em que procurei esclarecer e efetuar ensinamentos de forma personalizada, tendo em conta as características únicas da pessoa. Sendo um momento de grande tensão, nervosismo e dúvidas para as utentes, procurei adequar a informação às necessidades detetadas, avaliando e reforçando ensinamentos anteriores e acrescentando novos conhecimentos de forma gradual.

Conceber, planear, implementar e avaliar cuidados de enfermagem especializados em situações de vigilância de saúde da grávida, bem-estar fetal; indução de trabalho de parto; início de trabalho de parto; abortamento e processo de luto; risco (social, familiar, socioeconómico e outros.)

Conceber, planear, implementar e avaliar cuidados de enfermagem especializados em situações de indução, início de trabalho de parto e patologia na gravidez, constituíram o meu maior desafio em termos de desenvolvimento e aquisição de competências neste estágio. Prestar cuidados de enfermagem especializados em saúde materna, obstetrícia e ginecologia exige, para além de um grande conjunto de conhecimentos, uma grande prática a nível de desempenho, que só a experiência e o tempo podem trazer.

Ao longo deste período tive oportunidade de prestar cuidados a várias utentes com diferentes situações clínicas, ou seja, vigiei e prestei cuidados de enfermagem especializados em situações de:

- Ameaça de parto pré-termo (APPT) por hemorragia do terceiro trimestre com placenta prévia oclusiva total;
- Ameaça de parto pré-termo (APPT) por colo cervical curto;
- APPT por gravidez gemelar (bicoriónica e biamnitótica) com contratilidade uterina;
- APPT por colo cervical curto;
- Internamento para maturação pulmonar dos fetos;
- Pré-eclâmpsia;
- Diabetes gestacional (DG);

- Interrupção médica da gravidez por ruptura prematura de membranas;
- Interrupção médica da gravidez por oligoamnios.
- Preparação de grávidas para cesariana.

Não surgiram infelizmente oportunidades de prestar cuidados a grávidas em início de trabalho de parto.

Uma vez que fui sempre realizando pesquisa científica acerca de cada vigilância, passo a descrever o que foi constatado na evidência e a sua comparação com a prática clínica.

Ameaça de parto pré-termo (APPT) por hemorragia do terceiro trimestre com placenta prévia oclusiva total

A placenta prévia constitui a implantação da placenta total ou parcial, sobre o orifício cervical interno, de forma a causar hemorragia quando da dilatação ou ao apagamento do colo. A idade materna avançada, a multiparidade, antecedentes de curetagem uterina e o tabagismo são os fatores de maior risco de placenta prévia. Apesar de ainda desconhecida, a placentação prévia tem sido associada a situações em que existiu uma vascularização deficitária da decídua. O sintoma mais comum da placenta prévia é a hemorragia vaginal indolor (Areia, 2017). E foi efetivamente este sinal que levou a grávida em questão à urgência de obstetrícia.

O descolamento prematuro da placenta é uma tendência a surgir no terceiro trimestre da gravidez, geralmente nas últimas semanas, o que foi detetado na vigilância deste estágio. As manifestações e consequências dependem da gravidade do descolamento, da sua localização e, principalmente, da intensidade da hemorragia causada pela ruptura dos vasos sanguíneos. Por vezes, forma-se uma acumulação de sangue entre a placenta e a parede uterina, denominada de hematoma retroplacentar, sem que o sangue chegue a sair pela vagina; caso o hematoma seja pequeno e o sangue fique retido no útero, pode não originar sinais ou sintomas evidentes e até passar despercebido até ao momento do parto. Ainda que o sangramento seja escasso, não reflete a gravidade da hemorragia, na medida em que pode ficar muito sangue retido no útero. Esta situação costuma ser muito deletéria quer para o feto quer para a mãe. Para o feto, pelo facto de o descolamento da placenta diminuir a área de troca sanguínea através da qual recebe oxigénio e nutrientes. Se for total, resulta na morte do feto. Para a mãe, o perigo reside na gravidade da hemorragia, que pode ser muito intensa, mesmo que não se exteriorize, e colocar a vida da grávida em risco (Graça, 2017).

A vigilância desta grávida passou pela realização de registo cardiotocográfico (RCT) 3x por dia e monitoração das perdas hemáticas vaginais, e repouso relativo.

APPT por gravidez gemelar (bicoriónica e biamniótica) com contratilidade uterina

As gestações multifetais colocam ao desenvolvimento da gravidez alguns problemas maternos e perinatais de difícil resolução, nas quais o mais evidente é o elevado risco de desencadeamento de parto antes do termo. A gravidez gemelar aumenta a mortalidade materna 3 a 7 vezes mais, relativamente à gravidez de feto único, uma vez que na primeira se verifica uma maior incidência de hipertensão arterial (HTA), anemia, descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPPNI), infeção urinária, fenómenos tromboembólicos, sépsis e rutura prematura de membranas (RPM) e hemorragia pós-parto (HPP). A prevenção do parto pré-termo passa pelo aconselhamento do repouso desde após as 24 semanas de gestação (ou 20, caso se tratem de mais de dois fetos), e caso surjam complicações de APPT as grávidas devem ser hospitalizadas, com provável e considerada prevenção de tromboembolismo com heparina de baixo peso molecular. A tocolise profilática é largamente usada. Também a prevenção e controlo da infeção são pontos de elevada importância. (Graça, 2017c)

Na gravidez múltipla podem observar-se diferentes tipos de placentação, e quando um dos blastocistos dá origem, exclusivamente, a um feto e à sua placenta, trata-se de uma placentação bicorionica-biamniotica, existindo assim duas placentas e duas cavidades corioamnióticas (Graça, 2017c).

O meu desafio na vigilância desta gravidez prendeu-se na correta auscultação cardíaca fetal (ACF) e no RCT, para que garantisse a verificação dos dois focos fetais. Após garantir o foco fetal de um dos fetos, elevava o foco basal do mesmo em 20 batimentos por minuto, para que ao pesquisar o outro feto, garantisse o foco do mesmo. Foi administrada a tocolise e a cumpriu a administração de heparina de baixo peso molecular.

APPT por colo cervical curto

A ecografia transvaginal com avaliação do comprimento do colo uterino é um exame simples e acessível que melhora a determinação do risco de APPT. Este risco aumenta significativamente com a diminuição do comprimento cervical, e é tanto maior quanto mais cedo na gestação se observa essa diminuição. O comprimento do colo apresenta uma

distribuição normal quando é verificado um comprimento de 25mm. Para além da biometria, também a morfologia cervical pode ser avaliada. O processo de apagamento cervical inicia-se com a dilatação do orifício cervical interno, e dá-se o nome de afunilamento a esta dilatação progressiva. A presença deste afunilamento aumenta o risco de APPT. No entanto o fator mais importante continua a ser o comprimento do mesmo (Cubal & Pereira, 2014). No caso concreto da grávida em questão, esta apresentava à entrada um colo cervical de 10mm com afunilamento em U. Após 2 semanas de repouso e administração do protocolo de Atosibano, realizou ecografia para avaliação do comprimento cervical e este apresentava um comprimento de 13,7mm.

Pré-eclâmpsia

A síndrome de pré-eclâmpsia surge de uma situação caracterizada pelo surgimento de hipertensão arterial (HTA) após a 20ª semana de gravidez em mulheres previamente normotensas. Apesar de etiologia não identificada, é conhecida uma imperfeita e incompleta invasão das artérias espiraladas pelo trofoblasto na altura da placentação. Assim, o compromisso funcional uteroplacentário provoca uma hipoxia relativa do trofoblasto e do feto. Os sinais clínicos da pré-eclâmpsia são o edema, o aumento súbito do peso corporal, elevação da tensão arterial (TA) e a proteinúria., sendo que a HTA é considerado o sinal cardinal da pré-eclâmpsia. Associado aos valores TA, devem ser tidos em consideração valores laboratoriais no que diz respeito à função multiorgânica. Os sinais de gravidade a proteinúria, cefaleias, alterações visuais, epigastrialgias, oligúria, creatinémia, plaquetas baixas, transaminases e restrição do crescimento fetal (Graça, 2017a).

Na grávida em questão, o edema foi o sinal que a levou a procurar avaliação clínica, após a 21ª semana de gestação. Além da avaliação do bem-estar fetal, foi feita a avaliação de TA 2x no turno, e a monitorização criteriosa dos sinais de agravamento da situação, nomeadamente cefaleias, epigastrialgias, alterações visuais. Era realizada a avaliação diária do peso, e da diurese. Os ensinamentos nesta patologia foram de extrema importância, para que a grávida fosse capaz de valorizar qualquer queixa, que aos profissionais de saúde fosse de preocupação. Efetivamente, a decisão de indução de parto foi tomada em consideração com bases nas queixas de epigastrialgias da grávida.

Diabetes gestacional

De acordo com Simões, Robalo, Comes, Aleixo, Amaral e Guerra (2013), durante o período da gravidez ocorrem alterações a nível do metabolismo da glicose, como seja o aumento dos níveis séricos de insulina e da resistência à insulina. Com o aumento dos níveis de produção de hormonas próprias da gravidez, particularmente gonadotrofina coriônica (hCG), estradiol, prolactina, lactogénio placentário humano, cortisol, progesterona e da produção placentar de várias hormonas diabetogénicas, lactogénio placentário humano. existe uma interferência com a insulina fisiológica produzida, afetando os mecanismos intracelulares de resposta à mesma e, conseqüentemente, diminuem a captação de glicose mediada pela

insulina principalmente a nível do músculo-esquelético e adipócito.

A DG define-se como uma intolerância aos hidratos de carbono, documentada, pela primeira vez na gestação. As complicações maternas associadas à DG são a hipoglicemia, a cetose, poli-hidramnios, peso excessivo, hemorragia, relativamente ao feto são o aborto, malformações, morte fetal, prematuridade, macrossomia, distocia de ombros, hipoglicemia neonatal, dificuldade respiratória, hiperbilirrubinemia, hipocaliemia, policitemia (Centeno & Carvalho, 2017). Por isto, é de elevada importância, que perante um diagnóstico de diabetes gestacional, exista um controlo justo das glicémias capilares maternas. Assim durante a vigilância destas grávidas, as próprias foram ensinadas a fazer a sua avaliação capilar 4 vezes diárias, em jejum e 1 hora após o início das 3 principais refeições, podendo ser ajustado se necessário, tal como descritos por Almeida et al. (2017). Para o mesmo autor a terapêutica nutricional é fundamental no tratamento da DG durante toda a gravidez. Assim, o plano alimentar deve ser personalizado e de acordo com o estado nutricional, antecedentes clínicos, hábitos alimentares e socioculturais da grávida e deverá ser elaborado por nutricionista/dietista, e assim à admissão destas grávidas era sempre contactada a dietista, para que tal plano fosse elaborado. São objetivos glicémicos: em jejum/pré-prandial valores ≤ 95 mg/dl, e 1 h após o início das refeições ≤ 140 mg/dl (Almeida et al., 2017). Para que a terapêutica farmacológica fosse instituída, estas grávidas eram observadas pela equipa médica da Unidade de Diabetes. Tive especial atenção, que caso não existisse contra-indicação, estas grávidas deambulassem pelo serviço após as refeições durante pelo menos 20mn.

“Apesar de a diabetes gestacional ser uma condição transitória, as implicações a longo prazo são importantes, uma vez que uma mulher com diagnóstico de diabetes gestacional tem 60-70% de risco de desenvolvimento de diabetes gestacional em gravidezes subsequentes e 25-75% de desenvolver diabetes *mellitus* no futuro” (Simões et al, 2013, p. 22).

Interrupção médica da gravidez por rotura prematura de membranas (RPM)

A RPM antes das 37 semanas é designada por rotura prematura de membranas pré-termo (RPMPT), sendo que o tempo de latência desde a RPM até ao início do trabalho de parto (TP) é inversamente proporcional à idade gestacional. A RPM é uma causa importante de parto pré-termo (PPT), sendo uma causa de morbilidade e mortalidade perinatais significativa. A sua etiologia é multifatorial, tal como a diminuição da síntese de colagénio, a alteração da estrutura de rede do colagénio e o aumento da colagenólise. A infeção é também uma causa (e até consequência) da RPM., já que os agentes infecciosos promovem a degradação do colagénio. A RPM é evidenciada quando se observa líquido amniótico (LA) no fundo de saco posterior da vagina, ou quando mesmo flui através do orifício externo do colo do útero, ao mobilizar-se a apresentação fetal por palpação suprapúbica ou quando a grávida executa uma manobra de valsava (Passos & Graça, 2017).

No caso em concreto, a grávida tinha menos que 12 semanas de gestação. Quando se dirigiu ao serviço de urgência, já não existia foco fetal. Após a colheita de dados, apurou-se que a grávida tinha história de diarreia com uma semana de evolução, associada a valores de temperatura de estado subfebril. Após a terapêutica para interrupção da gravidez medicamente assistida (que descreverei mais à frente) realizou colheita de fezes para cropocultura e foi medicada com antibioterapia. E, portanto, tratou-se de uma perda gestacional em contexto séptico.

Interrupção médica da gravidez por oligoâmnios

A estimativa da quantidade de LA é um componente importante dos exames de ecográficos dos 2º e 3º trimestre da gravidez. Na segunda metade da gravidez, a produção de urina e de fluido traqueobrônquico pelo feto constitui a principal fonte de formação de LA, para que o sistema funcione, é imprescindível que a perfusão renal e pulmonar seja adequada. A restrição da perfusão destes órgãos resulta em uma acentuada disfunção orgânica, pelo que diminui a produção de urina e de fluido traqueobrônquico, resultando em uma diminuída produção de LA. A relação entre oligoâmnios, hipóxia fetal e mortalidade perinatal está evidenciada (Graça, 2017 d.).

No caso em questão, tratava-se de uma grávida com 15 semanas de gestação, que foi encaminhada ao serviço de urgência pelo seu obstetra particular, por suspeita de oligoâmnios. Ficou internada para realização de ecografia na unidade de medicina fetal (UMF), que confirmou o diagnóstico. Segundo os documentos que acompanharam a grávida, esta foi informada da situação, e procedeu à assinatura do consentimento informado para interrupção médica da gravidez, dado que o feto não teria viabilidade, por suspeita de rins poliquísticos. Uma vez que se tratava de um feto vivo, foi necessário proceder ao feticídio do mesmo, com a administração de mifepristone e posterior misoprostol. Confesso que esta situação foi para mim um gigante desafio, no que diz respeito a gerir as minhas emoções, perante esta mulher.

Cesariana eletiva

A preparação das grávidas para cesariana eletiva consistia na imediata ACF à chegada da grávida ao serviço (comum a qualquer admissão). Após esta avaliação a grávida era convidada a colocar a roupa institucional, e ficava sob RCG contínuo até a chamada parabloco operatório (BO). Os diagnósticos destas grávidas assentavam na posição fetal, que sendo pélvica era contraindicado o parto vaginal.

Tive ainda oportunidade de administrar medicação específica em diversas situações, nomeadamente Imunoglobulina anti-D, misoprostol, atosiban, da dexametasona. Tratam-se de fármacos com elevada importância na gravidez, e como tal é pertinente uma pesquisa acerca de cada um deles,

Imunoglobulina anti-D

A imunoglobulina anti-D administrada às 28 semanas de gestação a mulheres Rh-, é uma intervenção eficaz na prevenção da doença hemolítica pré-natal (DHPN), reduzindo o risco de isoimunização de 2 para 0,1%. Após da 6ª semana de gravidez, quando o feto Rh + começa a ter antígeno Rh em circulação, é induzida a produção de anticorpos anti-D, nas grávidas Rh-, ficando estas sensibilizadas. Assim uma futura gestação terá o diagnóstico de DHPN. A incompatibilidade do sistema Rh, entre mãe e feto, é responsável por 95% dos casos de DHPN. (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

Mifepristone

O procedimento mais praticado em todo o mundo e recomendado pela Organização Mundial da Saúde para interrupção, utiliza a associação de mifepristone e misoprostol, cujo efeito é sobreponível ao de um aborto espontâneo. O mifepristone liga-se aos recetores da progesterona inibindo a sua ação, com consequente interferência no prosseguimento da gravidez. O misoprostol, análogo sintético da prostaglandina, administrado 36/48 horas após a mifepristone, potencia as contrações uterinas e contribui para expulsar o produto de concepção. Os estudos sugerem que quando administrado isoladamente, o misoprostol tem menor eficácia, o procedimento é mais vagaroso e doloroso, com mais queixas gastrointestinais e mais efeitos acessórios do que o regime combinado. No que diz respeito a eventuais complicações, nas condições de segurança enumeradas e com pessoal treinado, elas são raras. Cerca de 2 a 5% das mulheres vão necessitar de uma intervenção posterior para resolver situações de aborto incompleto, de falha do método ou para controlar a hemorragia (Direção Geral da Saúde, 2007).

Misoprostol

O misoprostol foi utilizado enquanto indutor médico para o esvaziamento uterino, dada sua capacidade de provocar a contratilidade uterina, em contexto de aborto em evolução, em contexto séptico às 12 semanas de gestação. Para Moura (2017), o fármaco mais utilizado para a expulsão das estruturas ovulares é o misoprostol. Este é administrável quer por via oral, quer por via vaginal. Os regimes de dose vaginal são propostos entre 600 µg e os 800 µg, e foi efetivamente nesta dose, em via endovaginal que se procedeu à sua administração. Ainda que para a Direcção Geral da Saúde (2007), citando a Agência Europeia do Medicamento, admite a utilização do misoprostol, na interrupção da gravidez, apenas por via oral. No entanto, a evidência científica demonstra menos efeitos colaterais e maior eficácia, nesta e em outras situações obstétricas, quando o produto é utilizado por via vaginal, sendo esta a via de administração proposta pela Organização Mundial da Saúde para as interrupções de gestações com mais de 7 semanas, e assim a utilização da via vaginal fica ao critério do médico prescriptor.

Os cuidados à gravida neste contexto passaram por avaliação da expulsão do feto, placenta e dos restos ovulares. Enquanto estudante de ESMO, este procedimento além dos cuidados inerentes à avaliação da dor abdominal, à avaliação da temperatura e à evolução das perdas hemáticas, exige um gigante acompanhamento psicológico da mulher. Foi sem dúvida um momento de elevada exigência para mim, não só enquanto profissional, mas enquanto mulher. Após a expulsão do feto, a expulsão da placenta tardou ainda cerca de uma hora. Incentivei a gravida a deambular e a sentar-se em posição de flexão dos membros inferiores. Ao visualizar a placenta na vagina, foi realizado o toque vaginal, e a placenta acabou por ser expulsa. Foi feito o contato com equipa médica para avaliação ecográfica uterina.

Atosibano

O Atosibano indicado para atrasar o parto prematuro iminente em mulheres grávidas adultas, quando diagnosticada ameaça de parto pré termo (APPT), nos tempos de gestação entre 24 e 33 semanas completas (Graça, 2017). O Atosibano é administrado consoante protocolo próprio: por via intravenosa em três fases sucessivas: injeção intravenosa inicial de 6,75 mg em 0,9 ml é administrada lentamente na veia, durante um minuto. Após esta a perfusão intravenosa é preparada diluindo 75mg de Atosibano para solução para perfusão em solução injetável de cloreto de sódio a 9 mg/ml (0,9%), solução de Lactato de Ringer ou solução de glucose 5% p/v. Isto é feito através da remoção de 10 ml de solução de um saco de perfusão de 100 ml e pela substituição deste por 10 ml de Atosibano. Após esta é administrada uma perfusão contínua a uma taxa de 24 ml/hora, durante 3 horas de 75mg de atosibano e por fim, a mesma dose é administrada em uma perfusão contínua a uma taxa de 8 ml/hora, durante um máximo de 45 horas, ou até que as contrações do útero parem (EMA, 2010). Esta situação marcou-me bastante, pois pude verificar como a atuação do enfermeiro especialista é fundamental, quer pela rapidez que o procedimento deve ser iniciado, quer pelos conhecimentos que deve ter e a certeza do que está a fazer, para que a conduta tenha sucesso. Tive a possibilidade de verificar o efeito da medicação na contractilidade uterina que decorreu com êxito. Esta situação, tal como outras, também me permitiu refletir sobre as prioridades que devemos estabelecer nos cuidados prestados.

Verifiquei que mesmo que não exista contractilidade uterina, passa por decisão médica, com avaliação caso a caso a utilização ou não desta terapêutica. Na APPT em que foi verificado um colo cervical curto, este também foi prescrito, ainda que sem contratilidade uterina.

Dexametasona

A administração pré-natal de corticoides está associada a reduções significativas, tanto do risco de morte neonatal, como da ocorrência de doença da membrana hialina e de hemorragia intra-ventricular neonatais (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2012). E foi neste

contexto que procedi à administração da Dexametasona. A sua administração é realizada num ciclo de 48h, com administração de 6mg de 12/12h via intramuscular.

Está indicado nas grávidas entre 24+0 e 34+6 semanas de gestação que se encontrem em risco de parto prematuro, em grávidas entre 23+0 e 23+6 semanas é de considerar, embora a sua utilidade seja questionável, no caso de gestação gemelar entre 24+0 e 34+6 semanas, na eminência de nascimento, nos casos de restrição de crescimento intra-uterino em risco de nascimento entre as 24+0 e as 35+6 semanas, em cesariana sempre que aquela tiver que ser efetuada até às 38+6 semanas, deve ser administrado à gestante um ciclo de corticoides (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2012). No que diz respeito à minha prática, procedi à sua administração em grávida com 24semanas, 33 semanas e em grávida com gestação gemelar com 33 semanas.

No geral, a minha atuação, aquando da prestação de cuidados foi adequada a cada situação, avaliando sempre o bem-estar materno e fetal, através da realização de RCT e da ACF e da avaliação do tocograma (avaliação da contratilidade uterina). A realização das Manobras de Leopold é essencial para determinar onde colocaria os *transducer* do Cardiotocógrafo. Estas manobras visam a identificação, no abdómen da mulher, da direção e da posição fetal e do fundo uterino. (Marques & Reynolds, 2011). Esta experiência resultou no aprimoramento de competências e na consolidação de saberes baseados na evidência científica, e sem dúvida que evoluí bastante desde o primeiro dia de estágio até hoje.

A interpretação do registo cardiotocográfico envolve a análise dos parâmetros obtidos, permitindo a classificação do padrão do traçado. Esta classificação tem por base a frequência cardíaca basal do feto, a variabilidade e a reatividade fetal e o aparecimento de desacelerações. A avaliação destes parâmetros deve assentar na Classificação do RCT da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), em que é assumido um padrão normal quando o feto apresenta uma FCF com linha de base entre 110-160 bpm, com variabilidade entre 5-25 bpm e com desacelerações não repetitivas. No entanto, estes fatores têm de ser relacionados com outros, como o conhecimento profundo dos mecanismos de defesa do feto, dos efeitos dos estímulos externos no ritmo cardíaco fetal, e da situação clínica de cada grávida, de forma a detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados no bem-estar materno e fetal. Desta forma, foi essencial demonstrar conhecimentos consolidados, neste âmbito e baseados na evidência científica (OE, 2011). Também através do registo cardiográfico é possível avaliar a atividade do tónus uterino, este parâmetro é essencial para avaliar o risco de parto prematuro.

É certo que existem sempre rotinas a cumprir, mas penso que o que distingue um enfermeiro especialista é a sensibilidade e os conhecimentos para reconhecer essas prioridades, devendo atuar de acordo com cada situação específica. Neste sentido, procurei sempre adotar essa conduta. Tive ainda em atenção aos sinais de alarme evidenciados por cada grávida, valorizando as suas queixas e solicitei sempre que necessário o apoio das enfermeiras tutoras, de forma a sentir mais segurança na minha atuação.

Aquando da alta ou na transferência para o bloco para cesariana, procurei preparar a grávida, reforçando alguns ensinamentos e dando apoio emocional, pois estas estavam a passar por uma grande ansiedade, sendo, por isso, importante, a meu ver, fazê-las sentir-se apoiadas.

Quanto aos registos de enfermagem, estes são extremamente importantes, pois é através deles que se torna possível operacionalizar os cuidados de enfermagem. Por conseguinte, tentei apresentar registos simples, concisos, através de uma linguagem adequada e termos científicos. Também a transmissão de informação durante a passagem do turno e assume uma grande importância. Neste sentido, procurei sempre conhecer a história clínica da grávida, tentando transmitir a informação de forma estruturada e precisa, para que não surgissem dúvidas em relação à sua evolução.

Importa referir ainda que, apesar de as grávidas não terem visitas devido à situação de pandemia por COVID-19, fiz questão que, caso a grávida assim o desejasse, fizesse videochamada enquanto realizava a ACF ou o RCT. Isso torna as famílias mais próximas. Neste sentido, foi fundamental estabelecer uma relação de empatia e de confiança com as grávidas. A comunicação empática requer atenção e é um meio que lhes permitiu expressarem os seus sentimentos, resultando também numa maior troca de informações, maior parceria e confiança interpessoal. O enfermeiro que vê a pessoa como alvo dos seus cuidados tem uma visão muito positiva e otimista da natureza humana. Está inerente a filosofia humanística de um cuidado centrado na pessoa. Pude constatar que como as grávidas não têm visitas depositam em nós tudo. Estas têm necessidade também de falar acerca e ter outros filhos, de falar sobre os pais dos fetos ou dos avós no momento da ACF.

Na véspera de Dia da Mãe realizei turno. As grávidas que se encontravam internadas já há mais de 2 semanas demonstraram tristeza profunda por não estarem junto das suas filhas mais velhas, pondo inclusivamente em questão se não estariam a ser mais mãe para o filho que ainda não nasceu, do que para o filho que já estava fora do útero. É impossível ficar indiferente a estas saudades relatadas por estas mulheres. A pandemia e a restrição de visitas tornam estes internamentos muito dolorosos, o que requer de nossa parte um cuidar humanizado e holístico. O cuidar é definido como algo inato e uma característica humana. Porém, numa perspetiva profissional é requerido mais do que uma habilidade natural ou tendência altruísta. É um cuidar provido de um conhecimento distinto e particular. O cuidar em enfermagem compreende uma componente humana, mas também técnica, sendo esta parceria o que caracteriza e distingue o cuidar em enfermagem do cuidar humano quotidiano. Este modo de conceber a enfermagem evidencia a humanidade entre a díade enfermeiro/utente (Watson, 2002).

Quero ainda referir que houve questões que se tornam difíceis de gerir em termos emocionais, além do que já referi, sobretudo aquando das altas das grávidas com

antecedentes sociais difíceis, senti que tive que fazer um esforço extra para gerir as minhas emoções. Em uma das minhas vigilâncias havia história de lhe terem sido retirados os dois primeiros filhos por falta de condições emocionais, monetárias e sociais para a sua educação. A própria não demonstrou interesse em perceber qual a forma de gerir o nascimento deste bebé para que permanecesse na sua guarda. Tornou-se difícil, para mim, imaginar o futuro deste bebé, uma vez que a mãe é de uma forma natural o bem mais precioso que esta criança terá e, ainda assim, está em risco de ficar sem a mesma. Todavia, são estas situações que nos fazem crescer como enfermeiros.

Neste contexto assume toda a relevância o cuidado humanizado, isto é, cuidados centrados nos utentes, tendo sempre em conta as suas necessidades individuais. Um cuidado de saúde incompleto é aquele que não abrange uma intervenção no âmbito da comunicação que responda a situações do carácter físico e emocional (Saldaña, Alarcón, & Romero, 2015). Partindo do pressuposto que a comunicação possibilita aos enfermeiros compreender as necessidades da pessoa cuidada, é relevante refletir-se sempre sobre a importância da comunicação no processo do cuidar humanizado para com a grávida. É indispensável que a relação entre o enfermeiro e o utente assente na empatia, compaixão, humildade e respeito, assegurando os princípios éticos como forma de garantia da verdade sobre a condição da pessoa cuidada, o respeito pela autonomia e o processo de tomada de decisão (Nunes, 2013).

Contribuir no processo de monitorização e alívio da dor

Constatei que no Serviço de Internamento de Obstetrícia B - Patologia Materno-Fetal há uma constante valorização da dor da grávida e do empenho da equipa na sua avaliação e tentativa do seu alívio. Sem dor ou com a sua diminuição, é possível uma melhor colaboração e participação da grávida nesta fase que precede o momento tão maravilhoso que é o de ser mãe. Neste sentido, procurei sempre mostrar interesse e preocupação face à dor manifestada pelas grávidas, valorizando as suas queixas e tendo em atenção às suas expressões verbais e não-verbais. Procurei monitorizar a dor segundo a escala numérica e administrei analgesia prescrita (após esclarecimento da sua ação e efeitos secundários), avaliando algum tempo depois se surtiu efeito.

Manifestei disponibilidade e interesse face à dor da grávida, valorizando sempre as suas queixas, tendo em conta a sua individualização. A complexidade da dor e da sua gestão requer compromisso, tempo e conhecimento por parte da equipa de saúde. A Ordem dos Enfermeiros (2008, p.7) refere que "(...) cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planejar e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados". Como tal, a dor e todo o fenómeno doloroso consiste num complexo em que a pessoa se encontra no seu centro e o enfermeiro possui capacidades e competências capazes de atuar de forma determinante nesse fenómeno. Barr et al. (2013) mencionam que a capacidade de avaliar a dor com fiabilidade configura-se como a base para um tratamento eficaz da mesma. Devido à sua subjetividade, consiste num dos maiores desafios que

persiste nos cuidados de saúde, todavia, o desenvolvimento e a constante procura pelo aperfeiçoamento do conhecimento permitem-nos gerir a dor de forma mais diferenciada, um indicador de qualidade da prática de enfermagem. Neste sentido, monitorizei a dor e adequiei as estratégias não farmacológicas para o seu alívio (posicionamentos, deambulação, chuveiro quente, etc.), mantendo sempre um ambiente calmo e acolhedor.

Neste sentido, reforço que cuidar em enfermagem proporciona um acesso particular à pessoa a quem prestamos cuidados, no caso as grávidas, sendo um ato que se caracteriza por um conjunto de dimensões de ordem técnica e humana profundamente interdependentes, que se constituem como um todo inseparável. Assim, adaptei sempre um olhar por dentro de cada grávida, ou seja, por dentro a experiência que estava a vivenciar. “Importa olhar o outro como experiência corporal, experiência emocional, experiência relacional e experiência espiritual. Independentemente das situações que ocorrem, estas experiências permanecem, seja na saúde ou seja na doença” (Pereira, 2015, p. 2146). A mesma autora acrescenta que “Cuidar em enfermagem é sobretudo uma resposta pessoal em que a ênfase é colocada na relação interpessoal”, o que implicou de minha parte uma relação terapêutica para que pudesse gerir eficazmente a dor, promovendo conforto físico e psicológico.

No serviço de patologia materno-fetal, a dor é um sinal cardinal da grávida, ela leva-nos a pesquisar o bem-estar da díade e a correlacionar a dor referida com o diagnóstico em questão.

Adquirir o máximo de experiências, de modo a cumprir / superar as experiências mínimas exigidas

Para alcançar este objetivo, para além de aproveitar as oportunidades de aprendizagem, observei e analisei os cuidados de forma individualizada para poder dar resposta às necessidades reais de cada grávida. Para tal, procurei estar presente em qualquer oportunidade de aprendizagem que surgisse, registando diariamente as atividades desenvolvidas no estágio, como consta em anexo. Diariamente refleti acerca dos cuidados prestados e observados, para que pudesse verter essas experiências no presente relatório com base na evidência científica.

A prática baseada na evidência suporta a tomada de decisão sobre os cuidados a prestar, baseados na investigação e integração dos melhores resultados da investigação, nas preferências dos doentes, nos recursos disponíveis e na competência clínicas, de acordo com um processo e parâmetros rigorosos previamente definidos (Chicória, 2013). A investigação científica, de acordo com a mesma autora, pela necessidade contínua de integração dos seus mais recentes conhecimentos na prática profissional possui, como principais objetivos, promover intervenções efetivas, desenvolver cuidados eficientes e melhores os resultados em saúde, com surgimento de ganhos positivos na saúde da pessoa cuidada.

“A prática clínica atualizada, fundamentada nos resultados da investigação científica, está associada à segurança da decisão clínica, à qualidade dos cuidados e à confiança depositada na prática clínica que tornam a Enfermagem uma profissão mais desenvolvida, com um campo de atuação autónoma mais amplificado, distanciando-se da subordinação ao corpo médico. A prática baseada na evidência surge, portanto, como potenciadora da decisão clínica segura, da qualidade dos cuidados e da autonomia em enfermagem” (Pina, Veiga-Branco, Cunha, Duarte & Silva, 2020, p. 129).

Mais do que desenvolver evidência científica, em Enfermagem, devidamente credível, atualizada e com extrema relevância para a prática de cuidados ambiciona-se, concomitantemente, que esta seja alicerçada nos valores de segurança e qualidade de cuidados onde também a reflexão sobre aquilo que se faz, aquilo que se pretende fazer e aquilo que é preconizado realizar seja um *continuum*.

Tendo por base o exposto e a prática clínica, sempre que prestei cuidados tive como preocupação em ser assertiva, prestando esses cuidados fundamentados na teoria e baseados na evidência científica. Neste âmbito, refiro que as Enfermeiras Tutoras mostraram sempre receptividade para esclarecer todas as dúvidas que coloquei, ambas foram um contributo fulcral, e extremamente importante para o meu desenvolvimento profissional.

Colaborar em atividades de formação profissional ou à grávida / família com o intuito da melhoria de cuidados de enfermagem

Como forma de responder às necessidades do serviço, elaborei a folha de colheita de dados da grávida (cf. Anexo IV), tendo como base a folha em formato papel que já existia, os dados pedidos no programa informático da “*Glint*” e a informação transmitida pelas minhas enfermeiras tutoras ao longo do estágio. Na prática profissional torna-se imperativo valorizar e registar todas as intervenções que traduzam o cuidar, na medida em que estas são centrais no quotidiano dos enfermeiros, contribuindo grandemente para a melhoria dos cuidados prestados e para elevar a visibilidade da enfermagem junto dos utentes e suas famílias (Martins et al., 2008). Mota, Ferreira e Sousa (2014, p. 86) referem que “a qualidade dos cuidados prestados está diretamente relacionada com a qualidade da informação disponível aos profissionais de saúde e a gestão da informação clínica é uma parte fundamental da sua atividade diária”.

Em conformidade com os mesmos autores supracitados, os registos de enfermagem têm de espelhar o pensamento crítico do enfermeiro, sustentando a tomada de decisão relativa aos cuidados planeados, devendo descrever todos os problemas que o utente apresenta, as intervenções de enfermagem que com este foram acordadas e efetuadas, bem como os resultados obtidos. Face a um problema que mantém a necessidade de cuidados em enfermagem, deve ficar apresentada a reavaliação da situação clínica do utente e quais as intervenções adicionais que foram implementadas até que o problema se encontre resolvido (Jesus & Sousa, 2011).

3. Enfermagem em ginecologia

O presente capítulo surge, no âmbito da realização do estágio de “Enfermagem em Ginecologia”. A sua pertinência justifica-se, dado que de acordo com o RCEESMO, no primeiro ponto, do seu artigo 4º, alínea f, é da competência do EESMO cuidar “a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar os processos de saúde/doença ginecológica (2010, p.2).

Este estágio teve lugar no serviço de Internamento de Ginecologia, sob a orientação de EESMOS, no período de 17 de Maio a 4 de Junho 2021, com uma totalidade de 72 horas de contacto. A realização deste capítulo tem como objetivo geral projetar os objetivos relativos a este ensino clínico, descrever e refletir acerca das atividades e competências desenvolvidas durante o estágio no internamento de ginecologia.

**IDENTIFICAR A DINÂMICA ORGANIZACIONAL E FUNCIONAL DO SERVIÇO,
COM ESPECIAL ATENÇÃO PARA O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
NO INTERNAMENTO DE GINECOLOGIA**

Este foi o primeiro objetivo a ser delineado, pois para uma correta integração e posterior cumprimento de outros objetivos, é fundamental conhecermos a estrutura física, recursos humanos e dinâmica funcional do serviço. Tive este trabalho bastante facilitado, uma vez que o espaço físico de internamento de ginecologia é o mesmo que para a patologia de gravidez, apesar de existirem enfermarias dedicadas a cada situação.

Neste estágio tive oportunidade de trabalhar diretamente com mais profissionais do serviço, uma vez que não estão contemplados cuidados pelo EESMO a estas utentes, mas sim por todos os enfermeiros, especialistas ou não. O método de trabalho continua a ser o método individual, mas com prestação de cuidados personalizados e com enorme espírito de ajuda e de equipa.

As mulheres internadas neste serviço são submetidas a cirurgia mamária (mastectomias, tumorectomias, pesquisas de gânglio sentinela, esvaziamento axilar), a cirurgia ginecologia (histerectomias, salpingectomias, ooforectomias, etc.) ou cirurgias do foro urológico, no que se refere por exemplo a cirurgias para corrigir a incontinência urinária e o prolapso de órgãos pélvicos, entre outras. Existem ainda duas vagas para utentes submetidas a cuidados cirúrgicos pela Cirurgia Plástica e Reconstructiva.

É um serviço bastante dinâmico e com grande rotatividade de pessoas internadas, com um elevado número de altas e de acolhimentos diários. Existe um quarto que está reservado para puérperas ou utentes com suspeita ou Covid-19 confirmado.

Devo salientar que me senti rapidamente integrada na rotina do serviço, essencialmente devido ao acolhimento que me foi feito pela equipa de enfermagem, já desde o estágio anterior. Este sentimento foi muito motivador e fez com que também este estágio se tornasse extremamente enriquecedor em termos de conhecimentos e a nível relacional. A equipa é, sem dúvida, extremamente simpática e prestável, o que torna a aprendizagem muito mais facilitada.

**APERFEIÇOAR COMPETÊNCIAS PEDAGÓGICAS, RELACIONAIS E
COMUNICACIONAIS, ADAPTANDO AS ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS ÀS
NECESSIDADES DA MULHER**

As competências relacionais assumem-se de extrema importância, pois delas depende o sucesso das nossas relações e de proximidade com a mulher, de forma a mais facilmente podermos satisfazer as suas necessidades reais, sob um ponto de vista holístico. O tipo de relação que se desenvolve influencia muito a qualidade dos cuidados prestados e o nível de confiança que as mulheres esperam de nós. Assim, posso dizer que adotei um comportamento assertivo e de interajuda com a equipa da qual fiz parte. Tentei sempre respeitar e colaborar com a equipa, que também se demonstrou bastante disponível quando solicitada.

Este campo de estágio foi muito rico em termos de experiências no acompanhamento da mulher que se encontra clínica e emocionalmente instável. Esta experiência é vivenciada de forma singular por cada mulher, devendo o EESMO estar sensibilizado para esta realidade. Como tal, na minha prestação de cuidados à mulher, procurei estabelecer uma relação de ajuda, demonstrando respeito, empatia e disponibilidade para com as mulheres, prestando cuidados culturalmente congruentes, respeitando as suas crenças e valores e abstenho-me de juízos de valor.

Uma mulher submetida a cirurgia da mama, particularmente mastectomia, para além de sujeita a toda a ansiedade que acarreta uma cirurgia, está, também sujeita a uma redefinição da imagem corporal. Falo especificamente da mastectomia, porque foi a situação que mais me impressionou pelo impacto que tem na imagem enquanto mulher e como perda de parte da sua identificação.

A aceitação de perder uma parte do corpo, tão ligada à beleza feminina, é um desafio que estas mulheres são obrigadas a atravessar, sendo, por vezes, encarada como uma mutilação e com um processo de luto inerente. A forma como encaram essa vivência da doença depende de vários fatores, nomeadamente, da idade, do suporte familiar, do apoio do companheiro/a, da forma como ela própria se vê enquanto mulher, etc. O facto de estas mulheres não terem a oportunidade da presença dos seus familiares dada a pandemia por Covid-19, é um fator que irrefutavelmente dificulta muito o processo de aceitação deste procedimento.

Fui-me apercebendo que algumas das utentes passaram inicialmente, uma fase de negação, onde lhes era quase impossível sequer olharem para a sutura da ferida cirúrgica. Nesses momentos recordei a teoria das transições de Afaf Ibrahim Meleis que nos diz que a transição é como uma passagem, ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, que implica um processo, uma direção e alterações em padrões fundamentais da vida (Meleis et al, 1994). Para os mesmos autores a transição é um dos conceitos centrais da disciplina de Enfermagem, uma vez que os encontros entre os utentes e os enfermeiros ocorrem frequentemente durante períodos de instabilidade causadas por mudanças desenvolvimentais, situacionais ou de saúde/doença. A recusa de confronto com a ferida cirúrgica deve ser um sinal de alerta para o EESMO uma vez que a mastectomia implica obrigatoriamente uma fase de transição e que cabe ao enfermeiro promover a adaptação da mulher mastectomizada à sua nova condição, acompanhando-a e direcionando-a no caminho rumo à aceitação pessoal da sua nova autoimagem e reforço da reconstrução da sua autoestima.

Para todas as situações procurei sempre utilizar uma linguagem assertiva, por forma a transmitir calma e segurança, explicando sempre os procedimentos que ia realizar. O respeito pelo seu estado físico e emocional e a atenção às suas manifestações verbais e não-verbais, bem como o respeito pela sua privacidade também foram uma preocupação constante. Tive sempre o cuidado em incentivar as utentes a participarem nos seus cuidados, no sentido de desenvolverem a sua independência. De igual modo, procurei sempre identificar défices de conhecimentos através de entrevistas não formais durante a prestação de cuidados e preparei assertivamente a alta da mulher.

Confesso que lidar com pessoas com doenças oncológicas é para mim bastante exigente. Para mim que anseio trabalhar com o momento do nascimento, um diagnóstico oncológico ainda está muito associado à possibilidade da morte. Senti muitas vezes necessidade de fazer previamente uma preparação pessoal para abordar algumas das

utentes com que me depararia ao longo do turno. Mas, tenho a certeza de que com a experiência futura estes receios e ansiedade se irão desvanecer, pelo menos em parte, tornando-me mais forte. O facto de os maridos/companheiros (as) não acompanharem presencialmente o pós-operatório faz com que elas sintam que eles nunca vão ser capazes de entender a situação que por estão a passar. Considero que o enfermeiro se encontra numa posição privilegiada para detetar estas situações e dar apoio emocional à mulher, respeitando a sua individualidade e os seus sentimentos, procurando, se necessário, a colaboração de outros profissionais de saúde para o seu encaminhamento. Pude aperceber-me desta “sensibilidade” por parte das enfermeiras do serviço. Constatei que todos os elementos da equipa têm uma capacidade incrível de ouvir e de ajudar. E por isso devo, sem dúvida, prestar a minha sincera homenagem a esta equipa de enfermagem. São mulheres que cuidam de mulheres, são mulheres que apesar de todos os dias recearem estar no lugar daquelas que cuidam prestam cuidados científicos e humanizados de excelência. Enquanto mulher deixo aqui o meu muito obrigada a elas.

**DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS E CIENTÍFICAS QUE PERMITAM
PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS DE FORMA A
PROMOVER A SAÚDE, DETETAR E PREVENIR COMPLICAÇÕES E
INCENTIVAR A READAPTAÇÃO DA MULHER**

Este objetivo constituiu o meu maior desafio em termos de desenvolvimento e aquisição de competências neste estágio. Prestar cuidados de enfermagem especializados em ginecologia exige, para além de um grande conjunto de conhecimentos, uma grande prática a nível de desempenho, que só a experiência e o tempo podem trazer. Se inicialmente senti algum receio, com o decorrer do estágio fui adquirindo maior grau de confiança e de conhecimentos, tornando-se mais fácil a realização das atividades de forma autónoma. Como já referi, devo muito ao acolhimento e integração feita pela equipa de enfermagem. Por outro lado, assumiu-se como extremamente importante a promoção do acolhimento e a integração da mulher na unidade, estabelecendo continuamente uma relação empática e de confiança, através de uma comunicação assertiva.

Planeei os cuidados em função das necessidades identificadas, através do estabelecimento de prioridades e aplicação de conhecimentos teórico-práticos, enunciando diagnósticos de enfermagem, passando também a minha ação pelo executar e avaliar as intervenções de enfermagem, expondo os ganhos em saúde na mulher com patologia do

aparelho génito-urinário e /ou mama. Prestei cuidados especializados pré e pós-cirúrgicos, de acordo com os diagnósticos de enfermagem.

Foram várias as patologias/cirurgias que acompanhei, nomeadamente: neoplasia intraepitelial da vulva, o carcinoma da mama, a infertilidade secundária, o carcinoma do ovário, a gravidez ectópica, a laqueação tubária, a histerectomia, a cirurgia *tension-free vaginal obturator tape (TVT-O)* e a curetagem por aborto retido.

Neoplasia Intraepitelial Da Vulva

A neoplasia intraepitelial da vulva (VIN) é uma denominação que foi introduzida inicialmente pela International Society for Study of Vulvo-vaginal Diseases (ISSVD) e reconhecida posteriormente pela International Society of Gynaecological Pathology (ISGYP) e Organização Mundial da Saúde. É uma entidade patológica a que correspondem as VIN de tipo usual (verrucoso, basalióide e misto) e as VIN de tipo diferenciado. A incidência das lesões de VIN tem aumentado progressivamente, principalmente em mulheres jovens (Fonseca-Moutinho 2008).

A remoção completa da vulva, designa-se de vulvectomy radical. É o tratamento de 1ª linha da neoplasia vulvar, que representa cerca de 4% das neoplasias ginecológicas e em 50% dos casos. Os grandes lábios a localização mais frequente. Pode ser classificada em vulvectomy cutânea, simples, radical modificada ou radical. Além do tratamento da patologia em si, e também necessário proceder ao tratamento das suas complicações, tais como a *má cicatrização, infeção ou hemorragia. Para tal é necessário rigor no que diz respeito à limpeza e à realização dos pensos* (Lakhwani et al., 2019).

Foi muito difícil lidar com a doente submetida a vulvectomy, uma vez que se tratava de uma mulher sexualmente ativa e que teria que interromper a relação sexual com penetração dada a sutura encerrada com que tinha ficado. Trata-se de uma cirurgia com risco acrescido de infeção dado o local, e a fase pós cirúrgica ser muito dolorosa. Muitas das mulheres submetidas a vulvectomy permaneciam algaliadas após a alta o que compromete ainda mais a feminilidade destas mulheres. Neste sentido, é fundamental o apoio emocional que lhes possamos dar, para que estas consigam enfrentar este momento tão complexo da sua vida.

Carcinoma da Mama

Tive a oportunidade de assistir utentes submetidas a mastectomia por carcinoma da mama.

A mastectomia é a cirurgia de remoção do tecido mamário por alterações benignas (patologia do tecido conjuntivo, como esclerodermia ou Lúpus) ou oncológicas – preventivas ou de tratamento; sendo que atualmente já é possível que algumas tipologias de procedimento conservem toda a parte cutânea e específica da mama. Existem cinco tipologias de mastectomia, unilateral ou bilateral:

- Mastectomia simples ou total - remoção de toda a mama, sem remoção de tecido muscular, habitualmente sem remoção da cadeia linfática axilar;
- Mastectomia radical modificada - remoção de toda a mama e cadeia linfática axilar, sem remoção de tecido muscular;
- Mastectomia radical - a mais extensa, que envolve remoção de toda a mama
- Mastectomia parcial - remoção do tecido tumoral com margem de segurança de tecido sem material oncológico, pode haver linfectomia (mas na linfectomia não há necessariamente remoção de tecido mamário);
- Mastectomia com preservação (ou poupadora) do mamilo - há remoção de todo o tecido mamário, exceto do mamilo que é preservado).

Após a mastectomia é comum que as mulheres refiram dor, calor, rubor e edema ou parestesias; maior cansaço e menor tolerância ao esforço nas 2 semanas seguintes (Hopkins, 2021).

Todos os dias, após a cirurgia, revia e validava os ensinamentos que realizava após a cirurgia: manter o braço afetado afastado do corpo cerca de 20 cm e apoiado sobre uma almofada, mão e o cotovelo mais elevados que o ombro; fazendo com que a mão fizesse alguma compressão no local da cicatriz, vestir primeiro o braço afetado, e despir primeiro o braço não afetado, a necessidade de adaptação à nova imagem, não pegar em pesos, evitar roupa apertada, evitar procedimentos invasivos neste membro, mesmo que sem esvaziamento axilar (Direcção-Geral de Saúde, 2003).

Percebi que esta validação de ensinamentos é tão essencial quanto os ensinamentos *per se*, já que o primeiro dia pós cirúrgico é sujeito a “uma tempestade” de informações e procedimentos.

Existe uma equipa de mulheres que são de importância extrema na adaptação da nova vida destas utentes. A Enfermeira presidente da Liga Portuguesa Contra o Cancro nesta cidade, em era pré Covid-19 visitava estas mulheres junto com a sua equipa. Também elas todas já submetidas a mastectomias. Após o início da pandemia estas visitas deixaram de acontecer, mas ainda assim ela mantém a criação manual de uma almofada em forma de

coração, e colocam dentro de um saco da liga junto com mama de algodão e panfletos e entregam no serviço, para que a equipa de enfermagem faça chegar este material às utentes. Ainda assim faz questão de se manter presente na vida destas mulheres, pede que lhe seja facultado o contacto para que após a alta entre em contacto com as mesmas para perceber de que forma pode ajudar ao processo.

Rodrigues et al. (2017) reforça dizendo que os profissionais de saúde, no caso concreto os enfermeiros, devem orientar a mulher a perceber as suas 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. Neste sentido, o EESMO assume-se como uma figura de apoio para que a mulher possa expressar todo o sofrimento experienciado. Devemos permitir que a mulher vivencie cada uma das fases do tratamento e que expresse cada reação emocional decorrente das diversas etapas. Penso que o nosso papel é fundamental em termos de proporcionar um meio calmo e acolhedor, explicação de todos os procedimentos, ajudar a diminuir a ansiedade da utente, acalmá-la e a garantir a sua privacidade. São aspetos que podem parecer mínimos, mas que, para quem está numa situação vulnerável, tornam-se bastante importantes, tendo em conta que o cancro da mama e os tratamentos que associados afetam a condição de saúde física, psicológica e social da mulher.

Em termos de vigilância, o enfermeiro deve estar atento a eventuais sinais de hemorragia, infeção, dor, edema (linfedema se houve esvaziamento linfático), alteração da cicatrização, sensibilidade ou dor ao nível do ombro, parestesias ou hematoma local. São cuidados inerentes à mastectomia a monitorização de sinais vitais, penso compressivo, vigilância da cicatriz, com a devida limpeza, desinfeção e realização frequente dos pensos, com reconhecimento dos sinais de alarme, nomeadamente em caso de infeção (NHS 2021).

O esvaziamento linfático é realizado consoante a avaliação do estadiamento axilar. A técnica de biópsia do gânglio sentinela permite um estadiamento ganglionar preciso com menor morbilidade que o esvaziamento axilar, e pode ser usada com cirurgia conservadora ou mastectomia. Deverá ser efetuado esvaziamento axilar quando o gânglio sentinela se encontrar metastizado, ou quando o mapeamento linfático não o identificar. Regra geral, qualquer gânglio duro, ou aumentado de tamanho, é removido e analisado como um gânglio sentinela. (Gervásio, 2009)

Gravidez Ectópica e Infertilidade Secundária (Laparoscopia e Laparotomia)

Tive oportunidade de prestar cuidados a mulheres submetidas a ambas as cirurgias, por motivos de salpingectomia por gravidez ectópica ou para estudo de infertilidade secundária.

No primeiro caso, as mulheres apresentavam muito receio do que o futuro lhes traria em termos de concepção, no segundo caso as mulheres apresentavam muito receio que algo pudesse correr mal com a cirurgia, e deixassem os seus filhos e não aceitavam que como já estiveram grávidas e geraram uma criança saudável, nunca tivessem sido observadas as alterações. O EESMO tem um papel importantíssimo em informar, em empoderar as mulheres acerca de ambas as cirurgias e ambas as situações. Enquanto futura EESMO, mãe e mulher que sou, é impossível não permanecer na minha lembrança o olhar destas utentes enquanto lhes prestava os cuidados (físicos e emocionais).

Define-se como gravidez ectópica a implantação do blastocisto fora da cavidade uterina. Esta tem uma incidência aproximada de 1-2% de todas as gravidezes. É ainda a maior causa de morte por complicações da gravidez no primeiro trimestre. É diagnosticada quando a β HCG (hormona gonadotrofina coriónica humana) se situa entre 1.000-2.000mUI/ml e: não se observa saco gestacional na cavidade uterina; há observação de uma massa anexial complexa ou há observação de sangue na cavidade peritoneal. Atualmente, quase todos os casos de gravidez ectópica podem ser tratados por laparoscopia, sendo a laparotomia também uma possibilidade, no entanto a laparoscopia é uma cirurgia é mais rápida, o internamento é mais curto e a recuperação é mais fácil (Barros, 2010).

A OMS define infertilidade como uma doença do sistema reprodutivo que resulta na incapacidade de obter uma gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção. Após um ano, deve ser iniciado um processo de avaliação de eventuais fatores envolvidos. A probabilidade da ocorrência de uma gravidez em cada ciclo menstrual é de cerca de 20% a 25%. Considera-se primária quando não houve uma gravidez prévia e secundária nas demais situações, mesmo que a gravidez tenha resultado em aborto ou ectópica. Na mulher, a patologia ginecológica está presente em 30-40% das situações (endometriose 5%, doença tubária 15%, entre outras) e a ausência de ovulação em 14-15%. Em aproximadamente 10% dos casais não é possível estabelecer uma causa (Direcção-Geral da Saúde, 2011).

A laparotomia é uma cirurgia abdominal exploradora, que após uma incisão cutânea permite a avaliação da região abdominal (intestinos, apêndice, rins, fígado) e pélvica (útero, trompas, ovários, bexiga), além da realização de biópsia, terapêutica local intra-abdominal ou avaliação da extensão de qualquer lesão ou patologia [endometriose, doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica, neoplasia do ovário, qualquer processo infeccioso, avaliação de causa ou etiologia para queixas algicas graves sem causa aparente ou hemorragia incontroável). O tratamento pós cirúrgico passa por analgesia, anti coagulação com enoxaparina, repouso nas primeiras 6 semanas, mobilização precoce, limpeza e desinfeção da ferida operatória à data de alta, avaliação de temperatura e de aparecimento de sinais inflamatórios (Nayara Health, 2020).

A laparoscopia consiste em uma pequena incisão na região a ser examinada ou tratada, por onde introduz o laparoscópio (aparelho por meio do qual irá visualizar e tratar a

região abordada), que consiste num fino tubo de fibras óticas, através do qual se pode visualizar os órgãos internos e fazer intervenções diagnósticas ou terapêuticas. Outras pequenas incisões podem ser necessárias para introduzir os instrumentos cirúrgicos. Se a cirurgia for no abdómen é introduzida uma determinada quantidade de gás (dióxido de carbono) dentro da cavidade abdominal com o objetivo de a expandir e de criar um campo para se realizar a cirurgia. Esta técnica tem a vantagem de ser minimamente invasiva, logo com menos risco de trauma, de hemorragia, menos dor e uma recuperação mais rápida, sendo menor a taxa de infeções e a ocorrência de aderências pós-operatórias (Nayara Health,2020). A laparoscopia causa bastante desconforto às mulheres pela quantidade de ar que se mantém na cavidade toraco-abdominal. Se, por um lado, ficam tranquilas por se tratar de laparoscopia, por outro lado, na pós-cirurgia referem ser muito incomodativo.

Histerectomia Vaginal

Uma histerectomia total ocorre quando o útero e o colo do útero são removidos. A histerectomia radical, ou histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral, ocorre quando o útero e o colo do útero são removidos junto com as estruturas vizinhas, como os ovários e as trompas de falópio. O motivo mais comum para uma histerectomia são os miomas uterinos, endometriose, adenomiose, prolapso uterino, HUA, dor pélvica crónica ou carcinoma. Pode ser realizada por via abdominal (laparotomia), laparoscopicamente ou vaginalmente. O método será baseado no motivo da cirurgia, além de outras considerações de saúde (Biggers, 2017).

Contatei com utentes que realizaram esta cirurgia por via vaginal. O maior desconforto referido por estas utentes passava pela manutenção da algaliação até 24h de pós-operatório, além das dores abdominais e da necessidade de repouso absoluto durante o mesmo tempo. No que diz respeito às preocupações com a cirurgia, muitas referiam receio em termos sexuais, nomeadamente de menos lubrificação vaginal. Os ensinamentos por parte da equipa de enfermagem são de extrema importância para a tranquilidade destas utentes.

A maioria dos contatos que tive com esta intervenção, não foram por necessidade de saúde, mas sim por opção, e como tal, tornou a relação terapêutica menos “pesada”. No que diz respeito à prestação de cuidados a mulheres por sofrir de patologia, aqui sim, o trabalho tornou-se mais exigente. Uma delas estava ainda em idade fértil, com o diagnóstico de carcinoma do útero. Uma cirurgia é sempre algo que causa anseios e medos em qualquer utente, no entanto este procedimento alberga também a nuvem negra da infertilidade numa mulher que sempre sonhou com a maternidade. Não pude deixar de refletir que esta utente viveu também uma perda gestacional, de uma gestação com que sonhou, mas que nunca viria a acontecer.

Hemorragia Uterina Anormal

Hemorragia uterina anormal (HUA) é a designação proposta pela FIGO para os

casos de hemorragia de origem uterina anormal em duração, volume, frequência e/ou regularidade, na ausência de gravidez, sendo que também a hemorragia mesmo que fora da idade reprodutiva, é também 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).

Os cuidados a estas utentes passaram pela avaliação ginecológica, monitorização de perdas sanguíneas utilizando a avaliação da saturação do penso íntimo, avaliação de urina com vista ao despiste da hematúria, avaliação cutânea, tal como a verificação de palidez, hematomas, petéquias e a dor, presença de astenia, tonturas, monitorização dos sinais vitais, para verificação de tonturas, taquicardia ou bradicardia.

Cuidar estas mulheres acabou por treinar a minha capacidade de fazer com que ansiedade não se sobreponha à tranquilidade, uma vez que a hemorragia é um sinal clínico que causa bastante ansiedade às mulheres, dado que estas estão em constante auto-verificação deste problema.

Cirurgia TVT-O

A incontinência urinária de esforço (IUE) é um problema comum, com uma prevalência que varia entre 20 a 40% das mulheres, com idades compreendidas entre 15 e 64 anos, com um enorme impacto psicossocial, não só nas doentes, como também nas suas famílias. A IUE é definida como toda a situação de perda involuntária de urina associada a esforços, como correr, tossir, rir ou espirrar. As alterações comportamentais e intervenções conservadoras, tais como a fisioterapia com vista ao fortalecimento do pavimento pélvico são opções de intervenção, no entanto além de pouco eficazes, raramente são curativas. Assim o tratamento cirúrgico denominado de tension-free vaginal obturator tape (TVT-O) com slings (fita de polipropileno) dispostos sob uretra média, que passam sob a membrana ou músculo obturador tornou-se o procedimento preferencial (Sousa et al, 2014).

Esta intervenção mostra-se como uma mais valia na vida das mulheres uma vez que, segundo elas mesma relataram, existiam demasiadas situações em que a IUE tornava o seu dia-a-dia bastante mais complicado, como por exemplo no convívio com os familiares, parceiro sexual, colegas de trabalho e amigos, dado o medo da perda urinária nestes contextos.

Os cuidados de enfermagem no pós-operatório inerentes a este procedimento passam por incentivar à micção idealmente nas primeiras três horas após a cirurgia, a monitorização dos sinais de alarme de pós-operatório. Após a alta, a utente deve promover uma alimentação que previna episódios de obstipação, evitar comportamentos que aumentem o risco de infeção, evitar esforços pélvicos e abdominais até posterior avaliação médica, e estimular o treino da bexiga, urinando com frequência (Abu Karaki et al., 2016).

Os ensinamentos são bastante importantes neste procedimento, e para tal elaborei em conjunto com as minhas tutoras o panfleto para a alta (Anexo V).

Curetagem por Aborto Retido

Tive ainda a oportunidade de prestar cuidados a uma mulher que foi submetida a uma curetagem por aborto retido. A primeira indicação é para a atitude expectante após deteção da não viabilidade fetal. Caso não exista expulsão do produto de concepção, inicia-se a terapêutica com misoprostol. Caso esta não resulte, então passa-se à intervenção cirúrgica. Diz-nos a Direcção Geral de Saúde (2007) que no caso de insucesso da indução médica, ou de o aborto ser incompleto, será indispensável a abordagem cirúrgica, pelo que todos os locais onde aquele método seja disponibilizado devem ter a capacidade de intervir cirurgicamente quando necessário.

Após a confirmação de que a mulher está grávida, em momento algum é expectável que tal notícia seja, no decurso da gravidez ou no período neonatal, acompanhada da palavra morte. Tal como o nascimento de um filho é vivenciado com extrema glória e alegria pelos progenitores, a morte é um complexo e avassalador acontecimento inesperado e trágico. Para Silva, Costa, e Martins (2019, p. 78) as perdas gestacionais surgem como “acontecimentos que afetam o casal e podem desencadear processos de sofrimento, onde são observadas manifestações de dor, como tristeza, desapontamento, culpa e angústia, sendo ambos os pais afetados pela perda, e as reações de cada elemento do casal à perda, não são independentes.” Verifiquei que as mulheres, que necessitam de intervenção cirúrgica chegam a levar mais de um mês até à cirurgia. O que torna este processo de luto bastante penoso e prolongado.

Em suma, a prestação de cuidados em todos os casos que referenciei levaram-me a aprofundar os meus conhecimentos perante cada patologia de forma de forma a poder prestar cuidados progressivamente mais acurados e especializados. Procurei sempre planear cuidados em função das necessidades identificadas, validando a eficácia das minhas intervenções e avaliando a evolução da situação em função dos cuidados prestados e resultados esperados.

Uma vez que o tempo de internamento é relativamente curto, torna-se fundamental sistematizar as atividades de enfermagem a desenvolver, a fim de atender a todas as necessidades da mulher. Por conseguinte, considero muito importante que se desenvolva uma relação de confiança entre enfermeiro/mulher, sendo o seu início logo no momento do acolhimento. Este momento é fundamental para que, no futuro, a utente sinta segurança na informação dada pela equipa de enfermagem e que esteja à vontade para esclarecer dúvidas. Tendo consciência desta realidade, procurei proporcionar um acolhimento à mulher personalizado, transmitindo empatia, confiança e disponibilidade, tentando diminuir a sua ansiedade inerente ao internamento e à sua patologia. Para tal, expliquei sempre os procedimentos e tratamentos a realizar, aproveitando todas as oportunidades para fazer

ensinos.

Orientei as mulheres sobre saúde ginecológica, informando-as sobre os recursos na comunidade e no hospital, fomentando a ligação entre a mulher e a Liga Portuguesa Contra o Cancro da Mama e ofereci, tal como já referi anteriormente, o *kit* de apoio à mulher após a mastectomia da Liga Portuguesa Contra o Cancro.

A educação para a saúde é, sem dúvida, uma das principais funções de um enfermeiro especialista, devendo estar presente em todas as áreas de atuação, nomeadamente antecipar o diagnóstico potencial e prevenir “complicações relacionadas com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 7).

Uma cirurgia bem-sucedida depende, em muito, do estilo de vida que cada um adota no futuro. No decorrer deste estágio, as oportunidades de educação para a saúde foram diversas, em que procurei esclarecer e efetuar ensinos de forma personalizada, tendo em conta as características únicas da pessoa.

Sendo um momento de grande tensão, nervosismo e dúvidas para as utentes, procurei adequar a informação às necessidades detetadas, avaliando e reforçando ensinos anteriores e acrescentando novos conhecimentos de forma gradual. Para tal, utilizei uma linguagem adequada ao nível de compreensão da mulher, considerando as suas características socioculturais.

Em síntese, apliquei a metodologia de trabalho através do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de Enfermagem integrados e globais, tendo por base os princípios científicos nos diferentes ensinos clínicos. Pelo que posso considerar que alcancei os objetivos a que me propus.

**COMPREENDER O MODO COMO A MULHER COM PATOLOGIA
GINECOLÓGICA É ORIENTADA/ENCAMINHADA**

Neste estágio foi-me fornecida a informação sobre os demais serviços que existem para a mulher com afeção do aparelho génito-urinário e/ou mama. Serviços pelos quais, muitas vezes, a mulher passa ao longo do seu tratamento, em diferentes fases do mesmo. Isso permite-me, enquanto futura EESMO, ter uma visão global do “percurso” que a mulher faz e estar mais preparada para encaminhar ou prestar esclarecimentos, no futuro, acerca da dinâmica daquele que também é o hospital onde exerço funções.

As mulheres com patologia oncológica submetidas a tratamento cirúrgico poderão necessitar de tratamento adjuvante (tratamento administrado após um tratamento considerado definitivo) ou neoadjuvante tal como quimioterapia; hormonoterapia; radioterapia; imunoterapia ou terapia-alvo. Poderão até chegar até nós com algum destes tratamentos já efetuados. Infelizmente, Viseu não é ainda detentor de tratamento oncológico, e, portanto, as mulheres que necessitam deste tipo de tratamento têm sempre que se mobilizar para fora da cidade

(habitualmente para Coimbra ou para Vila Real).

Como já referi anteriormente, no que diz respeito à conexão com a Liga Portuguesa contra o Cancro da Mama, estas mulheres são contactadas pela Enfermeira após a alta.

Qualquer utente fica após a alta ficam sempre com consulta externa agendada, que poderá funcionar em teleconsulta ou em regime presencial.

A todas é oferecido o contato do serviço para que, qualquer questão, dúvida ou preocupação seja, facilmente abordada pela equipa de enfermagem.

ADQUIRIR O MÁXIMO DE EXPERIÊNCIAS

Para alcançar este objetivo, para além de aproveitar as oportunidades de aprendizagem, observei e analisei os cuidados de forma individualizada para poder dar resposta às necessidades reais de cada mulher. Para tal, procurei estar presente em qualquer oportunidade de aprendizagem que surgisse, registando diariamente as atividades desenvolvidas no estágio. Diariamente refleti acerca dos cuidados prestados e observados, para que pudesse transbordar essas experiências no presente relatório com base na evidência científica. Tentei sempre prestar cuidados de enfermagem promovendo a qualidade das práticas, tendo em conta as últimas evidências científicas, com especial atenção em intervenções inerentes às funções do EESMO. Assumi uma atitude responsável na prestação dos cuidados, assim como procurei o maior número de experiências aproveitando as oportunidades de aprendizagem.

O serviço dispões de protocolos bastante específicos e perceptíveis e tal tornou a minha prestação de cuidados bastante sustentada na necessidade individual de cada situação.

Mostrei-me disponível para acompanhar outros profissionais da equipa, além das minhas tutoras, para que fosse capaz de adquirir mais experiências, conhecimentos e práticas.

COLABORAR EM ATIVIDADES DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL OU À MULHER COM O INTUITO DA MELHORIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Para atingir este objetivo, procurei identificar as necessidades de formação e informação do serviço. Elaborei assim um folheto para a alta relativamente à cirurgia TVT-O. Este desdobrável foi elaborado após a deteção das áreas de défice de conhecimentos da mulher, ao transmitir informação às mesmas e ao proceder aos ensinamentos. Assumi também a postura de atender às solicitações das Enfermeiras Tutoras e atender às solicitações das mulheres, o que se constituiu momentos inigualáveis de grande aprendizagem.

4. Enfermagem em Puerpério

O presente capítulo surge no âmbito da realização do estágio “Enfermagem em Puerpério” que decorreu no serviço de internamento de Obstetrícia sob a orientação de EESMOS no período de 31 de Maio de 2021 a 28 de Junho de 2021, com a totalidade de 96 horas de contacto.

**IDENTIFICAR A DINÂMICA ORGANIZACIONAL E FUNCIONAL DO SERVIÇO,
COM ESPECIAL ATENÇÃO PARA O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
NO INTERNAMENTO DE PUERPÉRIO**

Este foi o primeiro objetivo delineado, na medida em que, para uma correta integração e posterior cumprimento de outros objetivos, é fundamental conhecermos a estrutura física, recursos humanos e dinâmica funcional do serviço, bem como conhecer a equipa multidisciplinar;

No primeiro dia de estágio foi-me apresentada a equipa e a estrutura física do serviço através de uma visita guiada efetuada pela EESMO. Posteriormente fui-me habituando ao espaço, à metodologia de trabalho e às atividades desenvolvidas.

Constatei que a metodologia de trabalho utilizada neste serviço é o método individual de trabalho, em que, apesar de todos implementarem as normas de atuação nos cuidados, cada um presta cuidados de forma personalizada e humanizada de acordo com o seu modo de ser e de trabalhar.

Solicitei documentos que me pudessem transmitir conhecimentos sobre a filosofia de cuidados praticada, consultei a equipa acerca da dinâmica do serviço e dos recursos existentes e analisei os recursos disponíveis. Assim, para um melhor conhecimento do serviço, consultei os seus guias orientadores, bem como as normas e protocolos aqui instituídos. Nestes encontram-se descritos de forma sistematizada as normas, rotinas, procedimentos e informação necessária para a prestação de cuidados de enfermagem em puerpério, o que permite a uniformização e rigor dos cuidados prestados à puérpera e RN.

O desenvolvimento das minhas atividades, em colaboração com a equipa multidisciplinar, ocorreu de forma progressiva. Desde o primeiro dia de estágio procurei logo participar nos cuidados prestados à puérpera e RN, tendo em atenção a dinâmica e rotinas do serviço. Gradualmente tornei-me mais autónoma, mas todas as vezes que surgiram dúvidas solicitei a presença e/ou opinião das enfermeiras tutoras ou de outra enfermeira.

Para haver qualidade nos cuidados de saúde é fundamental haver uma boa relação

entre a equipa multidisciplinar, em que o respeito e o trabalho em equipa são muito importantes. Neste sentido, procurei trabalhar em equipa com as assistentes operacionais e cooperar com a equipa médica, fornecendo-lhes informações sempre que solicitada. São os enfermeiros que passam 24 sobre 24 horas com as puérperas e RN. Penso que se conhecermos a sua situação, a sua evolução, detetando potenciais problemas e se soubermos transmitir essa informação à equipa médica de forma correta e científica, a nossa profissão será mais valorizada. Foi algo que pude constatar neste serviço.

Devo salientar que me senti rapidamente integrada no serviço, essencialmente devido ao acolhimento que me foi feito pela equipa de enfermagem. Este sentimento foi muito motivador e fez com que estágio se tornasse muito enriquecedor.

O serviço de puerpério não engloba a obrigatoriedade de um EESMO em cada turno. Penso que, apesar de ter observado uma equipa de excelência na prestação de cuidados, este aspeto deveria ser alvo de atenção, dado que o EESMO tem competências acrescidas ao cuidado da puérpera e ao RN. Aqui também ficam internadas as puérperas com patologia de risco, tais como pré-eclampsia, síndrome de HELLP, e, portanto, para mim, faz-me todo o sentido que estas puérperas ficassem ao cuidado de um EESMO.

**APERFEIÇOAR COMPETÊNCIAS PEDAGÓGICAS, RELACIONAIS E
COMUNICACIONAIS, ADAPTANDO AS ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS ÀS
NECESSIDADES DA PUERPERA/CASAL**

As competências relacionais assumem-se de extrema importância, pois delas dependerá o sucesso das relações entre profissionais e destes com as puérperas/casal. No meu ponto de vista, o tipo de relação que se desenvolve irá influenciar grandemente a qualidade dos cuidados prestados e o nível de confiança que depõem nos profissionais de saúde.

No meu ponto de vista, neste campo de estágio tem-se o privilégio de cuidar da pessoa numa das mais belas fases do ciclo vital – o nascimento de um filho. Esta fase caracteriza-se por um conjunto de emoções e sentimentos que diferem de mulher para mulher, devendo o EESMO estar sensibilizado para esta realidade, até porque, a mulher tem o direito de vivenciar o seu pós-parto como um momento único, individualizado, segundo as suas crenças, valores, costumes e dinâmica familiar, de forma a fortalecer os aspetos do processo fisiológico normal do nascimento.

Nesse sentido, na minha prestação de cuidados à puérpera, procurei estabelecer uma relação de ajuda, demonstrando respeito, empatia e disponibilidade, prestando cuidados culturalmente congruentes, respeitando as suas crenças e valores e abstendo-me de juízos de valor. Para tal, utilizei uma linguagem assertiva, procurando transmitir calma e segurança,

explicando sempre os procedimentos que ia realizar e fazendo ensinamentos oportunos. O respeito pelo seu estado físico e emocional e a atenção às suas manifestações verbais e não-verbais, bem como o respeito pela sua privacidade também foram uma preocupação constante. Pude perceber-me como a nossa disponibilidade, o nosso incentivo e os nossos ensinamentos podem diminuir a ansiedade da puérpera e dar-lhe mais autoconfiança, no sentido da independência no seu autocuidado e nos cuidados ao RN.

Ao estabelecer uma relação empática com as puérperas, criei oportunidades para que fosse possível o estabelecimento de uma ligação, dando do meu tempo para que este fosse suficiente para que se criasse uma ligação interpessoal. Para além de garantir um ambiente de privacidade, promovi um ambiente gerador de confiança que permitiu a expressão de emoções e anseios relativamente à transição para a parentalidade positiva. A enfermagem é reconhecida pela sua capacidade de compreender e cuidar do ser humano em geral, auxiliando-o nas suas questões de saúde. Neste sentido, o EESMO é um profissional capacitado para atender às necessidades holísticas da puérpera/casal e RN. Neste sentido, procurei sempre identificar défices de conhecimentos através de entrevistas não formais durante a prestação de cuidados.

Cardoso et al. (2015) sentenciam que dotar os pais de conhecimentos e de aptidões parentais deve integrar um dos focos primordiais das intervenções do EESMO, ainda antes do nascimento, a fim de aprimorar a confiança, a satisfação e a mestria no cumprimento do papel parental.

Tentei sempre que a minha postura perante a família fosse de a de estar disponível. Estar disponível era o meu principal objetivo durante o puerpério. Estar disponível para estar presente, para vigiar e detetar sinais de alerta prematuramente, para ensinar, instruir e treinar, e se o tempo de internamento o permitisse também supervisionar. A forma como as puérperas absorviam os meus ensinamentos, a confiança que depositavam em mim para de alguma forma as ajudar no seu processo de maternidade, fomentou uma enorme alegria e um sentimento de objetivo profissional alcançado.

As necessidades educativas do casal passam maioritariamente pelos ensinamentos acerca do banho e higiene do RN, cuidados ao coto umbilical, troca da fralda, segurança rodoviária, sinais de alarme relativos ao RN que devem levar a procura de serviço de urgência,

Tal como recomendado pela OMS, o **banho** deve ser dado apenas 24 horas após o nascimento e se isso não for possível por razões culturais, é expectável que sejam esperadas no mínimo seis horas, sendo aconselhada a não remoção do vernix. (Nações Unidas, 2018). O banho era dado no turno da manhã em conjunto com a puérpera. Procedia numa primeira abordagem à demonstrações e ensinamentos acerca dos critérios para escolher os produtos de

higiene, a frequência e horário do banho, como lavar os olhos, o pavilhão auricular, como dar o banho, como e quando cortar as unhas, material necessário para a troca da fralda, critérios sobre os produtos de higiene perineal, como lavar o períneo, sinais de eritema pela fralda. Senti que era importante alertar para o risco de hipotermia do RN em banho prolongado, ou ambiente frios. Tal como é dito pela Sociedade Portuguesa de Pediatria no RN o banho pode levar a hipotermia, aumento do consumo de oxigênio, stress respiratório e alteração dos sinais vitais, assim deve o banho deve ser realizado em sala aquecida, com tranquilidade e segurança (Carvalho & Markus, 2015). Para o mesmo autor a frequência da higiene é recomendada conforme necessidade e fatores culturais, no entanto 1 a 2 vezes por semana é razoável, ou quando necessário e os produtos de higiene adequados são aqueles que não alterem o pH normal da pele, e, portanto, o sabonete ideal deve ter um pH entre 4,5 e 6,5.

O momento do banho pareceu-me ser um momento ideal para conversar com os pais acerca do **coto umbilical**. Hoje em dia são várias recomendações relativamente aos cuidados ao coto umbilical, sem que exista consenso entre elas. Em uma revisão integrativa da literatura realizada por Cardão et al. (2017) foi constatado que a técnica do *dry care* é a mais apropriada para acautelar a onfalite e diminuir o tempo de cisão do coto em países desenvolvidos como Portugal, onde o risco de onfalite e de letalidade neonatal é reduzido, já nos países em desenvolvimento, com elevadas taxas de mortalidade infantil, aconselha-se a aplicação de clorhexidina. Neste internamento o ensino e o tratamento baseiam-se na técnica do *dry care*.

Neste momento abordava também a **troca da fralda**. Reforçava a necessidade da troca de fralda frequente, dada a sensibilidade cutânea da pele do bebé, e o risco acrescido da dermatite de fralda. Para Carvalho e Markus (2015) esta consiste em uma reação inflamatória aguda, uma das formas mais comuns de dermatite de contato por substâncias irritantes, uma combinação de fatores, dentre os quais o contato prolongado e a maceração causados pelas fraldas húmidas e materiais impermeáveis e a irritação causada pela urina e fezes. A prevenção é assim a melhor forma de combater tal situação: higiene adequada, trocas de fraldas frequentes de forma a reduzir a exposição da pele à urina e às fezes, exposição da pele do períneo ao ar pelo maior tempo possível.

CONTACTO PELE-A-PELE

A importância do contato pele a pele do RN é essencial apesar da necessidade de restrições temporárias durante a pandemia. Estando a realizar este estágio não posso deixar de refletir acerca da privação deste momento aos bebés que nasceram por cesariana. Uma vez que no bloco operatório não estão criadas as condições de segurança para a mãe e para

o filho realizarem contato pele a pele, este era realizado posteriormente no puerpério com o pai.

Os benefícios referidos pelo contato pele são imensos, tais com o aumento do vínculo entre a tríade, o favorecimento do desenvolvimento neurocomportamental, a estimulação do aleitamento materno, a diminuição do tempo de hospitalização, o melhor controle térmico e a manutenção dos estímulos sensoriais (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Segundo as recomendações da OMS (2012) referentes à saúde do RN, o contacto pele-a-pele, entre mãe e filho, deve ser efetuado na primeira hora de vida de modo a acautelar a hipotermia e a promover a amamentação. De acordo com a American Academy Pediatrics (2019), os pais podem e devem praticar o contacto pele-a-pele com os seus filhos na impossibilidade da mãe o fazer.

Desde o início da pandemia por SARS-CoV-2 ficou a entrada do pai fora da hora de visita (que passou também a ser 1h por dia) e também a possibilidade de contato pele a pele com o pai, no caso de nascimento por cesariana.

Em todos os momentos em que regressei do bloco operatório com o RN foi-me impossível não refletir sobre a oportunidade que estava a ser roubada a àquele bebé.

PREPARAÇÃO PARA A ALTA

Tal como proferido por Nelson Mandela “A Educação e o Ensino são as mais poderosas armas que podes usar para mudar o Mundo.” Assim a alta hospitalar deve ser uma preocupação de todos aqueles que constituem o serviço hospitalar. A continuidade de cuidados é crucial para a família que agora se inicia, e, portanto, o plano da alta começava no momento da admissão no serviço e era refletido no plano de cuidados desenvolvido para cada mulher/casal e RN diariamente.

Durante a prática clínica tive oportunidade de preparar a alta da maior parte dos casais que foram alvo dos meus cuidados, e é notório que o tempo de internamento é efetivamente curto.

Na preparação da alta centrava a minha atenção na promoção da autonomia da mulher/casal no cuidado ao RN, bem como no autocuidado e no reconhecimento de sinais e sintomas de alarme quer relativamente à puérpera, quer relativamente ao RN. Essa preparação resultava da minha avaliação relativamente às competências parentais adquiridas ao longo da prestação de cuidados: instruir para posteriormente treinar e avaliar.

Os pais eram informados que o acompanhamento do RN seria feito com o enfermeiro e médico de família, e que estes deveriam informar o centro de saúde, para a realização do teste de diagnóstico precoce e para o agendamento da consulta de vigilância do RN.

No momento da alta, à puérpera, reforçava a importância de uma **alimentação**

saudável e variada, bem como a ingestão hídrica adequada, especialmente se estivesse a amamentar. Reforçava ainda os cuidados de higiene perineais, cuidados com as mamas, e **sinais de alarme** que motivariam a procura de ajuda diferenciada. Uma vez que o internamento era curto muitas mulheres passavam pela experiência da descida do leite já no domicílio.

De salientar que neste serviço existe uma excelente articulação com os cuidados de saúde primários (através da colocação do contato direto do Centro de Saúde de cada família, e a colocação do nome da enfermeira que iria promover o apoio a à amamentação).

Uma vez que os casais poderiam sentir-se desconfortáveis com o tema do reinício da **vida sexual**, abordava também esta questão, e aqui abordava a questão da contraceção.

No que diz respeito aos cuidados antecipatórios para promoção de um ambiente de **sono seguro**, a sua globalidade está relacionada com a prevenção do Síndrome da Morte Súbita do Latente (SMSL), considerado a primordial origem da morte pós- -neonatal nos países desenvolvidos (Azevedo et al., 2016). Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2021) as recomendações para prevenção do SMSL são que, durante o primeiro ano de vida, a criança seja sempre colocada a dormir em decúbito dorsal em colchão firme e bem-adaptado ao berço ou alfofa, coberto por um lençol bem ajustado. Ainda que durma no mesmo compartimento que os pais criança devem dormir no seu próprio berço ou alfofa, podendo ser colocada na cama dos pais para alimentação ou conforto, mas não para dormir. A evitar: o sobreaquecimento do quarto e não devem ser colocados objetos (almofadas, brinquedos, fraldas, gorros, babetes, laços ou fitas) na alfofa ou berço. Está fortemente recomendada a amamentação e poderá ser ponderado oferecer a chupeta ao lactente, após o estabelecimento do aleitamento materno, pois quer o leite materno quer o uso de chupeta estão associados a uma redução do risco de SMSL.

Percebi que muitos pais equacionam colocar o bebe em decúbito lateralizado, por acreditarem que desta forma existia uma maior prevenção do engasgamento.

É obrigatório que todos os RN, no momento da alta saiam dentro do ovo, em condições de segurança. Os ensinamentos relativamente à **segurança rodoviária** foram sustentados nas normas da Associação de Promoção de Segurança Infantil (2018): o RN em caso algum deve ser transportado fora da cadeira apropriada e esta deve ser específica para RN. Muitas foram as cadeiras em segunda mão que me surgiram no momento da alta, ainda que os pais assegurassem que não tenha existido qualquer tipo de acidente, deixa sempre em aberto o risco da cadeira não se encontrar nas condições ideais. Era praticado como instalar a cadeira, e como colocar os cintos. Isto era facilitado pela existência do simulador de assento de carro no serviço. Fui questionada algumas vezes sobre a homologação das cadeiras. Uma vez que coexistem neste momento no mercado cadeiras homologadas por dois sistemas (R44/04 e R129- i-Size), os pais tinham algumas dúvidas se haviam feito a escolha adequada. Depreendo que no momento de compra deveriam ter obtido mais informação, para que deste modo chegassem ao momento de uso da cadeira mais seguros da sua escolha. Sugeria

também, que mantivessem a criança em sentido contrário à marcha até aos 4 anos e nos assentos traseiros (caso não fosse possível deveria desativar obrigatoriamente o airbag).

**DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS E CIENTÍFICAS QUE PERMITAM
A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PUÉRPERA E AO RN**

O período logo após o parto é designado de pós-parto ou puerpério do latim, sendo que *puer* significa criança e *parere* parir). É definido como o intervalo entre o parto e retorno do corpo da mulher ao estado anterior à gravidez, e dura cerca de 6 semanas. É nesta fase que ocorrem enormes ajustes fisiológicos e psicológicos. Em nenhuma outra fase de vida ocorrem modificações corporais tao grandes, em tao curto espaço de tempo (Mesquita et al., 2011). Enquanto futura EESMO, devo ser detentora de conhecimentos acerca da anatomia e fisiologia da mulher, das alterações emocionais vivenciadas e da fase de recuperação do pós-parto.

Para Ferreira (2018), a regressão das alterações fisiológicas e anatómicas podem ser classificadas em três fases:

1. Puerpério imediato - primeiras 24 horas após o nascimento;
2. Puerpério precoce - período que decorre até ao final da primeira semana;
3. Puerpério tardio - períodos que decorre até ao final da sexta semana.

A avaliação das perdas hemorrágicas e do risco de hemorragia grave incorporam as rotinas obrigatórias de um serviço de puerpério. Os cuidados vulvo-perineais eram prestados uma vez por dia no turno da manha, e nesse momento procedia à avaliação da altura do fundo uterino, à avaliação das características dos lóquios, à avaliação perineal, vagina e ânus, à avaliação das mamas e à avaliação do estado geral da puérpera.

AVALIAÇÃO DOS LÓQUIOS

Durante a fase do puerpério, o útero expulsa um conteúdo que se denomina de lóquios, uma descarga vaginal constituída por sangue, tecido e muco e são caracterizados em três tipos:

1. Lóquios hemáticos - fluxo vaginal vermelho vivo, que se segue ao parto e dura 2 a 4 dias, composto essencialmente por eritrócitos, fragmentos de decídua e restos de trofoblasto;
2. Lóquios sero-hemáticos - surgem a partir do quarto ou quinto dia pós-parto e são compostos por sangue envelhecido, soro, leucócitos e restos tecidulares, e por isso constituem uma descarga vaginal aquosa, castanha;
3. Lóquios serosos - surgem apos o 10º dia apos o parto e são compostos por decídua, leucócitos, células epiteliais, muco, soro e bactérias, com aspeto

amarelado a branco.

Nesta avaliação, estive especialmente atenta à hemorragia vaginal em quantidade excessiva, e procedi sempre aos ensinamentos à puérpera desta avaliação, uma vez que é essencial que ela proceda à verificação das suas perdas e saiba quando pedir ajuda.

AVALIAÇÃO DA INVOLUÇÃO UTERINA

O retorno do útero ao seu estado anterior à gravidez denomina-se de involução, e tem início após a expulsão da placenta, com a contração do músculo liso uterino. Estas contrações são muitas vezes referenciadas pela puérpera como dor, e podem surgir durante os três primeiros dias e são intensificadas aquando da amamentação como resultado da libertação da ocitocina. Segundo a OMS (2014, p. 4) “a vigilância do tónus uterino através da palpação abdominal é recomendada em todas as mulheres para possibilitar a identificação precoce de atonia uterina pós-parto”. Logo após o parto o útero pesa aproximadamente 1000 gramas e, sendo palpável o seu fundo ao nível da cicatriz umbilical, sendo que regride cerca de 1 a 2 cm em cada 24 horas. No final da primeira semana a AFU encontra-se imediatamente acima da sínfise púbica, e adquire o seu tamanho habitual entre a quarta e sexta semana pós-parto.

Realizei esta avaliação, usando a fita métrica. Esta prática de usar a fita métrica está em desuso no serviço, mas contribuiu para eu ter a noção das AFU normais consoante o tempo de pós-parto decorrido.

AVALIAÇÃO PERINEAL

A observação do perineal era essencial para avaliação de episiotomia (caso existisse), edema, presença de hemorroidas, ou outras alterações. As hemorroidas surgem, na maioria dos casos, devido ao esforço que a mulher faz no momento do parto. No entanto, por vezes, surgem durante a gravidez, tornando-se mais proeminentes com os esforços expulsivos, causando bastante dor e desconforto à mulher. Caso se confirmasse dor perineal incentivava a puérpera à aplicação de gelo durante 15 minutos, devido à facilidade da aplicação e dos efeitos imediatos no alívio da dor. Para Nunes e Vargens (2014), a aplicação do frio ajuda na redução do processo inflamatório e na limitação da evolução do edema e da equimose, sendo este um método não farmacológico de alívio da dor perineal da puérpera, devendo ser aplicado entre as primeiras 24 e as 72h após o parto.

No momento desta avaliação, aproveitava também para fazer os ensinamentos às puérperas acerca dos cuidados de higiene a ter com a zona vaginal. Baseada nas recomendações emitidas pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2012), recomendava a higiene perineal uma a três vezes por dia e após cada dejeção com água corrente, em caso de utilização de agente de limpeza este deve ser dermoprotetor da mucosa, e para a secagem desaconselhava não esfregar. A troca frequente do penso higiénico é o mais importante de forma a manter o

períneo limpo e seco.

Devo salientar, que surgiram em maior numero episiorrafias resultantes de lacerações do que episiotomias, o que demonstra que o uso por rotina de episiotomia não esta a ser aparentemente praticado tal como recomendado pela OMS (OMS, 2018).

A episiotomia é uma técnica em que se executa uma incisão cirúrgica durante o último período do trabalho de parto, com uma tesoura, no sentido de alargar o períneo, sendo posteriormente necessário realizar uma sutura para sua correção. Anteriormente, recomendava-se a episiotomia como rotina, no tempo do último período do trabalho de parto e prevenir danos severos do períneo em mulheres com parto normal. Esta prática obstétrica ainda foi difundida durante muito tempo nas escolas de saúde, mas sem base em ensaios clínicos (Rosa, 2014). Todavia, muitos foram os estudos realizados, tais como, revisões sistemáticas e meta-análises e, chegaram à conclusão que não há base científica para o uso rotineiro desta prática. A incisão da episiotomia pode ser lateral, médio-lateral e mediana. A lateral está contraindicada por causar lesões extensas do músculo elevador do ânus. A técnica mais realizada é a médio-lateral, principalmente na América-Latina e Europa, enquanto a mediana é mais utilizada nos Estados Unidos, pois consideram que é uma mais fácil de suturar e provoca menos dor no pós-parto e dispareunia. Contudo, leva a que haja maior risco de lacerações de 3º e 4º graus (Rosa, 2014).

Na Revisão Sistemática da Literatura disponibilizada na biblioteca Cochrane, que inclui 6 estudos com episiotomia médio-lateral e 2 com episiotomia mediana, encontrou-se melhor resultado com a episiotomia seletiva quando comparada à técnica rotineira (Carvalho, Souza & Filho, 2010). Não existe na literatura científica nenhuma recomendação de abolir a técnica da episiotomia, mas sim de restringi-la às mulheres com relação ao custo-benefício evidentes. A Organização Mundial de Saúde, em manual de assistência ao parto publicado em 1996, aconselha que se realize a episiotomia em casos de sofrimento fetal, má progressão de trabalho de parto e lesão eminente de 3º grau (Carvalho, Souza & Filho, 2010).

Recentemente novas diretrizes do ACOG estabeleceu que os melhores dados disponíveis não apoiam a técnica rotineira da episiotomia e destacando ser útil nos partos laboriosos e naquelas situações onde há risco de lesão perineal grave.

A Organização Mundial de Saúde (2018) não recomenda o uso rotineiro da episiotomia e que a mesma, só deveria ser realizada com o consentimento, após a parturiente ser informada. Os supostos benefícios para o feto com a realização da episiotomia incluem proteção do crânio, nomeadamente para prematuros, redução da asfixia perinatal, melhores índices de APGAR, menor acidose fetal e redução de complicações nas distócias de ombros. Estudos publicados mostraram forte evidência de que a episiotomia não deve ser realizada como técnica de rotina, devendo ser usada em situações clínicas específicas. Em algumas instituições ainda é habitual esta prática, apesar dos dados disponíveis há mais de uma década (Rosa, 2014).

Refletir sobre este aspeto neste campo de estágio é algo de extrema importância, uma

vez que o meu próximo estágio será o de Sala de Partos nesta instituição.

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÕES GLOBAIS DA GRAVIDA

Nesta avaliação tive em conta além do aspeto geral físico da puérpera, o seu estado emocional.

O pós-parto é um período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de perturbações psíquicas. O *blues* pós-parto, a depressão e a psicose pós-parto compõem os infortúnios mais comuns após o nascimento de um filho, decorrentes das alterações hormonais. Nesta fase, a mulher sofre de privação de sono e algum isolamento social, já que a atenção recai toda sobre o RN (DGS, 2006). É importante que a puérpera entenda que se trata de algo fisiológico, e não coloque o seu papel enquanto mãe e mulher em causa aquando de uma possível avalanche de tristeza e ansiedade que não consegue explicar.

A dor no pós-parto foi referida pela maioria das mulheres, podendo ser referida em diferentes locais anatómicos, dependendo do tipo de parto experienciado. Percebia que a presença de dor no puerpério pode comprometer o bem-estar e pode interferir de forma negativa quer no autocuidado, quer no cuidado ao RN. É importante a monitorização e a resolução desta dor.

O primeiro levante após o parto deve ser realizado precocemente, sempre com acompanhamento do enfermeiro. Desta forma, de acordo com Lowdermilk (2008), a deambulação precoce é essencial para a prevenção de complicações, nomeadamente o tromboembolismo, além de promover uma recuperação mais rápida da vitalidade.

PUÉRPERA (E RN) COM DIABETES GESTACIONAL NA GRAVIDEZ

O Consenso sobre Diabetes e Gravidez define a DG como qualquer estado de intolerância aos hidratos de carbono, diagnosticado ou detetado pela primeira vez no decurso da gravidez. As implicações decorrentes da diabetes na gravidez, não terminam com o parto, prosseguem num contínuo a médio e a longo prazo, repercutindo-se nas mulheres e nos seus filhos (Almeida et al., 2017).

As mulheres com história de DG eram vigiadas de acordo com os protocolos do serviço. A atuação compreendia o aconselhamento da adoção de um estilo de vida saudável, o incentivo da amamentação, a vigilância do bem-estar materno, a deteção de sinais e sintomas de hipoglicémia ou hiperglicémia e a monitorização dos valores de glicemia capilar.

A vigilância do RN filho de mãe com DG inclui a vigilância das glicémias capilares segundo o protocolo institucional, e tal é importante dado o risco de implicações fetais e neonatais da DG. Para Dores et al. (2011) o prognóstico perinatal está relacionado com o início, duração e gravidade da intolerância à glicose, sendo que nos casos de DG controlada as complicações são pouco frequentes. Em contexto de puerpério era realizada a avaliação da glicemia capilar do RN, de acordo com o protocolo institucional, de modo a prevenir o risco

de hipoglicémia (glicemia < 40-45 mg/dL) a que está mais suscetível este RN, relacionada com um hiperinsulinismo persistente. Os sinais e sintomas associados à hipoglicémia são: episódios de cianose, apneia, instabilidade térmica, hipotonia, letargia, tremor, irritabilidade, mau mamar, choro gritado, taquipneia, apneia, convulsões e coma.

Nenhuma das puérperas com história de DG, nem os RN filhos de mãe com DG a quem tive oportunidades de prestar cuidados apresentou complicações, tendo-se estabilizado os valores de glicemia capilar no tempo expectável, de acordo com os protocolos definidos e instituídos.

PUÉRPERA COM QUADRO DE PRÉ-ECLÂMPسيا DESENVOLVIDO APOS O PARTO

A pré-eclâmpsia é uma doença hipertensiva que pode ocorrer a partir das 20 semanas de gestação e que afeta 10% das gravidezes em todo o mundo, constituindo uma das maiores causas de mortalidade e morbidade materna (ACOG, 2013). Além de ocorrer na segunda metade da gravidez, pode também ocorrer nas primeiras 24h pós-parto. É caracterizada pela presença de elevados valores tensionais, associado a proteinúria, e pode evoluir para casos mais graves, como é o caso da eclâmpsia, do edema agudo do pulmão, da síndrome de HELLP (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes e Low Platelet), do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e da oligúria, com possível insuficiência renal (Graça, 2017).

Uma vez que já havia tido contato com esta patologia em estágio anterior (na grávida) foi-me muito fácil abordar e vigiar esta situação. De com o protocolo instituído, durante o internamento a minha vigilância destes casos englobava a monitorização dos sinais vitais; a vigilância de sinais de agravamento da patologia, tais como o edema, cefaleias e alterações da visão. Era feito o registo critérios da diurese, dado o risco de insuficiência renal. Tal no como estágio de Patologia da Gravidez, também aqui os ensinamentos nesta patologia foram de extrema importância, para que a grávida fosse capaz de valorizar qualquer queixa, que aos profissionais de saúde fosse fonte de preocupação.

Neste caso tratava-se da mãe de gémeos, com internamento de ambos na unidade de Neonatologia por quadro de RCIU. A imagem de uma grávida do seu pós-parto engloba o seu bebé junto a si. A imagem do filho real é muito diferente da imaginada quando tal separação acontece, dificultando a adaptação à parentalidade e é neste contexto que os enfermeiros têm um papel preponderante através das suas práticas, equilibrando uma maior proximidade entre pais e bebé e adotando vários comportamentos favorecedores da adaptação à parentalidade (Fernandes & Silva, 2015). Tentei sempre que esta puérpera sentisse que as suas idas ao serviço de Neonatologia eram essenciais para ela e para os seus bebés, e demostrei sempre que tínhamos toda a receptividade e disponibilidade para a ajudar a gerir esta fase mais conturbada da sua maternidade. A ajuda na extração do leite materno é essencial nestas mães que pretendem manter a alimentação por leite materno aos seus filhos.

RN COM ICTRÍCIA NEONATAL

Tive contato com diversos RN que foram diagnosticados com tal situação. A observação cuidados por parte do enfermeiro é crucial, uma vez que, segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2013) é através do surgimento de coloração amarela da pele e das escleróticas que se inicia o processo de diagnóstico.

A hiperbilirrubinemia é a patologia mais frequente no período neonatal, cerca de 60% dos RN aumentam os níveis séricos de bilirrubina. A sua etiologia é, na maioria das vezes, multifatorial, e o tratamento depende do tipo e da intensidade da icterícia. Níveis séricos de bilirrubina elevados podem provocar toxicidade no sistema nervoso central. A bilirrubina não conjugada atravessa a barreira hemato-encefálica, provocando lesão das células do sistema nervoso central e morte celular (Ip et al., 2002).

Para a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2013) as causas de hiperbilirrubinemia no RN de termo e pré-termo são: aumento da produção de bilirrubina, 2 a 3 vezes mais que no adulto, hematócrito de 60-70% com sua semivida de glóbulos vermelhos menor, diminuição da excreção da bilirrubina por imaturidade e aumento da circulação entero-hepática.

Apos a observação de coloração amarela da pele e das escleróticas é realizada a avaliação objetiva do nível de hiperbilirrubinemia em RNs por método transcutâneo não invasivo- o *Biliteste*. Este é um método de triagem para revelar um grupo com riscos de progressão a hiperbilirrubinemia intensa. Após a confirmação os RN são submetidos a colheita de sangue para doseamento de bilirrubinemia (Dani, et al. 2008).

O tratamento da icterícia neonatal consiste na fototerapia. Para Ip et al. (2002) o sucesso desta depende da transformação fotoquímica da bilirrubina nas áreas expostas à luz. Essas reações alteram a estrutura da molécula de bilirrubina e permitem que os fotoprodutos sejam eliminados pelos rins ou pelo fígado, sem sofrerem modificações metabólicas. O mecanismo de ação básico da fototerapia é então utilização de energia luminosa na modificação da bilirrubina em produtos mais hidrossolúveis. Quanto maior a área irradiada, maior a eficácia da fototerapia. A dose de energia luminosa aumenta significativamente aproximando-se as lâmpadas o máximo possível do paciente. As lâmpadas de luz azul produzem queda mais rápida e acentuada dos níveis séricos de bilirrubina do que a obtida com luz fluorescente branca.

Assim os bebés eram colocados em berços de fototerapia, sempre junto à mãe, e isto ajudava a reduzir o nível de ansiedade das mães, sendo realizado o ensino às mães que este deviam ser retirados o mínimo de tempo possível, somente para alimentação e troca da fralda. Tal como defendido pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2013) incentivava sempre as mães manter e reforçar o aleitamento materno, explicando os benefícios de dar ênfase às mamadas frequentes, de modo a diminuir o risco de perda ponderal significativa e aumentar a excreção.

Durante e após a exposição à fototerapia observava se existiam sinais de efeitos

colaterais, tais como; exantema eritematoso, fezes moles e hipertermia, ou síndrome do bebé bronze: cor escura e cinza-acastanhada da pele, soro e urina (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013).

VACINAÇÃO DO RN

A única vacina administrada no puerpério é a vacina contra o VHB (vírus que causa a hepatite B). A hepatite B é uma inflamação do fígado que pode ser aguda e/ou crónica. Em cerca de 5% dos casos a hepatite B em adultos torna-se crónica, podendo provocar cirrose hepática e cancro do fígado (Direção-Geral da Saúde, 2021). Segundo os mesmos autores a vacinação contra a hepatite B é o elemento chave da prevenção, dado que apresentam uma eficácia de 95% na prevenção da infeção. Em Portugal, a vacina está integrada no Programa Nacional de Vacinação desde 1995. É recomendada a administração da 1ª dose logo após o nascimento ainda na maternidade/hospital; 2ª dose aos 2 meses de idade e a 3ª dose aos 6 meses de idade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reitera que todas as crianças sejam vacinadas contra a hepatite B, idealmente nas primeiras 24 horas de vida.

ADMINISTRAÇÃO DE LEITE ADAPTADO

Durante a prática clínica, foram alvos dos meus cuidados RNs com compromisso na alimentação entérica. Tendo em conta esta instituição é considerado Hospital Amigo dos Bebés, sempre que possível era oferecido leite por copo ao RN. Em algumas situações o leite suplementar era prescrito pela equipa de pediatras após as mamadas, quando existiam sinais de desidratação, administração de fototerapia ou perda ponderal não fisiológica. Foi possível em alguns casos administrar como suplemento o próprio leite materno extraído pelas mães do RN.

Em qualquer um dos casos, era essencial que a mãe do RN estivesse presente para aprender como preparação e administra o leite adaptado, para que posteriormente se tornasse apta para que de uma forma autónoma alimentasse o RN.

RASTREIO E PREVENÇÃO DA DOENÇA PERINATAL CAUSADA PELO STREPTOCOCCUS AGALACTIAE

Para a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2013) o *Streptococcus agalactiae* ou *Streptococcus beta hemolítico* do grupo B é um diplococo gram positivo encapsulado reconhecido desde 1970 como o principal agente de infeção bacteriana perinatal, sendo que na mulher grávida e na puérpera, é causa frequente de bacteriúria assintomática, infeção do trato urinário, corioamnionite, endometrite pós-parto e bacteriémia. No RN é responsável por infeção neonatal precoce (até aos 6 dias de vida) e, mais raramente, por infeção tardia (dos 7 aos 90 dias de vida). A infeção neonatal precoce manifesta-se maioritariamente nas primeiras 24 horas de vida do RN, principalmente sob a forma de sépsis e, mais raramente,

de pneumonia ou meningite. A sintomatologia predominante é a respiratória: gemido, taquipneia e hipoxémia. A transmissão vertical, que ocorre após o início do TP ou da ruptura de membranas (RM), é responsável pela infecção do RN in útero ou durante a passagem pelo canal do parto.

Em termos de prestação de cuidados a estes RN, além da vigilância dos sintomas de sépsis, procedíamos à colheita de sangue, para avaliação de parâmetros sugestivos de infecção. Não contatei com nenhum RN que tenha apresentado critérios positivos.

REGISTOS DE ENFERMAGEM

Elaborei registos de enfermagem claros e sistematizados e utilização de linguagem científica na transmissão de informação. Os registos de enfermagem são extremamente importantes, pois é através deles que se torna possível operacionalizar os cuidados de enfermagem. Por conseguinte, tentei apresentar registos simples, concisos, através de uma linguagem adequada e termos científicos. Também a transmissão de informação durante a passagem do turno se assume de grande importância. Neste sentido, procurei sempre conhecer a história clínica da mulher / família e RN, antecedentes e particularidades, tentando transmitir a informação de forma estruturada e precisa, para que não surgissem dúvidas em relação à sua evolução.

CONTRIBUIR NO PROCESSO DE PROMOÇÃO E PARTICIPAR NA “INICIATIVA HOSPITAIS AMIGOS DOS BEBÉS”, ATRAVÉS DA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO (AM)

De acordo com Levy & Bértolo (2012) em 1991 a OMS e a UNICEF lançaram um programa mundial de promoção do AM intitulado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, internacionalmente conhecido como *Baby Friendly Hospital Initiative – BFHI*. A Iniciativa Amiga dos Bebés tem como missão proteger, promover e apoiar o aleitamento materno em entidades que disponibilizem serviços de maternidade, obstetrícia, neonatologia e pediatria, influenciando na prática dos profissionais de saúde e cuidadores. A classificação de um organismo como Entidade Amigas dos Bebés é atribuída a Hospitais que cumpram as dez medidas para ser considerada um Hospital Amigo dos Bebés, definidas pela OMS e pela UNICEF:

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde;
2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política;
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno;
4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento;
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente;
6. Não dar ao RN nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica;
7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia;
8. Dar de mamar sempre que o bebé queira;
9. Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito;
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

Estas medidas garantem que as mães e os bebés possam receber apoio adequado e informações atualizadas no período pré-natal e pós-natal em relação à alimentação infantil e às vantagens e procedimentos para o sucesso do aleitamento materno.

Assim, os profissionais da instituição deste serviço dão especial atenção à amamentação, incentivando as mães a amamentar exclusivamente, salvo algumas exceções: quando a mãe expressa claramente desejo de não amamentar, ou quando a situação clínica do RN e/ou da mãe não o permita.

Foram poucas as puérperas que solicitaram a inibição da amamentação. Apesar de considerar um balanço positivo, considero que devemos pautar o caminho da ausência desta solicitação. Considero que nos dias de hoje as mulheres/casais têm bastante acesso à informação, e como tal são detentores do conhecimento no que diz respeito aos benefícios da amamentação, quer para a mulher que amamenta, quer para o RN que é alimentado com leite materno em exclusivo. A dor foi o fator predominante para decisão da supressão. O medo do parto é algo que qualquer puérpera referiu, no entanto assumiram que não esperavam que amamentar fosse um processo tão difícil, e doloroso. A amamentação não sustentada pelo sucesso imediato é uma situação que gera sentimentos de ansiedade, insegurança, que coloca em causa a autoestima das puérperas enquanto mães. Senti que o papel do EESMO durante o puerpério se deve centrar não só no apoio à técnica, à pega correta, mas também na informação do desafio que constitui a amamentação, de modo a que estas puérperas que têm mãos difíceis não sintam que tal situação é uma exceção. Tive a felicidade de ter

uma tutora Conselheira de Aleitamento Materno, e como tal foram enormes as aprendizagens sobre o apoio na amamentação. Anseio também pela oportunidade ser Conselheira de Aleitamento Materno. O puerpério é um período intenso de emoções e os primeiros dias são inundados por uma constante labilidade emocional, pelo que existe uma dupla face de sentimentos vividos, se por um lado as puérperas estão subjugadas pelo cansaço e pela consequente necessidade de recuperação, por outro a alegria de ter um filho e a determinação de atender a todas as suas necessidades, causa uma exaustão emocional difícil de enfrentar. É impossível que as emoções não afetem a lactação, e como tal a mulher necessita de apoio por parte dos profissionais de saúde de forma a labutar com as questões que podem surgir durante essa prática.

Levy e Bértolo (2012) consideram que o leite materno é o alimento vivo, completo e natural, adequado a todas as necessidades de um RN, salvo raras exceções. Além das vantagens para o RN, a amamentação apresenta vantagens para a mãe. Relativamente ao RN, o leite materno previne infeções do sistema gastrointestinal, doenças do foro metabólico como a diabetes, previne linfomas respiratório e urinário, diminui o risco de desenvolvimento de alergias e permite uma melhor adaptação a outros alimentos, posteriormente. No que diz respeito à mãe que amamenta, está evidenciada uma menor probabilidade de desenvolver cancro da mama, permite uma regressão ao estado pré-gravídico mais, facilita a involução uterina, e constitui um método económico, de rápido acesso e seguro de alimentar o bebé.

Na minha opinião, as experiências que a puérpera leva do seu internamento poderão afetar positiva ou negativamente o sucesso da amamentação. Deste modo, procurei sempre incentivá-las à amamentação, explicando-lhe técnicas para fazer uma pega correta, a necessidade de esvaziar a mama, os cuidados a ter com a mama ingurgitada, com fissuras, quando se dá a descida do leite, entre outros. Tudo isto para que em casa estejam preparadas e saibam ultrapassar as dificuldades. Salientei também a importância do repouso, da ingestão hídrica, da alimentação equilibrada e do exercício. Foi muito gratificante verificar que, depois do apoio do enfermeiro, a maioria das puérperas conseguia amamentar de forma eficaz, calma e tranquila, como se preconiza.

ENCAMINHAMENTO DE SITUAÇÕES DE RISCO

Identificar situações de risco social, familiar ou socioeconómico em contexto de puerpério é uma situação que causa algum desconforto e ansiedade, uma vez que lidamos com o ser humano em uma das suas etapas de vida mais frágil e vulnerável. Tal como referido na Convenção sobre os Direitos da Criança, no seu artigo 3º: “Todas as decisões relativas a crianças, adotadas por instituições públicas ou privadas de proteção social, por tribunais,

autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primacialmente em conta o interesse superior da criança” (Unicef, 2019, p.8)

Constanei com RN em contexto de risco social e em contexto de paternidade não assumida. O nosso papel enquanto EESMO é fundamental para que estes RN e famílias sejam sinalizadas para as devidas patentes com o intuito de serem ajudadas. Aqui o trabalho da equipa multidisciplinar era essencial. Entravamos em contato com o Serviço Social, que por sua vez contactaria os Cuidados de Saúde Primários caso assim o entendesse.

A atuação da sociedade na proteção e efetivação dos direitos da criança inicia-se no imediato nascimento de um bebé caso assim se justifique.

**ADQUIRIR O MÁXIMO DE EXPERIÊNCIAS, DE MODO A CUMPRIR / SUPERAR
AS EXPERIÊNCIAS MÍNIMAS EXIGIDAS**

Ao longo do estágio, aproveitei todas as oportunidades de aprendizagem, o que implicou a observação e análise dos cuidados e estar presente em qualquer oportunidade que surgisse. Registei diariamente as atividades desenvolvidas no estágio, para refletir acerca dos cuidados prestados e observados, o que se converteu na elaboração do presente relatório de estágio com base na evidência científica.

Identifiquei as necessidades de formação do serviço, bem como as áreas de défice de conhecimentos das puérperas, o que implicou a realização de pesquisa científica para consubstanciar as informações transmitidas e promover conhecimentos adequados. Atendi sempre ao longo do estágio às solicitações do serviço, das enfermeiras tutoras, bem como da puérpera/ família.

Demostrei sempre no início de cada turno a toda a a equipa que estava disponível a ser solicitada para qualquer experiencia de novo ou aprendizagem que pudesse surgir. Esta mesma equipa foi de excelência neste aspeto, pois sempre me proporcionou as mais variadas experiências.

**COLABORAR EM ATIVIDADES DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL OU À
PUÉRPERA / FAMÍLIA COM O INTUITO DA MELHORIA DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM**

Ao iniciar este estágio, trazia a vontade de alguma forma empoderar as famílias para o momento da alta. Nas primeiras semanas de estágio procurei algo em que pudesse investir, no entanto este serviço é um serviço bastante “rico” no que diz respeito a este empoderamento da família para alta.

Em uma das minhas vigilâncias tive oportunidade de prestar cuidados a uma puérpera de “colo vazio” uma vez que esta tinha o seu bebê na Neonatologia, e, portanto, o fator preocupação com a saúde do seu bebê, e o fato de este não estar perto de si dificultou o momento da descida do leite a esta mãe. Em conjunto com a mãe desenhamos algumas estratégias: pedi que fizesse um vídeo do seu bebê, e que o usasse durante a extração manual. Procedi aos ensinamentos e instruí a mãe para a extração manual de leite. É algo que requer bastante tempo do turno, e senti que caso estivesse no papel de enfermeira e não no papel de aluna, tal seria praticamente impossível de o fazer. A mãe estava muito renitente a tocar a sua mama pelas dores que lhe causava a massagem e a extração, e, portanto, o acompanhamento inicial com total disponibilidade de tempo foi essencial. No final do turno, com a visita do pai do bebê, acabamos por gerir a situação com um excelente trabalho de equipa: envolver o pai na extração manual de leite enquanto ambos viam o vídeo do seu bebê. Após 20 minutos apresentaram-me perto de 40 ml de leite materno. A observação desta díade e do sucesso que ambos alcançaram foi algo que me fez sentir bastante orgulhosa do trabalho que havia desenvolvido naquele turno.

Dado o curto tempo de internamento atual, muitas destas mães acabam por vivenciar este momento já após a alta, no domicílio, e sem ajuda presencial de um profissional de saúde. Assim, após validação das minhas tutoras, elaborei um panfleto para a alta relativamente aos cuidados com o ingurgitamento mamário (Anexo V).

INGURGITAMENTO MAMÁRIO

Quando surge o ingurgitamento mamário, existe um aumento do volume das mamas devido ao aumento do fluxo sanguíneo e de fluidos nos tecidos que suportam a mama, e consequente retenção de alguma quantidade de leite na mama. São sinais de ingurgitamento mamário: mama dorida, pele avermelhada e brilhante, encroamento ou empastamento, dificuldade na transferência e extração de leite, podendo ser acompanhado por febre. Deve ser diferenciado da plenitude mamária normal, às vezes referida como ingurgitamento mamário fisiológico, que ocorre entre os dias 2 a 3 pós-parto. O ingurgitamento mamário não fisiológico é uma condição angustiante e debilitante que afeta entre 15 e 50% das mulheres que amamentam. Entretanto, a prevalência pode ser ainda maior, dependendo da definição utilizada (Levy & Bértolo, 2012).

Para os mesmos autores o tratamento passa por: retirar o leite da mama, colocando o bebê a mamar, se possível, ou com expressão manual ou bomba (lavar as mãos cuidadosamente antes de tocar nas mamas) e se o bebê não consegue mamar, a mãe deve retirar o leite para um copo (manualmente ou com bomba) e dá-lo ao bebê, devendo fazê-lo na frequência necessária para que as mamas fiquem mais confortáveis e até que o ingurgitamento desapareça. A mãe consegue retirar o leite mais facilmente se estimular o reflexo de ocitocina, e este funciona melhor se estiver descontraída e com o bebê por perto, se passar com o chuveiro ou com água quente, se beber uma bebida morna (não café, chá preto ou cacau) e se massajar levemente com a ponta dos dedos ou com a mão fechada na direção dos mamilos. Se as mamas apresentarem edema (inchaço), pode aplicar água fria ou gelo, depois de retirar o leite.

Os autores Zakarija-Grkovic & Stewart (2020) realizaram uma revisão sistemática em que foram incluídos todos os ensaios clínicos randomizados e todas as formas de tratamento para ingurgitamento mamário, e com base neste artigo, além dos autores acima referidos foi contruído o panfleto. Ainda que neste estudo a certeza das evidências tenha sido baixa, para dor na mama, folhas de repolho frio podem ser mais eficazes do que os cuidados de rotina, para a dureza do peito, folhas de repolho frio podem ser mais eficazes do que o cuidado de rotina. Para o ingurgitamento mamário, folhas de repolho em temperatura ambiente podem ser mais eficazes do que uma bolsa de água quente e para dor na mama, a compressa à base de ervas pode ser mais eficaz do que a compressa quente, no entanto optei por não colocar nada que não garantisse a higiene correta da mama antes do momento da amamentação, e portanto não coloquei o uso de ervas, ainda que para a dureza dos seios, a compressa fria de cato e babosa pode ser mais eficaz do que a massagem bem como os pacotes de gel frio.

Manter o bebê em contacto pele com pele tanto tempo quanto possível, de modo ao bebê sentir o aroma do seu leite e ter acesso fácil às mamas torna mais provável que a mãe consiga perceber os primeiros sinais de fome, para poder garantir que mama com frequência dado que a mama se apresenta maioritariamente disponível. Massajar a mama durante a amamentação, amamentar em posições diferentes, verificar a pega do bebê, duche quente ou aplicar uma flanela quente e húmida mesmo antes de amamentar ou extrair, são algumas das técnicas que são referenciadas por Berens et al. (2016).

5. Estágio em contexto de sala de partos

No âmbito do Estágio em contexto de sala de partos decorreu na Sala de Partos, no período compreendido entre 6 de julho a 5 de Novembro de 2021, com uma duração de 18 semanas, 24h por semana, sob tutoria de três EESMO e orientação pedagógica da Professora Doutora Paula Nelas.

O horário foi realizado de acordo com o horário das enfermeiras tutoras.

O Foco dos cuidados de enfermagem é a promoção dos projetos de saúde que “cada pessoa vive e persegue”, sendo a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo a entidade que beneficia dos cuidados de enfermagem desta especialidade. Está “subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” devendo a Mulher ser “entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve” (“Regulamento número 391/2019 de 3 de Março de 2019 da Ordem dos enfermeiros,” 2019)

RECURSOS DO SERVIÇO

Estruturalmente o serviço é composto por sete quartos de parto (um de isolamento com antecâmara), uma antecâmara de acesso da urgência ao quarto 7 (quarto pertencente ao circuito covid), uma sala de enfermagem com balcão, dois gabinetes de apoio à sala de enfermagem, dois WC para utentes, sendo que um tem chuveiro, um vestiário com WC, seis salas de stock, duas sala de tratamento de sujos, uma sala telemedicina, uma sala de reuniões, uma copa, dois quartos de pós-parto compostos por duas camas, um WC de funcionários, uma sala de arrumos, um gabinete da enfermeira chefe e um gabinete médico. No que diz respeito aos recursos humanos é integrado por uma equipa médica, de enfermagem e assistentes operacionais, que se distribuem por turnos rotatórios. A equipa de enfermagem é formada por 27 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, estando um em função de chefia, e uma enfermeira parteira, num total de 28 elementos. Parte dos EESMOS da equipa realizam o CPP, que atualmente é realizado online dado o contexto pandémico, destinado a grávidas após as 25 semanas de gestação. Sendo uma apaixonada por esta área, gostaria imenso de ter tido oportunidade de participar nas sessões, o que dada a carga horária quer do estágio, quer do meu contexto profissional me foi impossível de propor.

CIRCUITO / ACOLHIMENTO DA PARTURIENTE

Este serviço está dividido em duas áreas que são próximas, repartidas por uma antecâmara (*transfer*) que divide a urgência de Ginecologia e Obstetrícia e a Sala de Partos. Dado que não faz parte do plano de estudo a realização de ensino clínico na urgência de obstetrícia / ginecologia, o meu primeiro contato com a parturiente dava-se já dentro da sala de partos, no entanto fiz a visita a todo o serviço, e procurei sempre conhecer o circuito das utentes.

As utentes que ficam internadas na sala de partos podem provir quer da urgência de ginecologia e obstetrícia e internamento de patologia da gravidez. Para que tao internamento aconteça é necessário que exista início de trabalho de parto, ou indicação para interrupção médica da gravidez ou indução de trabalho de parto. Já a alta da Sala de Partos poderá acontecer para domicílio (quando por exemplo não se confirma o trabalho de parto e concomitantemente também não existe indicação para indução) ou para o internamento (Puerpério, Patologia da Gravidez ou Neonatologia ou Bloco Operatório).

Face à situação pandemia atual por COVID 19, a puérpera e o acompanhante realizavam teste *Sars Cov 2*, eram recebidos e acolhidos num quarto “*transfer*” até que o resultado estivesse disponível. O acompanhante realizava teste rápido antigénio, a parturiente teste PCR (*Polymerase Chain Reaction*).

MANUAIS DE ATUAÇÃO / PROTOCOLOS EXISTENTES

Os protocolos de atuação de um serviço têm como objetivo estabelecer normas, procedimentos, funções, atividades, políticas, objetivos, instruções e orientações que devem ser obedecidas e cumpridas pelos profissionais de saúde, bem como a forma como estas serão executadas, quer seja individualmente, ou em conjunto, de forma a que todos procedam rapidamente em determinada situação e de igual forma, independentemente da equipa. São protocolos deste serviço: estudo de produtos de abortamento, profilaxia de hemorragia pós parto, parto em mãe diabética, no que diz respeito à terapêutica existem os protocolos de administração de Salbutamol, Acido Tranexâmico, Nalador, Labetolol, Sulfato de Magnésio e Atosiban.

As passagens de turno são efetuadas de acordo com a técnica ISBAR- Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendações (Ordem dos Enfermeiros, 2017). A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR (DGS, 2017). Apliquei assim, neste estágio, esta técnica pela primeira vez, e sem duvida que é uma mais valia para a garantia de uma comunicação eficaz entre os enfermeiros, diminuindo assim as hipóteses de pleonasma,

aumentando a segurança do doente uma vez que garante a transmissão de toda a informação. Os registos eram sempre realizados de forma concisa, e sempre que possível em tempo real, para que a qualquer momento, qualquer profissional pudesse consultar todas as intervenções ou queixas da parturiente.

Todas as visitas médicas são acompanhadas pela equipa de enfermagem, o que me parece algo bastante positivo, dado que permite que em tempo útil, e na presença da parturiente se faça a transmissão e validação de informação e decisões.

**APERFEIÇOAR COMPETÊNCIAS PEDAGÓGICAS, RELACIONAIS E
COMUNICACIONAIS, ADAPTANDO AS ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS ÀS
NECESSIDADES DA PARTURIENTE / PESSOA SIGNIFICATIVA**

O acolhimento da mulher/casal, é fundamental para a diminuição da ansiedade e do stresse frequentes em situação de TP, e facilita a integração no serviço. Iniciava o acolhimento pela minha apresentação, nome e condição de estudante de ESMO; falava um pouco sobre o seu quarto de parto e apresentava as restantes instalações, como o corredor comum, WC; informava sobre a possibilidade de permanência de uma pessoa significativa durante 24h e sobre as rotinas e as atividades de vigilância que seriam necessárias durante o decorrer do TP. Senti sempre que demonstrando que existia ali um ambiente acolhedor, calmo, sem ruídos, com privacidade, disponibilidade e sem necessidade de mudança de lugar, era um fator positivo. Uma vez que para cada parturiente está destinado um quarto, a manutenção da privacidade foi facilitada, bastando fechar a porta aquando das observações ou diálogos, promovendo assim um ambiente favorável à expressão de emoções e anseios, dado o meu contributo para uma transição para a parentalidade positiva. Tal é validado pela OMS (2018), nas recomendações para os cuidados durante o parto para uma experiência positiva de parto, que reitera que os cuidados de maternidade devem ser respeitosos, organizados e oferecidos a todas as mulheres de modo que mantenham sua dignidade, privacidade e confidencialidade e que a comunicação deva ser efetiva entre as utentes e os profissionais de saúde. O fato desta sala de partos não dispor de luz natural nos quartos, fraca rede de telemóvel e de internet, foi um fator que precipitou alguma ansiedade.

Demonstrei interesse em conhecer um pouco sobre os utentes, de modo a centrar e personalizar a forma com geria os cuidados e também entender quais as expetativas da mulher/casal face ao trabalho de parto e parto, se tinham plano de parto, se haviam frequentado o CPPP e quais os conhecimentos da parturiente/casal face ao parto, e assim

identificava quais os défices de conhecimento existentes, para posteriormente adequar os meus ensinamentos, validações e intervenções.

Uma vez que o serviço dispõe de um vasto leque de panfletos informativos, no momento do acolhimento da parturiente / casal, fazia a entrega dos mesmos, informando que conhecimentos poderiam ganhar com a sua leitura.

Questionava a vontade de analgesia epidural, com o intuito de conseguir a presença do anestesista atempadamente e tempo para preparar o material para essa intervenção. Percebi que a colocação desta questão atempadamente era importante, pois ainda chegam bastantes mulheres ao momento do parto com bastantes questões acerca da analgesia epidural, e assim era um momento em que lhes poderia fornecer informação sustentada em evidência científica, para que a sua escolha fosse uma escolha informada.

A questão da vontade de amamentar era também abordada, no entanto aguardava que a temática surgisse de forma natural, não queria de todo transmitir de alguma forma a obrigatoriedade da amamentação, mas à semelhança da analgesia epidural, fazia com que a decisão fosse sim informada e esclarecida.

Nesta primeira abordagem à mulher questionava-me sempre se teria sido suficientemente capaz de lhe demonstrar a minha disponibilidade e tempo para toda e qualquer questão ou cuidado que ela necessitasse. O enfermeiro pela sua posição privilegiada junto da parturiente e da pessoa significativa tem um papel extremamente importante na identificação das suas necessidades de saúde, no sentido de prevenir e ajudar a resolver necessidades ou problemas detetados. E assim, é na minha opinião, essencial que se construa uma relação de confiança e empatia entre a parturiente / pessoa significativa e o ESMO que irá acompanhar. O encorajamento e a confiança transmitidos pelo ESMO podem ter uma influência marcante na redução da tensão emocional no trabalho de parto, principalmente quando se dá à mulher oportunidade de expressar os seus sentimentos, físicos ou emocionais.

Fazia sempre por envolver a pessoa significativa neste diálogo, dirigindo o olhar para a mesma, usando o seu nome próprio quando me dirigia à mesma, e também aqui aproveitava para lhe explicar um pouco sobre como poderia ajudar a parturiente ao longo do trabalho de parto, tal como nas recomendações da OMS (2018), que defende que um companheiro de escolha é recomendado para todas as mulheres ao longo do trabalho de parto e do parto.

No início de cada turno, junto com a minha tutora, fazíamos uma visita inicial às parturientes, e fazia sempre questão de tivessem conhecimento do meu nome, bem como a minha condição de estudante. Em qualquer observação e intervenção, o consentimento informado era imprescindível.

CONCEBER, PLANEAR, IMPLEMENTAR E AVALIAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS EM SITUAÇÕES DE TRABALHO DE PARTO E PARTO

Para Varela et al. (2020), o trabalho de parto é considerado um processo fisiológico durante o qual o feto, as membranas, o cordão e a placenta são expulsos do útero, e é caracterizado por 4 estádios. O primeiro estágio tem início com o surgimento das primeiras contrações uterinas regulares e termina com a dilatação. Este estágio comporta a fase latente (desde o início das contrações até ao apagamento completo do colo do útero e dilatação superior a 3cm), e a fase ativa (aumento da intensidade, duração e frequência das contrações, com dilatação cervical superior a 3/4 cm. O segundo estágio, desde o início da dilatação completa até ao nascimento. O terceiro estágio após a expulsão fetal até à dequitação. E por fim o quarto estágio que tem início após a dequitação e prolonga-se pelas 2h seguintes.

Durante todo o meu percurso profissional tenho vindo a assentar a minha prática na revisão da literatura científica, nomeadamente nas últimas *guidelines* disponíveis, consensos e normas de atuação de modo a prestar os meus cuidados de enfermagem sustentados na evidência científica mais recente, de forma responsável. E não foi diferente durante a minha prestação ao longo deste estágio, promovendo sempre um ambiente favorável à aplicação destes cuidados, ao estabelecimento de uma relação terapêutica, demonstrando sempre disponibilidade, interesse e iniciativa na prestação de cuidados, assumindo uma postura assertiva e pró-ativa, aproveitando ao máximo todas as oportunidades.

A história obstétrica ou reprodutiva, a situação clínica materna, a doença obstétrica atual, as intercorrências obstétricas e os comportamentos de risco durante a gravidez, como o abuso do tabaco, do álcool e/ou de drogas, condicionam o risco na gravidez. E, portanto, era essencial colher estes dados no momento de admissão da mulher na SP. Apesar desta recolha já ter sido feita antes do internamento na SP, era imprescindível que estes dados fossem revistos, bem como a consulta do boletim de saúde da grávida, exames complementares de diagnóstico e registos informáticos.

Como já referi anteriormente, fiz sempre por centrar e personalizar a forma com geria os cuidados, de modo a entender quais as expectativas da mulher/casal face ao trabalho de parto e parto, de modo a corresponder ao máximo às mesmas, criando sempre um ambiente favorável à expressão de emoções, dúvidas, anseios, bem como à manutenção da privacidade para que a mulher e acompanhante vivessem todos os momentos desta fase única de vida de uma forma positiva, tornando-se em uma recordação positiva. Após cada

parto que realizei tentei sempre entender qual a forma como o foi vivido todo o processo, de modo a refletir sobre a forma como poderia melhorar a minha prestação. O envolvimento da pessoa significativa era sempre tido em conta, auxílio no alívio da dor, corte do cordão umbilical, auxílio na saída do feto no momento do parto e auxílio na amamentação pós-parto.

A recolha de dados da mulher era relativa à profissão, antecedentes pessoais (alergias, doenças, hábitos tabágicos, etílicos ou toxicodependências), medicação domiciliária, grupo sanguíneo, feridas ou tatuagens em locais que pudessem comprometer a colocação de cateter epidural, hábitos alimentares, infeção por *Streptococcus* do grupo B (SGB), experiência de gravidezes anteriores, se existissem outros filhos, qual o peso dos mesmos, história de vigilância da gravidez atual, peso estimado fetal, experiência com a amamentação e a manifestação de vontade em ter acompanhante durante o trabalho de parto, e se tinham estabelecido um plano de parto. Era igualmente importante conhecer e registar as características do colo uterino, a IG, a história obstétrica, o contacto da pessoa significativa, sobre presença, ou não, de infeção por *Streptococcus* do grupo B (SGB) e sobre o estado da bolsa amniótica, se rotura: data e hora da rotura e características do líquido LA.

O número de gestações anteriores influencia também a progresso do TP, pois, nas múltiparas, na maior parte dos casos, os TP acontecem mais rápido: a fase latente na nulípara tem um padrão evolutivo de até 20h, a múltipara 14h, a dilatação na fase ativa do TP é $> 1,2\text{cm/h}$ e $> 1,5\text{cm/h}$ na múltipara, o segundo estágio tem uma duração normal na nulípara até 45-60 minutos, na múltipara até 15-20 minutos (Machado & Graça, 2017), Segundo a OMS (2019), na recomendações para os cuidados durante o parto para uma experiência positiva de parto, para as mulheres devem ser informadas de que está estabelecida uma duração padrão para o primeiro estágio latente e pode variar muito de uma mulher para outra, no entanto, a duração do primeiro estágio ativo (a partir de 5 cm até a dilatação cervical completa) geralmente não se estende além de 12 horas nas nulíparas, e geralmente não ultrapassa 10 horas nas múltiparas. No que diz respeito ao segundo estágio, segundo o mesmo autor, este varia de uma mulher para outra, sendo que entre as primíparas, o parto é geralmente concluído dentro de 3 horas, enquanto nas múltiparas, o parto geralmente é concluído em 2 horas.

As particularidades do colo uterino, na entrada da parturiente são elementares para avaliar a evolução do TP. Caso a mulher fosse positiva para infeção por SGB, procedia à administração de antibiótico, que de acordo com o protocolo do serviço correspondia uma dose de carga de 2gr de Ampicilina, e posterior administração de 4/4h de 1gr do mesmo. Em caso de rotura de membranas superiores a 12h, este era também administrado após colheita de sangue para leucograma e PCR. De referir que nesta situação a evidencia não é elevada ao ponto de garantir que a taxa de corionamniotite é efetivamente mais baixa, tal como

referido por Wojcieszek et al. (2014), em uma revisão da Cochrane, que apesar de se basear apenas em dois, no entanto com 1801 mulheres, demonstrou que nenhum efeito foi demonstrado na prevenção da endometrite ou corionamniotite, nenhuma diferença foi demonstrada nas medidas de probabilidade de sépsis neonatal, morbidade materna. A cesariana sim aumentou com o uso de antibióticos, assim como a duração do internamento materno.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2013) a profilaxia é considerada eficaz se iniciada ≥ 4 horas antes do parto, e não existem dados suficientes para recomendar o momento ideal de execução de procedimentos que aceleram o TP, tal como a amniotomia em grávidas colonizadas por SGB e assim é recomendado que sendo obstetricamente seguro, deverão ser executados os procedimentos interventivos após pelo menos 4 horas de profilaxia, no entanto, nenhum procedimento obstétrico deve ser atrasado para se conseguir este mesmo tempo de segurança. Contactei com situações em que a mulher já foi admitida para a SP próxima do período expulsivo, e, portanto, não ficaram garantidas as condições ideais de profilaxia de transmissão para o RN.

No geral, a minha atuação, aquando da prestação de cuidados foi adequada a cada situação, avaliando sempre o bem-estar materno e fetal, através da realização de RCT e da ABCF e da avaliação do tocograma (avaliação da contratilidade uterina). A realização das Manobras de Leopold é essencial para determinar onde colocaria os *transducer* do Cardiotocógrafo. Estas manobras visam a identificação, no abdómen da mulher, da direção e da posição fetal e do fundo uterino. (Marques & Reynolds, 2011).

A interpretação do registo cardiotocográfico envolve a análise dos parâmetros obtidos, permitindo a classificação do padrão do traçado. Esta classificação tem por base a frequência cardíaca basal do feto, a variabilidade e a reatividade fetal e o aparecimento de desacelerações. A avaliação destes parâmetros deve assentar na Classificação do RCT da Federação Internacional de Ginecologia e *Obstetrícia* (FIGO), em que é assumido um padrão normal quando o feto apresenta uma FCF com linha de base entre 110-160 bpm, com variabilidade entre 5-25 bpm e com desacelerações não repetitivas. No entanto, estes fatores têm de ser relacionados com outros, como o conhecimento profundo dos mecanismos de defesa do feto, dos efeitos dos estímulos externos no ritmo cardíaco fetal, e da situação clínica de cada grávida, de forma a detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados no bem-estar materno e fetal. Desta forma, foi essencial demonstrar conhecimentos consolidados, neste âmbito e baseados na evidência científica (OE, 2011). Também através do registo cardiográfico é possível avaliar a atividade do tónus uterino, este parâmetro é essencial para avaliar o risco de parto prematuro, bem como alterações no padrão dos batimentos cardíacos.

Segundo a OMS (2015), durante a vigilância do TP, o registo no partograma, sendo

este uma representação gráfica do trabalho de parto, este melhora o acompanhamento do TP, permite a detecção precoce de problemas, elimina o caráter subjetivo do diagnóstico e facilita a tomada de decisões apropriadas, evitando intervenções desnecessárias, e, portanto, todas as avaliações da mulher e da evolução do TP eram aqui registradas (dilatação cervical, descida da apresentação, posição fetal, variedade de posição, FCF, contrações uterinas, prescrição de fármacos, avaliação da dor e consequente efeito da analgesia. Em anexo ao partograma, estava também uma folha de registo de medicação administrada pela equipa de enfermagem.

ACOMPANHAMENTO NO PERÍODO DE DILATAÇÃO

O período de dilatação do TP inicia-se com contrações uterinas que incitam um aumento da pressão hidrostática intra-amniótica, que concede ao segmento inferior pressão, enquanto as membranas estiverem intactas; após a rotura das membranas é a apresentação fetal que exerce diretamente pressão sobre estas estruturas, o que coopera para a dilatação e extinção do colo uterino. Devido à contratilidade uterina do miométrio durante as derradeiras semanas da gravidez e na fase latente do TP, dá-se um encurtamento considerável do colo uterino, nomeado por extinção. A dilatação do colo uterino compreende-se entre um e dez centímetros. Considera-se a dilatação do colo uterino termina quando deixa de ser possível tocar tecido do colo diante da apresentação, o que sucede quando o diâmetro do canal abrangeu os dez centímetros. Numa nulípara, o fenómeno de extinção ocorre primeiro do que a dilatação, sendo que nas múltiparas estes fenómenos ocorrem, regra geral, em simultâneo (Machado & Graça, 2017).

É importante conhecer a idade gestacional uma vez que perante um TP pré-termo, é essencial reunir todo o material indispensável para a assistência ao RN após o nascimento, e chamar o pediatra. Nas múltiparas, na maior parte dos casos, têm trabalhos de parto menos prolongados, o que me deixava alerta para certos sintomas que referissem e que pudessem indicar o período expulsivo com mais rapidez. As características do colo uterino, na admissão da parturiente são fundamentais para avaliar a evolução do TP. Uma vez que esta avaliação era feita na urgência, e era passada esta informação à equipa da sala de partos, só mais tarde, ou em caso de queixas de novo da mulher, fazíamos nova avaliação.

Durante o exame ginecológico fiz por obter sempre o consentimento da mulher, e garantindo que estava informada de que era uma aluna da especialidade, por forma a obter um relacionamento facilitador da execução do exame, mantendo sempre garantida a privacidade da parturiente. A avaliação consiste na introdução do 2º e 3º dedo da mão na vagina até ao colo uterino, para avaliar as suas condições relativamente à dilatação/extinção, posição, consistência, e descida fetal (Lowdermilk & Perry, 2008).

Confesso que ao iniciar o estágio, me sentia confiante no que diz respeito ao toque vaginal, para a verificação do apagamento, posição e consistência do colo. Ao iniciar a prática clínica senti que infelizmente não estaria assim tão preparada para a correta identificação do mesmo. Esta técnica exige bastante prática e compreensão. Durante este período era

essencial instruir a parturiente para o que estaria para acontecer para que a mesma pudesse delinear o seu próprio plano de atuação, de modo a ter um papel interventivo no seu trabalho de parto e parto. Recomenda a OMS (2019), que para uma experiência de trabalho de parto e parto positiva o exame vaginal seja realizado de 4 em 4 horas, em mulheres com TP de baixo risco, e que o exame vaginal da mesma mulher por múltiplos cuidadores também deve ser evitado. Esta situação foi desconfortante em alguns episódios, uma vez que percebi que por parte de alguns elementos da equipa médica, mesmo que existindo observação recente do EESMO, faziam questão de fazer eles próprios uma avaliação.

A gestão do controlo da dor (como referido no tópico seguinte), os ensinamentos à mulher e à pessoa significativa foram essenciais para que fossem autónomos no controlo da dor. Manter o conforto da mulher foi sempre algo que tive como objetivo primordial na minha intervenção, e este não diz respeito apenas ao alívio da dor, mas sim a todo o cuidar que está implícito, considerando a mulher como ser global e singular. Aqui tinha sempre em conta a importância da pessoa que estava a acompanhar a mulher, e além dos ensinamentos, garantia que existisse a percepção de que este papel era de enorme importância.

Devido à analgesia epidural, muitas mulheres apresentavam retenção urinária, e por esse motivo, justificava-se o recurso ao esvaziamento vesical, e consequentemente aos cuidados perineais.

A avaliação da pelve feminina, Machado e Graça (2017) consideram-na essencial para a elaboração de um prognóstico do parto. O exame da bacia engloba a avaliação dos diâmetros e da morfologia pélvica, tendo em conta o estreito superior (que sob o ponto de vista obstétrico o mais importante é o diâmetro ântero-posterior que corresponde à menor distância entre o promontório e a sínfise púbica), escavação pélvica e o estreito inferior. Existem vários tipos de bacias, salientando-se a ginecóide, a antropoide (tipo de bacia mais favorável ao parto devido à maior amplitude da hemipelve posterior), a andróide e a platipelóide que constituem o tipo de bacias mais comuns.

Para os mesmos autores é igualmente importante conhecer a conduta do feto e a forma como ele se alinha às estruturas ósseas maternas. A passagem do maior diâmetro transversal do polo cefálico do feto através do estreito superior da bacia, designa-se por encravamento. O encravamento pode ocorrer nas últimas semanas da gravidez, sobretudo nas nulíparas, mas também pode dar-se durante o TP. No momento do encravamento a sutura sagital do polo cefálico do feto está geralmente, fletida: posteriormente, no sentido do promontório, ou anteriormente no sentido da sínfise púbica – sinclitismo - quando o diâmetro biparietal da cabeça fetal está paralelo aos planos da pelve. Designa-se por assinclitismo anterior (de Nagele) a sutura sagital está mais longe da sínfise púbica e perto do promontório e posterior (Litzmann) a sutura sagital está mais perto da sínfise púbica e mais longe do promontório). Quem determina o assinclitismo é o parietal. Foi algo em que senti bastante dificuldade em avaliar. De referir que de acordo com o documento da OMS (2018) para uma experiência de trabalho de parto e parto positiva, não é recomendada a pelvimetria clínica de

rotina, as mulheres devem ser avaliadas quanto à progressão do parto por meio do exame cervical, estado das membranas amnióticas e altura da apresentação fetal.

Relativamente à estática fetal, é importante conhecer as relações do feto com os eixos uterinos e os pontos de referência do canal de parto. Desta forma, para os mesmos autores é importante ter em conta a atitude (postura assumida pelo feto no final da gravidez que se caracteriza pela flexão generalizada de todo o corpo, adotando uma forma ovoide, que se adapta à configuração uterina), a situação (relação entre os maiores eixos maternos e fetal), a apresentação (parte fetal palpável ao toque vaginal através do colo uterino), a posição (para que lado materno se encontra o ponto de referência) e a variedade (relação do ponto de referência da apresentação com as regiões anterior, posterior ou transversal do canal do parto do feto). Durante o meu estágio apenas observei fetos em apresentação cefálica. No presente campo de estágio os partos por via vaginal de fetos com apresentação pélvica são considerados indicações absolutas para cesariana eletiva.

Indução de TP ou intervenção em TP prolongado

A indução do TP ou a intervenção para aceleração do TP é da inteira responsabilidade da equipa médica. A maturação cervical e a indução do TP são intervenções obstétricas, que têm como objetivo preparar o colo uterino e iniciar ou intensificar as contrações uterinas que favorecem a dilatação e a extinção progressivas do colo. Para a maturação cervical podem ser utilizados métodos farmacológicos (dinoprostona em dispositivo vaginal de libertação lenta, dinoprostona em gel intravaginal ou em comprimidos intravaginais, misoprostol em comprimidos intravaginais) ou métodos mecânicos (sonda de Folley dilatada com soro fisiológico). Para a indução do trabalho de parto deve ser utilizada a ocitocina, administrada em perfusão endovenosa, com bomba perfusora, de acordo com o protocolo hospitalar em vigor (Direção-Geral da Saúde, 2015). Neste contexto era utilizada dinoprostona em dispositivo vaginal de libertação lenta, misoprostol em comprimidos intravaginais e a ocitocina. Enquanto aluna, era frequente administrar ocitocina IV, sendo que a colocação da dinoprostona e a realização de amniotomia era realizada pela equipa médica. Reiteram Sequeira, Sobral, et al. (2020) que a amniotomia só deve ser efetuada em mulheres com trabalho de parto disfuncional, pois tem um efeito positivo na indução do TP e na estimulação do trabalho de parto prolongado, não estando indicada no trabalho de parto espontâneo. A OMS (2015) defende que a administração de ocitocina pressupõe uma monitorização mais rigorosa, pelo que a monitorização através do CTG contínua era categórica nestes casos, o que impedia a deambulação da mulher.

É não recomendado pela OMS (2018) o uso de intervenções médicas para acelerar o trabalho de parto antes dos 5 cm de dilatação, desde que as condições fetais e maternas sejam seguras. Percebi que as prescrições e as orientações de indução de TP variavam consoante a equipa médica, ou o médico em si, e tal não era sempre observado. No mesmo documento pode ler-se que não é recomendado para as mulheres grávidas com início do trabalho espontâneo, o limiar da taxa de dilatação cervical de 1 cm/hora durante o primeiro

estágio ativo.

A intervenção de indução de TP era também equacionada nos casos de TP estacionário- fase latente na nulípara com padrão evolutivo superior 20h, na múltipara superior 14h, a dilatação na fase ativa do TP inferior 1,2cm/h e múltipara inferior a 1,5 cm/h na múltipara (Machado & Graça, 2017). A OMS (2015) define que o TP prolongado é caracterizado pelo progresso lento e anormal do TP, decorrente de contrações uterinas ineficazes, apresentação ou posição anormal do feto, pelve óssea desajustada ou anormalidade dos tecidos pélvicos maternos. Este problema é mais frequente em nulíparas, podendo ocorrer também em múltiparas, e está associado a maior morbidade e mortalidade materna e perinatal em consequência infeções, rotura uterina ou intervenções cirúrgicas obstétricas.

São causas mecânicas do TP estacionário: condições fetais ou canal de parto que impedem a normal descida da apresentação, ainda que com dinâmica uterina positiva, e são causas dinâmicas as anomalias das forças expulsivas relacionadas com défice da contratilidade uterina ou do défice de esforços expulsivos da parturiente (Machado & Graça, 2017).

Nas situações em que a mulher fosse internada com rotura prematura de membranas, a atitude era expectante nas primeiras 12h após o evento, e só após estas 12h, caso não houvesse evolução do TP então eram instituídas medidas indutoras, com o objetivo de diminuir o tempo de latência entre a rotura de membranas e o parto, a fim de diminuir a incidência de complicações materno-fetais, tais como: corioamnionite, descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPPNI), doença da membrana hialina, hipoplasia pulmonar do RN, deformações fetais, hipoxia fetal e sépsis fetal tal como referido por Passos e Graça (2017), até porque para os mesmos autores cerca de 50% das gestantes entra em TP espontaneamente nas 6 a 12h seguintes e 95% em 28h.

ACOMPANHAMENTO NO SEGUNDO ESTADIO DO TP

Considera-se o segundo estágio de TP quando a mulher apresenta a dilatação completa correspondendo, desta forma, ao início do período expulsivo e tem fim após a expulsão do feto. (Machado & Graça, 2018). Para os mesmos autores este período tem uma duração normal na nulípara até 45-60 minutos e na múltipara até 15-20 minutos. No entanto de acordo com a OMS (2018), nas recomendações para os cuidados durante o parto para uma experiência positiva de parto, as mulheres devem ser informadas que a duração do segundo estágio varia de uma mulher para outra, sendo que nas primíparas, o parto é geralmente concluído dentro de 3 horas, enquanto nas múltiparas, o parto geralmente é concluído em 2 horas, e que o início do segundo estágio do trabalho de parto na conduta clínica muitas vezes não é rigorosamente notório. Uma mulher pode sentir a apetência de empurrar antes de concluir a dilatação ou pode nem sentir esse desejo no momento em que a dilatação completa é confirmada. Aquando da dilatação completa e se o estado materno fetal é tranquilizador, havendo progresso na descida do polo cefálico, não existem motivos para intervenção.

Durante a minha prática clínica enquanto aluna foi efetivamente o que foi verificado pela maioria dos profissionais, e assim foi também assumida a minha conduta.

Durante a evolução do TP espera-se que exista a acomodação fetal à pelve materna, e esta acomodação é denominada pelos movimentos cardinais do parto, que segundo Machado e Graça (2017), são: o encravamento, a descida, a flexão da cabeça, a rotação interna, a extensão da cabeça, a rotação externa e a expulsão.

A decisão do momento de preparação do leito para o período expulsivo foi algo que me trouxe bastante incerteza, de modo a que não tardasse, mas também não o tornasse demasiado precoce, uma vez que a mulher era colocada em posição de litotímia para o período expulsivo. A posição lateralizada durante o período expulsivo era incentivada, no entanto, quando o feto se encontrava entre o plano +1 e +2 do plano de Lee, a posição de litotímia era a posição imposta para a expulsão fetal. Admite-se o ponto zero o plano transversal das espinhas isquiáticas, com os pontos máximos variando geralmente entre -3 cm e +3 cm. Acima das espinhas isquiáticas, encontram-se as numerações negativas com a distância em centímetros. Abaixo delas, ou seja, quanto mais próximo estamos do introito vaginal, utilizamos as numerações positivas, assim quanto mais alto o feto, menor será o número correspondente a sua altura.

De acordo com Gaudêncio et al. (2012) no Indicador de Evidência do Projeto da MCEESMO-OE “Maternidade com Qualidade”, na posição de litotímia no período expulsivo aumenta a sensação de dor, aumenta o tempo de descida fetal, produz menor eficácia dos puxos expulsivos, provoca mais episódios de traçados cardíofetais fora do padrão normal, aumenta a necessidade de episiotomia, de instrumentalização do parto e conduz a uma maior ocorrência de lacerações de 3º e 4º graus, no entanto tem menos hemorragia consequente. Na posição de gatas existe uma maior facilidade de rotação da apresentação cefálica, uma melhor oxigenação do feto e menos sensação de dor, trazendo maior descanso à parturiente entre as contrações. Os puxos na posição lateralizada envolvem menos risco de laceração e episiotomia, sendo que lateralizada existe também uma maior amplitude do estreito inferior, e é observado aqui um melhor acesso visual ao períneo. Na posição ereta está evidenciada a redução do período expulsivo a instrumentalização do parto, o número de episiotomias e de padrões anormais da FCF, menor desconforto, menor intervenção profissional e menor dificuldade dos puxos. No que diz respeito ao Índice de Apgar são verificados valores mais elevados na posição ereta relativamente à posição de litotímia.

Prevê-se que a mulher no período expulsivo sinta involuntariamente vontade de “fazer força”. Verifiquei muitas vezes que mulheres submetidas a analgesia epidural não apresentavam essa percepção, dada a diminuição da sensibilidade. Nas mulheres em que não havia sido administrada qualquer tipo de analgesia, era referida esta vontade de uma forma imperiosa, sem margem para dúvida do que iria avaliar ao toque vaginal. Pereira et al. (2011) admitem que o uso da epidural durante o trabalho de parto, traz consequências, como, o aumento da duração do período expulsivo, o mau posicionamento fetal, maior uso de ocitocina e no número de partos instrumentados, e maior risco de cesariana uma vez que com a perda

da sensação, há interposição no progresso do reflexo de Ferguson, essencial para um puxo eficaz. Nas situações em que a mulher não objetivava este reflexo foi uma prática corrente a realização de estimulação do períneo durante o segundo estágio do TP, que consiste em colocar dois dedos no interior da vagina e exercer pressão na direção do ânus, de modo a que a mulher localizasse o local de onde deveria fazer força. Nas recomendações da OMS (2018) para os cuidados durante o parto para uma experiência positiva de parto, podemos ler que é recomendado que as mulheres sejam incentivadas e apoiadas a seguir seu próprio desejo de empurrar durante o segundo estágio do parto, e que os prestadores de cuidados de saúde devem evitar impor puxos direcionados às mulheres no segundo estágio do parto, pois não há evidência de qualquer benefício com esta técnica. No entanto esta recomendação foi muitas vezes contornada, nas situações em que as mulheres não realizavam os puxos no local adequado, e assim concluiu que forma contornados de uma forma criteriosa e positiva.

Após a preparação da posição da mulher e após estar devidamente equipada para o período expulsivo, respeitando a técnica asséptica, observava a descida do feto. Mantinha sempre uma comunicação efetiva com a mulher e acompanhante, para que ambos sentissem que eram os detentores do papel principal naquele momento. Suportava sempre uma atitude de elogio e incentivo à mulher, lembrando quando necessário da forma como deveria manter a sua respiração e força expulsiva. À medida que se dava o coroamento fetal à vulva era aplicada vaselina para lubrificar as paredes vaginais de forma a evitar o trauma dessas estruturas. No que diz respeito à proteção perineal Ferreira-Couto e Fernandes-Carneiro (2017) reiteram que durante o TP se existir mudança postural da parturiente durante a fase latente do período expulsivo e o uso da posição de decúbito lateral durante a fase ativa do segundo período, o puxo espontâneo, a restrição da manipulação do períneo, a aplicação de compressas quentes no períneo, a massagem do períneo com lubrificante, o apoio perineal simples aquando da aplicação da manobra de *Ritgen*, em prol da sua versão modificada e a promoção do empoderamento das mulheres diminui a probabilidade de trauma perineal. Tais medidas foram sempre ensinadas e incentivadas pelas minhas tutoras. Estas mesmas técnicas são também incentivadas nas recomendações para os cuidados durante o parto para uma experiência positiva de parto (OMS, 2018).

A avaliação da necessidade de realização de episiotomia demonstrou ser um desafio. Conforme as recomendações para os cuidados durante o parto para uma experiência positiva de parto (OMS, 2018), o uso rotineiro de episiotomia não foi verificado e o consentimento da mulher era sempre obtido. A episiotomia é realizada quando o polo cefálico distende o períneo, nesse momento introduzi os dedos indicador e médio entre a apresentação e a parede vaginal, e procedi à incisão do períneo, iniciando ao nível da fúrcula (Graça, 2010) e direcionando a tesoura para o lado direito da mulher, com um ângulo entre os 45 e os 60 graus relativamente à linha mediana, tal com reitera Henriques (2018). À luz do conhecimento atual, não existem critérios bem definidos nem uniformes para o uso de episiotomia, no entanto o ACOG sugere que esta deve ser realizada sempre que haja necessidade de abreviar o 2º estágio do TP ou quando haja sugestão de elevada probabilidade de ocorrer uma laceração espontânea do

períneo (estado fetal não tranquilizador, parto vaginal instrumentado, distócia de ombros, corpo perineal inferior a 2,5 - 3cm, ainda que a evidência seja frágil mesmo nestas situações (Henriques, 2018).

Após a análise do períneo e apreçada a necessidade de realização da episiotomia, executava a tração controlada da cabeça fetal, utilizando a manobra de Ritgen modificada (proteção do períneo com a mão direita e mão esquerda era colocada nos parietais do feto para auxiliar o seu desencravamento, evitando a libertação brusca da cabeça). Após a saída da cabeça, pesquisava a presença de circulares do cordão umbilical no pescoço do RN, colocando dois dedos em forma de garra à volta do pescoço. Caso apresentasse circulares apertadas e sem possibilidade de as desfazer, procedia-se à laqueação do cordão umbilical à vulva, antes da libertação dos ombros. Amparava-se a cabeça do feto auxiliando a rotação externa e permitindo a rotação dos ombros. Após a rotação completa era realizada a exteriorização do ombro anterior com uma ligeira tração da apresentação para baixo, com as duas mãos, depois para cima para executar a extração do ombro posterior. Após a exteriorização dos ombros anterior, voltava a proteger o períneo com a mão direita, e com a mão esquerda procedia à restante exteriorização fetal. Nesta altura confesso que senti muitas vezes que necessitava de mais um par de mãos. O medo de não segurar o RN era algo difícil de controlar.

Após a expulsão fetal era observada a hora do nascimento, algo demorei algum tempo a fazer, e eram prestados os primeiros cuidados ao RN na adaptação à vida extrauterina, como descrevo a seguir, provando sempre que possível o contato pele-pele imediato ao parto e o aleitamento materno.

CUIDADOS NA DEQUITADURA

Após a expulsão do feto, decorre o terceiro estadio do TP, caracterizado pela expulsão da placenta – a dequitadura. Este é considerado como uma fase de risco, dado o risco de desenvolver HPP, bem como a inversão uterina, sendo estas uma causa relevante de morbidade e mortalidade materna. A dequitadura é caracterizada pela saída da placenta e das membranas (amniótica e coriônica), facilitada pela manutenção da contração uterina após o parto, tornando o local de inserção da placenta mais pequeno, provocando a rotura das vilosidades. É expectável que, após o nascimento, as contrações uterinas ocorram entre cinco a sete minutos, facilitando o descolamento da placenta do revestimento basal, e este estadio deve durar entre 5 minutos a 1 hora (Sequeira, Prata, et al., 2020). Na minha experiência ao longo deste ensino clínico, após 30 minutos era chamada a equipa médica para intervenção caso a dequitadura não acontecesse neste tempo.

Durante estes 30 minutos era adotada a atitude expectante, estando sempre atenta aos sinais de separação da placenta: hemorragia de separação, elevação do fundo uterino acima do umbigo, contrações uterinas, prolongamento evidente do cordão umbilical, útero que passa de uma forma discoide para ovoide, tal como referido por Sequeira, Prata, et al.

(2020). Para os mesmos autores a dequitação pode dar-se por dois mecanismos: Schultze, que ocorre quando a separação da placenta se inicia pela zona central, originando maior quantidade de sangue, e surge primeiro a face fetal, e esta forma ocorre em 75% dos casos, ou o mecanismo de Duncan em que surge primeiro a face rugosa, correspondente à superfície materna, fazendo com que a placenta deslize lateralmente até à vagina, e é acompanhada por um discreto e contínuo sangramento. Durante a minha prática observei maioritariamente mecanismos de Schultze. Após observar a passagem do útero de discoide para ovoide, e de verificar a perda de sangue pela vulva e o alongamento do cordão, efetuava a manobra de Krustner. Após a verificação do descolamento da placenta, incentivava a mulher a fazer esforços expulsivos, segurava a placenta durante a sua exteriorização enquanto isso executava a manobra de Dublin (fazer movimento de rotação no sentido dos ponteiros do relógio para ajudar na exteriorização total das membranas, o também chamado vulgarmente de “vestir a placenta”). Após a saída da placenta papava o fundo uterino de modo a verificar a formação do globo de segurança de Pinard. Igualmente importante era a verificação das perdas sanguíneas, expressão uterina e a observação cuidadosa do períneo e canal de parto, dado que uma perda sanguínea elevada, pode advir de uma atonia uterina, mas também pode ocorrer devido a lacerações. Desta forma, após verificar que não estava perante nenhum quadro de atonia uterina, complicação que cheguei a observar, limpava com compressas esterilizadas a região perineal e inspecionava o períneo e o canal vaginal para a identificação de possíveis lacerações, quer do canal de parto quer do colo uterino. A observação cuidada da integridade da placenta e do cordão umbilical de modo a confirmar total expulsão e verificar possíveis anormalidades fazia também parte dos cuidados da dequitação. Tais procedimentos são sustentados na bibliografia, tal como reitera Sequeira, Prata, et al. (2020).

É administrado a todas as parturientes 10 UI ocitocina intra-venoso, com vista a profilaxia da HPP, tal como recomendado pela OMS (Organização Mundial da Saúde, 2014). Para os mesmos autores, A importância da tração controlada do cordão umbilical (TCC) é opcional em situações nas quais há profissionais de assistência ao parto qualificados disponíveis e é contraindicada em situações nas quais os profissionais de assistência ao parto qualificados não ajudam a fazer os partos. O clameamento precoce do cordão umbilical é geralmente contraindicado. A massagem uterina contínua não é recomendada como intervenção para prevenir a HPP em mulheres que receberam ocitocina profilática, pois ela pode causar desconforto materno, e pode não produzir uma redução da perda de sangue. No entanto, a vigilância do tônus uterino através da palpação abdominal é recomendada em todas as mulheres para possibilitar a identificação precoce da atonia uterina pós-parto.

Mantive sempre atenção a mulheres que predispunham de fatores de risco para HPP, que segundo Sequeira, Prata, et al. (2020) são: útero aumentado, macrosomia fetal, TP e nascimento precipitados, primeiro e segundo estadio do TP muito prolongados, manipulação cervical, anemia materna, multiparidade e antecedentes de HPP.

Desde a admissão até à transferência / alta eram realizados registos de acordo com as normas do serviço, claros, rigorosos e sistematizados.

APORTE HÍDRICO E CALÓRICO DA MULHER EM TRABALHO DE PARTO

A ingestão oral para mulheres durante o trabalho de parto foi limitada a nada por via oral ou apenas com líquidos claros, sendo que estas restrições são baseadas no risco de aspiração durante ou após a administração da anestesia geral (American College of Nurse-Midwives, 2016). Reiteram os mesmos autores que a determinação da nutrição da mulher em trabalho de parto deve ser apropriada durante a evolução deste, tendo em consideração o estado de saúde da mulher, as suas preferências e o risco de intervenção cirúrgica.

A administração de Soro Polieletrólítico Glicosado por rotina a todas as mulheres em TP era justificada pela necessidade de a mulher cumprir jejum, com indicação médica justificada dado risco eventual de cesariana emergente. No entanto, a restrição da ingestão oral pode ser desagradável para certas mulheres e pode influenciar negativamente a experiência do nascimento (Singata, Tranmer & Gyte, 2013).

A OMS(2018) preconiza o consumo oral de líquidos e alimentos durante o TP, respeitando as escolhas e desejos da mulher, sendo que a restrição do consumo oral de líquidos e alimentos, não tem qualquer efeito benéfico sobre resultados clínicos importantes, incluindo o aumento da duração de TP ou cesariana. Bouvet et al. (2020) realizaram um estudo de coorte prospetivo a parturientes e concluíram que a sede contribui para o desconforto materno durante o trabalho de parto e que a ingestão limitada de água não garante alta satisfação materna, já a ingestão de fluidos limpos e frescos e fluidos doces semrestrição, podem contribuir para melhorar o conforto materno.

No presente campo de estágio apercebi-me que até ao início de trabalho de parto as mulheres tinham indicação para ingerir líquidos claros, após o início de trabalho de parto, mesmo que em fase latente, dependeria sempre da indicação médica. A colocação de analgesia epidural é também uma indicação para jejum.

Para Barradas et al. (2015) a ingestão durante o trabalho de parto, apesar de controversa, deve ser defendida pela parteira, pois é essencial para o bem-estar da mulher. Observei esta atitude em diversos elementos da equipa de enfermagem, questionando a equipa médica, sobre algumas situações pontuais que pudessem eventualmente não estar restritas de alimentação ou hidratação.

CUIDAR A PARTURIENTE COM PATOLOGIA ASSOCIADA

A DG foi a patologia com que tive contato em maior número. No entanto, a maioria das mulheres mantinha durante a sua gravidez o controlo da patologia com alimentação e exercício. A DG define-se como uma intolerância aos hidratos de carbono, documentada, pela primeira vez na gestação. As complicações maternas associadas à DG são a hipoglicemia, a cetose, poli-hidrâmnios, peso excessivo, hemorragia, relativamente ao feto são o aborto, malformações, morte fetal, prematuridade, macrossomia, distocia de ombros, hipoglicemia

neonatal, dificuldade respiratória, hiperbilirrubinemia, hipocaliemia, policitemia (Centeno & Carvalho, 2017). E portanto, eram estes os aspetos a ter em conta aquando da colheita de dados a uma parturiente portadora de DG.

Após a entrada destas mulheres na sala as avaliações e terapêutica era realizada consoante o protocolo institucional, caso não existisse contra-indicação, estas grávidas deambulavam pelo serviço após as refeições durante pelo menos 20 a 30 min.

A indução de TP na situação de oligoâmnios foi outra situação que tive oportunidade de acompanhar. A estimativa da quantidade de LA é um componente importante dos exames de ecográficos dos 2º e 3º trimestre da gravidez. Na segunda metade da gravidez, a produção de urina e de fluido traqueobrônquico pelo feto constitui a principal fonte de formação de LA, para que o sistema funcione, é imprescindível que a perfusão renal e pulmonar seja adequada. A restrição da perfusão destes órgãos resulta em uma acentuada disfunção orgânica, pelo que diminui a produção de urina e de fluido traqueobrônquico, resultando em uma diminuição da produção de LA. A relação entre oligoâmnios, hipóxia fetal e mortalidade perinatal está evidenciada (Graça, 2017 d.). No caso em concreto a indução decorria às 37 semanas de gestação.

ASSISTIR AO TRABALHO DE PARTO E PARTO NA PARTURIENTE INFETADA COM SARS COV-2

Tive a oportunidade de realizar um parto a uma mulher com Sars Cov-2, assintomática. Fomos informados pelo Hospital da Guarda que seria transferida para a nossa unidade hospitalar a referida parturiente. À saída da instituição a parturiente apresentava um colo apagado, elástico e mole, com 3cm de dilatação, e uma vez que se tratava de um Gesta 3 Para 2, sabíamos que o TP se desenrolaria com alguma rapidez. À sua chegada já apresentava 8cm de dilatação, e, portanto, sem tempo para analgesia epidural. Procedemos à preparação de todo o material e ao devido fardamento com os adequados EPI's.

Segundo a norma de orientação 19/2020 para grávidas e parturiente infetadas com COVID-19, a DGS (2020) recomenda que toda a equipa de saúde ligada ao Bloco de Partos deve ser informada da sua entrada, incluindo as equipas de anesthesiologia e a neonatologia, assim a pediatra encontrou-se presente após o início do período expulsivo. Uma vez que a infeção COVID-19 pode cursar com trombocitopenia, a parturiente já trazia do hospital de origem o estudo de hemograma. Recomenda que o parto se realiza em sala de pressão negativa, e assim foi. A monitorização cardiotocográfica contínua durante todo o trabalho de parto foi mantida. À sua chegada já apresentava 8 cm de dilatação, e, portanto, sem tempo para analgesia epidural, e, portanto, não foi aplicada a recomendação da instituição precoce de analgesia epidural no trabalho de parto, como forma de minimizar a necessidade de realizar uma anestesia geral, caso venha a ser indicada uma cesariana de emergência. Perante uma parturiente assintomática ou devem estar presentes na sala apenas um obstetra e um enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, ambos experientes em cuidados

intraparto, e à porta da sala deve estar um profissional diferenciado na assistência ao recém-nascido. Os cuidados prestados ao RN foram prestados na sala onde realizou o parto. O cordão foi clampado no imediato, sendo que segundo a presente norma não existe atualmente evidência segura sobre a melhor altura para clampagem do cordão umbilical, pelo que se devem manter as recomendações habituais, sempre que possível.

No que diz respeito aos cuidados ao recém-nascido deve ser seguida a orientação 26/2020 da DGS. A evidência atual propõe que a infeção por SARS-CoV-2 ao RN é rara. A transmissão ao RN ocorre principalmente através das secreções respiratórias no período pós-natal quando o RN está em contacto com a mãe com COVID-19, sendo muito rara a transmissão vertical. Não foi efetuado o contato pele-a-pele por indicação da pediatra presente, indo esta indicação contra as indicações da presente norma, que refere que o contacto pele a pele deve ser proporcionado, desde que a mãe manifeste esta vontade, seja informada de que o benefício do contacto pele a pele é substancialmente superior ao risco potencial de transmissão horizontal de SARS-CoV-2 e que seja capaz de cumprir as regras de higiene das mãos, mamas e tronco e utilizar máscara cirúrgica. Todas estas particularidades foram verificadas, e ainda assim este não foi efetuado. O RN foi testado após o parto, tal como recomendado. E após o exame do RN, e os primeiros cuidados foi iniciada a amamentação.

Não pude deixar de me colocar no lugar daquela parturiente, recebida por profissionais e fatos encerrados, com dificuldade em escutar apresentações, indicações. A não observação constante das expressões faciais, resultante das medidas de proteção da vivência pandémica atual é algo que me causa bastante inquietude enquanto utente e profissional de saúde.

ASSISTIR AO TRABALHO DE PARTO E PARTO COM DIAGNOSTICO DE MORTE FETAL

Este foi sem dúvida o maior desafio profissional do mês estágio, e um dos maiores desafios às minhas emoções.

Gesta 1 Para 0, com 39 semanas de gestação, deslocou-se à urgência para realização de RCT de rotina, quando lhe foi detetado a ausência de auscultação cardíaca fetal. Após confirmação da morte fetal, ficou internada para indução de trabalho de parto.

A perda fetal após as 24 semanas de gestação complica 1 em cada 200 gestações.^{1,2} Embora pouco frequente é uma experiência avassaladora para os casais. Para Cassaday (2018, p. 525) “a perda de um filho está associada a uma experiência de luto particularmente grave, duradoura e complicada, com sintomas que flutuam em intensidade e duração. Os sintomas de luto pela perda perinatal geralmente são processados em estágios e diminuem em intensidade ao longo do tempo”. A morte perinatal é definida como “morte fetal ou neonatal ocorrendo durante a gestação tardia (às 20 semanas completas ou após), durante o nascimento ou até 7 dias completos após”, e neomorto ou óbito neonatal como “morte de bebé nascido vivo, ocorrida até 28 dias do nascimento” (Comitê Internacional de Monitoramento

Tecnologia Reprodutiva Assistida & Organização Mundial da Saúde [OMS & ICMART], 2010, p.10).

Quebram-se sonhos e projetos baseados em amor, bem-estar e felicidade, para se dar lugar ao processo de luto. Fazer parte deste momento foi um desafio gigante, que se por um lado senti que não devia abraçar, por outro assumi que devia também passar por esta difícil aprendizagem. A morte fetal implica uma experiência paradoxal que não ocorre em outras circunstâncias, uma vez que, parir, sendo um ato vinculado à vida, fica estreitamente ligado à morte”¹⁶ (Martínez-Serrano et al., 2019, p.39).

Penso que enquanto futura EESMO o meu papel nestas situações parte por escutar os pais. Escutar acerca da forma que pretendem vivenciar aquele momento. Aceitar que cada pessoa tem a sua forma de fazer o luto, e que devo aceitar seja ela qual for proporcionando tudo o que me for possível para que as suas vivências se tornem o menos pesadas possíveis.

Penso que nestas situações deveria existir uma equipa de acompanhamento psicológico, e a evidência demonstra essa mesma necessidade, segundo Burden (2016) há taxas mais altas de distúrbios psicológicos e emocionais em pais enlutados, tais como depressão, transtorno de ansiedade, agorafobia, raiva, entre outros.

DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS AO RECÉM-NASCIDO NA ADAPTAÇÃO À VIDA EXTRAUTERINA

A adaptação à vida extrauterina é um período crítico na vida do RN. Nas adaptações fisiológicas encontramos: o estabelecimento e manutenção da respiração, alterações circulatórias, regulação da temperatura, retenção e digestão de nutrientes, eliminação e controlo do peso, e embora a maioria dos RN realize sem dificuldade a adaptação à vida extrauterina, o seu bem estar depende dos cuidados imediatos que lhe são prestados pelo profissional de saúde (Rua et al., 2020). Os aspetos mais relevantes da transição fetal-neonatal são a conversão do pulmão cheio de líquido a um órgão arejado e distensível capaz de realizar trocas gasosas, o estabelecimento de uma circulação semelhante à do adulto, a separação de um ambiente térmico estável uterino e a adaptação metabólica à vida extrauterina (Rua et al., 2020; Guimarães, Hercília, Rocha, Gustavo, Teixeira, 2008)

Após a expulsão fetal, e após as manobras já descritas para limpeza das vias aéreas, de modo evitar a aspiração de secreções como sangue e LA, que podem posteriormente levar a quadros de dificuldade respiratória ou pneumonia, o RN era colocado sobre o abdómen da mãe eram realizadas manobras com um pano esterilizado, por parte do EESMO que recebia

o RN de modo a secar a pele do mesmo, mantendo o contato pele-a pele com a mãe. Tal como referido por Rua et al. (2020), a estimulação tátil do RN, durante a secagem, apos o

parto pode ajudar a iniciar a respiração, sendo que as primeiras respirações do RN ajudam na conversão da circulação fetal para neonatal, esvazia os pulmões de líquido, estabelece o volume pulmonar neonatal, e diminui a pressão arterial pulmonar.

Sabe-se que a perda de calor por evaporação através da pele do RN resulta numa diminuição da temperatura corporal esta decorre em poucos segundos após o nascimento, e após estabelecida a respiração, a regulação térmica corporal é um fator crítico na sobrevivência do RN. O RN era seco imediatamente, incluindo a cabeça, esfregando as costas de cima para baixo, usando um pano limpo e quente. Tentando ao máximo não remover a camada de vernix.

Enquanto eram realizados estes procedimentos era verificado a respiração do RN, a cor de pele, sendo que uma cor rosada é um bom sinal de respiração e circulação adequadas. Uma cor azulada da língua, lábios e tronco representa um déficit de oxigênio circulatório. Uma cor azulada somente das mãos e pés pode ficar presente por um a dois dias depois do nascimento e geralmente não indica hipóxia fetal (Beck et al., 2004). A ter em conta na avaliação da pele do RN é que esta pode demorar algum tempo até tornar-se rosada, sendo por isso um mau indicador de correta oxigenação dos tecidos (Oliveira et al. 2012).

Era avaliado o Índice de Apagar (IA) ao 1º minuto de vida do RN. O IA é uma avaliação feita ao RN que avalia seu estado geral e vitalidade, ajudando a identificar se são necessários cuidados de reanimação imediato. A sigla 'APGAR' significa uma sistematização da avaliação clínica do RN: frequência respiratória, frequência cardíaca, tônus muscular, irritabilidade reflexa, e coloração da pele, obtendo os seguintes scores: 7 a 10 indicam ausência de dificuldades à adaptação extrauterina, 4 a 6 dificuldade moderada, iguais ou inferiores a 3 dificuldade grave (Rua et al., 2020).

Após a verificação do IA, caso não se tratasse de uma situação com necessidade de reanimação, o RN era mantido em contato pele a pele com a mãe das duas horas seguintes após o nascimento. Era realizado sempre que possível o corte tardio do cordão umbilical (1-3 minutos após o nascimento), com exceção da necessidade de colheita de células estaminais por vontade dos pais, quando se houve verificação de circulares apertadas cervicais ou quando o estado do RN não era tranquilizador, este momento do corte era oferecido à mãe ou à pessoa significativa que estava presente durante o parto. Até uma hora após o parto era iniciado a amamentação precoce.

A OMS (2018) publicou recomendações para uma experiência de parto mais positiva, referindo que no que diz respeito ao corte do cordão umbilical, deve ser evitada a sua execução precoce, ou seja, a realização do corte antes de um a três minutos. Reitera a ACOG (2020) recomenda que o clameamento do cordão deve ser feito entre 30-60 segundos em casos RN de termo e pré-termo vigorosos, sendo que os benefícios imediatos para estes RN são o aumento do volume de sangue e dos níveis de ferro. De referir que, segundo os mesmos autores, o clameamento tardio do cordão não está associado a um maior risco de HPP, nem de alterações dos valores séricos de hemoglobina materna após o parto. Já para o American

College of Nurse-Midwives, nos RN a termo, deve ser atrasado o clampeamento do cordão por 5 minutos se o recém-nascido for colocado pele a pele, ou 2 minutos com o recém-nascido no nível ou abaixo do introito vaginal (American College of Nurse Midwives, 2014). Segundo (Oliveira et al., 2012), no Consenso de Reanimação do RN na sala de partos, o RN que não necessita de ser reanimado a clampagem do cordão umbilical deve ocorrer ao fim do 1º minuto. Para a totalidade dos autores, independentemente do tempo que é sugerido para o corte do cordão umbilical, é unânime que este deve ser realizado de forma tardia e de que traz benefícios ao RN.

O contato pele a pele é a prática em que o RN é seco e colocado diretamente no peito nu da mãe após o nascimento, ambos cobertos por um pano quente e deixados por pelo menos uma hora ou até depois da primeira mamada, entre elas a Organização Mundial da Saúde, a Academia Americana de Pediatria, a Academia de Medicina da Amamentação e o Programa de Reanimação Neonatal (Seitz, 2017).

Os benefícios referidos pelo contacto pele são inúmeros, tais com o aumento do vínculo entre a tríade, o favorecimento do desenvolvimento neuro comportamental, a estimulação do aleitamento materno, a diminuição do tempo de hospitalização, o melhor controlo térmico e a manutenção dos estímulos sensoriais (Ordem dos Enfermeiros, 2020). Segundo as recomendações da OMS (2012) referentes à saúde do RN, o contacto pele-a-pele, entre mãe e filho, deve ser efetuado na primeira hora de vida de modo a acautelar a hipotermia e a promover a amamentação. De acordo com a American Academy Pediatrics (2019), os pais podem e devem praticar o contacto pele-a-pele com os seus filhos na impossibilidade da mãe o fazer. Reitera Carvalho e Zangão (2014) que respeitando a individualidade e magia que envolve o binómio mãe-filho neste momento, a promoção do contacto pele-a-pele deve ser realizada desde os primeiros minutos de vida do bebé.

No que diz respeito ao aleitamento materno na primeira hora de vida, o Projeto Maternidade com Qualidade da MCEESMO (Seitz, 2017) refere como indicador de evidência que, o início do aleitamento materno na primeira hora de vida reforça a proteção do RN relativamente a infeções, e o contato pele a pele precoce entre mãe e filho está fortemente relacionada com a iniciação do aleitamento na primeira hora de vida.

Após estes momentos, o RN era colocado sob fonte de calor para observação, era monitorizado o peso, o comprimento, o perímetro cefálico e era administrada 1gr de vitamina K intramuscular para profilaxia da doença hemorrágica e era colocada a sua pulseira de identificação. Realizando a avaliação cefalo-caudal e a avaliação dos reflexos primários, e caso observasse alguma alteração era comunicado à equipa médica. A oportunidade de vestir o RN era dada à pessoa significativa.

Tive uma situação em que o RN apresentava-se não vigoroso após o nascimento, e mantinha a coloração cianosada após o primeiro minuto, e colaborei na Reanimação Neonatal (RNN) do mesmo.

Dado que se tratou de um parto instrumentado, a pediatra estava já presente antes do

nascimento na Sala, e como tal após a expulsão do feto, este foi de imediato entregue à pediatra até porque o registo cardíaco estava dentro do padrão suspeito no período expulsivo. Foi de imediata avaliada a FCF, e colocado sob monitorização de saturação periférica de oxigénio e de frequência cardíaca. É sem dúvida uma situação que gera bastante ansiedade à equipa presente na Sala de Partos. Os pais cerca de um minuto após o nascimento questionava porque a bebé deles não chorava, e porque tantas pessoas à volta da bebé. É necessária uma postura muito profissional para que se transpareça o medo que vai dentro de nós. Felizmente o RN apresentou vitalidade ao 3º minuto de vida, com choro e tónus presente. Devo dizer que se trataram talvez dos três minutos mais demorados de toda a minha vida profissional. Fiz nesse dia, e revejo muitas vezes o algoritmo de RNN. Segundo a SPP cerca 6 a 10% dos RN necessitam de alguma forma de ajuda para a adaptação à vida extrauterina, no entanto menos de 1% chegará a necessitar de reanimação avançada (compressões torácicas e fármacos), assim dado que este evento é raro, e, portanto, não existe treino assíduo do mesmo, é algo que em termos teóricos devemos ter fortemente presente na nossa atuação. Penso que deveria fazer parte da formação da equipa de Sala de Partos, treino e avaliação de RNN.

SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

DISTOCIA DE OMBROS

No primeiro parto em que participei foi detetada uma distocia de ombros. Foi sem dúvida incrível a forma como toda a equipa de enfermagem atuou. A distocia de ombros para (Mascarenhas et al., 2020) é uma das emergências obstétricas mais temidas, dada as sequelas que lhe poderão estar implícitas, e ocorre quando após a expulsão do polo cefálico, o ombro anterior ou, menos frequente, o posterior não consegue ultrapassar a sínfise púbica ou o promontório sagrado. São fatores de risco a macrossomia fetal, diabetes materna, obesidade materna, partos vaginais instrumentados, ou história prévia de distócia de ombros, no entanto o seu valor preditivo é baixo. E assim foi na situação em questão, não estava presente qualquer um destes fatores. No que diz respeito às complicações maternas poderemos encontrar a hemorragia pós-parto (HPP), fístula retovaginal, episiotomia ou lacerações de 3º ou 4º grau e endometrite. Relativamente ao feto: fratura da clavícula ou do úmero, paralisia do plexo braquial, asfixia perinatal e morte fetal.

Para Bennett (2011) a distócia de ombros é definida quando o intervalo de tempo entre a exteriorização da cabeça e dos ombros fetais for superior a 60 segundos, e/ou haja necessidade de recorrer a manobras obstétricas auxiliares para libertar os ombros

Mascarenhas et al. (2020) as intervenções de enfermagem no que diz respeito às manobras a executar na distócia de ombros são:

1. Avaliar os sinais clínicos: pelo designado “sinal de tartaruga”, que se caracteriza pela retração da cabeça fetal contra o períneo imediatamente após a sua expulsão, levando a que a rotação externa (restituição) não ocorra;

2. Implementar medidas para reduzir a ansiedade da parturiente;
3. Executar o protocolo de atuação **HELPERR**:
 - a. H - (call for help) chamar ajuda;
 - b. E - (evaluate for episiotomy) avaliar a necessidade de efetuar uma episiotomia;
 - c. L - (legs) Manobra de McRoberts;
 - d. P - (suprapubic pressure) pressão suprapúbica;
 - e. E - (enter internal maneuvers) manobras de rotação interna:
 - Manobra de Rubin II- colocação dos dedos por detrás do ombro anterior do feto, empurrando-o em direção à parede anterior do tórax (causando assim adução do ombro, reduzindo o diâmetro biacromial); a manobra de MacRoberts pode ser aplicada sem simultâneo neste passo;
 - Manobra de Wood's Screw- os dedos são colocados na face anterior do ombro posterior, exercendo pressão para que este rode para o dorso do feto. Se esta manobra e a manobra de Rubin II forem realizadas em simultâneo, dois dedos de uma das mãos estarão atrás do ombro anterior exercendo a pressão para frente, enquanto a outra mão estará na parte da frente do ombro posterior.
 - Manobra de Wood's Screw Reversa- implica rodar o feto na direção oposta à das manobras anteriores, e consiste em colocar dois dedos no por detrás do ombro posterior do feto, de modo a exercer pressão para que rode no sentido do tórax anterior
 - f. R – (remove the posterior arm) extração do ombro posterior: tentativa de extração do membro superior fetal que está em posição superior introduzindo a mão na vagina da parturiente, identificando o cotovelo, promovendo a flexão do braço sobre a parede torácica anterior, sendo libertada a mão, o antebraço, o braço e o ombro. Caso esta manobra tenha sucesso, o feto deverá ser rodado 180º de modo que o membro que estava em posição anterior no escavado pélvico, com recurso à pressão suprapúbica.
 - g. R - (roll the patient) manobra de Gaskin- rodar a parturiente para posição de 4 , levando a um aumento dos diâmetros sagital e da saída pélvica.
4. Colaborar na execução de manobras de último recurso:
 - a. Cleidectomia: fratura deliberada da clavícula fetal;
 - b. Manobra de Zavanelli: reintrodução da cabeça fetal na cavidade uterina;
 - c. Sinfisiotomia: secção cirúrgica da sínfise púbica.

Confesso que esta situação me causou alguma ansiedade, foi impossível não equacionar que a situação chegaria ao ponto 4 do descrito acima. A equipa de enfermagem avançou até à manobra de Rubin II, obtendo a resolução da situação. A manutenção da calma foi importantíssima, e a parturiente e o pai do bebé nem se aperceberam da situação. Durante a formação teórica desta especialidade foram muitas as vezes em que foi abordada distocia de ombros, mas jamais imaginei que teria contato com ela num primeiro

parto. Não existiu necessidade de episiotomia, ocorreu somente uma pequena laceração de 1º grau. Após este parto, refleti com a minha tutora todo o procedimento, e senti mais necessidade ainda de investir tempo no estudo desta situação. Ela foi efetivamente imprevisível, e, portanto, deveremos estar sempre preparados para a resolução da mesma.

DESACELERAÇÃO CARDÍACA FETAL PROLONGADA

No geral, a minha atuação, aquando da prestação de cuidados foi adequada a cada situação, avaliando sempre o bem-estar materno e fetal, através da realização de RCT e da ACF e da avaliação do tocograma (avaliação da contratilidade uterina). A realização das Manobras de Leopold é essencial para determinar onde colocaria os *transducer* do Cardiotocógrafo. Estas manobras visam a identificação, no abdómen da mulher, da direção e da posição fetal e do fundo uterino. (Marques & Reynolds, 2011). Esta experiência resultou no aprimoramento de competências e na consolidação de saberes baseados na evidência científica, e sem dúvida que evolui bastante desde o primeiro dia de estágio até hoje.

A interpretação do registo cardiotocográfico envolve a análise dos parâmetros obtidos, permitindo a classificação do padrão do traçado. Esta classificação tem por base a frequência cardíaca basal do feto, a variabilidade e a reatividade fetal e o aparecimento de desacelerações. A avaliação destes parâmetros deve assentar na Classificação do RCT da Federação Internacional de Ginecologia e *Obstetrícia* (FIGO), em que é assumido um padrão normal quando o feto apresenta uma FCF com linha de base entre 110-160 bpm, com variabilidade entre 5-25 bpm e com desacelerações não repetitivas. No entanto, estes fatores têm de ser relacionados com outros, como o conhecimento profundo dos mecanismos de defesa do feto, dos efeitos dos estímulos externos no ritmo cardíaco fetal, e da situação clínica de cada grávida, de forma a detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados no bem-estar materno e fetal. Desta forma, foi essencial demonstrar conhecimentos consolidados, neste âmbito e baseados na evidência científica (OE, 2011). Também através do registo cardiográfico é possível avaliar a atividade do tónus uterino, este parâmetro é essencial para avaliar o risco de parto prematuro.

ATONIA UTERINA E RETENÇÃO DA PLACENTA

A HPP é comumente definida como uma perda de 500 ml de sangue ou mais no período de 24 horas após o parto. É administrado a todas as parturientes 10 UI ocitocina intravenoso tal como recomendado pela OMS (Organização Mundial da Saúde, 2014). Para os mesmos autores massagem uterina é recomendada para o tratamento da HPP logo que é diagnosticada, bem como a administração hídrica inicial com cristaloídes isotónicos. Se a ocitocina intravenosa não induzir a cessação da hemorragia, é recomendado o uso de um fármaco de prostaglandina (incluindo misoprostol sublingual, 800 µg). No caso em concreto foi administrado via retal.

Tive também oportunidade de realizar um parto em que se verificou a retenção da placenta. De acordo com as Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto (Organização Mundial da Saúde, 2014), se a terceira fase do parto durar mais de 30 minutos, a TCC e a ocitocina IV/IM (10 UI) devem ser usadas para gerenciara placenta retida. Se a placenta ficar retida e ocorrer hemorragia, a remoção manual da placenta deve ser feita o mais rapidamente possível. Sempre que for realizada a remoção manual da placenta, uma única dose de antibióticos profiláticos é recomendada. Após a detecção desta situação foi chamada a equipa médica à sala, incluindo a anestesista para quefosse garantido o controlo da dor.

LÍQUIDO MECONIAL

Um outro caso observado, durante o estágio clínico, foi a presença de LA com mecónico. Após a saída do polo fetal a pediatra procedeu à aspiração de secreções nasofaríngeas à vulva. A síndrome de aspiração meconial (SAM) é uma complicação por presença de LA com mecónio e constitui uma importante causa da mortalidade perinatal. Antes do final da década de 70 pensava-se que a aspiração do LA com mecónio ocorria logo nos primeiros movimentos respiratórios, sendo que a aspiração da nasofaringe era realizada antes da saída dos ombros e do primeiro movimento respiratório. No entanto, estudos mais recentes comprovam que a SAM pode ocorrer mesmo em recém-nascidos devidamente aspirados, independentemente do momento da realização do procedimento. Atualmente, é proposto que todos os recém-nascidos expostos ao mecónio sejam devidamente aspirados na orofaringe e nasofaringe, assim como avaliado corretamente o Índice de Apgar. Este procedimento reduziu a entubação de emergência em 40% dos casos sem aumentar a incidência ou gravidade dos casos de SAM (Colvero et al., 2006).

CONTRIBUIR NO PROCESSO DE MONITORIZAÇÃO E ALÍVIO DA DOR

NO TRABALHO DE PARTO

A dor é uma percepção pessoal que surge num cérebro consciente, tipicamente em resposta a um estímulo nóxico provocatório. A relação entre a percepção da dor e o estímulo tem uma forte variabilidade individual. Estas variações dependem das expectativas e crenças da pessoa, do seu estado cognitivo e emocional e não somente da natureza do estímulo (Direção Geral da Saúde, 2013).

Machado e Graça (2018, p.220) definem o conceito de trabalho de parto como “o conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à contractilidade uterina, à dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior.” Assim, o parto é um evento normal, natural, fisiológico que respeita o tempo necessário para o amadurecimento do feto e que, assim sendo, não precisa de intervenções desnecessárias (Silva, 2018). Para o mesmo autor, apesar de tais características, a existência da dor que lhe é inerente, têm vindo a ser transformar o parto num

evento patológico, necessitando por isso da presença de profissionais de saúde.

Para Aveiro e Velosa (2016), a dor de trabalho de parto é uma realidade de base somática, ainda que com componente subjetivo uma vez que é influenciável por fatores socioculturais, sendo o alívio desta dor um aspeto essencial para as parturientes e família, com forte peso na determinação do seu trabalho de parto. Esta teoria é também sustentada por Nanji e Carvalho (2020, p.100) que reiteram que “a dor no trabalho de parto e parto está consistentemente entre os tipos de dor mais graves que uma mulher pode sentir durante a sua vida.” No que concerne à sua génese, Bismarck (2003), relata que a natureza da dor de trabalho de parto tem início com a compreensão do estímulo nociceptivo, que é percebido a nível central, e ao qual a parturiente denomina de dor, e nela estão envolvidos os segmentos espinais responsáveis pela inervação do útero, do colo do útero, da vagina e do períneo.

O trabalho de parto é dividido em quatro fases, e cada uma delas tem um tipo de dor associada. A primeira fase, durante a qual é necessário superar a resistência do colo do útero, dada a distensão mecânica do segmento inferior do útero e respetivo colo, a dor predominante é do tipo visceral, e é referida habitualmente na parede abdominal, região lombossagrada, glúteos e anca. A segunda fase, que compreende a descida do feto através do canal de parto até ao nascimento, inclui um estímulo doloroso que é transmitido através dos nervos pudendos, para os ramos anteriores de S2 a S4, sendo o estímulo doloroso provocado pela distensão e tração das estruturas pélvicas e pela distensão do pavimento pélvico e do períneo. A terceira fase é iniciada após a expulsão do feto e termina com a dequitação da placenta e a quarta fase ocorre na hora imediata a seguir à dequitação. Nestas últimas fases estamos perante um tipo de dor localizada, em que os estímulos que acompanham a descida do feto através do canal de parto e a dequitação da placenta, vão diminuindo enquanto estes fenómenos se vão concluindo (Bismarck, 2003). O comportamento e as atitudes da mulher durante o TP não são considerados critérios eficiente para avaliar a dor, tendo em conta que muitas mulheres procuram controlar as suas comoções para que não sejam vistas como descontroladas. Assim, deve-se respeitar a escolha da mulher e oferecer os recursos disponíveis para a ajudar no alívio da dor e promover o conforto (Nilsen et al., 2011)

O alívio da dor de trabalho de parto promove o bem-estar e conforto materno, controlando assim o stresse provocado pelo mesmo. Entre as alternativas disponíveis para controlar a dor do trabalho de parto e parto encontram-se os métodos não-farmacológicos e os farmacológicos (Aveiro & Velosa, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto e parto normal, sendo esta classificação baseada na evidência científica (Moraes et al., 2020). Nesta classificação podemos constatar que os métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor se encontram na categoria das práticas úteis e que devem ser incentivadas, tais como a massagem e as técnicas de relaxamento.

O Projeto Maternidade com Qualidade da Mesa do Colégio de Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia salienta que, é um dos cuidados prioritários do Enfermeiro

Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) contribuir para que a parturiente obtenha uma boa experiência de trabalho de parto e parto. Para tal é crucial que a mesma saiba lidar com a dor inerente a todo o processo referido (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A Ordem dos Enfermeiros (2019), reitera que, sendo o trabalho de parto e parto um mecanismo fisiológico, não precisa de intervenções desnecessárias, e são vários os métodos não farmacológicos para alívio da dor, que estão à disposição da parturiente. Cabe ao EESMO adequar o melhor método para alívio da dor da parturiente, interferindo o mínimo no trabalho de parto.

Em Torgal et al. (2019) constata-se inclusivamente que, na organização dos Programas de Preparação para o Parto e Adaptação à Parentalidade e ao Pós-Parto, deve fazer parte integrante a promoção do autocontrolo da dor pelo recurso a estratégias promotoras de conforto e técnicas não farmacológicas de controlo da dor. A aplicação destas estratégias é um dos vários desafios colocados ao EESMO na assistência à grávida/casal durante o trabalho de parto. O mesmo autor refere como métodos não farmacológicos para alívio da dor de trabalho de parto: a deambulação, os posicionamentos, a respiração, a vocalização, o uso de bola de nascimento ou bola suíça, a imaginação guiada, o toque, a massagem, a contrapressão, a dança, a musicoterapia, a aplicação de frio e calor, o uso do rebozo, a hidroterapia, a aromaterapia, a yoga, a acupuntura, a reflexologia e a hipnose. Defende a OMS (2018) no seu documento para uma experiência de trabalho de parto e parto positivas que as técnicas de relaxamento, incluindo relaxamento muscular progressivo, respiração, música, atenção plena e outras técnicas, são recomendadas para mulheres grávidas saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, em acordo com suas preferências.

Desta forma, questionar a mulher sobre a presença de dor era uma das primeiras atividades de diagnóstico a ser executada quando a mulher chegava à SP. Além de constituir o quinto sinal vital, o seu bem-estar era a minha preocupação. A monitorização da dor era feita através da escala numérica da dor, de acordo com o protocolo do serviço. No caso da parturiente apresentar dor, eram ajustados dois tipos de intervenção: intervenção farmacológica ou não farmacológica, de acordo com o tipo e intensidade de dor referida. Em todos os cuidados que prestei ao longo deste estágio, todas as mulheres referiam medo da dor. Sem dúvida que me fez sentido explanar também neste relatório a pesquisa feita neste âmbito, até porque a mesma se encontra no presente trabalho de investigação. A autonomia do ESMO permite que sejam aplicadas técnicas de alívio da dor não farmacológicas. Nesta sala está disponível, no que diz respeito a recursos materiais, a abola de parto, e o duche. Relativamente a outras técnicas apliquei o uso do toque, da massagem, da contrapressão, a deambulação, o ensino da imaginação guiada, o incentivo à dança e à música e aplicação de

frio o calor. O fato deste serviço não ter disponível rede de internet faz com que os pais tenham menos acesso a música, por exemplo, diminuindo a possibilidade do uso da mesma e da dança.

Tal como concluído no estudo realizado por Cunha (2010), no seu artigo de revisão, em que a intenção foi responder duas questões: quando indicar analgesia/anestesia durante o trabalho de parto e parto e qual a melhor analgesia/anestesia a ser utilizada durante o trabalho de parto e o parto? A resposta constatada para a primeira foi que deverá ter início quando, se vê o parto como um evento psicossomático. Do ponto de vista humano, sempre que a paciente se queixar de dor e solicitar alívio, está indicada a analgesia/anestesia. A resposta à segunda questão depende de diversos fatores, incluindo o perfil psicossomático da paciente, seus traços culturais, o sistema de saúde em que ela está inserida e o perfil dos profissionais encarregados da sua assistência.

A analgesia do neuro-eixo é aceita como a técnica analgésica farmacológica é a mais eficaz e de eleição no TP e com menos efeitos adversos na mãe e no feto. Sabe-se que está associada a um maior alívio da dor quando comparada com outro tipo de analgesia, porém existem algumas preocupações relativamente ao aumento das taxas de cesariana, de partos instrumentados ou do prolongamento do TP (Pereira et al., 2011). No contexto clínico, apercebi-me também de que alguns dos efeitos secundários da analgesia por esta via, como entorpecimento dos membros inferiores e o risco de hipotensão, eram motivo para que a mulher permanecesse em repouso no leito. Tal como referido pela ACOG há muitas indicações médicas para analgesia e anestesia durante o trabalho de parto e o parto e na ausência de uma contra-indicação médica, o pedido materno é uma indicação médica suficiente para o alívio da dor durante o trabalho de parto (ACOG, 2019).

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTOS NO TP E PARTO

Infelizmente não está em uso nesta sala de partos a *Walking Epidural (andar epidural)*. Esta técnica trata-se de uma técnica anestésica em que a grávida pode mover-se livremente durante a dilatação e participar de uma forma muito mais ativa no nascimento do bebé (Sequeira, Freitas, et al., 2020). A OMS recomenda a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e o incentivo a posições não deitadas, sendo que a dose deve ser administrada com vistas a evitar complicações e preservar o máximo a função motora (OMS, 2018). O que efetivamente não acontece nesta sala de após a colocação de analgesia epidural, dado que a terapêutica é administrada em perfusão contínua, e como tal, por indicação da equipa de anestesia a mulher tem que se manter no leito, sob monitorização elétrica materna e cardiotocográfica contínua. No entanto, sem que não existia contra-indicação para tal, incentivei as mulheres à verticalidade e à liberdade de movimentos,

explicando que benefícios poderiam obter com a mesma tal como o encurtamento da primeira fase do trabalho de parto a redução da taxa de cesarianas, não existindo risco acrescido para o feto (OMS, 2015). Também nas *guidelines* do The Royal College of Midwives (2012), a deambulação ou a outras posições verticais, como o sentar-se na bola de nascimento, ou mesmo na cama, facilitam a descida do feto e o encravamento, sendo várias as vantagens das posições verticais, tais como a descida do feto facilitada pela gravidade, a diminuição da compressão da veia cava inferior, o melhoramento do alinhamento do feto promovendo contrações uterinas mais eficazes.

Devido à analgesia epidural, muitas mulheres apresentavam retenção urinária. Por esse motivo, era realizado o esvaziamento urinário periódico, e conseqüentemente aos cuidados perineais. Era sempre que possível realizado previamente ao toque vaginal, uma vez que assim eram diminuídas o número de intervenções, e era garantido que descida da apresentação fetal não estava condicionada ao facto de a bexiga estar dilatada.

Tive a oportunidade de acompanhar o TP e realizar o parto a uma mulher que optou pela não realização de analgesia epidural. Uma vez que sou uma apaixonada pela aplicação das técnicas não farmacológicas para o alívio da dor no TP, e a poitando-me no modelo de Jean Watson, uma vez que, o enfermeiro é visto como um co-participante no processo de cuidar. Esta foi uma excelente oportunidade de prestar os cuidados a esta mulher em função do que a mulher entendeu ser melhor para ela. Portanto é colocado um elevado valor no relacionamento entre o enfermeiro e o individuo (Watson, 2002).

Apos o início do período expulsivo, a mulher optou por se manter em posição de gatas, o que segundo Gaudêncio et al. (2012) possibilita uma melhor oxigenação do feto já que o seu peso é ressentido sobre o ventre/púbis aliviando a aorta e a veia cava. Quando iniciou esforços expulsivos manteve também esta posição. Sendo o primeiro parto que realizava nesta posição, confesso que sentialguma insegurança no “manobrar” das minhas mãos uma vez que estando eu posicionada atrás da mulher, este bebé nasceu de face para mim. Foi sem dúvida dos partos que jamais irei esquecer, e anseio ser capaz enquanto profissional, criar as condições que me foram possíveis para que as mulheres adotem a melhor posição para parir, de acordo com a sua vontade.

Na sala de partos, participei na realização de 50 partos eutócicos.

6. Enfermagem em Neonatologia

O presente capítulo surge, no âmbito da realização do estágio “Enfermagem em Neonatologia” que decorreu no serviço de internamento de Neonatologia sob a orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria no período de 6 de setembro a 30 de Setembro de 2021, com a totalidade de 72 horas de contacto.

IDENTIFICAR A DINÂMICA ORGANIZACIONAL E FUNCIONAL DO SERVIÇO

Antes de mais, saliento que desde o primeiro dia de estágio senti neste serviço uma disponibilidade e receptividade maravilhosas por parte da equipa de enfermagem. Apesar de ter tido a necessidade de alteração de tutoria dois turnos após o início do estágio, a Enfermeira Especialista não deixou que de forma alguma sentisse algum passo atrás no processo de integração. A forma como a Enfermeira me acompanhou e demonstrou a sua confiança na minha capacidade de gestão e domínio na prestação de cuidados diretamente ao RN acabou por dotar o meu percurso de experiências enriquecedoras e de grande reflexão crítica.

No primeiro dia de estágio, acompanhei uma visita ao serviço para conhecer as instalações e perceber o seu funcionamento. O conhecimento dos recursos existentes, das normas, dos protocolos de atuação e da própria organização e dinâmica do serviço foi ocorrendo ao longo do estágio, com conversas informais, essencialmente com os enfermeiros do serviço, assim como pela documentação nele existente. O conhecimento da equipa multidisciplinar foi acontecendo gradualmente, sendo que, o tempo tão diminuto deste estágio, foi um impeditivo para aprofundar as relações.

De forma resumida, apresento a estrutura física, dinâmica e recursos humanos da Unidade de Neonatologia:

- É constituída por uma ala de entrada onde se encontra uma sala de visitas, um WC para as visitas e pais, o secretariado e um vestiário masculino e feminino.
- De seguida encontra-se a adufa que reúne condições para os pais higienizarem as mãos e vestirem batas limpas antes de visitarem o seu bebé e onde têm cacifos para guardarem os seus objetos pessoais.

- Noutra ala, encontra-se uma sala de reuniões, gabinetes médicos, gabinete da Enfermeira Chefe, sala de pessoal, uma sala de material suplente e de equipamento, uma sala de sujus, lixos e material de limpeza, uma sala de lavagem e desinfeção de equipamento, um acesso à unidade de pediatria, uma arrecadação de material, a copa de leites, um quarto médico e WC e a sala de isolamento.
- No hall comum encontram-se duas incubadoras de transporte, uma cadeira de transporte num simulador, de acordo com o Projeto “Alta Segura”, e um ecógrafo;
- A unidade em si tem duas alas, uma de cuidados intermédios e outra de cuidados intensivos com incubadoras e ventiladores, e uma sala de fototerapia, que é atualmente usada da patologia Covid;
- A equipa multidisciplinar responsável pela assistência ao RN/mãe/família é formada pela equipa de enfermagem, equipa médica e assistentes operacionais.
- A sua lotação é de 12 leitos, no entanto pode ser ultrapassada de acordo com as necessidades.
- A metodologia de trabalho adotada na unidade é o método individual de trabalho.
- A proveniência dos recém-nascidos varia, uma vez que podem vir da sala de partos, dos serviços de puerpério, de hospitais centrais como por exemplo Coimbra, ou do domicílio pela urgência pediátrica.

A equipa neste serviço consiste em uma equipa multidisciplinar, formada pela equipa de enfermagem, médica e assistentes operacionais, sendo a metodologia de trabalho adotada o método de enfermeiro responsável, mas existe um trabalho de equipa, denotando-se espírito de entreajuda, o que vem dar mais qualidade aos cuidados de enfermagem.

Também gradualmente foi decorrendo o meu envolvimento nas atividades em colaboração com a equipa. Quando iniciei o estágio pensei muitas vezes se em nove turnos teria uma capacidade evolutiva o suficiente para que esta fosse notória. Apesar dos conhecimentos teóricos que trazemos, a aplicação dos mesmos em uma área tão específica e tão diferente da minha realidade, é um desafio enorme. Ainda assim, sinto que esta evolução foi acontecendo, e sem dúvida, que o facto de ter a Enfermeira Especialista como tutora facilita imenso esta evolução, dada a excelente postura que é adotada enquanto tutora de estágio.

Apesar da curta duração do estágio confesso que foram recheadas de novas experiências, conhecimentos novos e maturação pessoal e profissional, pelo que o balanço que faço deste período é extremamente positivo.

**DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS E CIENTÍFICAS QUE PERMITAM
CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO RN, DE FORMA A**

**POTENCIAR A SAÚDE, DETETAR PRECOZAMENTE E PREVENIR
COMPLICAÇÕES**

A minha experiência em Unidade de Cuidados Especializados ao Recém-Nascido (UCERN) até à data do início do estágio era nula, daí que as minhas expectativas iniciais eram muito lineares, tinha por isso imenso receio de manipular o RN, pela sua fragilidade, com especial receio de manipulação dos RN que estavam em incubadora.

Sendo esta uma pós-licenciatura em enfermagem de saúde materna e obstétrica, e não de pediatria, era essencial para mim terminar este estágio com aquisição de ferramentas que, no futuro, me fossem úteis nesta área, nomeadamente: reconhecer quando algo não está bem com o RN (útil na sala de partos aquando do nascimento e no puerpério), identificar uma situação de dificuldade respiratória e conseguir com os meios disponíveis, e de acordo com a urgência ou emergência da situação, prestar os devidos cuidados. Sem dúvida que, através de pesquisas realizadas em casa, complementadas com as explicações da tutora compreendi na teórica, e também na prática, os mecanismos de adaptação do RN à vida extrauterina.

Os cuidados ao RN têm uma importância fundamental para a redução da morbilidade neonatal e infantil e para a promoção da sua qualidade de vida. As atividades de vigilância e a promoção da parentalidade, para além de influenciarem a condição de saúde dos indivíduos desde o período neonatal até à vida adulta, também conferem confiança e autonomia aos pais para exercerem o seu papel.

A imaturidade de um RN prematuro requer, monitorização ao nível das várias funções vitais, como o balanço hídrico, térmico, hemodinâmico e respiratório requerem cuidados especiais para que se mantenha estável. No entanto, nas UCERN, para que se consigam proporcionar os cuidados de enfermagem necessários, é necessário submeter o RN a manipulações frequentes, a ruído, luz, o que o desorganiza (Freitas et al., 2014). Assim, o planeamento dos cuidados durante o turno era feito de modo a que os cuidados fossem agrupados, evitando manipulações excessivas e promovendo períodos mais prolongados de sono e repouso, e são inúmeras as estratégias utilizadas no serviço centradas no desenvolvimento do RN, que vão ao encontro dos conteúdos aprendidos na teoria. Destaco a gestão do ambiente, diminuição do ruído e de iluminação. Verifiquei o cuidado que têm em diminuir fontes de barulho. Para controlar a intensidade luminosa, grande parte do tempo as luzes estão a meio termo, usam focos de luz para observar estritamente o necessário e tapam a incubadora com capas, para diminuir a luminosidade e assim respeitar os ciclos de sono/vigília dos recém-nascidos. É também de salientar o posicionamento do bebé, em que

há sempre a preocupação que este mantenha uma posição de conforto. Para tal, utilizam os “ninhos” para lhe dar alguma contenção e a sensação de fronteiras que tinha dentro do útero materno.

Na maioria dos casos, este serviço, acolhe RN (s) prematuros, com risco infeccioso, com sinais de dificuldade respiratória, icterícia neonatal, alterações dos valores de glicémia e doenças infecciosas. RN(s) sem patologia, mas com situação social de risco são aqui também acolhidos, até que a resolução desta mesma situação seja encontrada.

A avaliação minuciosa do RN é importante não só para facilitar a sua adaptação à vida extrauterina, mas também para prevenir complicações e promover uma parentalidade saudável (Santos et al., 2020). A execução do exame geral ao RN decorria muitas vezes durante a prestação de cuidados. Iniciava por colocar o RN em decúbito dorsal, e despido procedia a sua observação, registando sempre os desvios observados à anormalidade, de modo a identificar precocemente as situações de risco clínico:

Para o mesmo autor são pontos cruciais na avaliação do RN:

1. Postura: habitualmente de flexão, resultado da posição no ambiente intrauterino.
2. Pele e mucosas: o rosto, peito, língua e lábios estão rosados, as mãos e pés podem estar com aspeto cianosado durante as primeiras 48 horas.
3. Cabeça: observação dos contornos da cabeça, e avaliação do perímetro cefálico.
4. Face: simetria, aparência sindrómica, dos olhos, orelhas, nariz, boca.
 - a. Olhos: observação de cor, simetria, tamanho pupilar e espaçamento entre ambos;
 - b. Ouvidos: avaliação da posição, e da capacidade auditiva;
 - c. Boca: avaliação do formato, tamanho, cor e tamanho da língua e presença de massas, sendo aqui também avaliado o reflexo de sucção;
 - d. Nariz: avaliação da simetria, permeabilidade do nariz;
 - e. Pescoço: avaliação da simetria, amplitude de movimento e presença de massas;
5. Clavículas: avaliação da presença de crepitações e/ou edema
6. Membros superiores: avaliação do limite de movimento, da simetria, verificação do reflexo de preensão;
7. Tórax: verificar simetrias e aspeto cilíndrico;
8. Abdómen: contorno, tamanho e simetria dos quadrantes;
9. Coto umbilical: sinais de evolução cicatricial.
10. Órgãos genitais
 - a. Femininos: estrutura externa, secreções;
 - b. Masculino: verificar edema, localização do meato

11. Orifício anal: permeabilidade
12. Membros Inferiores: avaliação da amplitude de movimentos, simetria, abdução e flexão da anca
13. Coluna Vertebral: palpação procurando desvios, tumefações, malformações s ósseas.

No que diz respeito à avaliação de SV, estes são de extrema importância para a detecção precoce de alteração do padrão vital do RN.

Padrão de Normalidade de SV no RN	
Temperatura	36,5°C a 37,0°C
FC	100-160 c/mn
TA	65/41 mmHg
Respiração	30-60 cm com observação de sinais de esforço respiratório <ul style="list-style-type: none"> ▫ Retrações costais (tiragem) ▫ Adejo nasal ▫ Gemido expiratório ▫ Gasping (respiração superficial e irregular)

Em termos de prestação de cuidados tive oportunidade de lidar com RN pré-termo tardios, RN com risco infeccioso, bebês com sinais de dificuldade respiratória e com RN sem patologia, mas com situação social de risco.

Os RN pré termo tardios são aqueles cujo nascimento ocorre entre as 34 semanas e as 36 semanas e 6 dias de idade gestacional. Os RN pré-termo tardios têm morbidade e mortalidade superior aos RN de termos devido à sua relativa imaturidade fisiológica e metabólica. Estes RN relativamente ao RN termo têm maior probabilidade de morbidade respiratória, apneia, hipotermia, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, dificuldades alimentares e sépsis, e o risco de mortalidade é três vezes maior superior que nos RN termo. (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).

A sépsis do RN caracteriza-se por sinais e sintomas inespecíficos, que ocorrem em consequência de uma infeção sistémica por um microrganismo patogénico. A sépsis precoce é causada por microrganismos que colonizam o canal do parto e manifesta-se nas primeiras 72 horas de vida ou, segundo alguns autores, nos primeiros 7 dias de vida, sendo que o (SGB) continua a ser o principal causador de sépsis precoce. Os principais fatores de risco para sépsis neonatal precoce são prematuridade, corioamnionite, colonização materna por SGB e rotura prolongada / prematura da bolsa amniótica (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014).

Relativamente à avaliação cardiorrespiratória, a ocorrência de períodos de apneia em RN prematuros é muito frequente, devido à sua imaturidade, e necessita de uma monitorização rigorosa (frequência cardíaca, saturação de oxigénio, frequência respiratória). A observação de sinais de dificuldade respiratória (tiragem intercostal, adejo nasal, gemido ou retração do apêndice xifoide) é muito importante para que consigamos avaliar o RN mesmo sem monitores, facto que noutros contextos acontecerá e tenho de estar desperta para isso. Para além disso, com este estágio e analisando os sinais e sintomas atrás referidos, considero que fiquei mais capaz de perceber se, perante uma situação de apneia se o RN revela sinais de recuperação espontânea ou se necessita de estimulação cutânea para reiniciar a respiração. A nível da termorregulação, o RN prematuro é muito imaturo e ineficaz, não possuindo tecido gordo subcutâneo, tendo, por isso, dificuldade em produzir calor, estando a derme e a epiderme a cobrir diretamente os músculos (Freitas et al., 2014).

Além das situações patológicas, as situações sociais de risco, são inúmeras neste serviço e equipa multidisciplinar acaba por se tornar a família destes bebés. Identificar situações de risco social, familiar ou socioeconómico neste contexto é uma situação que causa algum desconforto e ansiedade, uma vez que lidamos com o ser humano em uma das suas etapas de vida mais frágil e vulnerável. Tal como referido na Convenção sobre os Direitos da Criança, no seu artigo 3º: “Todas as decisões relativas a crianças, adotadas por instituições públicas ou privadas de proteção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primordialmente em conta o interesse superior da criança” (Unicef, 2019, p.8)

Tive oportunidade de cruzar uma situação em que existia história de violência doméstica. Sendo que este seria o segundo filho desta relação, e que o primeiro já havia sido retirado a esta família. Neste caso, além de violência doméstica, a mãe sofria de patologia psiquiátrica, polimedicada, com história de surtos na gravidez, que resultaram em ameaça contra a vida do feto, agora recém-nascido. Após avaliação da situação pela Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, a mãe, após reunir com a equipa e decisão não foi consensual e, portanto, este bebé manter-se-á no serviço até decisão do tribunal. Apesar desta situação já se encontrar sinalizada, faz parte da responsabilidade da equipa de enfermagem avaliar possíveis novas alterações familiares. Assim, durante este estágio, além da avaliação do estado do RN, foi também importante adquirir a capacidade de avaliar condutas dos progenitores, forma de estar com o bebé, a forma de cuidar, para que garantisse que se trataria de uma alta emocionalmente e fisicamente segura para o bebé.

Apliquei também a Escala de Finnegan em um RN que demonstrava sinais de irritabilidade frequente e postura de opistótono: uma condição na qual o corpo é mantido numa postura anormal, geralmente rígida e apresenta as costas arqueadas e a cabeça atirada para

trás. Uma vez que a mãe deste RN tinha uma postura desadequada, fez-nos sentido avaliar a cotação desta mesma escala. O Índice de Finnegan relaciona os sinais e sintomas em RN (s) expostos a opiáceos, com um sistema de pontuação que organiza os sinais e sintomas em grupos ponderados de acordo com o nível de significância patológica (Pereira, 2012).

O Síndrome de Abstinência Neonatal decorre habitualmente da exposição intrauterina a algumas drogas e ocorre com a cessação brusca da exposição após o nascimento resultando frequentemente em morbidade significativa e internamento hospitalar prolongado, e é constituído por um conjunto de sintomas neurológicos (tremores, irritabilidade, choro, gritado, diminuição dos períodos de sono, hipertonia, reflexos rotulianos vivos, moro exuberante, abalos mioclónicos, convulsões) gastrointestinais (dificuldades alimentares, sucção excessiva e descoordenada, vômitos, diarreia, perda excessiva de peso, desidratação) e autonómicos inespecíficos (sudorese intensa, instabilidade térmica, febre, obstrução nasal, espirros, taquipneia). São medidas não farmacológicas: reduzir a estimulação física e sensorial do RN, mante-lo em local calmo e com pouca iluminação, aplicar medidas de contenção, manipulação suave e delicada, refeições pequenas e frequentes, uso de chupeta, respeitar o sono, e prevenir que o RN faça escoriações em si mesmo, dados o movimento excessivo. Apesar deste RN não ter em tempo algum diagnóstico relativo a esta patologia, foram instituídas estas medidas (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013).

Tive ainda a oportunidade de realizar pesquisas de glicemia capilar, densidade urinária e combur teste. Pude ainda fazer colheita de sangue para análise, preparar e administrar alguma terapêutica (gentamicina, ampicilina, citrato de cafeína, soros compostos). Também a preparação de terapêutica neste serviço é peculiar, claro está adaptada aos seus clientes. Inicialmente ainda tive alguma dificuldade em perceber, mas após alguma reflexão e muitas “contas”, facilmente interiorizei. Adquirir conhecimentos e prática na terapêutica era um dos meus objetivos pessoais para este estágio, que penso ter conseguido atingir.

Fiz avaliações ponderais, preparei e administrei leite adaptado por sonda nasogástrica em gavagem e em débito.

Prestei cuidados a um RN com hiperbilirrubinemia, em fototerapia simples. Mais uma vez verifiquei como são criteriosos na sua vigilância, estando em conformidade com o que foi lecionado na teoria. A preocupação em ter a maior área exposta possível, a prevenção de lesões oculares (através da utilização de óculos de proteção), a manutenção da temperatura dentro da normalidade, a vigilância do número e características das micções e fezes, a minimização dos efeitos de separação pais/RN (incentivando a interação e a amamentação), entre outros.

De modo a aumentar os meus conhecimentos, e fazer o máximo proveito destes poucos nove turnos de estágio, procurei estar presente em todas as oportunidades possíveis de aprendizagem.

DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NA PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO DO RN PREMATURO

De acordo com Levy & Bértolo (2012) em 1991 a OMS e a UNICEF lançaram um programa mundial de promoção do AM intitulado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, internacionalmente conhecido como *Baby Friendly Hospital Initiative*. A Iniciativa Amiga dos Bebés tem como missão proteger, promover e apoiar o aleitamento materno em entidades que disponibilizem serviços de maternidade, obstetrícia, neonatologia e pediatria, influenciando na prática dos profissionais de saúde e cuidadores. A classificação de um organismo como Entidade Amigas dos Bebés é atribuída a Hospitais que cumpram as dez medidas já referenciadas previamente para ser considerada um Hospital Amigo dos Bebés, definidas pela OMS e pela UNICEF:

Estas medidas garantem que as mães e os bebês possam receber apoio adequado e informações atualizadas no período pré-natal e pós-natal em relação à alimentação infantil e às vantagens e procedimentos para o sucesso do aleitamento materno.

Assim, os profissionais da instituição deste serviço dão especial atenção à amamentação, incentivando as mães a amamentar exclusivamente, salvo algumas exceções: quando a mãe expressa claramente desejo de não amamentar, ou quando a situação clínica do RN e/ou da mãe não o permita.

O incentivo ao aleitamento materno e amamentação foi algo que observei desde início neste serviço. As mães eram encorajadas a estimular o processo de produção do leite, a extraí-lo, com o recurso às bombas de leite fornecidas pelo serviço, para nutrirem os seus bebês. Eram esclarecidas dos benefícios da amamentação e do leite materno. A amamentação de recém-nascidos prematuros é um desafio que exige muita dedicação e paciência por parte tanto das famílias, e aqui logicamente a mãe tem papel principal, quanto do enfermeiro, principalmente na fase em que o bebê inicia o processo de treino na mama da mãe. É necessário muito tempo e muita disponibilidade para que estas mães sintam que são capazes de amamentar, mesmo neste contexto tão pouco esperado após o nascimento de um filho. Ciente de que seja o nosso dever o incentivo à amamentação, não descreei nunca cuidado para que a minha atitude e entusiasmo não viessem a de alguma forma forçar, constranger ou intimidar a mãe que pode sentir-se culpada e inadequada se decidir não amamentar por razões pessoais. Além de todas as aprendizagens neste domínio percebi que, na amamentação inicial do prematuro, os objetivos principais devem ser o contato com a mãe;

a aprendizagem do RN ajustar-se à posição e ao mamilo; bem como a habilidade para manter as funções fisiológicas estáveis durante este processo. A estimulação da sucção é deveras importante no cuidado ao RN. Com a Enfermeira Especialista aprendi a técnica que administração de leite por seringa enquanto mantia o dedo a estimular o palato mole. Também método canguru também pode ser aplicado nesta fase, aumentando ainda mais o vínculo da mãe com o bebê prematuro, favorecendo o desenvolvimento neuro comportamental e estimulando o aleitamento materno.(Ordem dos Enfermeiros, 2020).

COLABORAR EM ATIVIDADES DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL COM O INTUITO DA MELHORIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Para este estágio, em conformidade com as sugestões da Enfermeira Especialista, propus-me a elaborar o procedimento de avaliação da dor no RN, com recurso à Escala *Premature Infant Pain Profile-Revised*.

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, e embora o RN não verbalize a sua dor, não se pode excluir a possibilidade de este a estar a sentir e a vivenciar. Em contexto de internamento neonatal grande parte das intervenções de diagnóstico ou terapêutica que são realizadas ao RN enquadram-se nesta definição (Cruz, 2014).

Os recém-nascidos experienciam vários procedimentos, muitos deles nas primeiras 24h de vida, como parte integrante da rotina de cuidados neonatais. Esta exposição do recém-nascido à dor pode a longo prazo comprometer o desenvolvimento neurológico e comportamental. A evidência mostra que o controlo da dor traz benefícios nas respostas fisiológicas, comportamentais e hormonais de recém-nascido. A avaliação da dor em contexto de neonatologia é um desafio para os profissionais de saúde, uma vez que a dor não pode ser confirmada verbalmente por esta população. Nestes casos a avaliação da dor é baseada na capacidade do enfermeiro em reconhecer os sinais de dor, tais como mudanças comportamentais e físicas, expressões faciais (Viana et al., 2020).

As normas publicadas pela Academia Americana de Pediatria e pela Associação Internacional do Estudo da Dor enfatizam a importância da avaliação da dor no período neonatal, realizada por meio de três eixos básicos: mudanças fisiológicas, hormonais e comportamentais exibidas em resposta aos eventos dolorosos (Andersen et al., 2018).

Existem sistemas de pontuação validados para avaliação da dor, porém, ainda não existe uma abordagem padronizada e universal. A utilização de escalas de avaliação da dor para utilização em neonatos é baseada na suposição de que índices comportamentais e fisiológicos são indicadores validos de dor, e que um observador qualificado pode inferir a sua existência com base nos comportamentos observados. Apesar do número imenso de escalas para avaliação da dor após procedimento no neonato, a escala *Prematur Infante Pain Profile (PIPP)* encontra-se entre as recomendadas pela Direção Geral de Saúde (Direcção-Geral da

Saúde, 2010) .

Esta escala está adequada a RN de pré-termo e pós termo, e está adequada para avaliação da dor decorrente de um estímulo: dor por procedimento, por exemplo picada de calcanhar, ou por procedimento (picada de calcanhar ou venopunção) ou pós-cirurgia (Bueno et al., 2013).

A escala *Premature Infant Pain Profile-Revised* é uma medida multidimensional composta de 7 itens de avaliação, incluindo 3 itens comportamentais (ações faciais), 2 itens fisiológicos (frequência cardíaca e saturação de oxigênio) e 2 contextuais (idade gestacional e estado comportamental) (Anand et al., 2001).

O procedimento elaborado encontra-se em Anexo. Apesar de não ter sido possível a formação dentro do tempo estipulado para o estágio, ficou o compromisso que o farei posteriormente.

O controlo da dor nos RN(s) inclui a dor aguda causada por procedimentos invasivos, a dor persistente ou prolongada decorrente da doença ou de tratamentos médicos e a dor pós-operatória. Segundo a Direção-Geral da Saúde (2012), para o controlo da dor do RN devem ser aplicadas as seguintes orientações: gerir os estímulos ambientais e utilizar medidas de conforto de maneira a reduzir o *stress* (controlar a luz e o ruído, acumular os cuidados para permitir intervalos de repouso, respeitando os ciclos de sono-vigília, colocar o recém-nascido numa posição confortável mobilizando-o regularmente, realizar manipulação mínima nos recém-nascidos gravemente doentes). Na realização de procedimentos dolorosos espaçar os procedimentos para permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais, avaliar a dor antes, durante e após o procedimento, para ajustar as intervenções em conformidade, selecionar o material e realizar o procedimento da forma que cause menos dor. Para a colheita de sangue evitar a punção do calcanhar, utilizar contenção manual. As intervenções sensoriais ou não-farmacológicas (ex: sacarose, sucção) podem ser suficientes para os procedimentos minor.

ADQUIRIR CONHECIMENTO TEÓRICO-PRÁTICO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO RN EM SITUAÇÃO COM COMPLEXIDADE ESPECIAL, NOMEADAMENTE COM NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Infelizmente este objetivo não foi atingido, dado que não este internado nenhum RN com necessidade de Ventilação Não Invasiva.

**APERFEIÇOAR COMPETÊNCIAS PEDAGÓGICAS, RELACIONAIS E
COMUNICACIONAIS, ADAPTANDO AS ESTRATÉGIAS ÀS NECESSIDADES DO
CASAL PROMOVEDO A VINCULAÇÃO INCLUINDO O PAPEL PARENTAL**

Nos cuidados ao RN de alto risco, não podemos negligenciar os cuidados à família, neste serviço representada, por norma, na figura dos pais, sendo que em contexto de pandemia por Sars-Cov-2, a grande maioria do tempo, pela mãe. A hospitalização de RN's incorpora a necessidade de envolver os pais nos cuidados, visto que são confrontados com uma separação precoce do seu filho, sendo assaltados por uma colossal amargura e ansiedade devido às dúvidas que envolvem a situação: maioritariamente acerca da sobrevivência do seu filho e os riscos de sequelas no seu desenvolvimento (Rossetto, et al, 2011).

A parentalidade é um processo de transição, e os enfermeiros são fundamentais para facilitar este processo de transição e devem com eles estabelecer uma parceria (Modelo de Parceria de Cuidados). Esta parceria implica a partilha de poder e conhecimentos, a definição de objetivos comuns e negociação de cuidados. Assenta na premissa que o envolvimento da família, no caso, os pais, pode influenciar o desenvolvimento da criança e contribui para a humanização dos cuidados em meio hospitalar. Ao enfermeiro cabe a supervisão dos cuidados prestados pelos pais (Carneiro, 2010).

O **acolhimento e cuidado personalizado** aos pais é imprescindível e essencial para estabelecer com estes uma relação de confiança, permitindo envolvê-los precocemente nos cuidados ao bebé e tomando-os, assim, verdadeiros parceiros no cuidar. Desta forma, é minha intenção enquanto enfermeira continuar a investir na humanização enquanto processo de otimização dos cuidados prestados. Recordo a situação especial do RN com fissura lábio-palatina. Apesar destes pais terem tomado conhecimento desta situação ainda durante a gravidez, a mãe confessou que parece que só após o nascimento havia tomado consciência da situação. Uma vez que este bebé não demonstrava capacidade de sucção, apesar de bastante reflexo de procura, era alimentado por gavagem por sonda nasogástrica. A mãe sentia-se com um papel secundário nesta alimentação, e assim era importante que a alimentação ocorresse no seu colo.

Cada vez mais é espectável um cuidado de qualidade no que diz respeito à saúde, cuidado este que não se fundamenta somente no domínio de competências técnicas, mas também em competências relacionais e comunicacionais que vão de encontro às

necessidades de saúde de cada um. Não posso deixar de referir que a Enfermeira Especialista foi e sem dúvida um elemento de luz para estas famílias.

Relativamente ao cuidado assistencial aos pais dos RN's senti por parte dos pais uma enorme necessidade de escuta; atenção; presença; orientações/indicações claras e objetivas e resposta às suas questões/dúvidas de forma adequada à sua capacidade de entendimento. A questão mais colocada foi sempre a de: “para quando melhoras, para quando a alta, para quando a cirurgia, para quando a estabilidade”, senti muitas vezes que lidar com a ausência de uma resposta não é de todo fácil. É de extrema importância que os profissionais de saúde que exercem cuidados na área neonatal tenham sempre a noção que as mães sofrem com o processo do luto do bebé imaginário, em função do bebé real. O bebé imaginário é o resultado das referências verbais da mãe, durante a gravidez e estas representações podem ser intensificadas com o decorrer da gestação, através dos movimentos do feto, da imaginação do sexo e do aspeto do bebé. Após o nascimento e o contato da mãe com o filho recém-nascido, é importante que ela consiga elaborar a perda do bebé imaginário e investir precocemente na relação com o bebé real, e isto só é possível através da criação do contato e da vinculação (Fleck & Piccinini, 2013).

Estes pais esperam uma equipa que esteja presente e que se afirme pelo domínio completo da sua profissão. Assim, seria prioritário para mim, desenvolver competências na área da vinculação e do desenvolvimento afetivo, e a individualidade de cada família acarretou uma responsabilidade maior que “o saber estabelecer relação”: a de saber empoderar uma mãe ou um pai para cuidar do seu filho prematuro fornecendo-lhe afeto.

Não pude nunca descorar que o RN pré-termo tem igual necessidade do seu desenvolvimento afetivo, para que isso ocorra, necessitará da presença dos seus pais. Lembro-me do RN K. que não tinha presente a sua mãe, e era dos que mais chorava, e acalmava com o contacto, com o colo e que esteve internado cerca de um mês, sendo que esta mãe apenas fazia contacto telefónico com a unidade, e sempre lhe foi dito que deveria comparecer, no entanto tal só se verificou na véspera da alta.

O **vínculo afetivo** sendo que estas relações afetivas entre mãe o RN, assumem-se em grande destaque nas pesquisas realizadas por vários autores O afeto é essencial na infância, maior ainda nos primeiros dias de vida (Thomaz et al. 2005)

. Assim fiz por transmitir aos pais a sua importância na prestação de cuidados e no acompanhamento dos seus filhos, nunca esquecendo do contexto emocional em que poderia viver aquela família, e especialmente aquela mãe, uma vez que em contexto de pandemia por Sars-Cov-2 neste só é permitida a presença das mães e estas não se podem ausentar do hospital durante o internamento dos seus filhos, caso contrário, ou realizam teste para nova entrada, ou só poderão permanecer em horário de visita (30 mn por dia) e sem contacto físico.

Para de alguma forma auxiliar o desenvolvimento deste vínculo, estimulava a participação dos cuidados ao RN pela mãe, percebia que a insegurança e o medo perante a

fragilidade de um bebé muitas vezes pequeno, ou rodeado por máquinas e alarmes era comum a todas elas. A retirada do acesso venoso por exemplo, era um motivo de alívio para as mães. Os cuidados de higiene ao RN, a troca da fralda, o momento da alimentação eram momentos que procuravam sempre ter a mãe presente.

O **Método Canguru** é extremamente privilegiado neste serviço, em que é promovido precocemente o contacto pele a pele entre mãe e bebé. Os benefícios referidos pelo **contacto pele-a-pele** são imensos, tais com o aumento do vínculo, o favorecimento do desenvolvimento neurocomportamental, a estimulação do aleitamento materno, a diminuição do tempo de hospitalização, o melhor controlo térmico e a manutenção dos estímulos sensoriais (Ordem dos Enfermeiros, 2020). As condições físicas que o serviço oferece permitem que a mãe tenha acesso a um cadeirão ou cadeira para se recostarem durante o procedimento, no entanto os mesmos não dispõem de privacidade pois não existem biombos ou dispositivos disponíveis para o efeito. Senti que esta situação se tornou constrangedora para algumas mães.

Aliado a todos os cuidados inerentes de humanização foi possível observar como a equipa de enfermagem se entrega ao mesmo. Momentos importantes são fotografados, tais como os dias simbólicos.

Fiz sempre por estabelecer uma **relação empática** com as mães, criei oportunidades para que fosse possível o estabelecimento de uma ligação interpessoal. Para além de garantir um ambiente de privacidade, promovi um ambiente gerador de confiança que permitiu a expressão de emoções e anseios relativamente à transição para a parentalidade positiva. A enfermagem é reconhecida pela sua capacidade de compreender e cuidar do ser humano em geral, auxiliando-o nas suas questões de saúde. Neste sentido, o EESMO é um profissional capacitado para atender às necessidades holísticas da mãe/casal e RN. Neste sentido, procurei sempre identificar défices de conhecimentos através de entrevistas não formais durante a prestação de cuidados. Falei de uma forma informal acerca de **parentalidade positiva**, que assenta na base de um comportamento parental baseado no melhor proveito da criança e que garante a satisfação das principais necessidades das crianças e a sua capacitação, sem violência, proporcionando-lhe o reconhecimento e a orientação essenciais, o que implica a fixação de limites ao seu comportamento, para possibilitar o seu pleno desenvolvimento (Conselho da Europa, 2006)

Cardoso et al. (2015) sentenciam que dotar os pais de conhecimentos e de aptidões parentais deve integrar um dos focos primordiais das intervenções do EESMO, ainda antes do nascimento, a fim de aprimorar a confiança, a satisfação e a mestria no cumprimento do papel parental.

Tentei sempre que a minha postura perante a família fosse de estar disponível. Estar disponível era o meu principal objetivo durante estágio. Estar disponível para estar presente, para vigiar e detetar sinais de alerta prematuramente, para ensinar, instruir e treinar, e se o tempo o estado de saúde do RN o permitisse também supervisionar. A forma como as mães

absorviam os meus ensinamentos, a confiança que depositavam em mim para de alguma forma as ajudar no seu processo de maternidade, fomentou uma enorme alegria e um sentimento de objetivo profissional alcançado.

As necessidades educativas do casal passam maioritariamente pelos ensinamentos acerca do banho e higiene do RN, cuidados ao coto umbilical, troca da fralda, segurança rodoviária, sinais de alarme relativos ao RN que devem levar a procura de serviço de urgência,

Tal como recomendado pela OMS, o **banho** deve ser dado apenas 24 horas após o nascimento e se isso não for possível por razões culturais, é expectável sejam esperadas no mínimo seis horas, sendo aconselhada a não remoção do vernix. (Nações Unidas, 2018). O banho era dado no turno da manhã em conjunto com a mãe. Procedia numa primeira abordagem às demonstrações e ensinamentos acerca dos critérios para escolher os produtos de higiene, a frequência e horário do banho, como lavar os olhos, o pavilhão auricular, como dar o banho, como e quando cortar as unhas, material necessário para a troca da fralda, critérios sobre os produtos de higiene perineal, como lavar o períneo, sinais de eritema pela fralda. Senti que era importante alertar para o risco de hipotermia do RN em banho prolongado, ou ambiente frios. Tal como é dito pela Sociedade Portuguesa de Pediatria no RN o banho pode levar a hipotermia, aumento do consumo de oxigénio, stress respiratório e alteração dos sinais vitais, assim o banho deve ser realizado em sala aquecida, com tranquilidade e segurança (Carvalho & Markus, 2015). Para o mesmo autor a frequência da higiene é recomendada conforme necessidade e fatores culturais, no entanto 1 a 2 vezes por semana é razoável, ou quando necessário e os produtos de higiene adequados são aqueles que não alterem o pH normal da pele, e portanto o sabonete ideal deve ter um pH entre 4,5 e 6,5. Neste contexto a frequência do banho era resultante de prescrição médica.

O momento do banho pareceu-me ser um momento ideal para conversar com a mãe acerca do **coto umbilical**. Hoje em dia são várias recomendações relativamente aos cuidados ao coto umbilical, sem que exista consenso entre elas. Em uma revisão integrativa da literatura realizada por Cardão et al. (2017) foi constatado que a técnica do *dry care* é a mais apropriada para acautelar a onfalite e diminuir o tempo de cisão do coto em países desenvolvidos como Portugal, onde o risco de onfalite e de letalidade neonatal é reduzido, já nos países em desenvolvimento, com elevadas taxas de mortalidade infantil, aconselha-se a aplicação de clorhexidina. Neste internamento o ensino e o tratamento baseiam-se na técnica do *dry care*. Muitas mães demonstram medo de mexer no coto, quer com receio de magoar, quer pelo aspeto.

Neste momento abordava também a **troca da fralda**. Reforçava a necessidade da troca de fralda frequente, dada a sensibilidade cutânea da pele do bebé, e o risco acrescido da dermatite de fralda. Para Carvalho e Markus (2015) esta consiste em uma reação inflamatória aguda, uma das formas mais comuns de dermatite de contato por substâncias irritantes, uma combinação de fatores, dentre os quais o contacto prolongado e a maceração causados pelas fraldas húmidas e materiais impermeáveis e a irritação causada pela urina e fezes. A prevenção é assim a melhor forma de combater tal situação: higiene adequada, trocas

de fraldas frequentes de forma a reduzir a exposição da pele à urina e às fezes, exposição da pele do períneo ao ar pelo maior tempo possível.

Tal como proferido por Nelson Mandela “A Educação e o Ensino são as mais poderosas armas que podes usar para mudar o Mundo.” Assim a **alta hospitalar** deve ser uma preocupação de todos aqueles que constituem o serviço hospitalar. A continuidade de cuidados é crucial para a família que agora se inicia, e, portanto, o plano da alta começava no momento da admissão no serviço.

Na preparação da alta centrava a minha atenção na promoção da autonomia da mulher/casal no cuidado ao RN, bem como no autocuidado e no reconhecimento de sinais e sintomas de alarme relativamente ao RN. Essa preparação resultava da minha avaliação relativamente às competências parentais adquiridas ao longo da prestação de cuidados: ensinar, instruir para posteriormente treinar e avaliar.

Os pais eram informados que o acompanhamento do RN seria feito com o enfermeiro e médico de família. Abordava a importância de conhecerem o **Boletim Individual de Saúde** do bebé. Este consiste num local de registo dos factos mais importantes relacionados com a saúde da criança e do jovem.

O Boletim Individual de Saúde é distribuído a cada criança ao nascer, na maternidade. A informação nele contida é do próprio RN, e é essencial que todos os profissionais envolvidos no atendimento aí registem os dados relevantes; deste modo, sempre que a criança/jovem tiver contacto com os serviços de saúde (consulta, urgência, internamento) deve ser portador deste Boletim. O Boletim contém ainda informações importantes para a promoção e manutenção da saúde, que podem auxiliar os pais, enquanto primeiros responsáveis pela saúde dos filhos, e os jovens a cuidar melhor da sua saúde (Direção-Geral da Saúde, 2020). E constatei que os pais não tinham perceção de que além de uma ferramenta para os profissionais de saúde, este também era uma ferramenta para a propria família.

No que diz respeito aos cuidados antecipatórios para promoção de um ambiente de **sono seguro**, a sua globalidade está relacionada com a prevenção do Síndrome da Morte Súbita do Latente (SMSL), considerado a primordial origem da morte pós-neonatal nos países desenvolvidos (Azevedo et al., 2016). Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2021) as recomendações para prevenção do SMSL são que, durante o primeiro ano de vida, a criança seja sempre colocada a dormir em decúbito dorsal em colchão firme e bem adaptado ao berço ou alcofa, coberto por um lençol bem ajustado. Ainda que durma no mesmo compartimento que os pais criança devem dormir no seu próprio berço ou alcofa, podendo ser colocada na cama dos pais para alimentação ou conforto, mas não para dormir. A evitar: o sobreaquecimento do quarto e não devem ser colocados objetos (almofadas, brinquedos, fraldas, gorros, babetes, laços ou fitas) na alcofa ou berço. Está fortemente recomendada a amamentação e poderá ser ponderado oferecer a chupeta ao lactente, após o estabelecimento do aleitamento materno, pois quer o leite materno quer o uso de chupeta estão associados a uma redução do risco de SMSL. Percebi que muitos pais equacionam

colocar o bebe em decúbito lateralizado, por acreditarem que desta forma existia uma maior prevenção do engasgamento, e neste momento reforçava mais uma vez a importância do sono em decúbito dorsal.

É obrigatório que todos os RN, no momento da alta saiam dentro do ovo, em condições de segurança. Os ensinamentos relativamente à **“Alta Segura”** foram sustentados nas normas da Associação de Promoção de Segurança Infantil (2018): o RN em caso algum deve ser transportado fora da cadeira apropriada e esta deve ser específica para RN. Muitas foram as cadeiras em segunda mão que me surgiram no momento da alta, ainda que os pais assegurassem que não tenha existido qualquer tipo de acidente, deixa sempre em aberto o risco da cadeira não se encontrar nas condições ideais. Era praticado como instalar a cadeira, e como colocar os cintos. Isto era facilitado pela existência do simulador de assento de carro no serviço. Sugeria também, que mantivessem a criança em sentido contrário à marcha até aos 4 anos e nos assentos traseiros (caso não fosse possível deveria desativar obrigatoriamente o airbag).

Considerações finais

Chegado o final destes estágios, devo referir que esta experiência contribuiu de forma extremamente positiva na minha formação e no meu crescimento pessoal e profissional. Julgo que consegui atingir com sucesso os objetivos a que me propus, procurando manifestar o gosto e o interesse que sinto por esta área e tentei aproveitar todas as oportunidades para as minhas aprendizagens.

A minha passagem pelos vários Serviços foi profícua em experiências, novas técnicas, novos procedimentos, novas rotinas, novos profissionais e novas reflexões. Posso garantir que os estágios me proporcionaram oportunidades para a aquisição de novos conhecimentos e aprofundamento de outros, para o desenvolvimento de aptidões, aperfeiçoamento de destreza manual e habilidades técnicas, o que me possibilitou realizar as atividades de forma mais segura e autónoma.

Os ensinamentos clínicos assumem sempre uma extrema importância independentemente da área de formação, sobretudo quando se trata de especialização na área de Enfermagem em Ginecologia, tendo em conta as suas particularidades e complexidade das situações de cada mulher. Ainda que a vertente teórica seja relevante e nos permita fundamentar as nossas práticas, são os ensinamentos clínicos que possibilitam o adquirir e aperfeiçoar das técnicas e confrontar o futuro profissional com a relação humana e o tratar com base em cuidados culturalmente congruentes. É importante ter presente que o conhecimento teórico é um cofre de tesouros cuja chave é a prática. Assim, faço um balanço bastante positivo destes ensinamentos clínicos tendo atingido um grande número de experiências. Não posso deixar de refletir acerca do grau de dificuldade que tive em encarar diariamente os cuidados à mulher que sofreu a perda de algo, a dificuldade que tive em ajudar as utentes sujeitas a mastectomia, ou a vulvectomia ou a histerectomia. Enquanto EESMO proponho-me a que seja capaz de manter esta aprendizagem viva para com todas as mulheres que poderão surgir-me com tais situações, ajudar a assegurar uma transição positiva, ajudar a mulher a evitar centrar-se no que perdeu (a mama, o útero, etc.), e focar-se, essencialmente, no que ganhou (a vida).

Cresci, mas ainda existe um longo percurso a percorrer até atingir o nível de perito. Por melhor que seja a formação escolar, esta representa apenas uma pequena parcela da formação de qualquer especialista. Acredito que o esforço valeu a pena. A experiência não consiste só no que se viveu, mas muito mais no que se refletiu e nunca é um fracasso, pois acaba sempre por demonstrar algo.

A Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia exige que o EESMO apresente uma intervenção especializada, autónoma, independente e/ou interdependente, bem como o

domínio de competências técnico-científicas, crítico reflexivas, relacionais, comunicacionais, sociofamiliares e ético-deontológicas. Desta forma, este estágio permitiu-me desenvolver competências, que visam a prática de cuidados de enfermagem altamente qualificados, de modo a atingir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à puérpera/casal/RN. Na procura da excelência dos cuidados, o EESMO deve pretender que os seus clientes, neste caso puérpera/casal/RN, alcancem os níveis máximos de satisfação. De modo a atingir estes níveis de satisfação, foi importante procurar estabelecer uma parceria com a puérpera/casal no planeamento do processo de cuidados, bem como procurar minimizar o impacto negativo provocado pelas mudanças de ambiente, num contexto de humanização e holismo.

Considero que este relatório foi importante não só por constituir um elemento de avaliação, mas sobretudo porque me possibilitou momentos de retrospeção, reflexão e autoavaliação que consolidam as aprendizagens. As experiências foram de extremo enriquecimento, no entanto, determinadas situações ocorreram em pouco número, tal como a alta e o acolhimento. Fiz por desenvolver uma prática profissional segura, responsável e profissional, estando consciente do âmbito e limite das minhas intervenções. Penso que, ao longo destes estágios, a minha conduta foi efetivamente esta. Apesar de terem sido, alguns estágios realizados durante uma fase de vida, pessoal e profissional bastante difícil, penso ter desenvolvido as competências de forma positiva.

II CAPÍTULO - Relatório Final da componente de investigação - A aplicação de técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto

Resumo

Enquadramento: As técnicas não-farmacológicas reduzem as dores do trabalho de parto e parto, com o mínimo ou nenhum dano para a mãe, o feto e o progresso do parto, são simples e económicas.

Objetivos: Determinar que variáveis sociodemográficas, profissionais e de contexto de formação interferem na aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia.

Metodologia: Trata-se de um estudo analítico, descritivo-correlacional, transversal, quantitativo, com amostra não probabilística, intencional por conveniência constituída por 204 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (85,3%), com uma média de idade de 41,16 anos ($\pm 8,39$). O instrumento de colheita de dados foi um questionário composto por duas partes. A primeira parte permite caracterizar a amostra nas dimensões sociodemográficas, académicas e profissionais. A segunda parte integra uma escala, construída e validada na presente investigação, com um alfa global de 0,906. Esta escala permite avaliar a utilização das diversas técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica.

Resultados: Em 84,3% da amostra, a sala de partos onde exercem proporciona técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente; 59,3% referiram que as técnicas não farmacológicas de alívio da dor são disponibilizadas à parturiente desde a admissão na sala de partos e 31,9% mencionaram que estas são disponibilizadas desde o início do trabalho de parto, sendo as mais evidentes: Bola de nascimento (66,7%), hidroterapia (53,9%), massagem (43,1%), a livre deambulação (34,3%), musicoterapia (29,9%), técnicas de respiração (21,6%), termoterapia (11,8%), liberdade de movimentos (11,8%) e rebozo (10,3%). Os enfermeiros do género feminino aplicam mais as técnicas não farmacológicas sensoriais, mecânicas, emocionais e dinâmicas, enquanto os do género masculino utilizam mais as técnicas não farmacológicas de concentração; os que se encontram na faixa etária dos 36-44 anos de idade aplicam mais as técnicas não farmacológicas sensoriais, emocionais e dinâmicas, os mais novos (≤ 35 anos de idade) as técnicas não farmacológicas mecânicas e as de concentração são mais aplicadas pelos mais velhos (≥ 45 anos de idade); os que ministraram Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade, têm entre 5-10 anos de experiência profissional, exercem funções numa sala de partos onde se proporcionam técnicas farmacológicas de alívio da dor à parturiente, que frequentaram Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade e com formação específica na área são os que mais aplicam todas as técnicas estudadas.

Conclusões: Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica desempenham um papel privilegiado ao nível do acompanhamento do trabalho de parto, cabendo-lhes informar as grávidas/parturientes) sobre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor, proporcionando a sua aplicação durante o trabalho de parto, tornando, assim, o parto mais humanizado e uma experiência mais gratificante para o EESMO.

Palavras-chave: Trabalho de parto; Dor; Técnicas não farmacológicas; Parturientes; Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

1. Justificação do estudo

A dor é um sintoma comum do trabalho de parto, sendo uma consequência das alterações nas estruturas maternas que sucedem durante o trabalho de parto. Trata-se de “uma dor fisiológica, causada por diversos fatores, mas essencialmente pela contração uterina e a passagem do bebé pela bacia e canal vaginal” (Pedrosa, 2020, p. 16). Em conformidade com a mesma autora, há um recíproco efeito entre “a dor de parto e a biomecânica do parto”. Por conseguinte, todas as ações que visem coadjuvar “a biomecânica do parto diminuirão a dor, e as ações para diminuir a dor facilitarão a biodinâmica do parto” (Pedrosa, 2020, p. 16).

Os fatores fisiológicos da dor do parto incluem fatores tais como contrações uterinas, dilatação cervical e pressão do feto. A dor do parto pode ser aumentada por posição fetal anormal, infeções intrauterinas, como a corioamnionite, e outros fatores patológicos como a abrupção placentária. A perceção da dor é também influenciada por fatores cognitivos, ambientais e sociais (Tibola et al., 2021).

A gestão da dor no trabalho de parto é um dos principais objetivos dos cuidados prestados à parturiente. Há duas abordagens gerais: farmacológica e não-farmacológica. As abordagens farmacológicas destinam-se a eliminar ou diminuir a sensação física da dor do trabalho de parto. Em contraste, as abordagens não-farmacológicas destinam-se em grande parte a aumentar o conforto, permitindo à mulher em trabalho de parto lidar com a dor e prevenir o sofrimento (Félix et al., 2019). “A dor durante o trabalho de parto pode ser modulada por agentes não farmacológicos” (Tibola et al., 2021, p. 2).

A experiência do trabalho de parto é subjetiva e tem componentes multidimensionais através dos quais cada mulher passa de formas diferentes. É um dos episódios mais belos da vida da mãe, relacionado com a felicidade e a celebração. Contudo, o parto está também associado a emoções negativas, tais como ansiedade, baixa sensação de segurança e expectativa de dor. A dor forte e persistente que está associada ao parto pode afetar negativamente tanto a mãe como o feto. Durante o trabalho de parto, a mulher está a lidar não só com as contrações, mas também com a crença que a cultura lhe fez. Embora o parto seja visto como um processo fisiológico normal, pode produzir dores significativas que requerem uma gestão eficaz da mesma. A abordagem não-farmacológica inclui uma grande variedade de métodos para lidar com a dor no trabalho de parto, que previne o sofrimento através da melhoria dos componentes psicológicos e espirituais da parturiente. Os métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto requerem a preparação da parturiente e educação pré-natal. Os métodos não farmacológicos usados para aliviar a dor no trabalho de parto, como a massagem, a acupunctura, o apoio contínuo, o posicionamento, as técnicas

respiratórias, a imersão em água, a musicoterapia, a aromaterapia, o *biofeedback*, são algumas das técnicas usadas para alcançar um nível de *coping* eficaz para as mulheres (Thomson et al., 2019). Neste sentido, e tendo em conta que se deve humanizar o trabalho de parto, sendo esta uma das funções do EEESMO, optou-se por realizar um estudo sobre a aplicação de técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto.

Assim, pretende-se com a presente investigação: Determinar as variáveis sociodemográficas que interferem na aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO; Identificar as variáveis profissionais que influenciam a aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO; Averiguar que variáveis de contexto de formação influenciam a aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO.

Em termos estruturais e após a justificação do estudo, tem lugar o enquadramento teórico, seguindo-se as opções metodológicas, a apresentação dos resultados, a sua interpretação, terminando com as principais conclusões.

2. Enquadramento teórico

Para muitas mulheres, a dor que sentem durante o trabalho de parto será a forma mais severa de dor que já sentiram. A dor é considerada como uma experiência única e individual. Os relatos variam de fracas a insuportáveis, com ambos os extremos a ocorrerem por vezes em simultâneo. As perceções das mulheres sobre a dor no trabalho de parto são afetadas por questões fisiológicas e/ou psicológicas, como, por exemplo, o medo, a ansiedade) e pela qualidade da relação mulher-profissionais de saúde. Algumas mulheres lidam bem com as dores do parto sem qualquer intervenção, enquanto outras requerem métodos farmacológicos e/ou não farmacológicos para o alívio da dor (Whitburn et al., 2017). A gestão eficaz da dor tornou-se uma componente essencial do plano de cuidados para as mulheres grávidas, sendo uma das competências do EEESMO.

Face ao exposto e em cumprimento do disposto no Artigo 4.º do Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio de 2019, da OE (p. 13561), o EEESMO “c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto”, assumindo

no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio de 2019, p. 13561).

A nível mundial, as intervenções farmacológicas são frequentemente utilizadas durante o trabalho de parto e parto. A analgesia epidural é considerada como uma forma eficaz de alívio da dor, contudo, não está necessariamente associada a uma experiência positiva de parto. Além disso, esta forma de alívio da dor é dispendiosa, pode diminuir os sentimentos de controlo das mulheres, atrasar a segunda fase do parto e aumentar a probabilidade de novas intervenções (tais como parto instrumental e cesariana). Outro método farmacológico geralmente aplicado é o opiáceo, particularmente a petidina. Este método pode ajudar as mulheres a relaxar e a lidar com a dor devido a fortes contrações uterinas, mas ao contrário de uma epidural, permite às mulheres manter a mobilidade. Contudo, os efeitos secundários indesejados incluem náuseas, sedação e um impacto negativo na capacidade da mulher de amamentar o seu bebé em segurança e doses múltiplas podem levar à acumulação de metabolitos, tais como normeperidina, associados à depressão induzida por narcóticos em bebés (Sprawson. 2017).

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor associados ao relaxamento e à massagem são referidos como intervenções mente-corpo. Métodos de relaxamento tais como *yoga*, música e técnicas respiratórias, bem como as diferentes formas de massagem (por exemplo, *shiatsu*, reflexologia) são concebidos para induzir calma e para distrair/levar a dor em mulheres em trabalho de parto. Testes de técnicas de relaxamento durante o parto relataram dores menos intensas, maior satisfação com o alívio da dor e o parto e taxas mais baixas de partos vaginais assistidos, sem quaisquer resultados adversos (Downe et al., 2016).

Em 2016, a Organização Mundial de Saúde reconheceu a importância de dar forma a novas diretrizes pré-natais através da descoberta do que era importante para as mulheres grávidas. Este trabalho envolveu revisões sistemáticas quantitativas para informar a segurança, eficácia e custo das intervenções pré-natais, juntamente com sínteses de provas qualitativas relacionadas com os pontos de vista e experiências das mulheres e de profissionais de saúde para informar os valores, equidade e componentes de aceitabilidade de cada recomendação de orientação. As referidas diretrizes apoiam as orientações sobre o alívio da dor como parte da preparação da mulher sobre cuidados intraparto para uma experiência positiva do parto.

Thomson et al. (2019), no seu estudo, verificaram que, globalmente, os resultados revelaram experiências mistas de métodos farmacológicos (epidurais e opiáceos) e não farmacológicos (massagem, relaxamento) de alívio da dor no trabalho de parto incluídos na sua revisão sistemática da literatura. Muitas mulheres que utilizaram métodos não farmacológicos foram mais suscetíveis de expressar crenças alinhadas com uma abordagem fisiológica natural e com relatos de uma experiência mais positiva do trabalho de parto. Estas mulheres relataram a forma como estes métodos as encorajaram e facilitaram um apoio positivo por parte dos enfermeiros e companheiros de parto.

No seu estudo de revisão integrativa, Tibola et al. (2021, pp. 13-15), em 20 artigos que aplicaram isolada ou combinadamente a massoterapia, a deambulação, as posturas verticais, os exercícios pélvicos e respiratórios, a musicoterapia, a bola de nascimento, banho de aspersão ou de imersão (Hidroterapia), *taping* e TENS. Tais métodos revelaram-se como medidas de conforto na assistência à parturiente durante o trabalho de parto.

A dor experimentada durante o trabalho de parto é um sintoma de atividade contrátil e é uma característica fisiológica do útero que ocorre nas fases apropriadas do trabalho de parto. Para a maioria das mulheres, a dor do trabalho de parto é a dor mais grave que algumavez sentirá, pelo que deve ser aliviada. Tendo por base estes pressupostos, Pietrzak et al. (2022) avaliaram a intensidade da dor no trabalho de parto antes e depois da utilização de intervenções não-farmacológicas e farmacológicas, bem como avaliaram a satisfação das

mulheres na gestão da dor no trabalho de parto. Foi realizado um estudo transversal multicêntrico em 500 mulheres que pariram em diferentes hospitais de nível de referência. A utilização tanto de métodos não farmacológicos como farmacológicos resultou numa redução significativa da dor no trabalho de parto ($p < 0,01$). A hidroterapia foi o método não farmacológico mais eficaz. Nos hospitais de referência I, a gestão analgésica baseou-se principalmente na utilização de técnicas não farmacológicas, menos frequentemente misturadas, ou seja, técnicas não farmacológicas e farmacológicas (27,5%). Por outro lado, nos hospitais com maior referência, os métodos mistos foram utilizados mais frequentemente (nível II-65,8%; nível III-81,2%). A intensidade da dor foi significativamente mais elevada ($p < 0,0001$) nos hospitais com nível de referência I (mediana 5 (4; 6)) do que nos hospitais com nível de referência II (mediana 4,2 (3; 5)) ou nível III (mediana 4,2 (3,3; 5,4)). A anestesia epidural foi mais frequentemente realizada (60%) no hospital com nível de referência II. A satisfação da mulher associou-se à eficácia dos métodos aplicados.

Hildingsson et al. (2021), no seu estudo, verificaram que os EEESMO tinham como foco o alívio do quadro algíco das parturientes durante o trabalho de parto, promovendo o relaxamento e otimizaram o trabalho de parto através de condutas como o estímulo à deambulação, adoção de posturas verticais, exercícios respiratórios, eletroestimulação transcutânea, musicoterapia, aromoterapia, termoterapia e hidroterapia, numa amostra de 226 mulheres recrutadas no início da gravidez e acompanhadas durante o trabalho de parto e pós parto. Os mesmos autores destacam que a dor no trabalho de parto tem implícitos vastos fatores que podem afetar a percepção das parturientes, designadamente as experiências anteriores, medo, ansiedade fatores socioculturais e características biológicas. Nesse contexto, o EEESMO pode utilizar várias estratégias farmacológicas e não farmacológicas, de forma isolada ou combinada, para alcançar o efeito desejado: a analgesia.

Cavalcanti et al. (2019) no seu estudo constaram que o recurso à hidroterapia especialmente, água a 37°C, se associava à liberação aumentada de endorfina e ao relaxamento da musculatura. Esta medida não farmacológica foi uma das mais escolhidas pelas parturientes, devido à sensação de alívio facultada pela água, não havendo limite de tempo para a permanência. Henrique et al. (2018) verificaram, na sua pesquisa com uma amostra de 128 parturientes, agrupadas em banho quente de chuveiro na região lombar, ou exercícios perineais na bola de nascimento ou terapia combinada, que em todos os grupos houve uma diminuição dos scores da dor no trabalho de parto.

Lunde et al. (2019) referem a musicoterapia como promotora de analgesia, possivelmente, devido a uma ligação de mecanismos que afetam a modulação nociceptiva que podem referir-se ao contexto (por exemplo, crenças, expectativas das parturientes), à cognição (atenção, distração), à componente emocional da mulher (ansiedade, excitação), à

liberação de neurotransmissores, designadamente os opioides endógenos, bem como às características da música, ou seja, tempo, modo, estrutura. A musicoterapia é um método não farmacológico viável para alívio da dor no trabalho de parto.

Num estudo anterior, Vinaver et al. (2015) verificaram que a técnica do rebozo se assume como um recurso eficaz, promotora de liberdade de movimentos, relaxamento e massagem, com aplicação eficaz no trabalho de parto. A aplicação desta técnica durante o primeiro estágio do trabalho de parto aliviou significativamente a dor.

Para transformar o trabalho de parto numa experiência positiva, onde um desconforto que é fisiologicamente normal e esperado, este tem de ser preparado muito antes de a mulher entrar na sala de partos, o que deve ocorrer preferencialmente com a frequência de programas de preparação para o parto e nascimento. O EEESMO pode encorajar/motivar as mulheres para a frequência desses programas, nos quais lhes são abordados todos os métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto. O humanismo deve ser um elemento crucial nas práticas deste profissional de saúde, que se deve esforçar por criar um espaço onde as mulheres sejam “especialistas” da sua própria experiência, ou seja, é essencial para repensar o seu papel ao nível das soluções de gestão da dor no trabalho de parto.

Neste contexto, importa referir que o EEESMO possui conhecimentos que lhe permitem pôr em prática as medidas não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto. À medida que se vai descobrindo mais sobre como as mulheres sentem e lidam com a dor no trabalho de parto, este profissional de saúde reflete e muda as suas práticas, objetivando um cuidar mais humanizado e culturalmente congruente com as necessidades e características de cada mulher.

Nightingale (2005, p. 168) postula que, no cuidado prestados aos clientes, a observação é essencial e deverá ser zelosa, pois a mesma não serve somente para “(...) reunir uma pilha de informações variadas ou de factos curiosos, mas para salvar vidas e melhorar a saúde e o conforto.” O conforto pode também ser visto como o controlo e a ausência de dor, estando profundamente associado à satisfação das necessidades da pessoa cuidada. A presença de dor encontra-se associada ao conceito de desconforto. De acordo com Kolcaba (2003, p. 1), “O conforto do doente e o conforto no cuidado são conceitos complicados, individuais e holísticos.” Trata-se de uma teoria de médio alcance, desenvolvida como preâmbulo da prática de cuidados a doentes idosos, mais especificamente, a doentes com demência, podendo contudo ser alargada a outros contextos de cuidados na medida em que são vários os que necessitam de conforto (Kolcaba, 2003).

1. Metodologia

Para Coutinho (2021, p. 24), o paradigma de investigação constituiu “o sistema de pressupostos e valores que guiam a pesquisa, determinando as várias opções que o investigador terá de tomar no caminho que o conduzirá rumo às “respostas”. O “problema/questão” a investigar, isto é, “ao conhecimento”. Ainda segundo a mesma autora, a metodologia tem como finalidade “velar pelos métodos, analisar os seus limites e alcance, clarificar e valorizar os seus princípios, procedimentos e estratégias mais adequadas para a investigação”. Por conseguinte, a metodologia é, parafraseando-se Coutinho (2021, p. 24), “o plano de ação, processo e desenho da escolha e uso dos métodos”. Assim, a segunda parte deste estudo que diz respeito à investigação empírica inicia com as considerações metodológicas. Neste capítulo, procura-se definir as estratégias delineadas para se estudar os fatores que influenciam a aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO.

Com base no enquadramento teórico elaborado, definiram-se os procedimentos metodológicos que procurarão dar resposta às questões de investigação. Descreve-se e explica-se o tipo de investigação, a amostragem realizada, o instrumento de recolha de dados utilizados, bem como os procedimentos efetuados e o respetivo tratamento estatístico que irão permitir tirar conclusões sobre a problemática em estudo.

1.1. Métodos

Assim, para este estudo, formularam-se as seguintes questões de investigação:

- Que variáveis sociodemográficas interferem na aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO?
- Que variáveis profissionais influenciam a aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO?
- De que modo as variáveis de contexto de formação influenciam a aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO?

Para dar respostas às questões formuladas definiram-se como objetivos:

- Determinar as variáveis sociodemográficas que interferem na aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO;
- Identificar as variáveis profissionais que influenciam a aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO;

- Averiguar que variáveis de contexto de formação influenciam a aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO.

Delineou-se para esta pesquisa um estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional, com o qual se procura estudar a forma como as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, residência, habilitações académicas), profissionais (ministra CPPP, tempo de exercício enquanto EESMO, se a sala proporciona TNF) e contextuais de formação (frequência de CPPP, formação específica) interferem na aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO.

Segue os métodos quantitativos uma vez que é usada a quantificação, quer na recolha de dados como no tratamento de formação, recorrendo-se para o efeito técnicas estatísticas e dado que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação. Quanto ao período de seguimento, classificamo-lo de estudo transversal, pelo fato de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, isto é capta a realidade num só momento no tempo numa amostra, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos (Coutinho, 2021). É ainda um estudo descritivo e correlacional, pois tem o propósito de avaliar a relação que existe entre conceitos. Este tipo de estudo “visa analisar a incidência, distribuição e relações entre variáveis que são estudadas tal e qual existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, *explicar* ou ainda explorar” (Coutinho, 2021, p. 317).

O esquema que se apresenta procura estabelecer pictograficamente as inter-relações das variáveis independentes ou exógenas (sociodemográficas, profissionais e contextuais de formação) com a variável dependente ou endógena (aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO) (cf. figura 1).

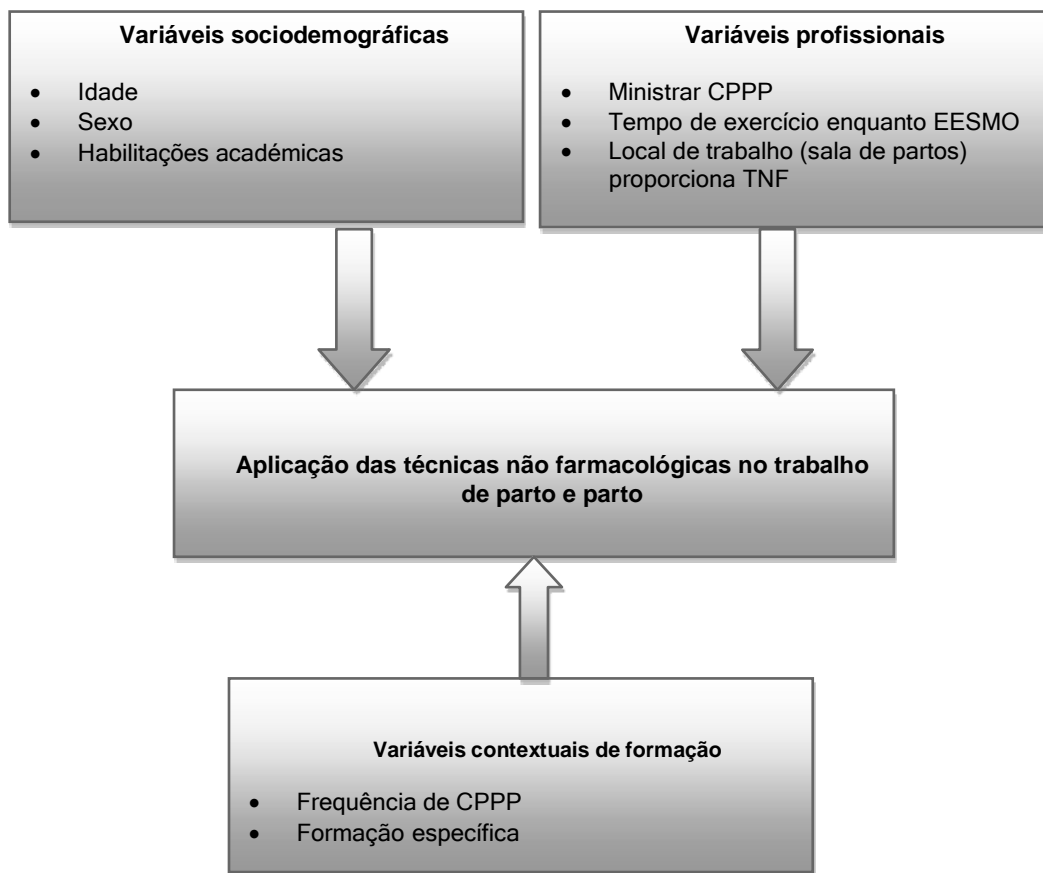


Figura 1. Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica

1.2. Participantes

A amostra em estudo é do tipo não probabilístico por conveniência ou acidental, composta por 204 enfermeiros EESMO. Estes, exercem atividade em salas de partos, uma vez que também é objetivo da investigação construir e validar uma escala elaborada *ad hoc*, que permite avaliar a aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto (cf. Anexo I). Foi obtida uma amostra por técnica não probabilística, por conveniência, tipo bola de neve. Para o efeito foi disponibilizado o questionário na rede Google Forms a EESMO's que exerçam a sua atividade em salas de partos e foi entregue a EESMO's que exerçam a sua atividade na sala de partos pertencentes à rede de amigos e conhecidos da investigadora, que posteriormente entregaram a EESMO's, com igual local de atividade, da sua rede de amigos e conhecidos. Em qualquer pedido de resposta ao questionário, foi pedida também a referência a outro possível participante. Como critérios de inclusão / exclusão: foram incluídos no estudo os EESMO que exerçam funções em Salas de Partos.

1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Idade vs. género

As estatísticas relativas à idade revelam que os enfermeiros apresentam uma idade mínima de 27 anos e uma máxima de 61 anos, ao que corresponde uma média de idade de 41,16 anos com um desvio padrão de 8,39 anos. Para o sexo feminino, a idade mínima é de 27 anos e a máxima de 59, enquanto para o masculino é de 33 anos e a máxima de 61. Os homens são, em média, mais velhos ($M=47,30\pm 8,37$ anos) do que as mulheres ($M=40,10\pm 7,95$ anos). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão a oscilar entre baixa e moderada face às idades médias encontradas (cf. tabela 1).

Tabela 1. Estatísticas relativas à idade em função do género

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Feminino	27	59	40,10	7,95	19,82	1,72	-2,26
Masculino	30	61	47,30	8,37	17,69	-1,31	-0,34
Total	204	61	41,16	8,39	20,38	1,70	-2,49

Faixa etária

Prevalecem os enfermeiros na faixa etária dos 36-44 anos (34,8%), seguindo-se os que possuem idade superior aos 45 anos (34,3%), sendo ainda expressiva a percentagem de enfermeiros com idade inferior ou igual aos 35 anos (30,9%). No género feminino prevalecem os enfermeiros com 36-44 anos (35,6%) e no género masculino os que se situam na faixa etária superior aos 45 anos (60,0%). Entre a idade e o género encontram-se diferenças significativas ($X^2=11,963$; $p=0,003$), situando-se estas no género feminino para os que possuem idade inferior ou igual aos 35 anos e no género masculino para os enfermeiros com idade superior aos 45 anos (cf. tabela 2).

Local de residência

A maioria dos enfermeiros reside em meio urbano (83,8%), o que é comum a ambos os géneros (feminino 87,9% vs. masculino 60,0%). Pelos residuais ajustados, encontram-se diferenças significativas, situadas nos enfermeiros do género masculino e residentes em meio rural, os participantes do género feminino residentes em meio urbano (cf. tabela 2).

Habilitações académicas

A maioria dos enfermeiros é licenciada (56,9%). Nos enfermeiros do género feminino, prevalecem os com o grau académico de licenciatura (58,0%), no género masculino metade (50,0%) tem a licenciatura e a outra metade (50,0%) o mestrado/doutoramento (cf. tabela 2).

Tempo de exercício profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

A maioria dos enfermeiros possui mais de 10 anos de tempo de exercício profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (51,0%), seguidos pelos que possuem entre 3 a 10 anos (25,5%), por último, os que têm tempo inferior ou igual a 5 anos. Em ambos os géneros, há um predomínio de enfermeiros com mais tempo de exercício profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (mulheres 46,6% vs. homens 76,7%). Entre o tempo de exercício profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e o género encontram-se diferenças significativas ($X^2=11,065$; $p=0,004$), situando-se estas no género feminino para os enfermeiros que possuem tempo de exercício profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia inferior a 5 anos e no género masculino para os que possuem mais de 10 anos (cf. tabela 2).

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Variáveis	Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		Nº (174)	% (85,3)	Nº (30)	% (14,7)	Nº (204)	% (100,0)	Fem	Mas c
Grupo etário									
≤ 35 anos		60	34,5	3	10,0	63	30,9	2,7	-2,7
36-44 anos		62	35,6	9	30,0	71	34,8	,6	-,6
>45 anos		52	29,9	18	60,0	70	34,3	-3,2	3,2
Local de residência									
Rural		21	12,1	12	40,0	33	16,2	-3,8	3,8
Urbano		153	87,9	18	60,0	171	83,8	3,8	-3,8
Habilitações académicas									
Licenciatura com pós licenciatura de especialização ESMO		101	58,0	15	50,0	116	56,9	,8	-,8
Mestrado/Doutoramento		73	42,0	15	50,0	88	43,1	-,8	,8
Tempo de exercício profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia									
<5 anos		47	27,0	1	3,3	48	23,5	2,8	-2,8
5 a 10 anos		46	26,4	6	20,0	52	25,5	,7	-,7
>10 anos		81	46,6	23	76,7	104	51,0	-3,0	3,0

Caracterização da amostra em função da frequência do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

Sexo

Verifica-se que a grande maioria dos enfermeiros que já frequentaram um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade são do gênero feminino (94,1%), bem como prevalecem no grupo de enfermeiros que não frequentaram o referido curso (76,5%). Encontram-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=12,662$; $p=0,000$), cujos residuais ajustados indicam que as mesmas se situam entre as enfermeiras e que frequentaram um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade e os enfermeiros que não frequentaram (cf. tabela 3)

Idade

Constata-se que no grupo de enfermeiros que já frequentaram um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade 39,2% situam-se na faixa etária dos 36-44 anos, secundados pelos que têm idade superior aos 45 anos (34,3%). Já no grupo dos enfermeiros que não frequentaram um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, sobressaem os que têm idade inferior ou igual aos 35 anos (35,3%), seguidos pelos que possuem idade superior aos 45 anos (34,3%) (cf. tabela 3).

Local de residência

Como exposto na tabela 3, apura-se que dos enfermeiros que já frequentaram um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (87,3%) e dos que não frequentaram o referido curso (80,4%) a grande maioria é residente em meio urbano.

Habilitações acadêmicas

Verifica-se que prevalecem os enfermeiros licenciados e que já frequentaram um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (52,0%), sendo também expressiva a percentagem de enfermeiros com o mestrado/doutoramento e com frequência do referido curso (48,0%). De igual modo, há um predomínio de enfermeiros licenciado e que não frequentaram um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (61,8%) (cf. tabela 3).

Tempo de exercício profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

Apura-se a maioria dos enfermeiros que já frequentaram um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (57,8%) possuem tempo de exercício profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia superior a 10 anos, sendo igualmente neste grupo etário que se regista a percentagem mais elevada de enfermeiros que não frequentaram o referido curso (44,1%) (cf. tabela 3).

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica da amostra em função da frequência do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

Frequência do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade Variáveis	Sim		Não		Total		Residuais	
	Nº (102)	% (50.0)	Nº (102)	% (50.0)	Nº (204)	% (100.0)	Fem	Mas c
Sexo								
Feminino	96	94,1	78	76,5	174	85,3	3,6	-3,6
Masculino	6	5,9	24	23,5	30	14,7	-3,6	3,6
Grupo etário								
≤ 35 anos	27	26,5	36	35,3	63	30,9	-1,4	1,4
36-44 anos	40	39,2	31	30,4	71	34,8	1,3	-1,3
>45 anos	35	34,3	35	34,3	70	34,3	,0	,0
Local de residência								
Rural	13	12,7	20	19,6	33	16,2	-1,3	1,3
Urbano	89	87,3	82	80,4	171	83,8	1,3	-1,3
Habilitações académicas								
Licenciatura	53	52,0	63	61,8	116	56,9	-1,4	1,4
Mestrado/Doutoramento	49	48,0	39	38,2	88	43,1	1,4	-1,4
Tempo de exercício profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia								
<5 anos	20	19,6	28	27,5	48	23,5	-1,3	1,3
5 a 10 anos	23	22,5	29	28,4	52	25,5	-1,0	1,0
>10 anos	59	57,8	45	44,1	104	51,0	2,0	-2,0

1.3. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de colheita de dados é um questionário composto por duas partes. A primeira parte permite caracterizar a amostra nas dimensões sociodemográficas, académicas e profissionais. A segunda parte integra uma escala, construída para o efeito e que foi validada na presente investigação, que permite avaliar a utilização das diversas técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto pelo EESMO. O questionário encontrava-se disponível no seguinte link: <https://forms.gle/59MdfGDA14YbRoAC6>.

Estudo psicométrico da Escala

Os estudos de fiabilidade da escala foram realizados com a determinação das correlações item total e do coeficiente alfa de *cronbach*, para além das estatísticas obtidas nos diferentes itens. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que o mais elevado é o do item 17 ($r=0.656$) e o menor no item 7 ($r=0.018$). Em relação aos coeficientes alfa de *Cronbach*, os coeficientes obtidos são muito bons, com valores mínimos e máximos a oscilarem entre 0.901 e 0.907, com um alfa global de 0.906.

Tabela 4. Consistência interna dos itens da Escala

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	α sem item
1	Respeito a privacidade da parturiente.				
2	Proporcione ambientes de nascimentos emocionalmente seguros.	,99	,121	,143	,906
3	Permito que a parturiente esclareça as suas dúvidas relativas ao trabalho de parto e parto.				
4	Esclareço as dúvidas apresentadas pela parturiente	1,00	,070	,071	,907
5	Encorajo a parturiente a ter consigo uma pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto	,93	,262	,306	,905
6	Apoio as decisões livres e esclarecidas relativas às técnicas não farmacológicas para alívio da dor.	1,00	,070	,050	,907
7	Promovo intervenções de bem-estar físico e psicológico	1,00	,070	,018	,907
8	Encorajo a parturiente a manter-se ativa durante o trabalho de parto	,97	,182	,359	,905
9	Incentivo a deambulação durante o trabalho de parto.	,93	,253	,389	,904
10	Acompanho a parturiente na deambulação durante o trabalho de parto.	,55	,498	,565	,901
11	Estímulo a prática de agachamentos durante o trabalho de parto.	,81	,394	,351	,905
12	Estímulo a prática de básculas durante o trabalho de parto	,77	,419	,469	,903
13	Incentivo a parturiente a respirar lenta e profundamente o trabalho de parto	,94	,236	,325	,905
14	Acompanho a parturiente durante a realização da respiração lenta e profunda durante o trabalho de parto.	,75	,431	,527	,902
15	Ensino a parturiente a utilizar a vocalização no trabalho de parto	,53	,500	,308	,906
16	Incentivo a utilização da bola de nascimento	,86	,350	,460	,903
17	Auxílio a parturiente na utilização da bola de nascimento	,75	,434	,656	,900
18	Incentivo a imaginação guiada enquanto técnica não farmacológica de alívio da dor	,55	,499	,321	,906
19	Promovo técnicas de distração e relaxamento durante o trabalho de parto	,80	,398	,450	,903
20	Disponibilizo técnicas de distração e relaxamento durante o trabalho de parto	,69	,463	,604	,901
21	Aplico técnicas de massagem para alívio da dor no trabalho de parto	,74	,442	,540	,902
22	Utilizo a contrapressão enquanto técnica não farmacológicas para alívio da dor	,49	,501	,492	,903
23	Incentivo o recurso de movimentos de dança durante o trabalho de parto	,71	,455	,498	,903
24	Forneco informações sobre a possibilidade do uso de música durante o trabalho de parto	,82	,386	,595	,901
25	Promovo a musicoterapia durante o trabalho de parto	,67	,471	,613	,901
26	Utilizo a termoterapia durante o trabalho de parto	,43	,496	,587	,901
27	Estímulo o recurso ao rebozo durante o trabalho de parto	,25	,437	,513	,902
28	Acompanho a parturiente na utilização do rebozo	,25	,431	,536	,902
29	Promovo o recurso a hidroterapia durante o trabalho de parto	,72	,450	,583	,901
30	Utilizo a hidroterapia durante o trabalho de parto	,67	,471	,659	,900
31	Informo sobre os benefícios da aromoterapia no trabalho de parto	,29	,455	,503	,903
32	Utilizo a aromoterapia durante o trabalho de parto	,19	,394	,462	,903
33	Promovo a utilização de mindfulness durante o trabalho de parto e parto	,31	,465	,448	,904
34	Avalio a dor durante a evolução do trabalho de parto	,93	,253	,380	,905
35	Adequo as técnicas não farmacológicas no alívio da dor de acordo com o score encontrado	,88	,329	,351	,905
36	Evito o parto em decúbito dorsal	,51	,501	,473	,903
	Coefficiente alpha Cronbach global			0.906	

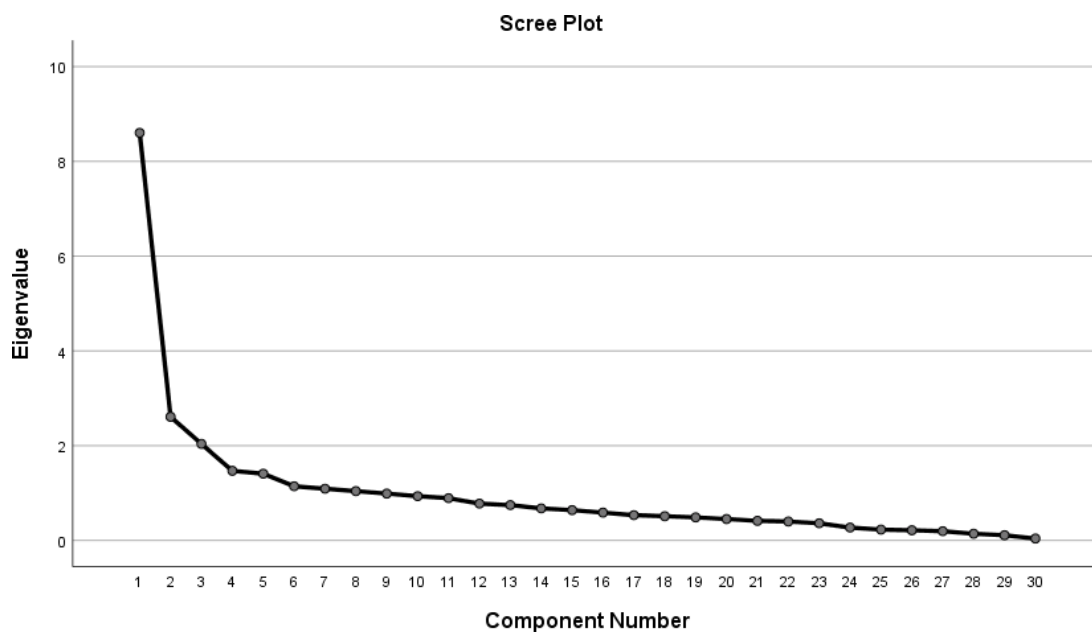


Figura 2. Scree Plot

Deste modo, a escala ficou constituída pelos seguintes fatores e respetivos itens.

F1 – TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS SENSORIAIS

- 26 Utilizo a termoterapia durante o trabalho de parto.
- 27 Estímulo o recurso ao rebozo durante o trabalho de parto.
- 28 Acompanho a parturiente na utilização do rebozo.
- 31 Informo sobre os benefícios da aromoterapia no trabalho de parto.
- 32 Utilizo a aromoterapia durante o trabalho de parto
- 33 Promovo a utilização de *mindfulness* durante o trabalho de parto e parto.
- 36 Evito o parto em decúbito dorsal.

F2 – TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS MECÂNICAS

- 8 Encorajo a parturiente a manter-se ativa durante o trabalho de parto.
- 9 Incentivo a deambulação durante o trabalho de parto.
- 11 Estímulo a prática de agachamentos durante o trabalho de parto.
- 12 Estímulo a prática de básculas durante o trabalho de parto.
- 13 Incentivo a parturiente a respirar lenta e profundamente o trabalho de parto.
- 23 Incentivo o recurso de movimentos de dança durante o trabalho de parto.
- 34 Avalio a dor durante a evolução do trabalho de parto.

F3- TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS EMOCIONAIS

- 5 Encorajo a parturiente a ter consigo uma pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto.
- 14 Acompanho a parturiente durante a realização da respiração lenta e profunda durante o trabalho de parto.
- 22 Utilizo a contrapressão enquanto técnica não farmacológicas para alívio da dor.
- 24 Forneco informações sobre a possibilidade do uso de música durante o trabalho de parto.
- 25 Promovo a musicoterapia durante o trabalho de parto.

F4- TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS DINÂMICAS

- 10 Acompanho a parturiente na deambulação durante o trabalho de parto.
- 16 Incentivo a utilização da bola de nascimento.
- 17 Auxílio a parturiente na utilização da bola de nascimento.
- 20 Disponibilizo técnicas de distração e relaxamento durante o trabalho de parto.
- 29 Promovo o recurso a hidroterapia durante o trabalho de parto.
- 30 Utilizo a hidroterapia durante o trabalho de parto.

F5- TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE CONCENTRAÇÃO

- 15 Ensino a parturiente a utilizar a vocalização no trabalho de parto.
- 18 Incentivo a imaginação guiada enquanto técnica não farmacológica de alívio da dor.
- 19 Promovo técnicas de distração e relaxamento durante o trabalho de parto.
- 35 Adequo as técnicas não farmacológicas no alívio da dor de acordo com o score encontrado.

Após o estudo de validação da escala, foram retirados os seguintes itens:

- 1 Respeito a privacidade da parturiente.
- 2 Proporciono ambientes de nascimentos emocionalmente seguros.
- 3 Permito que a parturiente esclareça as suas dúvidas relativas ao trabalho de parto e parto.
- 4 Esclareço as dúvidas apresentadas pela parturiente.
- 6 Apoio as decisões livres e esclarecidas relativas às técnicas não farmacológicas para alívio da dor.
- 7 Promovo intervenções de bem-estar físico e psicológico.
- 21 Aplico técnicas de massagem para alívio da dor no trabalho de parto.

Com o intuito de melhor dimensionar a aplicabilidade da escala ao estudo, foi efetuada a consistência interna (homogeneidade das dimensões) para as dimensões que a constituem. No quadro seguinte estão esquematizados os respectivos Alphas de Cronbach obtidos para cada uma das dimensões e aplicação de técnicas não farmacológicas globais, após a devida correção. Assim, consta-se que, pela análise das correlações da respetiva dimensão com as restantes, estas oscilam entre associações positivas moderadas (0,450) e associações positivas fortes (0,701). Estes valores são bons, porque indicam que todas as dimensões contribuem mais ou menos de forma igual, homogénea e no mesmo sentido (correlações positivas) para a aplicação de técnicas não farmacológicas globais. Já pela análise dos Alphas de Cronbach, os valores obtidos são satisfatórios (todos superiores a 0,711), sugerindo que, mesmo excluindo as dimensões uma a uma, os valores de fiabilidade interna (alpha) mantêm-se superiores a 0,711, o que significa que a utilização global das técnicas não farmacológicas não depende exclusivamente de uma só dimensão. Em termos gerais, o valor de alpha geral obtido (0,794) é considerado razoável.

Tabela 5. Alpha de Cronbach para os itens de cada dimensão

Dimensões	Médias	Correlação entre itens	Alpha de Cronbach (Após itens eliminados)
Técnicas não farmacológicas Sensoriais	16,73	0,587	0,766
Técnicas não farmacológicas mecânicas	12,90	0,571	0,761
Técnicas não farmacológicas emocionais	15,31	0,658	0,734
Técnicas não farmacológicas dinâmicas	14,72	0,701	0,711
Técnicas não farmacológicas de concentração	16,20	0,450	0,793
Alpha global			0,794

1.4. Procedimentos

Sendo este um estudo que envolve seres humanos, cumpriu-se em todas as etapas do processo de investigação os procedimentos éticos preconizados, desde a pertinência da problemática à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, da escolha da metodologia aos instrumentos e processos de colheita de dados. Estudo com parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu. Foi concedido o esclarecido e livre das participantes, garantindo-se, assim, o respeito pelo direito à autodeterminação. Foi ainda garantida a confidencialidade da informação de cada participante através do tratamento das respostas obtidas de forma coletiva.

No tratamento estatístico, utilizou-se o programa IBM - *Statiscal Package Social Science* (SPSS) 26.0. Recorreu-se à estatística descritiva para calcular as frequências absolutas (n) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central: medidas de dispersão: medidas de tendência central: Média (M); medidas de dispersão: Desvio padrão (\pm) e Coeficiente de variação (CV%); medida de assimetria e achatamento.

Em termos de estatística inferencial, recorreu-se ao Teste Kruskal-Wallis e ao Teste de Mann-Whitney. Nos referidos testes, os valores de significância considerados foram 5%, $p < 0.05$.

2. Apresentação dos resultados

No presente capítulo, estruturado em duas partes, começa-se por apresentar os resultados relativos à estatística descritiva, seguindo-se os dados pertencentes à estatística inferencial.

2.1. Análise descritiva

De seguida apresentam-se os resultados da análise descritiva, começando-se por apresentar a caracterização profissional dos enfermeiros.

Frequência de um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

Metade da amostra (50,0%) frequentou um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade e a outra metade (50,%) não o frequentou. No género feminino há um predomínio de enfermeiros que frequentou o referido Curso (55,2%) e no género masculino prevalecem os que não o frequentaram (80,0%). Encontram-se diferenças significativas ($X^2=12,662$; $p=0,000$), situando-se estas no género feminino para os enfermeiros que frequentaram um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade e no género masculino para os que não o frequentaram (cf. tabela 6).

Ministrar um Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade

Mais de metade da amostra não ministra um Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (66,2%), contrariamente a 33,8% que confirmam. Em ambos os géneros, háum predomínio de enfermeiros que não ministram um Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (mulheres 66,7% vs. homens 63,3%) (cf. tabela 6).

Formação específica sobre dor e técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e parto

Constata-se que a maioria dos enfermeiros possui formação específica sobre dor e técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e parto (55,9%), enquanto 44,1% referem que não têm a referida formação. No género feminino há um predomínio de enfermeiros com formação específica sobre dor e técnicas não

farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e parto (58,0%) e no género masculino prevalecem os que não possuem essa formação (56,7%) (cf. tabela 6).

Utilização, no seu exercício profissional, de técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente

A grande maioria dos enfermeiros refere utilizar no seu exercício profissional, técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente (95,6%), tendo apenas 4,4% referido que não utilizam as referidas técnicas. Em ambos os géneros prevalecem os enfermeiros que utilizam, no seu exercício profissional, técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente (mulheres 98,3% vs. homens 80,0%). Os valores dos residuais ajustados indicam diferenças significativas, situando-se estas no género feminino para os que utilizam, no seu exercício profissional, técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente, e no género masculino para os que não as utilizam (cf. tabela 6).

Disponibilização de técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente no local de trabalho

A grande maioria dos enfermeiros refere que a sala de partos onde exercem proporciona técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente (84,3%), tendo 15,7% referido que não. Em ambos os géneros sobressaem os enfermeiros cuja sala de partos onde exercem proporciona técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente (mulheres 88,5% vs. homens 60,0%). Os valores dos residuais ajustados indicam diferenças significativas, situando-se estas no género feminino para os enfermeiros cuja sala de partos onde exercem proporciona técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente e no género masculino para os que admitem que não (cf. tabela 6).

Disponibilização de técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente

No total da amostra, mais de metade dos enfermeiros refere que as técnicas não farmacológicas de alívio da dor são disponibilizadas à parturiente desde a admissão na sala de partos (59,3%), seguindo-se os que referem que estas são disponibilizadas desde o início do trabalho de parto (31,9%), sendo de referir que 8,3% mencionam que não são disponibilizadas à parturiente as técnicas não farmacológicas de alívio da dor. No género feminino prevalecem os enfermeiros que admitem que as técnicas não farmacológicas de

alívio da dor são disponibilizadas à parturiente desde a admissão na sala de partos (62,6%) e no género masculino os que aludem que estas são disponibilizadas desde o início do trabalho de parto (43,3%). Consta-se diferença estatisticamente significativa, situada nos enfermeiros do género feminino e que relatam que as técnicas não farmacológicas de alívio da dor são disponibilizadas à parturiente desde a admissão na sala de partos (cf. tabela 6).

Recetividade da equipa de enfermagem à utilização de técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto

A grande maioria dos enfermeiros admite que há recetividade da equipa de enfermagem em relação à utilização de técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto (81,4%). Em ambos os géneros prevalecem os enfermeiros que confirmam essa recetividade por parte da equipa de enfermagem (mulheres 84,5% vs. homens 63,3%). Os valores dos residuais ajustados indicam diferenças estatisticamente significativas, estando estas situadas nas mulheres e que admitem que há recetividade da equipa de enfermagem em relação à utilização de técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e os homens que referem não haver essa recetividade ($X^2=7,551$; $p=0,006$) (cf. tabela 6).

Envolvimento da pessoa significativa, escolhida pela parturiente para a acompanhar durante o trabalho de parto, na utilização das técnicas não farmacológicas para alívio da dor

Quase a totalidade dos enfermeiros (91,7%) confirma que há envolvimento da pessoa significativa, escolhida pela parturiente para a acompanhar durante o trabalho de parto, na utilização das técnicas não farmacológicas para alívio da dor, com apenas 8,3% a admitirem que não. Em ambos os géneros predominam os enfermeiros que confirmam esse envolvimento (mulheres 91,4% vs. homens 93,3%) (cf. tabela 6).

Utilização de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor

A grande maioria dos enfermeiros (95,1%) utiliza técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, com apenas 4,9% a referirem o contrário. Em ambos os géneros prevalecem os enfermeiros que confirmam a utilização de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor (mulheres 97,1% vs. homens 83,3%). Consta-se que prevalecem os enfermeiros com elevada utilização de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor no parto (41,7%), que contrasta com 39,7% dos que revelam fraca utilização, enquanto 18,6% apresentam

moderada utilização (18,6%). No género feminino, prevalecem os enfermeiros com elevada utilização das medidas não farmacológicas para o alívio da dor no parto (44,3%), enquanto no género masculino a maioria (63,3%) revela fraca utilização, com diferença estatisticamente significativa, situada nos enfermeiros que apresentam fraca utilização ($X^2=8,250$; $p=0,016$) (cf. tabela 6).

Tabela 6. Características profissionais e contextuais relativas às técnicas não farmacológicas em função do sexo

Variáveis	Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		Nº (174)	% (85,3)	Nº (30)	% (14,7)	Nº (204)	% (100,0)	Fem	Mas c
Frequência de Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade	Sim	96	55,2	6	20,0	102	50,0	3,6	-3,6
	Não	78	44,8	24	80,0	102	50,0	-3,6	3,6
Ministrar um Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade	Sim	58	33,3	11	36,7	69	33,8	-,4	,4
	Não	116	66,7	19	63,3	135	66,2	,4	-,4
Formação específica sobre dor e técnicas farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e parto	Sim	101	58,0	13	43,3	114	55,9	1,5	-1,5
	Não	73	42,0	17	56,7	90	44,1	-1,5	1,5
Utilização, no seu exercício profissional, de técnicas farmacológicas de alívio da dor à parturiente	Sim	171	98,3	24	80,0	195	95,6	4,5	-4,5
	Não	3	1,7	6	20,0	9	4,4	-4,5	4,5
A sala de partos onde exerce proporciona técnicas farmacológicas de alívio da dor à parturiente	Sim	154	88,5	18	60,0	172	84,3	4,0	-4,0
	Não	20	11,5	12	40,0	32	15,7	-4,0	4,0
Técnicas farmacológicas de alívio da dor disponibilizadas à parturiente	Desde a admissão na sala de partos	109	62,6	12	40,0	121	59,3	2,3	-2,3
	Desde o início do trabalho de parto	52	29,9	13	43,3	65	31,9	-1,5	1,5
	Após os 5 cm de dilatação	1	0,6	0	0,0	1	0,5	,4	-,4
	Não são	12	6,9	5	16,7	17	8,3	-1,8	1,8
Recetividade da equipa de enfermagem à utilização de técnicas farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto	Sim	147	84,5	19	63,3	166	81,4	2,7	-2,7
	Não	27	15,5	11	36,7	38	18,6	-2,7	2,7
Envolvimento da pessoa significativa, escolhida pela parturiente para a acompanhar durante o trabalho de parto, na utilização das técnicas farmacológicas para alívio da dor	Sim	159	91,4	28	93,3	187	91,7	-,4	,4
	Não	15	8,6	2	6,7	17	8,3	,4	-,4
Utilização de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor	Sim	169	97,1	25	83,3	194	95,1	3,2	-3,2
	Não	5	2,9	5	16,7	10	4,9	-3,2	3,2
Utilização de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor	Fraca utilização	62	35,6	19	63,3	81	39,7	-2,9	2,9
	Moderada utilização	35	20,1	3	10,0	38	18,6	1,3	-1,3
	Elevada utilização	77	44,3	8	26,7	85	41,7	1,8	-1,8

Técnicas não farmacológicas de alívio da dor proporcionadas à parturiente

As técnicas não farmacológicas de alívio da dor proporcionadas à parturiente, mais referenciadas pelos enfermeiros são: Bola de Nascimento (66,7%), hidroterapia (53,9%), massagem (43,1%), a livre deambulação (34,3%), musicoterapia (29,9%), técnicas de respiração (21,6%), termoterapia (11,8%), liberdade de movimentos (11,8%) e rebozo (10,3%) (cf. tabela 7).

Tabela 7. Técnicas não farmacológicas de alívio da dor proporcionadas à parturiente

Técnicas não farmacológicas	n	%
Bola de Nascimento	136	66.7
Livre Deambulação	70	34.3
Musicoterapia	61	29.9
Massagem	88	43.1
Hidroterapia	110	53.9
Técnicas de Respiração	44	21.6
Vocalização	6	2.9
Relaxamento	19	9.3
Dança	5	2.5
Termoterapia	24	11.8
Rebozo	21	10.3
Liberdade de movimentos	24	11.8
Concentração	1	.5
Posicionamentos	10	4.9
Reiki	2	1.0
Aromoterapia	15	7.4
Reflexologia	4	2.0
Apoio contínuo	4	2.0
Alternância de decúbitos	1	.5
Presença de acompanhante	4	2.0
Contrapressão	6	2.9
Promoção de ambiente confortável	2	1.0
Imaginação guiada	7	3.4
Posições verticais	3	1.5
Banco de Parto	3	1.5
Cromoterapia	2	1.0
Shiatzu	1	.5
Yoga	1	.5
Hipnoterapia	1	.5
Disco de propriocepção	1	.5
TENS	3	1.5

Em conformidade com os dados expostos na tabela 8, no grupo de enfermeiros que já frequentou um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, a grande maioria (61,8%) possui formação específica sobre dor e técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e parto. Já no grupo de enfermeiros que não frequentaram um

Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade metade (50,0%) tem formação específica sobre dor e técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e parto e a outra metade não possui essa formação específica (50,0%). Regista-se que quer a maioria dos que já frequentou um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (98,0%), quer a maioria dos que não frequentou o referido curso (93,1%) utiliza, no seu exercício profissional, de técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente. Verificam-se valores percentuais mais elevados quer no grupo dos enfermeiros que já frequentou um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (89,2%), quer nos que não frequentaram o curso (79,4%) para aqueles que referem que, na sala de partos onde exerce, proporcionam técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente. Dos enfermeiros que já frequentaram um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, quase a totalidade (91,2%) refere que há um envolvimento da pessoa significativa, escolhida pela parturiente para a acompanhar durante o trabalho de parto, na utilização das técnicas não farmacológicas para alívio da dor, sendo esta uma situação análoga à grande maioria dos enfermeiros que não frequentaram um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (92,2%). Constata-se ainda que quase a totalidade dos enfermeiros que já frequentaram um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (97,1%) e dos que não frequentaram o curso (93,1%) utilizam técnicas não farmacológicas para o alívio da dor.

Tabela 8. Variáveis formativas em função da frequência do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

Frequência do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade Variáveis	Sim		Não		Total		Residuais	
	Nº (102)	% (50.0)	Nº (102)	% (50.0)	Nº (204)	% (100.0)	Fem	Mas c
Formação específica sobre dor e técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e parto								
Sim	63	61,8	51	50,0	114	55,9	1,7	-1,7
Não	39	38,2	51	50,0	90	44,1	-1,7	1,7
Utilização, no seu exercício profissional, de técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente								
Sim	100	98,0	95	93,1	195	95,6	1,7	-1,7
Não	2	2,0	7	6,9	9	4,4	-1,7	1,7
A sala de partos onde exerce proporciona técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente								
Sim	91	89,2	81	79,4	172	84,3	1,9	-1,9
Não	11	10,8	21	20,6	32	15,7	-1,9	1,9
Envolvimento da pessoa significativa, escolhida pela parturiente para a acompanhar durante o trabalho de parto, na utilização das técnicas não farmacológicas para alívio da dor								
Sim	93	91,2	94	92,2	187	91,7	-,3	,3
Não	9	8,8	8	7,8	17	8,3	,3	-,3
Utilização de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor								
Sim	99	97,1	95	93,1	194	95,1	1,3	-1,3
Não	3	2,9	7	6,9	10	4,9	-1,3	1,3

No que se refere à aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto em função do sexo, regista-se um valor percentual mais elevado para o sexo feminino num nível intermédio (90,8%), com os residuais ajustados a mostrarem diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros do sexo feminino com nível intermédio de aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e os enfermeiros do sexo masculino e com pouca aplicação das mesmas. Com pouca aplicação de medidas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto encontram-se os enfermeiros mais novos (38,2%), com intermédia aplicação os que se situam na faixa etária dos 36-44 anos (40,8%) e com muita aplicação os enfermeiros mais velhos (35,3%). Em todos os níveis considerados prevalecem os enfermeiros residentes em meio urbano, com destaque para a aplicação intermédia (85,7%). Registam-se valores percentuais mais elevados para os enfermeiros licenciados com pós licenciatura de especialização ESMO, sendo a mais relevante a pouca aplicação das técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho (cf. tabela 9).

Tabela 9. Aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto em função das variáveis sociodemográficas

Aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto Variáveis	Pouco		Intermédio		Muito		Total		Residuais		
	Nº (55)	% (27.0)	Nº (98)	% (48.0)	Nº (51)	% (25.0)	Nº (204)	% (100.0)	1	2	3
Sexo											
Feminino	39	70.9	89	90.8	46	90.2	174	85.3	-3.5	2.1	1.1
Masculino	16	29.1	9	9.2	5	9.8	30	14.7	3.5	-2.1	-1.1
Grupo etário											
≤ 35 anos	21	38.2	26	26.5	16	31.4	63	30.9	1.4	-1.3	.1
36-44 anos	14	25.5	40	40.8	17	33.3	71	34.8	-1.7	1.7	-.3
>45 anos	20	36.4	32	32.7	18	35.3	70	34.3	.4	-.5	.2
Local de residência											
Rural	11	20.0	14	14.3	8	15.7	33	16.2	.9	-.7	-.1
Urbano	44	80.0	84	85.7	43	84.3	171	83.8	-.9	.7	.1
Habilitações académicas											
Licenciatura com pós licenciatura de especialização ESMO	34	61.8	54	55.1	28	54.9	116	56.9	.9	-.5	-.3
Mestrado/Doutoramento	21	38.2	44	44.9	23	45.1	88	43.1	-.9	.5	.3

2.2. Análise inferencial

De seguida apresentam-se os resultados da análise inferencial, de forma a dar resposta às questões de investigação.

Relação entre as variáveis sociodemográficas e a aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO

Os resultados apresentados na tabela 10 mostram ordenações médias mais elevadas para a utilização das técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e parto sensoriais, mecânicas, emocionais e dinâmicas por parte dos EESMO do género feminino, enquanto os do sexo oposto utilizam mais as técnicas não farmacológicas de concentração, resultando em diferenças estatísticas significativas ($p=0,015$) para as técnicas não farmacológicas mecânicas e para as técnicas não farmacológicas emocionais e dinâmicas ($p=0,000$). Obtiveram-se ordenações médias mais elevadas para a utilização das técnicas não farmacológicas sensoriais, emocionais e dinâmicas por parte dos inquiridos com 36-44 anos de idade. As técnicas não farmacológicas mecânicas são mais utilizadas pelos enfermeiros mais novos (≤ 35 anos de idade) e as de concentração pelos mais velhos (≥ 45 anos de idade). Assim, constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,015$) mas apenas para as técnicas não farmacológicas emocionais. Constatam-se ordenações médias mais elevadas para a utilização das técnicas não farmacológicas sensoriais, mecânicas e dinâmicas de concentração por parte dos enfermeiros com mestrado/doutoramento, sendo os

licenciados os que mais aplicam as técnicas não farmacológicas emocionais, mas com a inexistência de diferenças estatísticas significativas ($p > 0,015$).

Tabela 10. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com a utilização de técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e parto

Técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e parto Variáveis	Sensoriais	Mecânicas	Emocionais	Dinâmicas	Concentração	Teste
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	
Gênero						
Feminino	104,99	106,30	109,76	110,40	101,37	Mann Whitney
Masculino	88,08	80,48	60,37	56,70	109,07	
(p)	0,140	0,015*	0,000***	0,000***	0,493	
Idade						
<= 35 anos	94,75	109,58	91,63	98,43	98,32	Kruskal Wallis
36 - 44 anos	113,58	106,17	117,62	111,92	102,18	
>= 45 anos	98,24	92,41	96,94	96,61	106,59	
(p)	0,128	0,143	0,018*	0,215	0,702	
Habilitações literárias						
Licenciatura com pós licenciatura de especialização ESMO	98,86	97,48	104,77	99,07	97,08	Mann Whitney
Mestrado/Doutoramento	107,30	109,11	99,51	107,02	109,65	
(p)	0,303	0,126	0,511	0,318	0,117	

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Relação entre as variáveis profissionais e a aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO

Afere-se ordenações médias mais elevadas na utilização de todas as técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e parto por parte dos enfermeiros que ministram Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade. Assim, constatam-se a diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,011$) para as técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e parto dinâmicas, para as mecânicas ($p = 0,003$) e para as técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e parto sensoriais, emocionais e de concentração ($p = 0,000$). Pelas ordenações médias, verifica-se uma pontuação mais elevada na utilização de todas as técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e parto por parte dos enfermeiros com 5-10 anos de experiência profissional. Contudo, com a inexistência de diferenças estatísticas significativas ($p > 0,015$). Obtiveram-se valores mais elevados na utilização de todas as técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e parto por parte dos inquiridos que exercem funções numa sala de partos onde se proporciona técnicas farmacológicas de alívio da dor à parturiente, com diferenças estatísticas significativas ($p = 0,049$) para as técnicas não

farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e parto de concentração; para as mecânicas ($p=0,003$) e para as técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e parto sensoriais, emocionais e dinâmicas ($p=0,000$). Obteve-se uma maior utilização de todas as técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e parto pelos enfermeiros que as utilizam, com diferenças estatísticas significativas para as técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e parto sensoriais ($p=0,007$), mecânicas, emocionais, dinâmicas e de concentração ($p=0,000$).

Tabela 11. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis profissionais com a utilização de técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e parto

Dimensões Variáveis	Sensoriais	Mecânicas	Emocionais	Dinâmicos	Concentração	Teste
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	
Ministrar CPPP						
Sim	133,62	118,37	123,93	116,56	123,83	Mann Whitney
Não	86,60	94,39	91,55	95,31	91,60	
(p)	0,000***	0,003**	0,000***	0,011*	0,000***	
Experiência						
<5 anos	87,02	96,35	87,40	94,95	93,88	Kruskal Wallis
5 a 10 anos	107,26	117,46	110,79	110,76	109,44	
>10 anos	107,26	97,86	105,33	101,86	103,01	
(p)	0,106	0,066	0,091	0,369	0,388	
A sala de partos onde exerce proporciona técnicas farmacológicas de alívio da dor à parturiente						
Sim	109,72	107,27	109,45	114,53	105,87	Mann Whitney
Não	63,72	76,88	65,16	37,86	84,38	
(p)	0,000***	0,003**	0,000***	0,000***	0,049*	
Usa TNF						
Sim	104,84	105,50	105,56	105,76	105,88	Mann Whitney
Não	51,83	37,50	36,11	31,89	29,33	
(p)	0,007**	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	

* $p<0,05$

** $p<0,01$

*** $p<0,001$

Relação entre as variáveis de contexto de formação e a aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO

Os enfermeiros que frequentaram Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade são os que mais aplicam todas as técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e parto, com diferenças estatísticas significativas para as técnicas não farmacológicas sensoriais ($p=0,045$) e para emocionais e dinâmicas ($p=0,000$). Os enfermeiros para a formação específica na área recorrem mais a todas as técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e parto, resultando em diferenças estatísticas significativas para as técnicas não farmacológicas mecânicas ($p=0,016$), emocionais ($p=0,007$), de concentração ($p=0,001$) e para as técnicas não farmacológicas sensoriais e dinâmicas ($p=0,000$).

Tabela 12. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis de contexto de formação com a utilização de técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e parto

Dimensões Variáveis	Sensoriais	Mecânicas	Emocionais	Dinâmicos	Concentração	Teste
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	
Frequência de Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade						Mann Whitney
Sim	110,61	106,97	119,92	116,57	104,47	
Não	94,39	98,03	85,08	88,43	100,53	
(p)	0,045*	0,235	0,000***	0,000***	0,620	
Formação específica sobre dor e técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e parto						Mann Whitney
Sim	117,80	110,54	112,06	116,50	114,36	
Não	83,12	92,32	90,39	84,77	87,48	
(p)	0,000***	0,016*	0,007**	0,000***	0,001**	

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

3. Discussão

O presente estudo foi realizado com uma amostra de 204 enfermeiros, maioritariamente do género feminino (85,3%), com uma média de idade de 41,16 anos com um desvio padrão de 8,39 anos, prevalecendo os enfermeiros na faixa etária dos 36-44 anos (34,8%), seguindo-se os que possuem idade superior aos 45 anos (34,3%), residentes em meio urbano (83,8%), licenciados (56,9%), com mais de 10 anos de tempo de exercício profissional enquanto EESMO (51,0%). A grande maioria dos enfermeiros que frequentou um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade são do género feminino (94,1%), onde sobressaem 39,2% na faixa etária dos 36-44 anos, secundados pelos que têm idade superior aos 45 anos (34,3%) e os enfermeiros licenciados (52,0%) e os que 57,8% possuem tempo de exercício profissional enquanto EESMO superior a 10 anos. Estes resultados levam a referir que é expressiva a percentagem de enfermeiros que frequentam um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade. Esta formação permite aos enfermeiros incentivarem as grávidas/casais para a frequência de Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade. Como preconiza a OE (2019), a preparação para o parto e para a parentalidade é uma parte importante na assistência pré-natal, sendo estes programas de educação para a saúde, com significativa relevância na ajuda de tomada de decisões por parte das mulheres/casais, resultando em mudanças positivas ao nível dos comportamentos de saúde. A OE, através da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, n.º 14/2021, de 2021 (p. 6), refere que “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”. Estes têm como objetivo “satisfazer as necessidades de um campo específico da saúde”. Assim, que se refere a este contexto, deve preparar-se “a mulher e a pessoa significativa para si para o parto (...) em função das necessidades individuais” desta diáde. As grávidas/casais grávidos, independentemente do local de vigilância (público ou privado), podem iniciar o curso de preparação para o parto e parentalidade entre as 28 a 31 semanas de gestação.

Constou-se que a grande maioria dos enfermeiros da amostra estudada refere que a sala de partos onde exercem proporciona técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente (84,3%), tendo 15,7% referido que não. Mais de metade dos enfermeiros refere que as técnicas não farmacológicas de alívio da dor são disponibilizadas à parturiente desde a admissão na sala de partos (59,3%), seguindo-se os que referem que estas são disponibilizadas desde o início do trabalho de parto (31,9%), sendo de referir que 8,3% mencionam que não são disponibilizadas à parturiente as técnicas não farmacológicas de

alívio da dor. De salientar também que maioritariamente os enfermeiros admite que há recetividade da equipa de enfermagem em relação à utilização de técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto (81,4%), com quase a totalidade a ter confirmado que há envolvimento da pessoa significativa, escolhida pela parturiente para a acompanhar durante o trabalho de parto, na utilização das técnicas não farmacológicas para alívio da dor. Estes resultados estão concordantes com as evidências alcançadas por Pedrosa (2020), segundo a qual, para se promover um trabalho de parto e parto humanizado, as instituições de saúde devem reunir todas as condições (físicas, materiais e humanas) para a implementação de medidas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e parto, promovendo o conforto e o relaxamento da parturiente, manter a sua privacidade e do acompanhante. Assim, a parturiente “deve sentir-se segura na sala de partos e livre para usar as medidas de relaxamento e de conforto que prefere” (Pedrosa, 2020, p. 15). É de grande importância proporcionar uma experiência de parto positiva à parturiente e acompanhante, potenciando-lhes “sentimentos de confiança e segurança”. Como referem Heim e Makuch (2021), a utilização de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto e parto está associada a conhecimentos prévios e orientação adequada que permitem às mulheres utilizá-las correta e eficientemente para o alívio da dor, ansiedade e controlar o seu trabalho de parto e parto. Todavia, as mesmas autoras referem que as evidências indicam que muitas mulheres grávidas têm um conhecimento superficial das técnicas não farmacológicas, a maioria (83,3%) não tinha informações claras sobre quais as técnicas que podem ser utilizadas e que são adequadas para as diferentes fases do trabalho de parto e parto. A técnica que as mulheres grávidas relataram mais foi a de exercícios respiratórios (51,8%) seguida da massagem (36,7%), mudanças de posição (32,2%) e relaxamento (26,5%). Estas demonstram desejo em utilizá-las, contudo, a maioria das mulheres participantes do seu estudo não sabia como utilizar estas técnicas de uma forma satisfatória. Neste sentido, as mesmas autoras recomendam que haja um maior empoderamento das mulheres/casais grávidos por parte dos enfermeiros que ministram Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade, para se colmatar estas situações.

Quase a totalidade da amostra do presente estudo (95,1%) utiliza técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, sendo as mais referenciadas: Bola de Nascimento (66,7%), hidroterapia (53,9%), massagem (43,1%), a livre deambulação (34,3%), musicoterapia (29,9%), técnicas de respiração (21,6%), termoterapia (11,8%), liberdade de movimentos (11,8%) e rebozo (10,3%). A OMS (2022) refere que as técnicas não farmacológicas de alívio da dor podem variar largamente entre as configurações e contextos, como o duche, as técnicas de relaxamento, a massagem, a bola de nascimento, a deambulação, a

musicoterapia, técnicas de respiração, a termoterapia, a aromaterapia, a liberdade de movimentos, rebozo, entre outras. No estudo transversal de Mielke et al. (2019), com uma amostra de 586 parturientes, as técnicas não farmacológicas mais aplicadas foram o duche quente (83,1%) e a deambulação (81,4%), tendo 55,5% das participantes recebido orientação/informação acerca das técnicas não farmacológicas de alívio da dor e a mais aceite foi o duche quente (66,6 %), cujo motivo mais relatado foi diminuição da intensidade/alívio da dor (71,8 %), tendo 89,4% considerado que a prática desta técnica lhes trouxe benefícios, resultando em 79,9 %, a manifestar um grau de satisfação ≥ 7 . Importa fazer referência à OMS (2018) quando afirma “Menos interferência no trabalho de parto por forma a acelerá-lo”. Esta entidade emitiu novas diretrizes para instituir padrões de assistência global às mulheres grávidas saudáveis e diminuir intervenções médicas desnecessárias, recomendando que as equipas médicas e de enfermagem não interfiram no trabalho de parto para acelerá-lo, exceto nos casos em que há riscos reais de complicações. Deste modo, determinou práticas que devem ser estimuladas na assistência obstétrica, possibilitando que a parturiente se sinta segura e confiante com maior sensação de controlo do parto. Recomenda a utilização de medidas não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho de parto, nomeadamente, a massagem e técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios, banhos de imersão, liberdade de posição, movimento e exercícios na bola de nascimento, entre outros.

No que concerne à primeira questão de investigação, através da qual se procurou saber quais as variáveis sociodemográficas e a aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO, apurou-se que o género e a idade foram variáveis predictoras da aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto. Assim, os enfermeiros do género feminino são quem mais aplica as técnicas não farmacológicas sensoriais, mecânicas, emocionais e dinâmicas, enquanto os seus congéneres do género oposto utilizam mais as técnicas não farmacológicas de concentração. Os EESMO com 36-44 anos de idade aplicam mais as técnicas não farmacológicas sensoriais, emocionais e dinâmicas, os mais novos (≤ 35 anos de idade) as técnicas não farmacológicas mecânicas e as de concentração são mais aplicadas pelos mais velhos (≥ 45 anos de idade). O facto de se ter verificado que foram os EESMO do género feminino a aplicar mais as técnicas não farmacológicas, na sua maioria, para alívio da dor no trabalho de parto e parto pode ser justificado com a prevalência feminina na enfermagem, o que é confirmado pela OE (2020), segundo a qual em 2019, estavam registados 2 782 EESMO em Portugal, dos quais 2 601 eram do género feminino e 181 do género masculino. Quanto às variações na aplicação de técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e parto de acordo com as faixas etárias, não se

encontraram evidências científicas que suportem os dados obtidos no presente estudo. Todavia, reforça-se que, representando o trabalho de parto e o parto, um desafio fisiológico e psicológico para as mulheres e sendo a dor associada ao trabalho de parto e ao parto descrita como uma condição fisiológica e como uma das formas de dor mais únicas e intensas que podem ser experimentadas, variando de parturiente para parturiente, pois cada mulher tem uma forma única de lidar com a dor do parto, é fundamental que o EESMO aplique estratégias não farmacológicas de acordo com a vontade expressa da parturiente, para as ajudar durante esta experiência e para que haja uma redução intervenções farmacológicas (Heim & Makuch, 2021). 3. É certo que são vários os fatores que influenciam a experiência das parturientes com a dor associada ao trabalho de parto e parto, incluindo a experiência anterior do parto e fatores socioculturais, bem como a preparação que fizeram para o parto e o empoderamento que estas têm acerca das medidas não farmacológicas ao seu dispor duramente o trabalho de parto e parto. A OMS (2018) recomenda, entre outras fontes para o alívio da dor e para melhorar o bem-estar da parturiente, o uso de medidas não farmacológicas, não sendo estas invasivas, ajudam as mulheres a desenvolver estratégias para controlar a dor durante o trabalho de parto e o parto, são seguras para a mulher e para o recém-nascido, não apresentam efeitos secundários, apresentam benefícios, e não têm custos. Tem sido relatado que muitas mulheres em trabalho de parto e durante o parto gostariam de utilizar técnicas não farmacológicas de alívio da dor, incluindo massagem e aplicação de calor, mudanças de posição, exercícios respiratórios, banho quente, aromaterapia, acupressão e acupunctura, *rebozo*, bola de nascimento, liberdade de movimentos, técnicas de distração e relaxamento, entre outras (Adams et al., 2015).

Quando à segunda questão de investigação, que previa saber quais as variáveis de contexto de formação interferem na aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO, constatou-se que as variáveis em estudo interferiram na aplicação das mesmas, sendo os EESMO que ministram Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade, os enfermeiros com 5-10 anos de experiência profissional e que exercem funções numa sala de partos onde se proporciona técnicas farmacológicas de alívio da dor à parturiente, os que mais aplicam as diferentes técnicas. Estes resultados podem ser justificados à luz do conhecimento que estes enfermeiros têm na área, pois ministram Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade, onde dão formação às mulheres/casais grávidos sobre as várias estratégias de alívio da dor, e pelo facto de a sala de partos onde trabalham as proporcionarem às parturientes. Os resultados obtidos em relação à terceira questão de investigação demonstraram que as variáveis de contexto de formação interferem na aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO, tendo sido os

enfermeiros que frequentaram Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade e os que têm formação específica na área aqueles que mais aplicaram todas as técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e parto. Estas evidências demonstram que estas são condições *sine qua non* para que o EESMO aplique as técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente, traduzindo-se num parto mais humanizado, indo ao encontro do recomendado pela OMS (2018). Neste sentido o EEESMO deve focar-se em oferecer um momento único a cada parturiente/casal, no respeito pelos “seus significados, garantindo o direito de ser mãe/pai com humanidade e segurança, permitindo o respeito, a solidariedade e o amor pelo ser humano, e alcançando o princípio da humanização do parto” (Pedrosa, 2020, p. 29). Estas premissas são concordantes com a OE (2019, p. 13563) que define as competências do EEESMO, ao nível das várias áreas da atuação, documentando que este profissional de saúde “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos”. A finalidade dos cuidados em obstetrícia consiste, conjuntamente com a parturiente/acompanhante, escolher o(s) método(s) que diminuam a dor a um “nível suportável” em que as parturientes sejam capazes de lidar com ela e, simultaneamente, consigam participar ativamente na experiência do parto (Czech al., 2018, p. 2).

Conclusão

O presente estudo permitiu alcançar os objetivos delineados e dar resposta às questões de investigação, tendo-se obtido as seguintes evidências mais relevantes:

- A grande maioria dos enfermeiros já frequentou um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade;

- prevalecem os enfermeiros que admitiram que a sala de partos onde exercem proporciona técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente;

- sobressaem os participantes que conformaram que as técnicas não farmacológicas de alívio da dor são disponibilizadas à parturiente desde a admissão na sala de partos

- quase a totalidade da amostra utiliza técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, sendo as mais referenciadas: Bola de Nascimento, hidroterapia, massagem, a livre deambulação, musicoterapia, técnicas de respiração, termoterapia, liberdade de movimentos e rebozo;

- o sexo e a idade foram variáveis sociodemográficas preditoras da aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto, tendo sido os enfermeiros do género feminino quem mais aplica as técnicas não farmacológicas sensoriais, mecânicas, emocionais e dinâmicas, enquanto os EESMO do género masculino utilizam mais as técnicas não farmacológicas de concentração; os EESMO na faixa etária dos 36-44 anos de idade aplicam mais as técnicas não farmacológicas sensoriais, emocionais e dinâmicas, os mais novos (≤ 35 anos de idade) as técnicas não farmacológicas mecânicas e as de concentração são mais aplicadas pelos mais velhos (≥ 45 anos de idade);

- as variáveis de contexto de formação que interferiram na aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO foram ministrar Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade, ter entre 5-10 anos de experiência profissional e exercer funções numa sala de partos onde se proporciona técnicas farmacológicas de alívio da dor à parturiente;

- as variáveis de contexto de formação interferiram na aplicação das técnicas não farmacológicas no trabalho de parto e parto pelo EESMO, tendo sido os enfermeiros que frequentaram Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade e os que têm formação específica na área aqueles que mais aplicam todas as técnicas estudadas.

Mediante tais resultados, é importante que o EESMO estimule as grávidas/casais a frequentarem um Programa de Preparação para o parto e parentalidade, de modo a que a parturiente e o acompanhante desempenhem um papel ativo durante o trabalho de parto e parto. Por outro lado, é fundamental proporcionar-se mais formação em serviço, para que todas a equipa de saúde trabalhe com os mesmos objetivos, ou seja, fazer uma ótima gestão da dor da parturiente no trabalho de parto e parto, expressão de cuidados mais humanizados, respeitando-se a individualidade de cada mulher/casal.

Importa referir que este trabalho tem implicações para a prática profissional, uma vez que o EEESMO, como elemento da equipa de saúde e parceiro de cuidados, tem competências especializadas que lhe permitem o reconhecimento das vontades, anseios e necessidades de cada parturiente. Neste sentido, a fase pré-natal configura-se como um espaço de suma importância para ensinar e transmitir informações, baseadas em evidências científicas atuais, de modo que o processo de tomada de decisão da parturiente seja livre e autêntico. A gestão eficiente da dor é uma componente fundamental do plano de cuidados para as parturientes e o presente estudo assume-se como um contributo, ainda que modesto, para uma visão mais abrangente a importância da aplicação das medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto. Desta feita, como futura EESMO será ideal informar as grávidas/casais e parturientes sobre as medidas não farmacológicas de alívio da dor, fomentando a sua utilização, uma vez que a parturiente deve ser a protagonista no momento do trabalho de parto e parto, mas no exercício da sua autonomia.

Os resultados deste estudo devem ser vistos tendo em conta as suas limitações, entre as quais se salienta a dimensão da amostra, o que implica a sua replicação numa amostra mais dilatada e a nível nacional. Como tal, não se podem extrapolar os resultados obtidos.

Importa também salientar que este estudo se assume como um contributo para a prática de enfermagem especializada, ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, com implicações positivas na futura prática profissional, uma vez que ao realizar-se o presente estudo, adquiriram-se mais conhecimentos sobre a aplicação de técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto, uma realidade tão diferente da prática profissional que se exerce. A integração da prática baseada na evidência, no quotidiano profissional dos enfermeiros tem o potencial de melhorar o ambiente da prática, bem como os resultados dos cuidados prestados à pessoa cuidada. É essencial que os enfermeiros construam o seu corpo de conhecimentos, normalizem a prática e melhorem os resultados das suas intervenções. Assim sendo, para se fazer avançar a Ciência da Enfermagem, melhorar a prática dos enfermeiros e os resultados das suas intervenções nos mais variados contextos, é fundamental a premissa de que não só o valor do conhecimento baseado em evidências é importante, mas também como aceder a esse conhecimento, avaliá-lo e aplicá-

lo corretamente, conforme necessário. Como tal, este trabalho de investigação contribui para o enriquecimento pessoal e profissional da sua autora.

Referências bibliográficas

- Adams, J., Frawley, J., Steel, A., Broom, A., & Sibbritt, D. (2015). Use of pharmacological and non-pharmacological labour pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes: examination of a nationally representative sample of 1835 pregnant women. *Midwifery*, 31(4), 458-463. doi:10.1016/j.midw.2014.12.012
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Edição Comemorativa). Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.
- Cavalcanti, Ana Carolina Varandas, Angelita José Henrique, Camila Moreira Brasil, Maria Cristina Gabrielloni, and Márcia Barbieri. 2019. "Terapias Complementares No Trabalho de Parto: Ensaio Clínico Randomizado." *Revista Gaucha de Enfermagem* 40:e20190026.
- Czech, I., Fuchs, P., Fuchs, A., Lorek, M., Tobolska-Lorek, D., Drosdzol-Cop, A., & Sikora, J. (2018). *Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief—Establishment of Effectiveness and Comparison. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2792. doi:10.3390/ijerph15122792
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Direção-Geral da Saúde. 2015. *Programa Nacional Para Vigilância Da Gravidez de Baixo Risco*. edited by D.-G. da Saúde. Portugal.
- Downe, S., Finlayson, K., Tunçalp, Ö., & Metin Gülmezoglu, A. (2016). What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 123(4), 529–539. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13819>
- Favilli, A., Laganà, A. S., Indraccolo, U., Righi, A., Triolo, O., Apolito, M. D., & Gerli, S. (2018). *What women want? Results from a prospective multicenter study on women's preference about pain management during labour. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 228, 197-202. doi:10.1016/j.ejogrb.2018.06.038
- Félix, H. C. R., Corrêa, C. C., Matias, T. G. da C., Parreira, B. D. M., Paschoini, M. C., Ruiz, M. T. (2019). The signs of alert and labor: Knowledge among pregnant women. *Revista*

Brasileira de Saude Materno Infantil, 19(2), 335–341. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200005>.

Fonseca-Moutinho, José Alberto 2008: “Neoplasia Intraepetelial Vulvar: Um Problema Atual.”

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 30 (8): 420-26.

Henrique, A. J., Gabrielloni, M. C., Rodney, P., Barbieri, M. (2018). Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, 24(3), 1–8. <https://doi.org/10.1111/ijn.12642>.

Hildingsson, I., Karlström, A., Rubertsson, C., Larsson, B. (2021) Quality of intrapartum care assessed by women participating in a midwifery model of continuity of care *European Journal of Midwifery*, 5: 11 <https://doi.org/10.18332/ejm/134502>

Lunde, S. J., Vuust, P., Garza-Villarreal, E. A., & Vase, L. (2019). Music-induced analgesia: How does music relieve pain? *Pain*, 160(5), 989–993. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001452>.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, n.º 14/2021, de 2021. Preparação para o parto. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21879/pronuncia-mceesmo_14-2021_prepara%C3%A7%C3%A3o-para-o-parto.pdf

Mielke, K. C., Gouveia, H. G., & Gonçalves, A. D. C. (2019). *A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. Avances En Enfermería*, 37(1). doi:10.15446/av.enferm.v37n1.72045

Oliveira, Graça, Margarida Albuquerque, Bruno Miguel Cardoso, Eurico Gaspar, Ricardo Costa, Teresa Aguiar, Joana Mesquita, Dulce Oliveira, and Susana Pissara. 2012. “Reanimação Do Recém-Nascido Na Sala de Partos.” *Consensos* 1–10.

Ordem dos Enfermeiros (2020). Anuário Estatístico de 2019. Ordem dos Enfermeiros. Balcão Único. Membros activos em : 31-12-2019. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/estatistica/2019_AnuarioEstatisticos.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019) Regulamento N.º 391/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República*, n.º 85/2019, Série II, pp. 13560-13565. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2018). Parto Novas recomendações da OMS. Acedido em <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/en/>

Organização Mundial de Saúde (2022). Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal. Genebra: Organização Mundial da Saúde;

- Pawale, M. P., & Salunkhe, J.A. (2020). Effectiveness of back massage on pain relief during first stage of labor in primi mothers admitted at a Tertiary care center. *J Family Med Prim Care*; 9(12), 5933–5938. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_1189_20.
- Pietrzak, J., Mędrzycka-Dąbrowska, W., Tomaszek, L., & Grzybowska, M. E. (2022). A Cross-Sectional Survey of Labor Pain Control and Women's Satisfaction. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1741. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031741>
- Pedrosa, J.F. (2020). *Medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor da mulher em trabalho de parto: a intervenção do EEESMO*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde de Santarém. Acedido em <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3089/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20MESMO%20Jessica%20Pedrosa%20PUBLICACAO.pdf>
- Pissarra, C. S. M. (2019). *Literacia em saúde mental positiva da puérpera* [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Viseu
- Ribeiro Balbino, Elaine Cristina, Maitê Cristina Jan dos Santos, and Mariana Lopes Borges. 2020. “Uso de Métodos Não Farmacológicos No Alívio Da Dor No Trabalho de Parto: A Percepção de Mulheres No Pós-Parto.” *Revista Brasileira Multidisciplinar* 23(2Supl.):65–78.
- Tibola, C. ., Rivero, M. M., Pacheco, A. F. ., Marcelo, I. de O. ., Correa, S. L. P., Canova, J. M. ., Morais, R. C. S. ., Minuzzi, P. de V. ., Vargas-Ferreira, F. ., & Ferreira, F. V. . (2021). Non-pharmacological methods for pain relief during labor: Experience report and an integrative review . *Research, Society and Development*, 10(7), e18310716446. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16446>
- Thomaz, Ana Claire Pimenteira, Maria Rejane Tenório de Lima, Carlos Henrique Falcão Tavares, and Carlos Gonçalves de Oliveira. 2005. “Relações Afetivas Entre Mães e Recém-Nascidos a Termo e Pré-Termo: Variáveis Sociais e Perinatais.” *Estudos de Psicologia (Natal)* 10(1):139–46.
- Thomson, Gill, Claire Feeley, Victoria Hall Moran, Soo Downe, and Olufemi T. Oladapo. 2019. “Women’s Experiences of Pharmacological and Non-Pharmacological Pain Relief Methods for Labour and Childbirth: A Qualitative Systematic Review.” *Reproductive Health* 16(1).
- Sprawson, E. (2017). Dor no trabalho de parto e o uso intraparto de opioides intramusculares - quão eficazes são?. *British Journal of Midwifery* , 25 (7), 418-424.
- Vinaver, Naoli, Mirjam de Keijzer, and Thea van Tuyl. 2015. *A Técnica Do Rebozo Revelada - Guia de Massagem Para a Gravidez e Parto*. edited by Ema Livros.

- Watson, JE. (2002 a). *Enfermagem – Ciência Humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. (J. Enes, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês *Nursing – Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*, 1999).
- Whitburn L, Jones L, Davey M, & Small R. (2017). The meaning of labour pain: how the social environment and other contextual factors shape women's experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 17(157), 1–10.
- WHO (2018). recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. Acedido em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513809/pdf/Bookshelf_NBK513809.pdf

Anexo 1 - Instrumento de recolha de dados

Instrumento de Recolha de Dados (inclui Consentimento Informado)

Cara/o participante

No âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, estamos a realizar um estudo com o tema "Aplicação das técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e parto". O objetivo principal, além da validação da presente escala, é identificar a aplicação das técnicas não farmacológicas no controlo da dor no trabalho de parto e parto pelos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos, pelo que se reveste de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Assim, os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica que exerçam a sua atividade em Salas de Partos, estão convidados a participar no estudo, através do preenchimento deste questionário. O tempo médio de preenchimento 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 dos participantes. No final do estudo proceder-se-á à 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/os 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: tecnicasnaofarmacologicas@gmail.com

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

Confirmando 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:

Paula Nelas (Investigador Responsável)

Maria Peres Loureiro (Estudante CMESMOG)

Questionário

1. Idade _____ (anos)

2. Sexo:

Feminino

Masculino

3. Residência:

Aldeia

Vila

Cidade

4. Habilitações académicas:
- Licenciatura
 - Mestrado
 - Doutoramento
5. Tempo de exercício profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetria:
- Menos de 5 anos
 - ≤ 5 até 10
 - Mais de 10
6. Frequentou um Curso Preparação para o Parto e Parentalidade:
- Sim
 - Não
7. Ministra um Curso Preparação para o Parto e Parentalidade a casais:
- Sim
 - Não
8. Tem formação específica sobre dor e técnicas não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto e parto:
- Sim
 - Não
9. No seu exercício profissional, utiliza técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente
- Sim
 - Não
10. A sala de partos, onde exerce, proporciona técnicas não farmacológicas de alívio da dor à parturiente
- Sim
 - Não
- 10.1 Se sim, quais as técnicas que proporciona?
-
-
-
- 10.2 As técnicas não farmacológicas de alívio da dor são disponibilizadas à parturiente:
- Desde admissão na sala de partos
 - Desde o início de trabalho de parto
 - Após os 5 cm de dilatação
 - Não são
11. A equipa de enfermagem é receptiva à utilização de técnicas não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto?
- Sim

Não

12. A pessoa significativa, escolhida pela parturiente para a acompanhar durante o trabalho de parto, é envolvida na utilização das técnicas não farmacológicas para alívio da dor

Sim

Não

13. Utiliza técnicas não farmacológicas para o alívio da dor?

Sim

Não

Se não, qual o motivo?

Responda verdadeiro ou falso às seguintes afirmações:

	Afirmção	V	F
1	Respeito a privacidade da parturiente.		
2	Proporciono ambientes de nascimentos emocionalmente seguros.		
3	Permito que a parturiente esclareça as suas dúvidas relativas ao trabalho de parto e parto.		
4	Esclareço as dúvidas apresentadas pela parturiente.		
5	Encorajo a parturiente a ter consigo uma pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto.		
6	Apoio as decisões livres e esclarecidas relativas às técnicas não farmacológicas para alívio da dor.		
7	Promovo intervenções de bem-estar físico e psicológico.		
8	Encorajo a parturiente a manter-se ativa durante o trabalho de parto.		
9	Incentivo a deambulação durante o trabalho de parto.		
10	Acompanho a parturiente na deambulação durante o trabalho de parto.		
11	Estímulo a prática de agachamentos durante o trabalho de parto.		
12	Estímulo a prática de básculas durante o trabalho de parto.		
13	Incentivo a parturiente a respirar lenta e profundamente o trabalho de parto.		
14	Acompanho a parturiente durante a realização da respiração lenta e profunda durante o trabalho de parto.		
15	Ensino a parturiente a utilizar a vocalização no trabalho de parto.		
16	Incentivo a utilização da bola de pilates.		
17	Auxílio a parturiente na utilização da bola de pilates.		
18	Incentivo a imaginação guiada enquanto técnica não farmacológica de alívio da dor.		
19	Promovo técnicas de distração e relaxamento durante o trabalho de parto.		
20	Disponibilizo técnicas de distração e relaxamento durante o trabalho de parto.		
21	Aplico técnicas de massagem para alívio da dor no trabalho de parto.		

22	Utilizo a contração enquanto técnica não farmacológicas para alívio da dor.		
23	Incentivo o recurso de movimentos de dança durante o trabalho de parto.		
24	Forneco informações sobre a possibilidade do uso de música durante o trabalho de parto.		
25	Promovo a musicoterapia durante o trabalho de parto.		
26	Utilizo a termoterapia durante o trabalho de parto.		
27	Estimulo o recurso ao rebozo durante o trabalho de parto.		
28	Acompanho a parturiente na utilização do rebozo.		
29	Promovo o recurso a hidroterapia durante o trabalho de parto.		
30	Utilizo a hidroterapia durante o trabalho de parto.		
31	Informo sobre os benefícios da aromoterapia no trabalho de parto.		
32	Utilizo a aromoterapia durante o trabalho de parto.		
33	Promovo a utilização de <i>mindfulness</i> durante o trabalho de parto e parto.		
34	Avalio a dor durante a evolução do trabalho de parto.		
35	Adequo as técnicas não farmacológicas no alívio da dor de acordo com o score encontrado.		
36	Evito o parto em decúbito dorsal.		

Garantia de confidencialidade:

É garantida a todos os participantes a confidencialidade e anonimato de resposta, tal como descrito no enunciado do questionário, que passo a citar:

“Cara/o participante:

No âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, estamos a realizar um estudo com o tema “Aplicação das técnicas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e parto”. O objetivo principal, além da validação da presente escala, é identificar a aplicação das técnicas não farmacológicas no controlo da dor no trabalho de parto e parto pelos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos, pelo que se reveste de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Assim, os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica que exerçam a sua atividade em Salas de Partos, estão convidados a participar no estudo, através do preenchimento deste questionário. O tempo médio de preenchimento 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 dos participantes. No final do estudo proceder-se-á à 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/os 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: tecnicasnaofarmacologicas@gmail.com

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

Confirmando 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:

Paula Nelas (Investigador Responsável)

Maria Peres Loureiro (Estudante CMESMOG)