



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Impacto da aplicação da aromaterapia na gravidez

Ilda Pêgo Inácio

Viseu, março de 2024



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

O impacto da aplicação da aromaterapia na gravidez

Ilda Pêgo Inácio

Estágio com Relatório Final

12.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e 7.º Curso de Mestrado em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

Trabalho realizado sob a orientação de:

Professora Doutora Manuela Ferreira

Viseu, março de 2024

Agradecimentos

Terminados estes exigentes dois anos, resta-me agradecer a todos os que permitiram a conclusão desta etapa da minha vida tão desafiante.

A todos/as os/as professores/as da Escola Superior de Saúde de Viseu que tanto me ensinaram, em especial à minha orientadora, Professora Doutora Manuela Ferreira por tudo o que investiu em mim e por todo o apoio prestado.

A todas as minhas colegas de curso por todos os momentos passados e todas as partilhas vividas, em especial à minha colega Filipa Oliveira por todo o carinho e apoio ao longo destes anos.

A toda a equipa multidisciplinar do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHUCB, em especial à equipa de enfermagem e às minhas tutoras, pelo envolvimento e empenho em me proporcionar as melhores oportunidades de aprendizagem.

A toda a equipa da Consulta Externa do Hospital Sousa Martins – ULS Guarda, em especial à minha tutora pela confiança depositada em mim e por todos os momentos de aprendizagem.

A toda a equipa multidisciplinar do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar Tondela Viseu, em especial à equipa de enfermagem e às minhas tutoras, pelos ensinamentos, por todo o apoio e incentivo.

A toda a equipa multidisciplinar do Serviço de Obstetrícia do Hospital Sousa Martins da ULS Guarda, em especial aos meus tutores por tudo o que me ensinaram, por todas as oportunidades de aprendizagem que me possibilitaram e por confiarem em mim.

A todas as mulheres que aceitaram participar neste trabalho, pela sua disponibilidade, partilhas e por acreditarem que a aromaterapia pode ser uma terapia complementar durante a gravidez.

Por fim, e não menos importante, quero agradecer de coração à minha família, em especial ao meu marido, pais e sogros, por todo o apoio prestado e paciência. À minha filha, agradecer por todo o amor que todos os dias me demonstra e por me amar incondicionalmente, dando-me uma força incrível para nunca desistir.

A todos, ser-lhes-ei eternamente grata.

Resumo

Introdução: A gravidez é um estado em que frequentemente surgem diferentes desconfortos físicos e flutuações emocionais, no qual se verificam limitações ao recurso terapêutico (pouca diversidade farmacológica e/ou medos e crenças limitadoras da mulher). O impacto vivenciado pelas mulheres que usaram a aromaterapia, é essencial para transformar a assistência em saúde e capacitar os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica a tornar a experiência da gravidez positiva.

Objetivos: Desenvolver competências necessárias à obtenção do título de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; mapear a evidência científica existente acerca dos benefícios da aromaterapia nos desconfortos inerentes à gravidez e identificar o impacto da aplicação da aromaterapia durante a gravidez.

Metodologia: Foram realizados diversos estágios nas várias áreas de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, no cumprimento das experiências mínimas legalmente exigidas e aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Na Parte II, realizámos dois estudos: uma *scoping review* com pesquisa nas bases de dados CINAHL, PubMed, Medline, WOS, BVS MTCI e Science Direct, utilizando os DECS “Aromatherapy” e “Pregnancy”, com recurso ao operador booleano “AND”, tendo sido incluídos 10 artigos científicos, que obedecem ao objetivo proposto e aos critérios de inclusão, após leitura na íntegra; e uma investigação qualitativa fenomenológica, onde foram realizadas 11 entrevistas a mulheres que usaram aromaterapia durante a gravidez, autorizado pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu e realizada análise de conteúdo através pelo programa NVIVO.

Resultados: A elaboração prática de 5 diferentes áreas de estágio possibilitou a obtenção de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Através da *Scooping Review* a aromaterapia foi identificada como recurso para evitar ou diminuir náuseas e vômitos, dor lombar, distúrbios do sono, prurido, stress, ansiedade e fadiga em mulheres grávidas. No segundo estudo, permitiu-nos identificar 5 categorias: “Utilização da aromaterapia”, “Aromaterapia na gravidez”, “Método aromaterapia”, “Experiência vivida” e “Perceção dos profissionais de saúde” no impacto da aromaterapia na gravidez.

Conclusão: Após a realização do estágio cumprimos o número de experiências mínimas e a aquisição das competências necessárias à obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Com a investigação desenvolvida conclui-se que os óleos essenciais utilizados foram eficazes, uma vez que reduziram os sintomas na maioria das grávidas que participaram nos estudos analisados e que houve um impacto positivo na aplicação da aromaterapia durante a gravidez. A aromaterapia na gravidez constitui-se assim, uma terapia a ser implementada pelos EEESMO durante a gravidez, com intuito de proporcionar uma gravidez salutar, positiva e feliz.

Palavras-Chave: Gravidez; Aromaterapia; Desconfortos; Impacto; Enfermagem Obstétrica.

Abstract

Introduction: Pregnancy is a state in which different physical discomforts and emotional fluctuations frequently arise, in which there are limitations to the therapeutic resource (little pharmacological diversity and/or the woman's fears and limiting beliefs). The benefits of aromatherapy and the impact experienced by women who used aromatherapy are essential for transforming healthcare and enabling nurses specializing in maternal and obstetric health nursing to make the pregnancy experience a positive one.

Objectives: Develop the skills necessary to obtain the title of Master and Specialist Nurse in Maternal Health and Obstetric Nursing; map the existing scientific evidence about the benefits of aromatherapy in the discomforts inherent to pregnancy and identify the impact of applying aromatherapy during pregnancy.

Methodology: Several internships were carried out in the various areas of Maternal Health, Obstetric and Gynecological Nursing, in compliance with the minimum legally required experiences and acquisition of common and specific skills of the specialist nurse. In Part II, we carried out two studies: a scoping review with research in the CINAHL, PubMed, Medline, WOS, VHL MTCI and Science Direct databases, using the DECS “Aromatherapy” and “Pregnancy”, using the Boolean operator “AND”, with 10 scientific articles included, which comply with the proposed objective and inclusion criteria, after reading in full; and a qualitative phenomenological investigation, where 11 interviews were carried out with women who used aromatherapy during pregnancy, authorized by the Ethics Committee of the Instituto Politécnico de Viseu and content analysis was carried out through the NVIVO program.

Results: The practical elaboration of 5 different internship areas made it possible to obtain common and specific skills for nurses specializing in maternal and obstetric health nursing. Through Scoping Review, aromatherapy was identified as a resource to prevent or reduce nausea and vomiting, low back pain, sleep disorders, itching, stress, anxiety and fatigue in pregnant women. With the second study, it was possible to identify 5 categories: “Use of aromatherapy”, “Aromatherapy in pregnancy”, Aromatherapy method”, Lived experience” and “Perception of health professionals” on the impact of aromatherapy on pregnancy.

Conclusion: After completing the internship, we fulfill the minimum number of experiences and acquire the skills necessary to obtain the title of Specialist Nurse in Maternal Health and Obstetric Nursing. With the research carried out, it is concluded that the essential oils used were effective, as they reduced symptoms in the majority of pregnant women who participated in the studies analyzed and that there was a positive impact on the application of aromatherapy during pregnancy. Aromatherapy during pregnancy is thus a therapy to be implemented by EEESM during pregnancy, with the aim of providing a healthy, positive and happy pregnancy.

Keywords: Pregnancy; Aromatherapy; Discomforts; Impact; Obstetric Nursing.

Sumário

	Pág.
Lista de Ilustrações	
Lista de abreviaturas e siglas	
Introdução	17
Parte I – Relatório da Componente Clínica.....	23
1 – Reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas	25
1.1 – Enfermagem em Ginecologia e Puerpério.....	25
1.1.1 – Enfermagem em Ginecologia	26
1.1.2 – Enfermagem em Puerpério	31
1.2 – Enfermagem em promoção de saúde da mulher.....	39
1.3 – Enfermagem em patologia materno-fetal.....	48
1.4 – Enfermagem em sala de partos.....	58
Considerações finais	71
Parte II – Relatório final da componente de investigação	73
Estudo 1 – Os benefícios da aromaterapia nos desconfortos inerentes à gravidez – uma <i>Scoping Review</i>	75
1 – Enquadramento Teórico	75
2 – Métodos	79
2.1 - Estratégia de Pesquisa.....	79
2.2 - Seleção dos artigos e fontes de evidência.....	70
3 – Resultados	83
4 – Discussão	89
Conclusão	93
Estudo 2 – Impacto da aplicação da aromaterapia na gravidez	95
1 – Justificação do Tema	95
2 – Métodos e participantes	97
2.1 – Pré-análise.....	98
2.1.1 Instrumento de recolha de dados	99
2.1.2 Questão de investigação e respetivos objetivos	100
2.1.3 Caracterização das entrevistadas	101
3 – Resultados	105
4 – Discussão	111

Conclusão.....	121
Implicações para a prática clínica e limitações do estudo.....	123
Referências Bibliográficas.....	125
Apêndices.....	133
Apêndice I – Projeto de estágio	135
Apêndice II – Panfletos traduzidos para inglês	163
Apêndice III – Desconfortos inerentes a cada trimestre e alimentação na gravidez	169
Apêndice IV – Enxoval para a maternidade	171
Apêndice V – Cuidados a ter na Diabetes Gestacional	173
Apêndice VI – Bola de Partos	175
Apêndice VII – Avaliação crítica da qualidade dos artigos incluídos na <i>Scoping</i>	177
<i>Review</i>	
Apêndice VIII – Entrevista semiestruturada	189
Apêndice IX – Consentimento informado	191
Apêndice X – Pedido de Parecer da Comissão de Ética	193
Apêndice XI – Parecer da Comissão de Ética n.º 09/SUB/2023 de 14/03/2023	199

Lista de Ilustrações

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Experiências realizadas ao longo do estágio.....	71
Tabela 2 – Critérios de inclusão e de exclusão.....	80
Tabela 3 – Resumo dos artigos incluídos na <i>Scoping Review</i>	83
Tabela 4 – Temas emergentes dos estudos incluídos nesta <i>Scoping Review</i>	89
Tabela 5 – Caracterização sociodemográfica e profissional das entrevistadas.....	101
Tabela 6 – Dados obstétricos.....	102
Tabela 7 – Uso da aromaterapia.....	103
Tabela 8 – Frequência de palavras.....	106
Tabela 9 – Categorização e referências textuais.....	108

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 - Processo de seleção dos artigos incluídos na <i>Scopin Review</i>	81
Figura 2 – Nuvem de palavras das categorias.....	106
Figura 3 – Peso de cada subcategoria face ao número de referências.....	107

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APPT	Ameaça de Parto Pré-Termo
BHCG	Hormona Gonadotrofina Coriónica
BO	Bloco Operatório
BP	Bloco de Partos
BSG	Boletim de Saúde da Grávida
CE	Consulta Externa
CHTV	Centro Hospitalar Tondela Viseu
CPA	Colpoplastia Anterior
CPMA	Centro de Procriação Medicamente Assistida
CU	Contrações Uterinas
CVP	Cateter Venoso Periférico
DG	Diabetes Gestacional
EE	Esforços Expulsivos
EEESMO	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
FCF	Frequência Cardíaca Fetal
FIV	Fertilização <i>in Vitro</i>
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HSM	Hospital Sousa Martins
HTA	Hipertensão Arterial
HV	Histerectomia Vaginal
ICSI	Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides
IG	Idade Gestacional
IMG	Interrupção Médica da Gravidez
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
MAF	Movimentos Ativos Fetais
NHB	Necessidades Humanas Básicas
PEC	Pré-Eclâmpsia
PPT	Parto Pré-Termo
PTOG	Prova de Tolerância Oral à Glicose
RCF	Restrição de Crescimento Fetal
RCIU	Restrição de Crescimento Intrauterino

RCT	Registo Cardiotocográfico
RN	Recém-nascido
RPM	Rotura Prematura de Membrana
SD	Sala de Dilatação
SGC	<i>Streptococcus</i> β hemolítico do Grupo B
SMS	Síndrome de Morte Súbita
SP	Sala de Partos
SUOG	Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia
TIG	Teste Imunológico de Gravidez
TNC	Terapias Não Convencionais
TP	Trabalho de Parto
ULSG	Unidade Local de Saúde da Guarda
UMDR	Unidade de Medicina da Reprodução

Introdução

O presente documento integra o Relatório Final proposto no âmbito da conclusão do 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, desenvolvidos na Escola Superior de Saúde de Viseu, e mais especificamente, integrado no plano curricular do 2º ano de estudos dos referidos cursos, que decorreu sob orientação pedagógica da Professora Doutora Manuela Ferreira.

Este relatório encontra-se dividido em duas partes: a Parte I- Relatório da Componente Clínica, onde apresentamos a descrição e reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas no decurso do contexto prático deste percurso formativo; e a Parte II – Relatório Final da Componente de Investigação, onde mapeámos a evidência científica acerca dos benefícios da aromaterapia nos desconfortos inerentes à gravidez, e desenvolvemos uma investigação qualitativa fenomenológica intitulada de “Impacto da aplicação da aromaterapia na gravidez”, através de entrevista a 11 mulheres que aplicaram a aromaterapia durante a gravidez.

Na primeira parte deste relatório expomos os contextos clínicos onde foram desenvolvidas as experiências de estágio, onde ocultamos a identificação dos mesmos, protegendo assim a identidade e privacidade dos intervenientes. A metodologia adotada passou pela construção de reflexões diárias, onde realizámos apontamentos acerca das experiências observadas e vividas, aspetos mais importantes ou marcantes e dúvidas que foram surgindo. Pretendemos agora a sua organização neste relatório, numa perspetiva crítica acerca do desempenho, competências desenvolvidas, conhecimentos e técnicas aplicadas, constituindo-se, assim, um instrumento muito importante na consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo do período teórico desta formação. Cada estágio foi precedido de um projeto com objetivos específicos (apêndice I). Apresentamos ainda, o cumprimento dos objetivos mínimos obrigatórios estabelecidos pela diretiva nº2013/55/UE do Parlamento Europeu, para a obtenção do título profissional de EEESMO.

Ao longo do estágio desenvolvemos as competências comuns do enfermeiro especialista, que são partilhadas e transversais a qualquer área de especialidade, e as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica. Assim, as competências comuns evidenciam-se através da capacidade de conceber, gerir e supervisionar os cuidados prestados, e ainda, no âmbito da sua formação profissional, investigar e assessorar, sendo os seus domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados, e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos

Enfermeiros, 2019a). As competências específicas do enfermeiro especialista são as que permitem dar resposta aos processos de vida e problemas de saúde da pessoa cuidada, no âmbito de cada área de especialidade, com elevado grau de adequação das intervenções desenvolvidas às reais necessidades da pessoa (Portugal, Regulamento nº140/ 2019^a). As competências do EEESMO preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (Artigo 4.º do Regulamento n.º 391/2019, 3 de maio de 2019, p. 13561) são as seguintes:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Os indicadores sensíveis aos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no domínio da gravidez são: ganhos em conhecimento sobre autocuidado durante a gravidez, sobre autogestão dos efeitos colaterais da gravidez, sobre medidas de segurança durante a gravidez, sobre sinais de complicações e satisfação com a assistência pré-natal por EEESMO (Cerejeira et al., 2022). Acrescentam ainda que os cuidados devem ser fundamentados e orientados pela existência de referenciais teóricos, essenciais à organização dos cuidados de enfermagem.

Assim, teorias de enfermagem são agrupamentos de conceitos relacionados, derivados de modelos ou aspetos da enfermagem que podem ser de grande alcance, podendo ser empregues em qualquer pessoa ou grupo, ou de médio alcance que possuem focos específicos da saúde ou da enfermagem como populações de doentes ou área de prática (Dayse e Silva & Souza Nascimento, 2023). Acrescentam ainda que são a base do cuidar em enfermagem, legitimam a prática, dão identidade, diferenciam a enfermagem de outras áreas gerando autonomia através do autoconhecimento, fundamentam a prática de enfermagem, permitindo a organização de um cuidado que se adapte ao contexto e às características da pessoa, família ou comunidade, favorecendo uma abordagem holística do cliente.

A enfermagem envolve o cuidar do outro e considerar as suas necessidades através de práticas que promovam o conforto e o bem-estar. Reconhecer a presença das necessidades de conforto é primordial para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem humanizado e

integral, devendo o profissional avaliar as necessidades de conforto do cliente e intervir, ajudando a aliviar o sofrimento e o desconforto (Dayse e Silva & Souza Nascimento, 2023).

Assim, surge a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba que é uma teoria de médio alcance cuja abordagem é proporcionar o conforto holístico para o cliente e a sua família, fazendo com que eles se envolvam nos cuidados e criem comportamentos de busca de saúde (Dayse e Silva & Souza Nascimento, 2023).

Kolcaba distinguiu três tipos de conforto: o alívio, em que uma necessidade presente foi satisfeita, tendo a pessoa restabelecido o seu funcionamento habitual, sendo essencial para o retorno às funções do ponto anterior à necessidade, sendo este o único estado que pressupõe um desconforto prévio; a tranquilidade que pode ser definida como um estado de calma ou contentamento, essencial para um desempenho eficiente, pressupondo a ausência de condições que a ponham em causa, como stress ou angústia; e a transcendência ou renovação que é entendida como o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas (Dow, 2011).

Segundo o mesmo autor existem quatro contextos em que o conforto pode ser experienciado: o contexto físico, diz respeito às sensações corporais; o contexto psicoespiritual, que tem a ver com a autoestima, sexualidade e o sentido de vida/espiritualidade; o contexto ambiental, que abrange aspetos como a luz, ruído, equipamento, cor, temperatura e elementos naturais e artificiais do meio; e, finalmente o contexto social que remete para as relações interpessoais, familiares e sociais.

Neste sentido, na Teoria do Conforto de Kolcaba, o enfermeiro identifica as necessidades de conforto do cliente/família; projeta e organiza intervenções para essas necessidades e, se essas intervenções forem eficazes, levam ao aumento do conforto e comportamentos de busca de saúde no paciente/família que em conjunto conduzem a um reconhecimento do bom serviço de saúde, contribuindo para melhores práticas e políticas (Dayse e Silva & Souza Nascimento, 2023). Ao longo dos diversos estágios esta teórica de enfermagem esteve sempre presente na prestação de cuidados especializados.

A gravidez é um processo fisiológico, onde a mulher gera uma nova pessoa, traduzindo-se numa adaptação a uma nova vivência (ser mãe e ser pai) e uma modificação fisiológica corporal e emocional (processo adaptativo da gravidez), sendo uma transição única e individual já que todas as gestações são diferentes, mesmo vividas pela mesma mulher (Almeida et al., 2015). Este período é caracterizado de forma geral, por desencadear diversas alterações na mulher: físicas, psíquicas, hormonais e sociais no corpo e mente, que ocorrem no organismo de forma passageira, contudo, presentes em quase todo o período gestacional (Néné et al., 2016a).

A aplicação da aromaterapia, utilizada de forma isolada ou complementada com tratamentos alopáticos, pode auxiliar a gestante a reencontrar o equilíbrio e a vivenciar estes momentos positivamente (Tiran, 2016a).

O uso das terapias complementares antes, durante e após a gravidez aumentou exponencialmente nos últimos 35 anos, principalmente a partir da década de 1990. Séculos atrás, as parteiras usavam, frequentemente misturas de ervas para ajudar na contratilidade uterina e na progressão do feto pelo canal de parto. Em muitas culturas do mundo, são usados tratamentos tradicionais com o intuito de preparar o parto, facilitar a recuperação desde o nascimento e promover a lactação. Desde o início do século XXI houve um aumento significativo de partos por cesariana e induções de Trabalho de Parto (TP), havendo necessidade de implementar estratégias diferentes como as Terapia Não Convencionais (TNC) nas maternidades. A National Health System sublinhou, em 2016, a necessidade contínua e urgente de se voltar a centrar no nascimento como um processo natural de vida biopsicossocial. Uma vez que a medicina complementar está centrada na mulher, pode contribuir para uma redução na intervenção médica durante o parto. (Tiran, 2018)

Por todos os motivos supracitados, e devido ao nosso interesse pessoal, surgiu o tema aromaterapia na gravidez para desenvolver e aprofundar na Parte II – Relatório Final da Componente de Investigação. Assim, desenvolvemos uma *Scoping Review* acerca dos benefícios da aromaterapia nos desconfortos inerentes à gravidez e, posteriormente uma investigação qualitativa fenomenológica sobre o impacto da aplicação desta terapia na gravidez.

A aromaterapia, enquanto terapia complementar e integrativa, apresenta inúmeros benefícios na qualidade de vida e bem-estar geral da pessoa. Ao longo dos anos, a utilização desta terapia, tem apresentado um crescimento exponencial na área da saúde, contudo existem lacunas ao nível da investigação científica, nomeadamente quando aplicada durante a gravidez. (Festy, 2019a; L. Santos, 2022a)

Assim, no estudo em, mapeámos a evidência científica acerca dos benefícios da aromaterapia nos desconfortos inerentes à gravidez que, tal como Munn et al. (2018) referem, a *Scoping Review* apresenta os seguintes propósitos para a sua realização: identificar os tipos de evidência disponíveis num determinado campo, esclarecer os principais conceitos/definições na literatura, examinar como a pesquisa é conduzida num determinado tópico, identificar as principais características relacionadas a um conceito e identificar e analisar lacunas de conhecimento, sendo um precursor de uma revisão sistemática da literatura.

Na perspetiva da contribuição para a melhoria contínua, evolução e qualidade de cuidados a prestar pelo EEESMO, apresentamos no estudo dois, uma investigação qualitativa

resultante do processo de questionamento e ambição em compreender o impacto da aplicação da aromaterapia na gravidez. Para além do desenvolvimento das competências inerentes à adequação de um método de investigação científica, aprofundámos conhecimentos acerca desta realidade, na esperança de contribuir para adequação e melhoria dos cuidados especializados, e consequentemente elevar a qualidade de vida durante a gravidez, obtendo ganhos em saúde para a mulher grávida, inserida na sua família e comunidade.

O EEESMO cuida da mulher durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal, prestando cuidados especializados (Barradas et al., 2015). A prática baseada na evidência apresenta-se como um dos pilares da visão dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sendo a incorporação das melhores evidências nestes cuidados uma forma de contribuir para melhorar os resultados de saúde das clientes, reduzir custos e melhorar a satisfação das clientes e dos profissionais (Cerejeira et al., 2022).

PARTE I – RELATÓRIO DA COMPONENTE CLÍNICA

1 - Reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas

Neste primeiro ponto descreve-se a reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas nas diferentes áreas de estágio, no sentido de adquirir as competências comuns e específicas do EEESMO.

1.1 – Enfermagem em Ginecologia e Puerpério

O estágio de Ginecologia e Puerpério foi realizado num hospital do interior do país, entre os dias 13 de fevereiro e cinco de abril, perfazendo um total de 192 horas. Uma vez que o serviço comporta as duas valências optou-se, em concordância com a professora doutora Manuela Ferreira e as senhoras enfermeiras tutoras, realizar um único estágio.

No primeiro dia que me apresentei no serviço fui recebida pela senhora enfermeira gestora do serviço em questão, que de imediato me recebeu calorosamente e me apresentou aos elementos que estavam presentes. Uma das minhas tutoras, prontamente se disponibilizou para me fazer uma visita guiada ao serviço, com o intuito de me apresentar a estrutura física, os materiais e os recursos disponíveis.

Assim, o serviço supracitado encontra-se situado no piso dois do hospital em questão, no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher, e é constituído fisicamente por quatro enfermarias, uma destinada ao internamento de ginecologia (constituída por quatro camas cada enfermaria, com duche e casa-de-banho) e as outras três reservadas ao internamento de grávidas e puérperas com as mesmas características, sendo que duas camas do segundo quarto pertencem à ginecologia. Possui ainda quatro quartos de isolamento para situações em que se torna necessário privilegiar a privacidade, como no caso de abortos ou Interrupções Médicas da Gravidez (IMG). Existe ainda uma sala de stock de material, sala de limpos e sala de sujos, uma copa de leites (onde se preparam os leites artificiais e onde existe um cadeirão e recursos necessários para as mulheres que necessitam de fazer extração mecânica de leite materno), um berçário, equipado com banheira e material adequado para prestar cuidados ao recém-nascido (RN), uma sala de enfermagem onde se prepara a medicação e com material para a realização de procedimentos de enfermagem, uma sala de passagem de turno (equipada com dois computadores para realização de registos e um armário onde se encontram os processos clínicos) e uma sala de tratamento e observação (equipada com marquesa normal, para realização de pensos cirúrgicos, e uma marquesa ginecológica, para observação puerperal).

Encontram-se disponíveis dois simuladores no serviço para treino de transporte seguro do RN em sistema de retenção.

No que concerne aos recursos humanos, este serviço tem um total de 31 enfermeiros, 28 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e 3 Enfermeiros de Cuidados Gerais, distribuídos entre o internamento, o Bloco de Partos (BP), a Urgência Obstétrica e Ginecológica, a Consulta Externa (CE) e a Unidade de Medicina da Reprodução (UMR). Existem três turnos ao longo das 24 horas, turno da manhã compreendido entre as 8h e as 16h15m (três enfermeiros), turno da tarde que tem início às 15h45m até às 23h15m (dois enfermeiros) e o turno da tarde das 22h45m às 8h15 (dois enfermeiros).

1.1.1 – Enfermagem em Ginecologia

As patologias do aparelho reprodutor feminino são cada vez mais comuns e delicadas e alteram a saúde física e emocional das mulheres ao longo do seu ciclo vital, impossibilitando por vezes a gravidez. Quanto à doença da mama, é maioritariamente benigna, embora a neoplasia da mama seja a mais comum na mulher. A par disto cada vez se aposta mais na prevenção, com a realização dos rastreios a nível dos Cuidados de Saúde Primários. (Linhart, 2010; Sammarco, 2010)

O serviço de Ginecologia articula-se com o serviço de Consulta Externa (CE), onde na maioria se inicia o processo de referenciação cirúrgica das mulheres, e o Bloco Operatório (BO) que se situa no mesmo piso do internamento, facilitando as transferências entre os serviços. De um modo geral, os tempos cirúrgicos ocorrem duas vezes por semana, às segundas e sextas-feiras, em regime de ambulatório ou internamento. Os procedimentos mais frequentes vão desde a abordagem à patologia da mama (mastectomias radicais, quadrantectomias, tumorectomias, pesquisa de gânglios sentinela e esvaziamento axilar), bem como a patologias genito-urinárias (histerectomias vaginais e abdominais, cirurgia de Whertein, salpingectomia, ooforectomia, reparações do pavimento pélvico como as colpoplastias anteriores e/ou posteriores e correção de incontinência urinária de esforço através da colocação do dispositivo TVT - *tension-free vaginal tape* ou outros).

Tive o privilégio de iniciar o estágio numa segunda-feira, tendo encaminhado três senhoras para o BO para realizarem mastectomia radical (consiste na extração total da mama e de algum tecido adiposo e ressecção dos gânglios linfáticos axilares), excisão de um nódulo da mama (ambulatório) e histerectomia vaginal com colpoplastia anterior, que consiste na remoção do útero incluindo o colo (Linhart, 2010; Sammarco, 2010).

Por norma, as senhoras que entram em regime de ambulatório, chegam ao serviço cerca das 8h30m do dia da cirurgia e são preparadas a essa hora. São realizados os ensinamentos pré-operatórios, avaliação inicial, avaliação de sinais vitais, cateterização de veia periférica com cateter venoso periférico (CVP), de preferência n.º 18G e no antebraço esquerdo, colocação de soro fisiológico ou Ionosteril com Glucose em curso e entrega de camisa do hospital para a utente vestir.

As restantes utentes dão entrada no serviço no dia anterior à cirurgia e são realizados os procedimentos pré-operatórios como: avaliação inicial, processo de enfermagem, preparação intestinal, banho com esponja de clorhexidina e ensinamentos. Na manhã da cirurgia, tomam novamente banho com a esponja de clorhexidina, é cateterizada veia com CVP n.º 18G no antebraço esquerdo, realizamos bochecho com tantum, reforçamos os ensinamentos e prestamos apoio emocional. Quanto à alimentação, a última refeição que fazem é o jantar (uma sopa e fruta), ficando em jejum até à cirurgia. Outro procedimento que por norma é realizado antes de algumas cirurgias ginecológicas é o Teste Imunológico da Gravidez (TIG), para despistar se a mulher está grávida, principalmente nas mulheres mais jovens e que vão realizar ressetoscopia e/ou histeroscopia.

Após as cirurgias, desloquei-me ao BO para acompanhar de novo as utentes ao internamento onde realizei as seguintes intervenções: avaliação de sinais vitais, avaliação de glicémia capilar, vigiar perdas hemáticas, vigiar débito urinário e características da urina, promoção de um ambiente calmo no quarto, avaliar a pele e mucosas, vigiar penso da ferida cirúrgica, vigiar drenos no caso das mastectomias, realizar ensinamentos pós-operatórios e prestar apoio emocional.

Ao longo deste estágio, além das cirurgias supracitadas, tive a oportunidade de prestar cuidados a mulheres no pré e pós-operatório submetidas a salpingectomia bilateral (consiste na remoção de ambas as trompas de falópio) e, em ambulatório, mulheres que realizaram histeroscopias (consiste na observação direta da cavidade uterina de modo a permitir ao médico diagnosticar lesões e doenças uterinas, como miomas ou pólipos, que podem interferir com a implantação dos embriões ou com a evolução da gravidez), laparoscopia (consiste na visualização dos órgãos abdominais através da realização de uma pequena incisão na parede abdominal, com insuflação de dióxido de carbono na cavidade peritoneal) e TVT (colocação de uma prótese para corrigir problemas de incontinência urinária, através de uma incisão com cerca de um centímetro realizada no local da vagina sob a região média da uretra) (Costa, 2021; O'Reilly et al., 2008a). Os cuidados pré e pós-operatório são os mesmos já referenciados anteriormente.

Um aspeto fulcral nesta área de enfermagem são os ensinamentos a realizar ao longo do internamento e na alta. Aqui, gostaria de parabenizar o serviço pela excelente iniciativa de realizar panfletos acerca de várias temáticas para entregar às senhoras no momento da alta, incluindo exercícios a realizar após mastectomia.

Tive a oportunidade de prestar cuidados a uma mulher que deu entrada no serviço por menometrorragias, que foi submetida a curetagem (consiste na remoção de material placentário ou endometrial da cavidade uterina), tendo realizado Ferrinject por apresentar um valor de hemoglobina baixo.

Gostaria de realçar que as mulheres mastectomizadas foram as que me sensibilizaram mais, uma vez que passam por um processo de modificação corporal, de autoestima e relacionamento social, despertando neste período das suas vidas, inseguranças, medos, sofrimento, angústia, frustração, sentimento de perda e de revolta. Cabe ao EEESMO ser um facilitador da maximização das potencialidades de cada mulher, apoiando-as neste processo e integrando a família nos cuidados a estas mulheres, principalmente no apoio emocional.

Este estágio foi muito enriquecedor em termos de experiências no acompanhamento da mulher que se encontrava clínica e emocionalmente instável, sendo crucial o EEESMO estar sensibilizado para o facto de cada mulher vivenciar este período de forma diferente. Assim, ao longo da prestação de cuidados à mulher, procurei estabelecer uma relação de ajuda, demonstrando respeito, empatia e disponibilidade para com as utentes/família, respeitando as suas crenças e valores e abstendo-me de juízos de valor, incentivando-as a participarem nos cuidados, no sentido de desenvolverem a sua independência. Para tal, utilizei uma linguagem clara e assertiva, procurando transmitir calma e segurança, pedindo sempre consentimento dos procedimentos que ia realizar. Respeitei sempre o seu estado físico e emocional, estando particularmente atenta às suas manifestações verbais e não-verbais, respeitando a sua privacidade.

Das experiências mais gratificantes que pude presenciar, foi a ida à Unidade de Medicina da Reprodução (UMR), tal como delineei no projeto. A infertilidade é a incapacidade do casal engravidar durante um ano de vida sexual ativa sem a toma de contraceptivos, ou durante seis meses em mulheres com mais de 35 anos, e ainda, nos casais que apresentam três ou mais abortos consecutivos, sendo que afeta cerca de 10 a 15% dos casais em idade fértil (Associação Portuguesa de Fertilidade, 2023).

A UMR é um serviço autónomo que contempla CE (com gabinete médico e de enfermagem), um BO, um recobro e ainda um laboratório integrado. Tem uma equipa clínica coesa, organizada e formada há 13 anos, com a missão de ajudar os casais a alcançar a gravidez,

após lhes ser diagnosticada infertilidade por parte de um elemento do casal ou por ambos, e compreende o estudo completo do casal, a prescrição das terapêuticas médicas para tratamento, as cirurgias necessárias e todos os ensinamentos inerentes. Após indução do ciclo ovárico com tratamento hormonal e, dependendo da origem da infertilidade, os tratamentos podem ser por:

- Fertilização *in vitro* (FIV) – consiste na união do óvulo com o espermatozoide numa placa de cultura, em ambiente laboratorial, com o objetivo de obter embriões viáveis para serem posteriormente transferidos para o útero materno (técnica mais usual);
- Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) – procedimento idêntico à FIV, mas apenas um espermatozoide é inserido ao microscópio no interior do óvulo. Normalmente utilizada quando a FIV não teve sucesso ou em infertilidade masculina severa.
- Inseminação artificial – introdução de uma amostra de sêmen no útero da mulher.

Na primeira consulta, os dois elementos do casal devem estar presentes e é realizada uma anamnese com diagnóstico prévio com intuito de averiguar qual o tipo de infertilidade e possíveis causas (investigação). São realizados exames como espermograma (que avalia a morfologia, a quantidade e a motilidade dos espermatozoides), histerossonografia (que avalia a cavidade uterina), análises clínicas e ecografia vaginal.

Após detecção da causa da infertilidade têm uma segunda consulta onde será realizada uma ecografia vaginal para confirmar que não houve nenhuma alteração desde a última ecografia e procede-se à contagem dos folículos ovulares presentes em cada ovário. Se o número de folículos for suficiente para realizar tratamento, o médico prescreve o plano terapêutico que é constituído por hormonas sexuais e moduladores dos sistemas genitais. De seguida, o casal é encaminhado para a consulta de enfermagem onde teve oportunidade de assistir aos vários ensinamentos/procedimentos a realizar, nomeadamente:

- Explicar em que consiste o tratamento;
- Preenchimento dos consentimentos informados para o Centro de Procriação Medicamente Assistida (CPMA);
- Dados do casal para posterior registo na base de dados do CPMA;
- Plano esquemático da medicação e ensinamentos acerca da administração (via de administração, locais onde se pode administrar, horário rigoroso, acondicionamento após utilização);
- Marcação das ecografias de controlo;
- Apoio emocional e esclarecimento de todas as dúvidas.

Ao longo de todo este processo, o casal tem ainda acompanhamento da psicóloga, se assim o entender, uma vez que a infertilidade pode ser responsável por um sofrimento existencial individual e do casal, como sentimentos de culpa, inferioridade/incapacidade face ao par e à sociedade interferindo por vezes na sexualidade do casal, e da nutricionista, já que o casal deve manter uma alimentação saudável, variada e fracionada em complemento com um suplemento de ácido fólico e outros micronutrientes essenciais e deve praticar exercício físico, mantendo um estilo de vida saudável.

Assisti a três punções foliculares ou ováricas, que consiste na punção dos ovários para a aspiração do conteúdo dos folículos, sob controlo ecográfico (ecografia transvaginal), procedendo-se imediatamente por parte dos embriologistas à identificação microscópica do número de ovócitos conseguidos (que nem sempre corresponde ao número de folículos aspirados) e à sua caracterização com a integridade e maturidade. Este procedimento é realizado sob sedação, de modo a ser totalmente indolor, pelo que nestes dias são mobilizados para a equipa mais dois enfermeiros e um anestesista. A mulher é encaminhada para o recobro, onde permanece cerca de uma hora a uma hora e 30 minutos, onde são administrados analgésicos (se necessário), são avaliados os sinais vitais de 15 em 15 minutos, é oferecida uma pequena refeição e faz levante para o cadeirão. Após vigilância contínua, veste-se, e se estiver estável é encaminhada, na companhia do marido, ao gabinete médico onde receberão orientações e alta clínica.

Durante este processo, o homem é encaminhado à sala de colheitas para realização de colheita de espermatozoides para um recipiente estéril fornecido pelo laboratório da UMR, para se proceder à fecundação em laboratório.

Após três a cinco dias, o casal regressa para realizar a transferência de embriões, ou caso não seja possível realizar, podem ser crio preservados e serem transferidos posteriormente (Transferência de Embriões Crio preservados). Tive o privilégio de acompanhar duas mulheres ao BO para a realização da transferência dos embriões para o útero, que decorreram sem intercorrências. Este procedimento é realizado sem sedação e consiste na introdução do embrião na cavidade uterina da mulher, no fundo do útero.

É ainda realizado um acompanhamento cerca de 12 dias após a transferência para confirmar a gravidez com o doseamento da hormona gonadotrofina coriônica humana (BHCG). Até este dia a mulher deve manter repouso nos primeiros três dias, deve abster-se de relações sexuais, deve tomar a medicação conforme prescrição e seguir todas as indicações médicas.

No final desta experiência tive plena consciência que os cuidados de enfermagem não passam só e apenas por satisfazer necessidades físicas ou administrar terapêuticas, mas pela

visão holística da mulher/casal que aqui vivenciam uma carga de sentimentos explosivos, em que necessitam de um apoio incondicional, em que eles são o foco, os protagonistas do cuidado.

Em suma, aproveitei todas as oportunidades que me foram dadas ao longo do estágio, cumprindo todos os objetivos a que me propus com bom aproveitamento. De realçar, que me senti sempre como membro integrante da equipa de enfermagem, mostrando sempre iniciativa e espírito de equipa.

Em relação ao desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, desenvolvi uma prática profissional ética e legal, respeitando os direitos humanos, aprofundei as competências inerentes à gestão dos cuidados e da melhoria contínua da qualidade e desenvolvi as minhas aprendizagens profissionais, recorrendo a evidências científicas mais atualizadas. Relativamente às competências específicas do EESMO, aprofundei essencialmente as que se referem ao cuidado à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de transição saúde/doença do foro ginecológico, promovendo e potenciando a sua saúde e o seu bem-estar durante o processo de transição que ultrapassa através da prestação de cuidados de qualidade (Decreto de Lei n.º 391/2019, 2019a; Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

1.1.2 – Enfermagem em Puerpério

Este campo de estágio foi realizado como já tinha referido anteriormente, no serviço de Obstetrícia do mesmo hospital. Aqui, as situações clínicas que motivaram os internamentos na área de obstetrícia são: assistência pós-parto, início do trabalho de parto (TP), Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT) e vigilância materno-fetal.

Após o parto, as puérperas regressam do bloco de partos (BP), se parto vaginal, ou do BO, se parto por cesariana, para cumprirem o tempo de internamento estipulado (habitualmente dois dias completos nos partos por via vaginal e três dias nos partos por cesariana), onde lhes são prestados cuidados personalizados e individualizados, bem como ao RN. Uma vez que o tempo de internamento da díade mãe-bebé é curto, torna-se crucial aproveitar ao máximo todas as oportunidades para ensinar, apoiar e orientar, desenvolvendo desde o primeiro contacto com a mulher, uma relação de confiança, empatia e disponibilidade, para que esta se sinta segura com a informação dada por toda a equipa de enfermagem, colocando todas as dúvidas que possam surgir.

Em ambos os tipos de parto, procurei cumprir os protocolos estabelecidos no serviço. Normalmente, as puérperas de parto por via vaginal, fazem levantar cerca de quatro a seis horas

após o parto e tornam-se independentes na satisfação das necessidades humanas básicas (NHB) e nos cuidados ao RN.

Por outro lado, as mulheres de parto por cesariana, aguardam duas horas no recobro do BO e permanecem no leito até 12 horas, ficando dependentes nas suas NHB e nos cuidados ao RN. O RN vai para o serviço de Neonatologia e regressa para junto da mãe quando esta regressa ao serviço de Obstetrícia. Na minha opinião, esta separação logo no nascimento, não favorece o vínculo mãe-bebé, já que o contacto pele a pele tem uma interação positiva entre a díade mãe-bebé pela estimulação sensorial que produz, através do toque, calor e odor materno, atrasando o início da amamentação, o seu sucesso e manutenção.

Atualmente são conhecidas inúmeras vantagens que advêm do alojamento conjunto: diminuição do choro, estabilização da frequência cardíaca e da temperatura corporal, promoção da involução uterina e diminuição do risco de hemorragia pós-parto, melhoria do desenvolvimento neuro-comportamental infantil e autorregulação. Deve iniciar-se imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre todas as díades saudáveis. Este é um critério de qualidade de algumas maternidades, juntamente com o início da amamentação na primeira hora de vida do RN, contribuindo para a diminuição do stress sentido por este no pós-parto, favorecendo o aleitamento materno exclusivo e a vinculação (Mechas, 2017).

Nas cesarianas, existem um conjunto de intervenções particulares, devido ao risco aumentado de complicações precoces como hemorragia, lesão de órgão pélvico, fenómenos tromboembólicos, complicações infecciosas e mortalidade, sendo que a vigilância destas puérperas deve ser mais rigorosa (Centeno, 2018). Geralmente têm alguma dificuldade em mobilizar-se no leito, uma vez que sentem dor, cansaço e devido a todos os dispositivos que mantêm (CVP, cateter epidural e sonda vesical). Neste sentido, tentei dar-lhes o apoio necessário, incentivando sempre o alojamento conjunto, auxiliando-a nos cuidados ao RN. Assim, avaliei sinais vitais durante as primeiras 24 horas, bem como a glicémia, administrei medicação prescrita pelo médico, maioritariamente endovenosa, otimizei o cateter epidural, a sonda vesical e o CVP, incentivei a puérpera a limitar os esforços, principalmente abdominais, incentivei a deambulação precoce e realizei penso da ferida cirúrgica, por norma ao segundo e terceiro dias pós-operatório, com avaliação da evolução cicatricial.

O puerpério é o período de seis semanas após o parto, onde ocorrem inúmeras alterações anatómicas, fisiológicas e psicológicas inerentes à gravidez. Cabe ao EEESMO, desencadear três tipos de intervenções: de prevenção de complicações, como hemorragias ou infeções, promotoras do autocuidado e do bem-estar e cuidados inerentes ao RN. É crucial estar desperto

para as alterações fisiológicas da mulher neste período, com o intuito de conseguir identificar precocemente alterações da normalidade, delineando os planos de cuidado em conformidade (Centeno, 2018; M. Santos & Baptista, 2016).

Neste sentido, procedi aos cuidados perineais, que consistem na avaliação da altura do fundo uterino, consistência e presença do Globo de Segurança de Pinard através da massagem uterina, avaliação dos lóquios (quantidade, cor e cheiro), inspeção do períneo (em partos por via vaginal) com vista à pesquisa de sinais visíveis de hematoma perineal ou edema e a evolução cicatricial da perineorrafia, bem como a existência de hemorroidas.

Ao longo destas intervenções, fui realizando ensinamentos pertinentes acerca dos cuidados perineais: mudança regular do penso higiénico (sempre que se deslocar à casa de banho ou quando estiver cheio), lavagem do períneo com água tépida pelo menos uma vez por dia e sempre que apresentar alguma dejeção e limpeza perineal no sentido ântero-posterior após cada ida à casa de banho.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam o início da amamentação na primeira meia hora de vida do RN e o aleitamento materno (AM) exclusivo até aos seis meses de idade e até aos dois anos em complemento com alimentos nutricionais adequados. O AM tem inúmeras vantagens tanto para a mãe como para o RN e é um processo determinado por fatores fisiológicos, emocionais e ambientais, estabelecendo um vínculo afetivo entre a díade. Neste sentido, cabe ao EEESMO promover, proteger e apoiar a amamentação (Sardo, 2016).

Assim, e como para mim é um tema bastante importante devido às suas inúmeras vantagens, tive particular empenho na abordagem a este tema. As puérperas encontram-se numa fase de grande vulnerabilidade emocional e como tal, necessitam do nosso apoio na amamentação, uma vez que não é assim tão fácil o processo de amamentar.

Em primeiro, questionei todas as mulheres com quem tive contacto, se realmente queriam ou não amamentar, já que é uma escolha pessoal e não devemos fazer juízos de valor, aceitando e apoiando as suas decisões. Expliquei as vantagens que advém do AM tanto para a mãe (perda de peso mais rápida, reduz a perda sanguínea, favorece a involução uterina, reduz risco de cancro da mama e dos ovários, diminui a probabilidade de Depressão Pós-Parto, entre outras) como para o RN (proteção contra doenças infecciosas, gastrointestinais e respiratórias, diminui o risco de obesidade infantil, doença celíaca, diabetes tipo 1, favorece o vínculo afetivo mãe-bebe, favorece o desenvolvimento psicomotor, entre outras), e ainda a nível económico (sem necessidade de comprar leite artificial e todos os utensílios necessários) e ecológico (o leite materno é o alimento mais ecológico e não consome energia nem recursos naturais).

Para o sucesso da amamentação, são necessários alguns requisitos. Assim, ensinei, instruí e treinei as mães para a posição correta da díade (explicando e exemplificando as várias posições que podem adotar), sinais de boa pega (cabeça e tronco alinhados, cara de frente para a mama e nariz de frente para o mamilo, “barriga com barriga” lábios virados para fora, queixo encostado à mama e nariz liberto), adaptação à mama, presença de reflexos de sucção e deglutição do RN, horários e frequências das mamadas (livre demanda) e condutas de prevenção de complicações, como o ingurgitamento mamário, fissuras ou mastite.

Procedi à avaliação das mamas (consistência, presença ou não de colostro), bem como sinais e sintomas de alarme como rubor, calor, mamilos gretados/fissurados ou invertidos e massa palpável (como forma de prevenção, aconselhei a aplicação de colostro após cada mamada e o uso de vestuário adequado, não muito apertado). Realizei ainda ensinamentos acerca da higiene das mamas e mamilos, extração de leite materno (manualmente ou através de bomba), a sua conservação, o descongelamento e administração e preparação do biberão (em caso de fazer leite artificial ou aleitamento misto).

Colaborei na vigilância das mães que tinham o RN internado na Unidade de Neonatologia por várias situações como Síndrome de Dificuldade Respiratória à nascença ou Icterícia. É um momento de grande labilidade emocional para a mãe, uma vez que se encontra separada do seu filho, requerendo grande apoio emocional da nossa parte e da família. O serviço de Neonatologia é contíguo ao serviço de Obstetrícia, sendo uma vantagem para as mães conseguirem estar mais presentes nos cuidados a realizar ao RN. Estas mães continuam a amamentar, se for esta a opção delas, deslocando-se ao serviço e realizando sempre que possível contacto pele a pele.

Um dos momentos mais desafiantes deste estágio, foi o contacto direto com uma puérpera que teve um descolamento de placenta às 27 semanas e dois dias, desencadeando hemorragia abundante e hipotensão severa, levando a uma cesariana de emergência. O RN foi imediatamente transferido para a Maternidade Central através do Transporte Inter Hospitalar, devido à prematuridade. A mãe, inicialmente, ficou emocionalmente transtornada, alegando que não queria criar ligações com o RN, com medo de se apegar e o bebé não sobreviver, iniciando um processo de luto. Após várias conversas e ao fim de três dias, acabou por mudar de ideias e perceber que tinha de lutar pelo seu bebé, e que este precisava do apoio dela.

Durante a gravidez, os progenitores idealizam o seu filho numa imagem composta por representações de membros da família, desejando sempre que o seu bebé seja perfeito e sem qualquer problema de saúde. Quando tal não acontece, por exemplo no nascimento de um RN prematuro, existe a necessidade de ultrapassar este processo de luto, devido à diferença entre o

bebé real e o bebe idealizado. Este processo pode levar a sentimentos como rejeição do bebe, culpabilização e falta de valor próprio, sendo um processo doloroso e por vezes demorado. Assim, não se pode apressar o investimento neste bebé real, é necessário tempo para que os progenitores pensem, sintam e falem do seu desapontamento, sentimentos de culpa e impotência, permitindo a reorganização emocional e posterior aceitação do bebé real (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016).

Outra situação idêntica que vivenciei foi a recusa inicial de uma mãe perante o seu filho, também prematuro. Uma puérpera com antecedentes psiquiátricos, que tinha o seu RN internado na Neonatologia, afirmava “não sentir nada pelo filho”. Neste sentido foi pedida colaboração por parte da Psicóloga que, de imediato se disponibilizou para se deslocar ao serviço. Após esta consulta, a puérpera reconheceu que realmente tinha de prestar apoio ao seu filho. Assim, torna-se crucial avaliar o risco de Depressão Pós-Parto ao longo do internamento, detetando comportamentos que indiquem esta patologia como desprezo pelo filho, desapego, labilidade emocional, vontade de chorar, entre outros.

O parto é sem dúvida uma vivência muito intensa para a mulher, pelo que o respeito pelo seu estado físico e emocional e especial atenção à sua comunicação tanto verbal como não-verbal, bem como o respeito pela sua privacidade, foram sempre uma preocupação constante. Sem dúvida que a nossa disponibilidade e os ensinamentos, ajudam a diminuir a ansiedade da puérpera, dando-lhe autoconfiança no autocuidado e nos cuidados ao RN.

Tive ainda oportunidade de administrar imunoglobulina anti-D a puérperas com sangue RH- e RN Rh+, até às 72 horas pós-parto, no sentido de prevenir a isoimunização.

Contribuí para a inclusão do pai neste processo de transição para a parentalidade, tentando sempre que possível, realizar ensinamentos com ambos os progenitores presentes, incentivando-o a prestar cuidados ao RN, incluindo-o no processo da amamentação (apoiar a mãe e incentivá-la a manter a amamentação bem como, ajudar a resolver algumas dificuldades decorrentes da mesma) e ouvir as suas dúvidas e medos, esclarecendo-o através de uma comunicação eficaz, de modo a integrá-lo neste processo de parentalidade.

Nesta área, e como futura EEESMO, é de grande importância educar para a saúde, de modo a capacitar a mulher no sentido de se tornar autónoma e capaz de viver a maternidade de forma plena e positiva. Assim, na preparação para a alta clínica da puérpera, abordei os seguintes aspetos: sinais e sintomas habituais de problemas físicos e/ou psicológicos; cuidados perineais; amamentação; reinício da atividade sexual e contraceção; alimentação, exercício e repouso, consulta de revisão do puerpério (entre a sexta e a oitava semana após o parto) e

referenciação em caso de situações de risco como dificuldades socioeconómicas, défice cognitivo, problemas de violência, entre outros.

O serviço está dotado de inúmeros panfletos/guias com informação para as puérperas no regresso a casa, sobre cuidados de higiene ao RN, extração e conservação de leite materno, viajar em segurança no automóvel, cuidados na preparação e administração do biberão: aleitamento artificial (no caso de fazerem aleitamento misto ou apenas artificial), exercícios no puerpério, massagem para bebés e a mulher no puerpério, que são entregues no momento da alta, bem como o seu boletim de saúde da grávida, previamente preenchido com os dados do parto.

Gostaria de realçar a existência de uma linha de apoio à amamentação desenvolvida pelo serviço, que funciona todos os dias das 8:00 horas às 20:00 horas, disponibilizada a todas as puérperas no momento da alta, com o intuito de retirar quaisquer dúvidas que podem surgir ou ajudar em situações que não justificam a vinda ao serviço de urgência, tanto da mulher como do RN.

O EEESMO tem um papel importante na otimização da saúde do RN e na sua adaptação à vida extrauterina, através da prestação de cuidados neonatais e pós-natais de qualidade, que se tornam essenciais no bem-estar materno e do bebé, assegurando um melhor começo da vida familiar. Assim, devemos dotar as puérperas de conhecimentos necessários para cuidar do seu RN de forma autónoma. (M. J. Santos et al., 2020)

Neste sentido, tive oportunidade ao longo do estágio, de realizar inúmeros cuidados ao RN e respetivos ensinios à mãe e ao pai (quando possível):

- Banho – realizado todos os dias de manhã (embora alertamos as mães para o facto de as novas indicações sugerirem o banho apenas dia sim dia não), sendo que na primeira manhã são os enfermeiros, com o intuito de ensinar e instruir a mãe e, no dia seguinte a mãe dá o banho, no sentido de avaliarmos se demonstra ou não capacidade;
- Cuidados ao coto umbilical – cheirar sempre antes do banho, lavar com água e sabão durante o banho, secar com uma compressa e observar os sinais de alerta como cheiro fétido, rubor peri-umbilical, conteúdo purulento ou hemático e febre;
- Mudança da fralda – ensinios à mãe/família com avaliação da pele e mucosas e da eliminação vesical e intestinal;
- Somatometria - realizada no primeiro dia de vida do RN, consiste na monitorização do comprimento e do perímetro cefálico;

- Peso corporal – avaliado no nascimento e no dia da alta, ou caso haja suspeita de perda ponderal acima do normal;
- Rastreamento de cardiopatias congénitas – realizado às 48 horas de vida do RN através da avaliação da saturação de oxigénio no membro superior direito e no membro inferior direito ou esquerdo, para despiste de cardiopatias congénitas;
- Administração da vacina Vírus da Hepatite B (VHB) – via intramuscular, no músculo vasto externo, na face externa da região ântero-lateral da coxa direita. Neste momento já não se administra a Vacina Bacilo Calmette-Guérin (BCG) pelo que o pediatra realiza um questionário à mãe para verificar se o RN é ou não elegível. Se for, será contactado por parte do CS para agendar administração;
- Colheita de Espécimes – realizada quando solicitada pelo pediatra, maioritariamente para avaliação de bilirrubinas, para despiste de icterícia;
- Avaliação das mamadas e/ou aleitamento artificial;
- Promoção da relação de apego, incentivando os pais a prestar os cuidados ao RN;
- Esclarecimento de dúvidas e suporte emocional aos pais, no caso de complicações com o RN, que requeiram internamento no serviço de Neonatologia.

É ainda realizado o Rastreamento Auditivo Neonatal Universal pela técnica de Audiologia, através do método de otoemissões acústicas, que são sons produzidos por células do ouvido interno que, na maioria das patologias associadas à surdez infantil, têm a sua funcionalidade comprometida. Consiste na colocação de um tampão nos ouvidos do bebé através do qual são enviados sons. Este possui um microfone que regista as respostas (otoemissões acústicas) aos sons emitidos. Se o RN tivesse défice auditivo não se obtinham otoemissões acústicas. Segundo o Grupo de Rastreamento e Intervenção da Surdez Infantil este rastreio deve ser testado ao nascer ou, o máximo até 30 dias de vida e, no caso de alterações, deve iniciar-se intervenção precoce e adequada até aos seis meses de vida (Grupo de Rastreamento e Intervenção da Surdez Infantil – GRISI, 2007).

Preenchi o Boletim de Saúde Infantil de cada RN, com as intervenções realizadas ao longo do internamento, bem como os dados do parto, e o Boletim de Vacinas.

Ao longo do estágio, avaliei glicémias ao RN (1, 2, 4, 6, 12 e 24 horas após hora de nascimento) filho de mãe com diabetes gestacional e por RN macrossómicos (1, 2, 8 e 24 horas após hora de nascimento), realizado na região lateral do calcanhar.

Os RN são observados pelo pediatra todos os dias do internamento onde realizam, entre outros procedimentos, as manobras de Barlow e Ortolani, os reflexos de moro, de sucção e de

torção, examinam as características da pele, palpação das suturas e fontanelas, auscultação cardíaca e avaliação dos valores de bilirrubina através do Bilicare.

Procedi à realização de ensinamentos sobre sinais e sintomas de alerta no RN: gemido persistente, choro persistente e inconsolável, apneia (pausa respiratória superior a 20 segundos acompanhada por cianose), dificuldade respiratória (respiração ruidosa, estridulosa, pieira, adejo nasal, retração inter e infracostal, cianose), febre (temperatura axilar superior a 37,5 – 38°C), hipotermia (temperatura axilar inferior a 36°C), alterações da cor da pele (palidez acentuada, pele marmoreada, cianose, exantema), dificuldade em mamar/sucção débil/vômito, hipotonia acentuada/sonolência persistente, que interfere com a alimentação, diarreia (dejeções aquosas, abundantes e numerosas, diferentes das dejeções do leite materno), ausência de dejeções durante um período superior a 3 dias, dor à mobilização e convulsão.

No momento da alta, realizei ensinamentos acerca do RN aos pais como: realização do teste de diagnóstico precoce entre o terceiro e o sexto dia de vida do RN no CS, cumprimento do esquema de vacinação, situações de risco como asfixia, posicionamento no berço, acidentes domésticos e rodoviários, aconselhamento sobre amamentação/lactação, consulta de saúde infantil antes de completar um mês de vida, avaliação ponderal semanal no primeiro mês de vida, transporte seguro desde a maternidade com sistema de retenção (realizados ensinamentos no simulador do serviço) e registo do nascimento

Todos os cuidados de enfermagem são registados no Sclínico, após realização do processo de enfermagem de cada mulher e do RN, com os diagnósticos apropriados a cada situação e as respetivas intervenções. É de extrema importância a realização de todos os registos neste programa, uma vez que é o único meio onde ficam registadas todas as nossas intervenções.

No meu ponto de vista, os EEESMO têm o privilégio de estar presentes num dos momentos mais importantes da vida da mulher/casal, o nascimento de um filho, sendo um momento crucial para proporcionar uma experiência positiva, única e individualizada, segundo as suas crenças, valores e costumes. Assim, ao longo da minha prestação de cuidados à mulher e RN, procurei estabelecer uma relação de ajuda, demonstrando respeito, empatia e disponibilidade, e utilizando uma linguagem clara e assertiva, explicando sempre os procedimentos a realizar.

Outro momento de aprendizagem que pude observar e participar, foi uma aula do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) lecionada numa sala do serviço, cujo tema foi o TP, onde tive oportunidade de ouvir as experiências das grávidas em partos anteriores bem como a realização de exercícios durante este período como o fortalecimento muscular a nível do períneo e respiração adequada em cada fase do TP.

Os CPPP têm como objetivo promover comportamentos saudáveis e preparar os casais para o nascimento de uma criança aumentando a segurança das mulheres na sua aptidão para ter filhos; prepará-las para lidar com o processo do parto e para exercerem o consentimento informado, esclarecido e livre; prestar esclarecimentos, incentivar e apoiar a amamentação; fortalecer a relação de qualidade entre a mãe, o pai, o feto e a criança; promover a recuperação física e psicológica equilibrada no pós-parto; preparar para a parentalidade envolvida e cuidadora; conhecer e desenvolver a rede de suporte social (Direção-Geral da Saúde, 2020).

Tive ainda oportunidade de prestar cuidados a grávidas internadas para vigilância materno-fetal em diversas situações, nomeadamente: vômitos e náuseas, Ameaça de Parto Pré-Termo (preparação e administração de tocolíticos), maturação pulmonar, placenta prévia e hemorragias no primeiro e terceiro trimestre, início de TP, indução do TP e abortos do primeiro trimestre.

Cada vez mais, mulheres de outra nacionalidade frequentam este serviço e, como tal, foi-me sugerido pela Enfermeira Gestora do serviço, traduzir alguns destes panfletos para inglês, de modo a facilitar a comunicação entre o enfermeiro e a mulher/puérpera/grávida, sugestão que abracei de bom grado (apêndice II).

Em suma, aproveitei todas as experiências que me foram possíveis, centrando-me sempre na mulher/família/RN. Sempre que oportuno, apresentei sugestões de melhoria dos cuidados às minhas enfermeiras tutoras e à restante equipa, que foram aceites de forma positiva.

Em relação ao desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, desenvolvi uma prática profissional ética e legal, respeitando os direitos humanos, aprofundei as competências inerentes à gestão dos cuidados e da melhoria contínua da qualidade e desenvolvi as minhas aprendizagens profissionais, recorrendo a evidências científicas mais atualizadas. Relativamente às competências específicas do EESMO, aprofundei essencialmente as que se referem ao cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, promovendo a saúde da mulher e do RN, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações para a saúde de ambos e providenciei cuidados nas situações que afetaram negativamente a díade (Decreto de Lei n.º 391/2019, 2019a; Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

1.2 - Enfermagem em promoção de saúde da mulher

O estágio em Promoção de Saúde da Mulher decorreu na CE de Obstetrícia e Ginecologia de um hospital da zona centro, entre os dias 17 de abril e 18 de maio, perfazendo

um total de 120 horas. É um serviço composto por seis salas: um gabinete de enfermagem, quatro gabinetes médicos e de observação, dois deles com ecógrafo e outro com torre de histeroscopia e colposcópio e uma outra sala para realização da avaliação do bem-estar fetal através do registo cardiotocógrafo (RCT). Existe uma diversidade de consultas nesta área, tais como: Obstetrícia (vigilância da gravidez de Alto Risco), Obstetrícia Rastreio, Planeamento Familiar, Gravidez na Adolescência, Ginecologia, Ginecologia Adolescentes, Patologia do Colo do Útero, Patologia do Endométrio, Menopausa e Ecografias Obstétricas e Ginecológicas, as quais tive oportunidade de assistir para enriquecer o meu currículo profissional e pessoal.

A consulta de enfermagem é assegurada por duas EEESMO, mas, neste momento, apenas uma está ao serviço que, para além da consulta de enfermagem de vigilância da gravidez de Alto Risco Obstétrico e rastreio, apoia e assiste a mulher nas consultas médicas referidas anteriormente.

A Direção-Geral de Saúde (2023) estabelece que todas as mulheres que planeiam engravidar têm acesso a uma consulta preconcecional e as grávidas a uma primeira consulta da gravidez nos Cuidados de Saúde Primários, entre as seis semanas e zero dias e as nove semanas e seis dias de gestação. Nestas consultas, deve ser avaliado o risco gestacional através da Escala de Goodwin para uma vigilância adequada da gravidez, prevenção e controlo atempado de complicações. Se a grávida apresentar um valor igual ou superior a três, representa risco gestacional, sendo encaminhada para consulta pré-natal em hospitais com cuidados obstétricos, de acordo com os níveis de diferenciação.

Assim, segundo os autores supracitados, grávidas com antecedentes de parto pré-termo, pré-eclâmpsia grave ou precoce, restrição de crescimento intrauterino (RCIU), morte fetal ou neonatal, Diabetes Gestacional (DG), malformações uterinas ou aborto recorrente, com idade inferior a 17 anos ou igual ou superior a 40 anos, hipertensão arterial crónica (HTA), epilepsia ou doença psiquiátrica, patologias auto-imunes, patologia da tiróide, gravidez gemelar, malformações fetais minor, entre outras, são seguidas em contexto hospitalar.

As patologias mais frequentes nesta consulta de alto risco obstétrico foram a HTA e a DG, o que se torna preocupante, pois apesar de serem estados induzidos pela gravidez, têm relação direta com hábitos e estilos de vida pouco saudáveis previamente à gravidez, sendo que a DG pode, pelo desequilíbrio metabólico que causa, contribuir para um ganho de peso excessivo, levando a um estado hipertensivo, que continua a ser a maior causa de mortalidade e morbidade materna e perinatal.

A DG é definida como um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticada ou detetada pela primeira vez durante a gravidez. Na primeira consulta pré-natal a grávida deve

realizar análises sanguíneas, incluindo glicémia plasmática em jejum. Um valor de glicémia em jejum, igual ou superior a 92 mg/dl e inferior a 126 mg/dl faz o diagnóstico de DG e a grávida já não deve realizar a Prova de Tolerância à Glicose Oral (PTGO) entre as 24 e as 28 semanas. Por outro lado, se o valor da glicémia for inferior a 92 mg/dl realiza a PTOG dentro da IG referida anteriormente. Se apresentar um ou mais valores acima do preconizado, é considerado DG. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia et al., 2017)

Ao longo do estágio realizei ensinamentos às grávidas diagnosticadas com DG: avaliação da glicémia em jejum e uma hora após as três principais refeições, manuseamento da máquina de glicémia, cuidados com a alimentação e incentivo para a prática de exercício físico. Assisti à consulta da médica Obstetra, onde faz o encaminhamento da grávida para consulta de medicina interna e nutrição. Estas grávidas realizam duas ecografias durante o terceiro trimestre, uma às 29 semanas e outra às 34 semanas de gestação, ou quando o obstetra achar pertinente, uma vez que existe maior probabilidade de situações de maior risco como hipoxia fetal, anomalias do crescimento fetal e alterações do volume de líquido amniótico. Após o parto, se a glicemia permanecer inferior a 120 mg/dl em três avaliações sucessivas, a grávida deve suspender as pesquisas de glicémia e realizar uma PTGO com 75g de glicose, seis a oito semanas após o parto.

A HTA é uma das complicações clínicas mais recorrentes durante a gravidez, trazendo riscos tanto para a mãe como para o bebé, sendo crucial o seu diagnóstico atempado, uma vez que a gravidez requer uma vigilância cuidada por uma equipa multidisciplinar. Traduz-se em valores iguais ou superiores a 140/90 mmHg registados em duas avaliações separadas pelo menos por quatro horas. Existem várias formas de HTA na grávida: crónica ou pré-existente à gravidez, HTA gestacional que surge após as 20 semanas de gestação e desaparece até às 12 semanas após o parto, pré-eclâmpsia que se traduz na HTA gestacional com proteinúria, pré-eclâmpsia sobreposta a HTA crónica (aparecimento de proteinúria após as 20 semanas de gestação) e a eclâmpsia (HTA com proteinúria e convulsões) (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2023).

Tive oportunidade de prestar cuidados a grávidas com HTA gestacional e crónica, avaliando a tensão arterial, peso e avaliação sumária da urina, bem como realização de ensinamentos acerca do registo e avaliação da tensão arterial consoante prescrição médica, cuidados com a alimentação e hidratação e realização de exercício físico.

Outro fator de risco na gravidez que presenciei, foi os extremos da idade materna, a gravidez na adolescência (idade inferior ou igual a 19 anos) e a gravidez tardia (idade igual ou superior a 35 anos). Ambas as situações representam alguma fragilidade na vivência da

maternidade, relacionada com o risco aumentado de complicações para o bem-estar materno-fetal, sendo consideradas gravidezes de alto risco, com indicação de serem seguidas em consulta hospitalar (Faria & Ramos, 2016). Na gravidez na adolescência deparei-me com risco acrescido a nível socioeconómico, uma vez que as protagonistas, por norma, procuram os cuidados de saúde pré-natal já numa fase tardia da gravidez, denotando que, pela sua imaturidade, têm comportamentos específicos, como hábitos alimentares e consumo de substâncias tóxicas, que levam ao risco do bem-estar materno-fetal. A gravidez tardia foi sem dúvida a mais prevalente, já que cada vez mais as mulheres portuguesas engravidam mais tarde, devido à sua situação laboral/económica/emocional ou por problemas de infertilidade (a fertilidade diminui drasticamente perto da quarta década de vida). Traz complicações como a DG e a HTA na gravidez, que serão mais difíceis de controlar nestas idades, bem como o aumento da taxa de cesarianas, RCIU, descolamento de placenta normalmente inserida, entre outras (Faria & Ramos, 2016).

Neste contexto, e segundo os autores supracitados, cabe ao EEESMO prestar cuidados de enfermagem especializados, mais rigorosos e regulares; dar apoio obstétrico, psicológico e social; capacitar as grávidas/casais a vivenciar uma gravidez e maternidade positiva e salutar e incluir a equipa multidisciplinar, o convivente significativo e a família nesta fase da vida de tanta vulnerabilidade.

Outros fatores de risco dos quais tive contacto e prestei cuidados, foram: patologias autoimunes, patologias da tiroide, história de mau passado obstétrico, gravidez gemelar e procriação medicamente assistida.

Assim que a grávida é encaminhada para o hospital, na primeira consulta é realizada uma avaliação inicial com os seus dados pessoais, os antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos, a história social da mulher e a história da gravidez atual. Além disso, e nas consultas subsequentes, calculamos a Idade Gestacional (IG) e a Data Provável do Parto (DPP), segundo a data da última menstruação (DUM) ou segundo o exame ecográfico; realizamos o exame objetivo à grávida (avaliação de sinais vitais, realização de exame sumário de urina com fita-teste, avaliação do peso e índice de massa corporal, avaliação da presença de edemas, entre outros); realizamos ensinamentos pertinentes e adequados a cada IG e posterior validação, bem como esclarecimento de dúvidas e registamos toda a informação no Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e no Sclínico.

Durante as consultas, implementei intervenções com o objetivo de garantir o bem-estar materno-fetal como: auscultação dos batimentos cardíacos fetais com recurso ao doppler, a partir das 10/12 semanas de gestação; questionar a presença de movimentos ativos fetais (MAF)

ao longo das 24 horas, a partir das dezasseis semanas, e avaliar o RCT, a partir das 36 semanas ou sempre que pertinente, bem como a realização das Manobras de Leopold (onde avalio a situação, a posição, a apresentação e o nível de encravamento do feto).

De acordo com Barradas et al. (2015b), a Direção Geral da Saúde (DGS) recomenda a realização de 10 consultas de vigilância pré-natal: a primeira antes das 12 semanas, de quatro a seis semanas até às 30 semanas, de duas a três semanas entre as 30 e as 36 semanas e, após as 36 semanas, a cada uma ou duas semanas, perfazendo um total de 10 consultas. A partir das 36/37 semanas são encaminhadas para o Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, onde iniciam as consultas peri-parto.

A educação para a saúde está implícita em qualquer cuidado de enfermagem e assume especial importância para o EEESMO. Assim, a realização de sessões individuais de capacitação, esteve sempre presente na minha prática clínica, no entanto, se em alguns casos consegui, autonomamente, identificar as necessidades da grávida e empoderá-la da forma mais adequada, noutros essa identificação surgiu como uma dificuldade. Por vezes, o tempo de consulta revelou-se escasso, para tudo o que se podia ou deveria referir, ensinar ou até mesmo reforçar, independentemente do trimestre da gravidez, dos conhecimentos da grávida/casal ou experiências vividas previamente.

Assim, realizei ensinamentos às grávidas/casal no primeiro trimestre, e entreguei folhetos, acerca dos desconfortos inerentes a cada trimestre como: náuseas e vômitos (alertando para uma alimentação equilibrada e fracionada com alimentos leves e de fácil digestão, bem como aumentar a hidratação oral), sonolência e aumento do cansaço (incentivei a descansarem o mais possível, sem deixar de realizar exercício físico), edema a nível dos membros inferiores (recomendei uso de roupa confortável, elevação dos membros inferiores aquando do repouso e uso de meias de compressão), hemorroidas, obstipação, entre outros. (apêndice III)

Outra temática abordada ao longo deste trimestre foi a importância de seguir um estilo de vida saudável, incluindo todos os cuidados a ter com a alimentação (dieta equilibrada, incluindo alimentos ricos em ferro e cálcio, cinco a seis refeições por dia, ingestão de 1,5l de água por dia no mínimo, evitar gorduras, sal e doces); incluir a atividade física no seu dia-a-dia (caso não haja nenhuma contraindicação por parte do médico obstetra); alertar para o facto de o sono ser importante ao longo de toda a gravidez, sendo sinónimo de qualidade de vida e bem-estar psicológico; abolir o consumo de álcool, tabaco e outras substâncias e, por fim, a vivência da sexualidade de forma segura em todos os trimestres da gravidez.

Realizei ensinamentos acerca de sinais de alerta durante este trimestre como hemorragia vaginal, vômitos ou náuseas e dor abdominal ou pélvica; aleitamento materno, enaltecendo as

suas vantagens, os cuidados a ter com as mamas, como hidratação uma vez por dia e uso de soutiens de amamentação de algodão adequados ao seu tamanho e aconselhamento da leitura do Manual de Aleitamento Materno da UNICEF; expliquei a necessidade de continuarem a serem seguidas no centro de saúde mesmo tendo consulta no hospital e a obrigatoriedade de levarem o BSG e todos os exames complementares de diagnóstico e ecografias sempre com elas.

Disponibilizei um folheto a todas as grávidas no segundo trimestre sobre o que levar para a maternidade para ela e para o bebé, enaltecendo os principais cuidados a ter com a roupa do bebé e esclarecendo todas as dúvidas acerca desta temática. Uma vez que este se encontrava um pouco desatualizado, realizei um novo, onde acrescentei informação acerca do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, ministrado pelos EEESMO do serviço de Obstetrícia e Ginecologia, acrescentando o QR Code para inscrição nas aulas. (apêndice IV)

No segundo trimestre, mais precisamente entre as 18 e as 20 semanas de gestação, ou nas primíparas entre as 20 e as 22 semanas, a grávida começa a sentir os movimentos do bebé, os chamados movimentos ativos fetais (MAF). Estes, podem ocorrer antes ou após a IG mencionada e são sinais de boa vitalidade e de bem-estar do bebé (Centro Hospitalar Leiria Pombal, 2013). Assim, fiz ensinamentos acerca desta temática, verbalizando a importância que tem a grávida sentir o seu bebé e inclusive fazer a contagem e respetivo registo dos MAF, a partir das 35 semanas, no BSG (deve sentir pelo menos 10 MAF em 12 horas do dia). Expliquei ainda, que nem sempre o facto do bebé não se mexer tanto é sinónimo de sofrimento fetal, este pode estar a dormir ou estar com fome (havendo necessidade de a grávida comer alguma coisa), sendo que, em caso de dúvida devem dirigir-se ao SUOG para realizar um RCT.

O uso de cinta ou faixa abdominal durante a gravidez ainda traz alguma discordância entre diversos autores. Segundo (Barbosa, s.d.), podem ser indicadas em algumas situações, de forma moderada, por curtos períodos e com acompanhamento para promover a diminuição de dor e/ou desconforto associados a movimentos ou tarefas específicas. Assim, tive o cuidado de explicar às grávidas que, a partir das 18/19 semanas de gestação, fase em que o bebé já não se encontra na cavidade pélvica, podem usar cinta para aliviar o peso da barriga e para auxiliar na estabilidade da região lombo pélvica e assim, facilitar a realização de tarefas básicas e diminuir a dor e/ou desconforto, mas, concomitantemente, devem iniciar treino muscular apropriado para que os músculos exerçam o seu papel, sem necessidade de apoios extra.

Ainda neste trimestre, expliquei quais os sinais de alerta: hemorragia vaginal e perda de líquido amniótico, sendo motivos para se dirigirem ao SUOG.

No que concerne ao terceiro trimestre, realizei ensinamentos acerca dos sinais de início de trabalho de parto (contrações uterinas, saída do rolhão mucoso, aumento da secreção vaginal e rutura prematura de membranas com saída de líquido amniótico), sinais de alerta (hemorragia vaginal e contrações uterinas dolorosas e pouco espaçadas) e das vacinas a serem administradas neste trimestre.

Assisti e auxiliei na realização da colheita de *Streptococcus* β hemolítico do grupo B (SGB), que é um teste realizado entre as 34 e as 37 semanas de gestação, com recurso a duas zaragatoas, uma para a via vaginal e outra para a via retal, essencial para determinar a presença da bactéria e proteger o bebé. O SGB é uma bactéria que se encontra no trato gastrointestinal e geniturinário e é o principal fator de risco para a infeção neonatal precoce, parto prematuro, rutura de membranas prolongada, corionamniotite materna e febre materna intraparto. Quando positivo a grávida deve fazer profilaxia antibiótica intraparto, caso contrário, se não fizer a cobertura do antibiótico, o bebé deve fazer análises sanguíneas por risco infeccioso (Sociedade Portuguesa de Pediatria - Secção de Neonatologia, 2016).

Administrei a Imunoglobulina anti-D (300mcg) às grávidas Rh- não sensibilizadas, às 28 semanas de gestação, segundo indicação da Direção-Geral da Saúde (2007), procedi ao respetivo registo no BSG, no Sclínico e no calendário de vacinação no Registo de Saúde Eletrónico, segundo consentimento livre e esclarecido da grávida e realizei ensinamentos. Segundo a mesma fonte, em Portugal cerca de 15% das grávidas são Rh-, sendo que a partir da sexta semana de gestação, os fetos Rh+ começam a ter antígeno Rh em circulação, sendo induzida a produção de anticorpos anti-D por estas grávidas, ficando sensibilizadas. Numa próxima gestação, esta sensibilização levará à doença hemolítica perinatal, responsável por uma morbilidade e mortalidade perinatal significativa, sendo a administração da Imunoglobulina anti-D crucial para reduzir o risco de isoimunização de 2% para 0,1%.

Assisti e dei apoio à realização dos exames ecográficos nos três trimestres, sendo que, no primeiro trimestre é realizado entre as 11 semanas e as 13 semanas e seis dias, no segundo trimestre entre as 20 semanas e as 22 e, por fim, no terceiro trimestre das 30 às 32 semanas, salvo exceções deliberadas pelos médicos obstetras. Todas as grávidas do distrito da Guarda fazem os exames ecográficos do primeiro e segundo trimestre na consulta externa, mas apenas as que são seguidas na consulta de gravidez de risco fazem a terceira ecografia. Com ajuda da minha tutora, agendei ecografias consoante a IG, através da DUM ou da DPP, quer tenha sido por via telefónica quer por pedido do médico de família ou pelo médico obstetra.

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2013) na vigilância da gravidez de baixo risco, os exames ecográficos realizam-se no período indicado anteriormente e, em todos eles é avaliado

o número de fetos e placentas, a atividade cardíaca, os movimentos fetais, a biometria, a localização da placenta e a quantidade de líquido amniótico. No exame ecográfico do primeiro trimestre avalia-se também o comprimento crânio-caudal, a frequência cardíaca, a medida da translucência da nuca, a quantificação do risco de trissomia 21, a anatomia do feto, a corionicidade e os anexos. No segundo trimestre inclui-se a avaliação das várias estruturas: contorno craniano e cérebro, face e pescoço, tórax, abdómen, coluna vertebral, membros superiores e inferiores, cordão umbilical e genitais externos. Para finalizar, na terceira ecografia avalia-se a apresentação fetal, o perímetro cefálico e abdominal, o comprimento do fémur, a estimativa ponderal e os parâmetros biofísicos de avaliação do bem-estar fetal.

Tive oportunidade de realizar consulta de Obstetrícia Rastreio, e ensinamentos inerentes à mesma, que é realizada no dia em que as grávidas vêm fazer a ecografia do primeiro trimestre, entre as 11 semanas e as 13 semanas mais 6 dias de gestação. O rastreio bioquímico combinado serve para determinar o risco de o feto vir a ter doenças dos cromossomas como Trissomia 13, 21 e 18 ou doenças do tubo neural. Faz-se através de um cálculo que permite a combinação de três fatores: ecografia do primeiro trimestre, análise de parâmetros bioquímicos através de uma colheita de sangue à grávida e, por fim, realização de um questionário acerca da história clínica da grávida. É enviado para um laboratório no porto e se o resultado for risco aumentado (maior probabilidade de o feto vir a ter uma dessas doenças supracitadas) contactam a consulta externa no prazo máximo de duas semanas, caso contrário, se for risco diminuído, dentro de um mês enviam o resultado.

Se houver risco aumentado, as grávidas/casal, são encaminhados para uma Consulta de Diagnóstico Pré-Natal na Maternidade Doutor Bissaya Barreto, para avaliarem se será necessário realizarem algum exame invasivo como a amniocentese ou a biópsia das vilosidades coriônicas. A amniocentese é realizada a partir da 14ª semana de gestação e consiste na colheita de líquido amniótico através da introdução de uma agulha fina no abdómen da grávida, atravessando a parede uterina e as membranas. A biópsia das vilosidades coriônicas realiza-se entre a 11ª semana e a 14ª semana de gestação, podendo ser realizada via abdominal ou via vaginal e consiste na colheita de fragmentos da placenta através de uma agulha com auxílio de ecografia (Centro Hospitalar Lisboa Norte, s.d.).

Para além das consultas de Vigilância da Gravidez, e relativamente à promoção da saúde da mulher, informei, orientei e facultei recursos disponíveis na comunidade no âmbito do Planeamento Familiar, Climatério e Ginecologia.

Assisti e dei apoio à consulta de Planeamento Familiar, onde podem estar inscritas todas as mulheres em idade fértil, tendo como objetivo promover a vivência da sexualidade de forma

saudável e segura, aconselhar e prescrever o melhor método contraceptivo, preparar uma maternidade e paternidade responsável, reduzir a incidência das doenças sexualmente transmissíveis e melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família. Tive oportunidade de ver a colocação do Implanon, que permanece ativo durante três anos e de dispositivos intrauterinos Mirena, que mantém a sua eficácia durante 5 anos.

O cancro do colo do útero é a terceira neoplasia maligna mais comum em mulheres em todo o mundo e uma das principais causas de morte, que, normalmente, resulta da infeção genital pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV), transmitido na maioria das vezes através do contacto sexual (CUF, 2023). O Serviço Nacional de Saúde (2023) preconiza que todas as mulheres entre os 20 e os 30 anos e até aos 60 anos de idade devem realizar o rastreio do cancro de colo do útero que compreende o teste de citologia cervical (papanicolau). Deste modo, quando existe uma alteração no rastreio, as mulheres são encaminhadas para a consulta de Patologia do Colo do Útero no Hospital. Assim, assisti a estas consultas e dei apoio na realização da citologia (recolha de células da superfície do colo do útero), colposcopia (procedimento que permite examinar mais de perto o colo do útero através de um colposcópio) e da biopsia (realizada após ser identificada uma área anómala na colposcopia). Existe ainda um tratamento, a conização, realizado em ambulatório na consulta, que consiste na remoção de uma porção do colo do útero. Nesta consulta, pude observar os inúmeros casos que existem, bem como os cuidados a ter e quais os procedimentos a realizar.

O endométrio é uma das camadas que constitui o útero e corresponde ao seu revestimento interno. Quando existe alguma anomalia, as mulheres são encaminhadas para a consulta de Patologia do Endométrio. Presenciei estas consultas, bem como a realização de histeroscopias, que são exames para visualização do interior do útero através da introdução de uma ótica com soro fisiológico, com objetivo de diagnosticar ou excluir doenças no interior do útero.

Presenciei ainda a Consulta de Ginecologia, tanto na adolescência como em idade adulta, centrada na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças benignas e malignas do aparelho reprodutor feminino, onde são realizadas ecografias de controlo e verificados outros exames complementares de diagnóstico.

Por fim, estive presente na consulta de Menopausa, destinada a todas as mulheres na pré e pós-menopausa, com o objetivo de promover o bem-estar da mulher, diagnosticar patologias inerentes a esta fase da vida e encaminhar, se necessário, para as diferentes especialidades.

Ao longo do estágio, respeitei os princípios, valores e normas deontológicas, promovendo a proteção dos Direitos Humanos e o Código Deontológico dos Enfermeiros,

informando, sempre que possível, as mulheres dos procedimentos de enfermagem que iria realizar, esperando sempre pelo seu consentimento, respeitando as suas crenças religiosas, culturais, valores, bem como a sua privacidade e individualidade. Procurei prestar sempre cuidados de excelência à mulher durante as diferentes fases do ciclo vital, baseados na empatia, solidariedade, responsabilidade, respeito e interesse. Mostrei-me sempre disponível para esclarecer todas as dúvidas, e colaborar com toda a equipa multidisciplinar.

Aproveitei ao máximo todas as oportunidades de aprendizagem, demonstrando disponibilidade e colaborando na prestação de cuidados de enfermagem, atendendo especialmente às competências inerentes à especialidade de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Tendo como foco a procura de excelência dos cuidados, o EEESMO tem como objetivo que as pessoas que cuida alcancem os níveis máximos de satisfação e de bem-estar. Na minha opinião, a aprendizagem refere-se, não só ao que nos ensinam, mas à vontade própria de descobrir mais e saber mais. Assim, procurei sempre pesquisar sobre os assuntos que me traziam dúvidas, melhorando o meu conhecimento com novas evidências científicas e refletindo sobre as atividades desenvolvidas, melhorando as minhas necessidades de aprendizagem.

A minha experiência neste serviço foi bastante positiva, tendo-me sempre sentido integrada e principalmente, parte integrante de toda a equipa pois mantive-me acompanhada e orientada pela enfermeira especialista com quem desenvolvi todo o estágio, o que me permitiu uma integração mais rápida e suave. Em suma, procurei sempre estar disponível e receptiva a todas as experiências, ensinamentos e críticas construtivas que me foram sendo realizadas.

1.3 - Enfermagem em patologia materno-fetal

O estágio de Patologia Materno-Fetal decorreu no serviço de Ginecologia e Obstetrícia de um hospital da zona centro, entre os dias 23 de maio e 27 de junho, perfazendo um total de 120 horas.

É um serviço constituído por: cinco enfermarias com quatro camas, cada uma casa de banho e um duche, destinadas para a ginecologia, ortopedia e plástica; três quartos com duas camas cada e uma casa de banho, dois destinados à obstetrícia e um de isolamento; uma sala de limpos e outra de sujios; uma sala de cuidados ao recém-nascido, que de momento serve de sala de apoio para as passagens de turno; duas salas de enfermagem, uma com todo o material de apoio para administração de medicação e realização de técnicas de enfermagem; uma sala de

tratamentos; uma sala de equipamentos; um gabinete; uma sala de banhos assistidos e uma casa de banho para a equipa multidisciplinar.

Neste campo de estágio tive contacto com várias grávidas com diversas intercorrências durante a sua gravidez, tendo sempre como foco dois pacientes, a mulher e o feto. Foi um estágio desafiante para mim uma vez que tive oportunidade de realizar vigilância dos sinais de alarme maternos e fetais, de acordo com a patologia Materno-fetal. Assim, vigiei mulheres com Pré-Eclâmpsia (PEC), Rotura Prematura de Membranas (RPM), RCIU, APPT, pielonefrite, aborto espontâneo e que fizeram interrupção voluntária da gravidez (IVG) e cesarianas eletivas.

A primeira grávida que prestei cuidados tinha sido diagnosticada com Diabetes Gestacional e ainda não tinham sido feitos os ensinamentos da avaliação da glicémia e os cuidados a ter. Como tal, realizei esses ensinamentos e em consonância com a minha tutora, elaborei um folheto com os Cuidados a ter na Diabetes Gestacional (apêndice V) para entregar às grávidas com esta patologia, sendo um pequeno guia acerca dos cuidados a ter com a alimentação, exercício físico e avaliação de glicémias.

Prestei cuidados a uma grávida com PEC que se caracteriza pelo aparecimento de HTA após a 20.^a semana de gestação em mulheres sem história prévia de alterações deste sinal vital. Está associada a proteinúria e/ou edema patológico (de tipo nefrótico), e divide-se em moderada ou grave. Na PEC moderada a pressão arterial diastólica situa-se entre os 90 e os 110 mmHg e a sistólica é inferior a 160 mmHg, pode ou não existir proteinúria, plaquetas e creatinina normais, as transaminases mantêm-se dentro dos parâmetros normais ou têm uma ligeira elevação, não ocorre oligúria nem RCIU e sem sinais de alarme relatados pela paciente como cefaleias, epigastralgias ou perturbações visuais. Já na PEC grave todos estes parâmetros estão alterados e os valores de referência da diastólica são superiores a 110 mmHg e da sistólica superiores a 160 mmHg (Graça, 2017a; Monteiro & Leite, 2016).

Segundo os autores supracitados, os fatores de risco dividem-se consoante dois momentos: durante a gravidez (cuidados pré-natais deficientes, gravidez gemelar, hidropsia fetal, mola hidatiforme, diabetes gestacional nuliparidade e idade inferior a 18 anos) e antes da gravidez (PEC numa gravidez anterior, doença renal crónica, diabetes insulínica, idade superior a 35 anos, antecedentes familiares de PEC, obesidade e nulíparas). Quanto à sua patogénese, sabe-se que na placentação existe uma imperfeita e incompleta invasão das artérias espiraladas pelo trofoblasto, refletindo-se numa perfusão uteroplacentária diminuída e um compromisso oxigenativo, que conduzem à libertação de mediadores que vão alterar a atividade das células endoteliais maternas, induzindo ao aparecimento da PEC.

Assim, nesta patologia os cuidados que prestei à grávida e ao feto foram: avaliação da tensão arterial de quatro em quatro horas ou sempre que se justificava, avaliação dos sinais e sintomas de agravamento da PEC (cefaleias, epigastralgias e escotomas), registo da diurese em todos os turnos e proteinúria das 24 horas, administração da terapêutica instituída pelo médico, vigilância do bem-estar fetal através do RCT, administração de corticoides para maturação fetal (uma vez que a idade gestacional era inferior a 34 semanas), assistir ou encaminhar a grávida na realização da ecografia para avaliação de crescimento, perfil biofísico e padrão hemodinâmico fetal, comunicar ao médico qualquer alteração pertinente, esclarecer quaisquer dúvidas da grávida e/ou familiares e prestar apoio emocional.

Uma das consequências da PEC é a RCIU, situação que pode presenciar durante o estágio. Assim, a RCIU corresponde ao feto cuja estimativa de peso é inferior ao percentil 10 associado ao estudo da fluxometria multivasos, que inclui a avaliação das artérias umbilical, cerebral média e uterina e do ducto venoso. Os fatores etiológicos podem ser do foro materno (doenças crónicas ou hipertensivas, disfunções nutricionais e má nutrição prévia à gravidez, exposição a tóxicos ou radiações, fatores constitucionais e étnicos ou raça), fetal (anomalias cromossómicas, doenças genéticas, anomalias congénitas, infeções intrauterinas e gestação múltipla) e/ou placentar (enfarte e trombose dos vasos placentários, vilite crónica, anomalias de inserção do cordão umbilical, angiomas e placenta prévia). Quanto às características biométricas do feto podemos distinguir três tipos: simétrica ou tipo I (todos os parâmetros biométricos inferiores ao percentil 10), assimétrica ou tipo II (perímetro abdominal mais afetado) e intermédia ou tipo III (inicialmente do tipo simétrico, mas evolui para assimétrico ao longo da gravidez). Dependendo da idade gestacional pode ser precoce ou tardia. (R. M. Carvalho & Barros, 2017)

Os internamentos mais recorrentes ao longo do estágio tinham como diagnóstico APPT, que se define pela existência de Contrações Uterinas (CU) frequentes, regulares, dolorosas, com o segmento inferior uterino distendido, mas sem apagamento ou dilatação do colo, antes da 37.^a semana de gestação. A maior consequência da APPT é o Parto Pré-Termo (PPT), tendo como etiologias: CU frequentes antes do termo, patologia do feto, RPM, corioamniotite, infeção extrauterina, anomalias da placenta, útero ou da continência do colo uterino e hiperdistensão uterina. Os fatores de risco dividem-se em fatores étnicos e socioeconómicos, maternos (peso basal e aumento ponderal, idade, consumo de substâncias tóxicas e profissão) e obstétricos (antecedentes de parto pré-termo - PPT, encurtamento do colo do útero, RPM e insuficiência cérvico-ístmica). (Graça, 2017b; Magro et al., 2016)

Uma das causas referidas anteriormente e, que tive oportunidade de observar, são as anomalias da continência do colo uterino, sendo que o risco de PPT está aumentado quando o comprimento do colo é inferior a 25 mm entre as 24-28 semanas (comprovado através de ecografia com sonda vaginal) e maior é o risco se o orifício interno do colo está alargado ou se dilata quando é exercida pressão (Graça, 2017b). Ao longo do internamento prestei cuidados a grávidas com encurtamento do colo uterino, sendo o caso mais grave o de uma grávida de 27 semanas e quatro dias com um colo cervical de 17 mm sem afunilamento.

Nestas situações, prestei cuidados de enfermagem especializados dos EEESMO como: despiste de sinais de alarme de PPT e respetivos ensinamentos à grávida (algias pélvicas e lombalgias, que podem ser constantes ou intermitentes, pressão pélvica, modificação/aumento do fluxo vaginal, algias abdominais e CU com intervalos inferiores a 10 minutos, com ou sem dor), vigiar bem estar materno-fetal através do RCT, tocograma e foco fetal, consoante a idade gestacional, certificar-me que mantém repouso relativo, administração de terapêutica prescrita (corticoterapia para maturação pulmonar e tocolíticos - atosiban e progestativos), despistar sinais de início de trabalho de parto e explicá-los à grávida e convivente significativo e, como não poderia deixar de ser, prestar apoio psicológico e esclarecer todas as dúvidas.

A situação ao longo deste estágio que mais me marcou emocionalmente foi uma grávida de 37 anos, com 18 semanas e quatro dias de gestação, Gesta II Para 0 (gravidez ectópica anterior) com diagnóstico médico de RPM pré-viabilidade. À entrada foi realizado *Actim Prom*® que deu positivo, confirmando a rotura de membranas com saída de líquido amniótico, e ecografia que revelou oligoâmnios. Manteve repouso relativo no leito, auscultação cardíaca fetal que esteve sempre positiva e rítmica com FCF de 145 bpm, antibioterapia e atitude expectante. Apresentava labilidade emocional devido a toda a sua situação e ao seu passado obstétrico. Entretanto realizou nova ecografia que revelou redução significativa de líquido amniótico, tendo sido decidido pela equipa médica e pelos progenitores uma IMG. O casal foi para casa e passado uns dias regressaram para realizar a interrupção que não decorreu como esperado uma vez que houve necessidade de ir ao bloco operatório para esvaziamento uterino por laparotomia, apresentando líquido intra-abdominal purulento que foi aspirado e enviado para análise laboratorial e lesões sugestivas de endometriose. Emocionalmente, a grávida e o marido ficaram desolados, foi-lhes proposto apoio psicológico que recusaram, sendo respeitada a sua decisão.

Assim, a RPM verifica-se quando ocorre antes do decurso do trabalho de parto, sendo que é denominada de RPM pré-termo se ocorrer antes das 37 semanas. A sua etiologia é multifatorial, havendo fatores de caráter mecânico, infeccioso (desconhece-se se a infeção é

causa ou consequência da mesma, sendo a colonização por determinados agentes uma das principais causas, através da via vaginal, por degradação do colagénio) e estrutural (diminuição da síntese de colagénio, alteração da estrutura da rede de colagénio e aumento da colagenólise). As complicações que advém da RPM dividem-se em materno-fetais (PPT, corionamniotite e descolamento prematuro da placenta normalmente inserida) e fetais (doença da membrana hialina, hipoplasia pulmonar, deformações fetais, hipoxia fetal e sépsis fetal). (Passos & Graça, 2017)

Segundo os autores supracitados, quando o feto tem menos de 24 semanas de gestação considera-se pré-viável, uma vez que se encontra em fases cruciais do desenvolvimento pulmonar, aumentando o risco de hipoplasia pulmonar letal. Se não houver restabelecimento do líquido amniótico em quatro ou cinco semanas (atitude expectante), podem surgir deformações anatómicas fetais significativas, principalmente na face e nos membros, levando à IMG com prévio consentimento da grávida/casal.

Uma IMG por malformações fetais graves ou situações de fetos inviáveis pode ocorrer até as 24 semanas de gestação e implica a obrigatoriedade de consentimento informado e esclarecido, devidamente assinado pela grávida ou pelo seu representante legal, que deverá ser submetido à comissão Técnica de Certificação (constituída por três a cinco médicos efetivos e dois suplentes, incluindo um obstetra ecografista, um neonatologista e, se possível, um geneticista). (Sousa, 2016b)

A interrupção deve ser realizada com prostaglandina E1 sintética (Misoprostol), uma vez que vai potenciar as CU e facilitar a expulsão do feto, e a antiprogesterona esteroide sintética e um fármaco antiglicocorticoide (Mifepristone) bloqueiam a ação da progesterona impedindo a evolução da gravidez. O esvaziamento uterino deve ser por via vaginal, mas cerca de 2% a 5% das mulheres necessita de intervenção cirúrgica. (Sousa, 2016a)

Em Portugal, de acordo com Direção Geral da Saúde, em 2014 registaram-se 550 interrupções da gravidez por razões médicas, sendo a causa mais frequente a grave doença ou malformação congénita do nascituro, com um total de 432 casos. (Sousa, 2016b)

Em suma, todos os procedimentos realizados nesta grávida, ao longo do estágio, foram de encontro ao descrito na literatura, exceto a laparotomia, mas sabemos que nada é estanque no que concerne ao organismo da grávida e à evolução da gravidez.

Prestei cuidados a duas mulheres que decidiram interromper a gravidez dentro do prazo legal (primeiras 10 semanas), a chamada interrupção voluntária da gravidez que, infelizmente, a opção da mulher, continua a ser o principal motivo de interrupção da gravidez em Portugal.

Embora haja um aumento exponencial do uso dos métodos contraceptivos e da educação para a saúde neste sentido, ainda ocorrem gravidezes não planejadas e não desejadas (A. Santos, 2016).

Numa das situações houve necessidade de realizar uma curetagem no bloco operatório para esvaziar o conteúdo uterino. Nas restantes apenas a aplicação de medicação via vaginal foi necessária para expulsar o embrião. Neste contexto prestei apoio emocional às mulheres, expliquei os sinais e sintomas de alerta (dor abdominal, hemorragia vaginal), administrei medicação prescrita para alívio da dor, vigiei as perdas sanguíneas, avaliei sinais vitais regularmente e esclareci dúvidas existentes.

Tive oportunidade de prestar cuidados a uma grávida de 12 semanas e 2 dias que teve um aborto espontâneo, que segundo a OMS é a gravidez que termina como resultado de causas naturais ou acidentais antes das 22 semanas (Santos,2016). Neste caso tratava-se de um aborto retido uma vez que não houve expulsão do embrião nem da placenta, apresentava perda escassa de sangue escuro e não referia queixas. Manteve-se no internamento até expulsão do embrião após administração de medicação por via vaginal, para posteriormente ir para estudo anatomo-patológico. Como cuidados prestei apoio emocional (que deve ser individualizado a cada mulher), avaliei sinais vitais, supervisionei as perdas vaginais e os efeitos secundários da medicação como náuseas, vômitos e diarreia, esclareci dúvidas e encaminhei a mulher/casal para acompanhamento psicológico se assim o entendessem.

Contactei ao longo do estágio com alterações de duas grávidas a nível renal, uma com 24 semanas internada por cólica renal esquerda refratária à terapêutica médica, sem febre ou outros sinais de infeção, função renal normal e na ecografia renal apresentava ligeira dilatação pielocalicial do lado esquerdo e outra com 35 semanas com diagnóstico de pielonefrite aguda e cólica renal litiásica. Esta última recorreu ao serviço de urgência por dor lombar, com murphy esquerdo positivo, apresentava alterações analíticas dos parâmetros inflamatórios e a ecografia com moderada dilatação pielocalicial à esquerda com foco litiásico no ureter proximal, motivo pelo qual foi enviada para a Urologia do Centro Hospitalar Central onde realizou nefrostomia pielocalicial à esquerda. De regresso ao internamento, mostrou-se bastante queixosa, nauseada, com vômitos e sonolenta.

Como cuidados de enfermagem, administrei medicação para alívio da dor, o antibiótico e medicação antiemética, expliquei os sinais de alerta (dor lombar, arrepios, febre, polaquiúria ou urgência urinária), incentivei o reforço hídrico (idealmente três litros de água por dia), realizei ensinamentos acerca do manuseamento da nefrostomia (uma vez que se manterá com ela até depois do parto), contabilizei o débito urinário no final de cada turno e vigiei características da

urina, vigiei o bem-estar fetal através do RCT, certifiquei-me perante a grávida que apresentava MAF positivos e realizei os registos no processo de enfermagem..

Segundo Potter et al. (2010) a pielonefrite aguda é uma infeção urinária alta que envolve o parênquima e o bacinete, sendo que na grávida com bacteriúria o risco de desenvolver pielonefrite é significativo. Normalmente, inicia-se nas vias urinárias inferiores, que pode ser assintomática, e sobe até aos rins, sendo este o primeiro sinal de doença das vias urinárias inferiores. As manifestações clínicas compreendem: arrepios e febre, mal-estar, lombalgia, hipersensibilidade no ângulo costovertebral e leucocitose.

A educação para a saúde é sem dúvida uma importante ferramenta durante toda a gravidez, especialmente se algo não está a correr de forma linear e uma vez que esta é uma fase da vida da mulher de muita ansiedade e geradora de dúvidas. Embora cada vez mais as mulheres se sintam empoderadas, cabe-nos a nós, EEESMO, informá-las sobre os sinais e sintomas de alerta do início de trabalho de parto prematuro, como perdas vaginais, dificuldade respiratória, febre, sangramento vaginal, cefaleia, transtornos visuais, dor abdominal, sensação de “barriga dura”, entre outros, de forma a capacitá-las em direção à sua autonomia.

Além de grávidas com alguma patologia ou intercorrência, são ainda internadas grávidas para cesarianas eletivas. Assim, tive oportunidade de realizar vigilância do bem-estar materno-fetal, tendo em consideração as características de cada grávida, nomeadamente: a idade gestacional, a existência de patologia ou não, a presença de *Streptococcus B*, a rotura ou não de membranas uterinas, a existência de contratilidade, entre outras, vigiando de forma cuidadosa as características do RCT. Cateterizei sempre uma veia periférica à grávida e administrei soroterapia, disponibilizei uma bata, realizei tricotomia e dei apoio emocional, uma vez que nem sempre é fácil a mulher aceitar uma cesariana. Por vezes, existe algum receio perante as cesarianas por parte das grávidas, uma vez que são cirurgias e trazem sempre mais riscos para a mãe e para o bebé, sendo o nosso papel tranquilizá-las neste momento de stress e ansiedade.

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2015) a cesariana é a realização de uma laparotomia seguida da extração de um ou mais fetos, sejam eles vivos ou mortos, do útero ou da cavidade abdominal após as 22 semanas e 0 dias de gestação. Uma cesariana programada é definida como a situação em que o motivo da cirurgia não requer que esta seja realizada no próprio dia, podendo ser agendada para uma data futura. Assim, de acordo com o mesmo autor, todas as cesarianas devem ser classificadas de acordo com um dos seguintes motivos: patologia materna ou anomalia fetal que contraindiquem o parto vaginal, patologia própria da gravidez (como por exemplo placenta acreta ou suspeita de descolamento da placenta), cirurgia uterina prévia (como duas cesarianas anteriores, uma cesariana com histerotomia corporal, miomectomia,

entre outras), situação ou apresentação fetal anómala, gravidez múltipla, suspeita de incompatibilidade feto-pélvica, tentativa frustrada de indução do trabalho de parto, trabalho de parto estacionário, estado fetal não tranquilizador intraparto, entre outras. Todas as grávidas internadas no serviço durante o internamento apresentavam pelo menos, um dos motivos relatados anteriormente.

Tive oportunidade de prestar cuidados a uma grávida que deu entrada no serviço para realizar CSA eletiva, com seroconversão da Toxoplasmose no 2.º trimestre da gravidez. A grávida fazia medicação profilática direcionada para esta infeção e não quis fazer amniocentese. Após o parto, a placenta deve ser recolhida e enviada para o laboratório Doutor Ricardo Jorge para se proceder à inoculação em animais e posteriormente realizar serologia a estes (aos 10 dias, às 3 semanas e 6 semanas após a inoculação) para pesquisa do antigénio. Além da placenta, o recém-nascido e a mãe devem realizar colheita de sangue para enviar para o laboratório.

A toxoplasmose é provocada por um protozoário intracelular denominado *Toxoplasma gondii*, em que o hospedeiro definitivo são os gatos e outros felinos, estando presente nas fezes destes animais. Está associada a um aumento de incidência de aborto espontâneo, anomalias fetais, RCF, parto prematuro e morte fetal, sendo que o diagnóstico de infeção fetal é realizado através da amniocentese, podendo ser detetados alguns achados sugestivos na ecografia como ascite, hepatoesplenomegália, hidrocefalia/microcefalia, ventrículomegália, placentomegália, hidrâmnios, entre outros. Dependendo da idade gestacional assim serão as complicações: se a infeção ocorrer no início da gestação, a probabilidade de transmissão ao feto é baixa, mas a doença no recém-nascido será mais grave e ao longo da gravidez esta relação inverte-se. (Santana, 2016)

O hospital em questão tem um programa de promoção do aleitamento materno intitulado “Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés” desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, tendo em conta o respeito pelas 10 medidas da iniciativa. Como tal, transmite informação às grávidas sobre as recomendações, vantagens, prática do aleitamento materno e como ultrapassar pequenas dificuldades. É de extrema importância proteger, promover e apoiar o aleitamento materno, pois todos os bebés devem ser amamentados exclusivamente desde o nascimento até aos seis meses de idade. Assim, valorizei a promoção do aleitamento materno e as intervenções, fornecendo os melhores conselhos e apoio às mulheres, bem como as vantagens do alojamento conjunto.

Nos partos por cesariana, é o pai que faz o contacto pele a pele. Neste sentido coube-me explicar à grávida e ao pai da criança/convivente significativo, as vantagens que advém deste

procedimento e como se procederá aquando do nascimento do recém-nascido, reforçando os ensinamentos com a entrega de um folheto acerca desta temática.

Uma das competências do EEESMO é a interpretação visualmente do RCT de forma a conseguir retirar informação pertinente sobre o bem-estar materno-fetal. Assim, os cardiocógrafos são constituídos por dois transdutores, um de ultrassons que capta e regista a Frequência Cardíaca Fetal (FCF) colocado no foco fetal (local do abdómen materno onde são audíveis os batimentos cardíacos fetais) e outro transdutor de pressão colocado sobre o fundo uterino que capta as CU. As posições da grávida de eleição durante a realização do RCT são: em *semifowler*, sentada e em decúbito lateral esquerdo, uma vez que permitem uma adequada oxigenação materna e fetal e proporcionam conforto. (Graça & Carvalho, 2017; Santana & Figueiredo, 2016)

Segundo Chandrahan et al. (2018) através da realização do RCT, conseguimos avaliar o bem-estar materno-fetal através destes 5 parâmetros:

- FCF - avaliamos a linha de base normal, que se deve situar entre os 110 e 160 bpm, sendo que acima dos 160 bpm com duração superior a 10 minutos, é considerado taquicardia e abaixo de 110 bpm bradicardia. De realçar que os fetos prematuros tendem a ter valores na extremidade superior e os fetos pós-termo na extremidade inferior. Não esquecer que mesmo havendo um limite superior e inferior em relação aos batimentos cardíacos fetais, devemos sempre guiar-nos pela frequência basal de cada feto individualmente;
- Variabilidade – diz respeito às oscilações da FCF, sendo o normal uma amplitude entre cinco e 25 bpm. A variabilidade é reduzida quando a amplitude é inferior a cinco bpm por mais de 50 minutos numa linha de base normal ou por três minutos durante uma desaceleração. É ausente quando não se verifica qualquer amplitude, com ou sem desacelerações;
- Acelerações – aumentos abruptos na FCF acima da linha de base, com uma amplitude superior a 15 bpm e duração superior a 15 segundos, mas inferior a 10 minutos. Antes das 32 semanas de gestação, a amplitude e a duração das acelerações podem ser menores (10 segundos e 10 bpm de amplitude). Devem começar e retornar a uma linha de base estável;
- Desacelerações – diminuição da FCF abaixo da linha de base com mais de 15 bpm em amplitude durante mais de 15 segundos. São consideradas uma resposta reflexa para proteger o miocárdio fetal que é exposto a um stress mecânico ou hipóxico, mantendo assim um metabolismo aeróbio. Podem ser precoces (coincidem com as CU, são

graduais e retornam à linha de base), variáveis (em forma de V, uma vez que têm uma rápida queda da FCF, mas recuperam também rapidamente à linha de base), tardias (têm início e retorno gradual e começam mais de 20 segundos após o início de uma CU) e prolongadas (têm duração superior a três minutos);

- CU – aumentos graduais do sinal da atividade uterina, seguidos por reduções aproximadamente simétricas. Pode ocorrer taquissistolia (frequência excessiva de CU, ou seja, mais de cinco CU em 10 minutos) e hiperestimulação (resposta exagerada aos estímulos uterinos, levando ao aumento da frequência das CU, força da CU, aumento do tônus uterino entre as CU e/ou CU prolongadas, superiores a dois minutos).

Assim, ao longo do estágio tive oportunidade de colocar RCT às grávidas com diversas idades gestacionais, após o seu consentimento, com o intuito de avaliar o bem-estar materno-fetal, estando sempre atenta aos sinais de alerta (redução da variabilidade, da FCF, taquicardia ou bradicardia fetais), avaliar a existência das CU e quais os efeitos que estas reproduzem no comportamento da FCF, realizando previamente as manobras de Leopold.

As manobras de Leopold são um conjunto de procedimentos manuais que procuram identificar o número de fetos e identificar as partes fetais, identificar a apresentação, posição e atitude fetal, o grau de descida da apresentação na cavidade pélvica e o foco de auscultação fetal. Assim, existem quatro manobras que devem ser realizadas segundo esta ordem: palpação do fundo do útero para identificar o polo fetal, permitindo caracterizar a apresentação (cefálica ou pélvica) e a situação (longitudinal ou transversal); colocação das mãos de cada lado do abdómen materno de forma a identificar a posição do dorso fetal, confirmando assim a apresentação fetal; identificar a parte do feto mais próxima do canal de parto através da colocação da ponta dos três primeiros dedos e do polegar da mão direita de cada lado do abdómen, acima da sínfise púbica, confirmando a primeira manobra e, por último, o EEESMO deve colocar-se do lado direito da grávida e as suas mãos devem percorrer o abdómen materno em direção à pelve de modo a identificar a proeminência cefálica, chegando à conclusão se a apresentação está fletida ou em extensão, encravada ou flutuante. (Sequeira et al., 2020)

Estas manobras apresentam interesse clínico de avaliação a partir das 36 semanas, embora as duas primeiras sejam importantes para detetar o ponto de intensidade máxima da FCF, foco de auscultação no RCT após as 30 semanas. Já as duas últimas manobras não devem ser realizadas por rotina uma vez que são desconfortáveis para a grávida e não parecem oferecer dados clinicamente úteis e rigorosos. (Sequeira et al., 2020)

Em todos os turnos além do RCT monitorizei a FCF com doppler, normalmente no final de cada turno, permitindo-me avaliar a existência de atividade cardíaca no útero, além de

questionar a grávida acerca dos movimentos ativos fetais, se são positivos ou não, registrando tudo no processo de enfermagem de cada grávida no programa Glint.

Com base nas experiências descritas, relativamente à aquisição e desenvolvimento de competências comuns, este estágio permitiu-me, aprofundar todos os quatro domínios de competências: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Em relação às competências específicas, destaco o desenvolvimento das competências inerentes ao cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, com maior enfoque para a vigilância do bem-estar materno-fetal na grávida com desvios à gravidez fisiológica, e especificidades da mulher em situação de abortamento. (Decreto de Lei n.º 391/2019, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2019)

1.4 - Enfermagem em sala de partos

O estágio em Sala de Partos decorreu no serviço de Obstetrícia de um hospital da zona centro, entre os dias 07 de agosto e 11 de janeiro, perfazendo um total de 432 horas.

É um serviço constituído por: quatro enfermarias (três destinadas para a obstetrícia e uma para a ginecologia) com quatro camas, cada uma com um duche e uma banheira para o recém-nascido (RN); duas casas-de-banho para as utentes e uma para os acompanhantes; uma sala de sujos; uma sala de enfermagem, com todo o material de apoio para administração de medicação, dois computadores para realização dos registos de enfermagem; um gabinete médico; um gabinete para a administrativa; uma sala de equipamentos/stock; um gabinete para a enfermeira gestora; uma sala de partos (SP) improvisada para os tempos de pandemia, onde eram realizados os partos de mães com covid positivo; duas salas de refeições para os profissionais, uma casa de banho para a equipa multidisciplinar e a SP.

A SP é constituída por três camas, chamada de sala de dilatação (SD)/zona de recobro; duas salas de expulsivo, cada uma com uma marquesa, uma mesa e um armário com todo o material necessário para a realização dos partos; uma sala de reanimação neonatal, equipada com um ressuscitador e todo o material necessário para o RN; um bloco operatório, onde se realizam as cesarianas e todos os procedimentos cirúrgicos relativos à obstetrícia e uma sala de enfermagem com dois computadores.

As grávidas chegam à SP através de duas vias: provenientes do internamento ou pelo serviço de urgência de Obstetrícia e Ginecologia, sendo admitidas quando se encontram em trabalho de parto (TP).

Assim, torna-se crucial clarificar o que é o TP e todos os estádios que o compõem. TP é um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à contratilidade uterina regular, à dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão até ao exterior, sendo dividido em três estádios: dilatação, período expulsivo e dequitação. A dilatação compreende o apagamento e a dilatação do colo uterino, decorrendo desde o início das contrações uterinas (CU) até a dilatação completa sendo distinguidas duas fases: a fase latente, que decorre até ao momento em que o colo se encontra completamente apagado e com cerca de três centímetros de dilatação, e a fase ativa, durante a qual o colo se dilata a um ritmo superior até ser atingida a dilatação completa. Ao longo destes estádios ocorrem uma série de mecanismos do parto, por forma a chegar ao período expulsivo, sendo eles: encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão. Por fim, ocorre a dequitação onde se dá a expulsão da placenta após o nascimento do RN, onde se deve incluir a primeira hora subsequente, uma vez que é nesta fase que a puérpera se encontra em maior risco de hemorragia pós-parto, necessitando de vigilância contínua. (Machado & Graça, 2018)

De um modo geral, as parturientes chegam à SD por se apresentarem em TP e queixosas, procedendo de imediato à sua integração e acolhimento. É realizada uma colheita de dados logo no serviço de urgência obstétrica, sendo complementada na SD, feita através do Boletim de Saúde da Grávida e todos os exames complementares de diagnóstico que a grávida traz com ela, processo informático e entrevista formal e informal. Os dados recolhidos são: estado civil, profissão, idade, antecedentes pessoais, medicação habitual, grupo sanguíneo, alergias, idade gestacional, GTPAV, realização de sessões de preparação para o parto ou não, resultados serológicos, dados ecográficos durante a gravidez, a integridade das membranas, índice de Bishop, existência ou não do plano de parto e escolha do acompanhante significativo.

Depois de instaladas na SD, prestei cuidados especializados às grávidas como: realizar RCT contínuo para vigilância materno-fetal e respetiva interpretação (realizando previamente as manobras de Leopold para avaliar a situação fetal); avaliar sinais vitais de quatro em quatro horas ou sempre que se justifique; avaliar a dor; consultar plano de parto, se realizado pelo casal; realizar exames vaginais; incentivar e assistir na mobilização; oferecer líquidos claros e gelatina; respeitar a fisiologia do TP; esclarecer todas as dúvidas e todos os procedimentos à grávida e ao acompanhante e registar todas as intervenções no partograma e na folha de registos

de enfermagem. Estes procedimentos vão ao encontro do descrito na Orientação n.º 002/2023 de 10.05.2023 da Direção-Geral da Saúde (2023).

Segundo a fonte supracitada, a vigilância do TP de baixo risco é da responsabilidade de um EEESMO, não obstante, este deve analisar e identificar desvios da normalidade durante este período e comunicar ao Médico de Obstetrícia, havendo sempre uma parceria entre ambos. Os partos eutócicos de gravidezes de baixo risco são, essencialmente, da responsabilidade do EEESMO, sendo os partos distócicos da responsabilidade do médico.

Prestei cuidados especializados a parturientes com diversas patologias como: diabetes gestacional, onde cumpro o descrito no Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017 (assim que chegam à SD colocar um soro polieletrólítico com glicose em bomba infusora a 125 ml/h, avaliação de glicémia de quatro em quatro horas e administração de insulina se valores superiores a 100 mg/dl); hipertensão arterial gestacional (avaliação da tensão arterial de duas em duas horas e vigilância de sintomas sugestivos de pré-eclâmpsia, como escotomas, cefaleias e náuseas e vômitos); trombofilias e outras patologias pré-existentes à gravidez.

Durante todo o TP, procurei mostrar-me o mais próxima possível da mulher, dando-lhe apoio emocional, encorajando-a a exprimir as suas preferências e dando-lhe o papel principal de forma que esta assuma o total controle da situação. É importante esta relação com as parturientes, uma vez que, nesta fase, podem desanimar e ficar exaustas, o que implica o estabelecimento de uma relação de empatia/confiança para ajudá-las a ter uma experiência positiva do seu TP e parto, proporcionando-lhe um ambiente seguro. A comunicação é uma ferramenta essencial ao longo de todo este processo, bem como a presença do acompanhante significativo, escolhido pela parturiente, sendo um direito da mulher a sua presença em todo o TP. Uma vez que realizei anteriormente o ensino clínico de vigilância da gravidez no mesmo hospital, o primeiro contacto com a grávida acontecia frequentemente em contexto de vinda à consulta de vigilância da gravidez, e depois então no momento do TP, o que fomentava uma relação de maior confiança e à vontade da mulher, e simplificava todo o processo de acompanhamento do TP e parto.

A vigilância materno-fetal durante o TP é uma das competências especializadas do EEESMO. Assim, através do RCT, pude avaliar a contratilidade uterina, os batimentos cardíacos fetais, bem como a variabilidade e o bem-estar fetal, o que me permitiu identificar padrões de desvio da normalidade, como as desacelerações e a taquicardia fetal para caso necessário, se aplicarem medidas corretivas. Uma das situações stressantes que lidei, neste contexto, refere-se à desaceleração prolongada após administração de analgesia epidural, atuando de imediato no sentido de reverter a situação, através da mudança de posição da

parturiente para decúbito lateral, administração de oxigénio através de máscara facial, soro endovenoso e inalação de Salbutamol.

Tive a oportunidade de participar em atividades relacionadas com o alívio da dor durante o TP, como a utilização da musicoterapia, banhos quentes, aplicação de técnicas de relaxamento, respiração, aromaterapia e analgesia epidural. A técnica epidural foi a mais escolhida por todas as mulheres, sendo a mesma realizada consoante o estágio do TP e conforme o momento em que a mulher sentia não obter o seu controlo de dor, segundo a utilização de outras medidas. Pude acompanhá-las e assistir o anestesista aquando do procedimento, monitorizando o bem-estar materno-fetal durante e após a técnica ser executada. Verifiquei que esta técnica de analgesia loco-regional facultou um grande alívio e descanso às mulheres quando lidavam com as CU, com a vantagem de não as impossibilitar de se movimentarem.

Presenciei dois casos onde ocorreu perfuração acidental da dura-máter aquando da realização da anestesia epidural, onde ocorre fuga do líquido cefalorraquidiano através do catéter. Nestes casos, é necessária vigilância apertada da puérpera, uma vez que pode surgir, normalmente após dois dias, cefaleia grave e incapacitante, que geralmente é exacerbada pelo movimento, pela posição sentada ou em pé, aliviando quando a puérpera está deitada (Lança, 2018).

Pude acompanhar uma grávida em TP que recorreu, além da analgesia epidural, aos óleos essenciais para alívio da dor. Foi interessante ver a sua abordagem e perceber que realmente tem efeito, principalmente a nível do relaxamento e que cada óleo é específico para cada fase do TP.

Incentivei e assisti a parturiente a adotar posições que facilitassem a dilatação e progressão da apresentação, incluindo deambular, utilizar a bola de nascimento, o duche e posições verticais. Na minha opinião, e pelo que consegui constatar durante o estágio, ainda há profissionais de saúde que não vêem vantagens nas posições verticais ou mesmo no uso da bola de partos. Assim, decidi fazer uma pesquisa acerca de novas evidências em relação às vantagens do uso da bola de partos durante o TP e realizar um póster para afixar na SP (apêndice VI).

Algumas parturientes davam entrada no serviço por rutura prematura de membranas (RPM). Tive oportunidade de realizar amniotomia, quando necessário, após avaliação criteriosa das vantagens, que consiste na rutura artificial das membranas através de um amniótomo, durante uma CU, com a cabeça já insinuada e os dedos próximos do orifício da rutura, obtendo sempre o consentimento prévio da parturiente. Esta técnica não deve ser realizada de forma rotineira, mas apenas quando existe uma indicação como: traçado cardíaco fetal com padrões anormais de frequência cardíaca fetal, induzir o TP, progressão do TP ou quando a bolsa

prolapsa para dentro da vagina, impedindo a progressão do TP (Fatia & Tinoco, 2016). Tive o privilégio de realizar dois partos com a bolsa de membranas íntegra, havendo rutura apenas no período expulsivo.

Ao longo do TP, é preenchido o partograma que, sendo uma representação gráfica do TP, é onde se regista a evolução da dilatação cervical e a descida da apresentação em relação ao tempo. Além disso, registam-se os dados da grávida, a data e hora de admissão, a frequência cardíaca fetal, se tem ou não rutura de membranas e quais as características do líquido amniótico, sinais vitais e um quadro de observações onde se mencionam intervenções realizadas relevantes.

Cabe ao EEESMO preparar todo o material necessário para o período expulsivo: trouxa de parto, kit de parto, dois pares de luvas esterilizadas e material de colheita de sangue do cordão. Além disso, devem estar 5ui de Ocitocina acessíveis para administrar após a dequitudura e todo o material de receção do RN deve estar apto (ligar ressuscitador, aspirador funcionante, insuflador manual, estetoscópio, laringoscópio e respetivos cabos, lâminas, balança funcionante, incubadora funcionante, vitamina K na seringa, desinfetante ocular, pulseira de identificação e pulseira de segurança).

Para avaliar a evolução do TP é necessário realizar o toque obstétrico, o qual recorri de quatro em quatro horas ou apenas quando estritamente necessário, uma vez que é um procedimento invasivo, desconfortável e, por vezes, doloroso para a grávida, obtendo sempre, previamente, o consentimento da parturiente. O toque é realizado através da introdução do dedo indicador e médio no colo uterino com o intuito de determinar o grau de dilatação do colo do útero, o apagamento, a posição do bebé e a relação deste com a pélvis da mãe.

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2023), o exame vaginal, que é realizado pelo EEESMO nas gravidezes de baixo risco, durante a fase latente, deve ser executado em intervalos adaptados às queixas das parturientes e, se não houver evolução durante oito horas deve comunicar-se ao médico obstetra. Já na fase ativa, a indicação é de realizar o exame vaginal de quatro em quatro horas se a parturiente não tiver vontade de realizar esforços expulsivos (EE) ou se o RCT não for suspeito ou patológico. Aqui se não houver evolução da dilatação cervical em quatro horas deve comunicar-se ao médico. No segundo estágio da fase latente o exame vaginal deve ser realizado de duas em duas horas, já na fase ativa deste estágio a cada 30 minutos.

Ao longo do estágio notei que evolui em relação à quantificação da dilatação e à avaliação da variedade (posterior, anterior e transversa), posição (direita e esquerda) e apresentação cefálica (de vértice, de bregma, de frente e de face). Para avaliar estes parâmetros,

tive de interiorizar todos os constituintes da cabeça fetal, as fontanelas (anterior ou bregmática e posterior ou lambdoide), as suturas (frontal, coronal, sagital e lambdoide) e os ossos (frontais, parietais e occipital).

Após dilatação completa do colo uterino, inicia-se o período expulsivo, sendo caracterizado pela presença de CU regulares e frequentes, onde as mulheres afirmam “sentir uma pressão pélvica e vontade de puxar”, iniciando assim os EE que não devem ser dirigidos, mas devemos encorajar a parturiente a agir instintivamente. Coube-me orientar e explicar como deve realizar estes esforços, avaliar o bem-estar fetal, incentivar a respiração e o descanso entre as CU e oferecer reforço positivo. Nesta fase, sempre que tive oportunidade, incentivei as parturientes a privilegiar as posições verticais (sentada na cama ou numa cadeira, de cócoras, de pé apoiada na cama e de quatro apoios na cama), sendo que, quando não era possível, explicava como deviam realizar os EE na posição horizontal (decúbito lateral e dorsal).

Existem inúmeras vantagens na adoção da posição vertical durante o TP como: melhoria do fluxo uteroplacentário, impedindo a compressão dos grandes vasos maternos; a ação da gravidade favorece o encaixe e a apresentação fetal; EE mais eficientes, melhoria da ventilação pulmonar materna; maior eficiência das CU; diminui o ângulo da escavação pélvica, levando a uma retificação do canal de parto e alinhamento do feto na bacia materna; TP vivenciado de forma menos dolorosa; permite à parturiente uma maior participação no nascimento do filho, facilitando a vinculação e diminui os partos instrumentalizados (Mineiro et al., 2016).

Após alguns EE, as parturientes são encaminhadas para a sala do expulsivo onde se encontram em posição de litotomia, com monitorização fetal até exteriorização da cabeça fetal. Aqui, estão sempre presentes dois EEESMO, um que assiste e participa no parto e outro que recebe o RN, um médico obstetra, um médico pediatra, um médico anestesista, uma assistente operacional e o acompanhante significativo escolhido pela parturiente.

Nos partos vaginais, quando a apresentação aflora à vulva, realizei sempre proteção perineal e controlo da descida da apresentação, quando começa a distender a vulva, com ajuda de compressas. Por vezes há a necessidade de realizar episiotomia, que não deve ser um procedimento de rotina, mas apenas quando há realmente necessidade, como suspeita de hipóxia fetal. Tive oportunidade de a realizar, explicando sempre à parturiente a necessidade do procedimento e obtendo o seu consentimento, identificando o momento oportuno da sua realização (aquando da coroação, no momento da contração) e utilizando a técnica médio-lateral a partir da fúrcula, inserindo o dedo indicador e o médio entre a apresentação e a parede vaginal.

Após expulsão da cabeça fetal, verifiquei sempre se existia alguma circular cervical e agi em conformidade: se circular larga conseguia passar pela cabeça, se não, realizava a manobra da “cambalhota”, que consiste em manter a cabeça em flexão, próxima do períneo da mãe enquanto o corpo é expulso, fazendo uma “cambalhota” para se posicionar no abdómen da mãe, retirando o cordão do pescoço. Apenas em último recurso, se esta manobra não resultar, é que se deve cortar o cordão antes da saída do feto, como corrobora Torres (2023).

Procedi à remoção das secreções da boca e nariz com uma compressa, de forma a ajudar o RN a expeli-las e iniciar de forma autónoma o processo de respiração. Após a expulsão total do feto, é colocado de imediato em contacto pele-a-pele com a mãe, se este se encontrar bem. O cordão umbilical apenas é cortado após este parar de pulsar e, mais uma vez, se o feto se encontrar sem dificuldade respiratória. Nesta fase, questionei sempre os pais se queriam cortar o cordão umbilical, uma vez que, para mim, é crucial proporcionarmos um papel ativo do pai durante o parto.

Aquando da clampagem tardia do cordão umbilical, o RN é levado para o ressuscitador para ser observado pelo pediatra e receber os primeiros cuidados (avaliar índice de Apgar, peso corporal, administrar vitamina K e profilaxia da infeção ocular e identificar RN com pulseira). Após a observação, regressa novamente para junto da mãe, onde o RN é colocado em contacto pele-a-pele contínuo durante as duas horas que permanecem na sala de recobro.

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2023), a laqueação tardia do cordão umbilical deve ser efetuada cerca de um a dois minutos após o nascimento do RN, ou se a parturiente o desejar, após o cordão deixar de pulsar, salvo se o RN estiver hipotónico ou sem movimentos respiratórios eficazes, se tiver uma malformação major, se existe suspeita de restrição de crescimento ou se ocorreu rotura do cordão. No que diz respeito ao contacto pele com pele, os autores supracitados afirmam que, este deva ser realizado, independentemente do tipo de parto, durante pelo menos uma hora contínua e sempre que o RN reúna os seguintes critérios: índice de Apgar ao quinto minuto superior ou igual a oito, respiração regular e sem sinais de dificuldade respiratória, tónus muscular adequado, pele rosada, mãe desperta e clinicamente estável e com possibilidade de vigilância contínua da díade por profissional de saúde.

Realizei colheita de sangue para determinação de grupo sanguíneo e teste coombs direto, quando a mãe era do grupo sanguíneo O ou Rh negativo, através do cordão umbilical e para células estaminais, tendo sempre o cuidado de ler as instruções de colheita antes do parto, uma vez que cada empresa tem diferentes regras de colheita.

A fase seguinte compreende a dequidatura, sendo o período entre a expulsão do feto até à expulsão da placenta, existindo dois mecanismos de descolamento: de Schultze (visualizada

em primeiro a parte fetal e só depois ocorre o sangramento) e de Duncan (onde aflora a parte materna da placenta acompanhada de discreto e contínuo sangramento). Alguns sinais do início da dequitação são: a mudança da forma do útero, passa de discoide para ovoide; saída súbita de sangue e descida do cordão ou o seu aumento aparente (Fatia & Tinoco, 2016).

Após a dequitação, verifiquei o globo de segurança de Pinard, se estava contraído ou não, as perdas sanguíneas e se a placenta se encontrava íntegra e com membranas completas. Assim, tive oportunidade de observar vários tipos de placentas com diversas formas (circular, oval, disforme), inclusive uma com um cotilédone aberrante, a inserção do cordão umbilical (marginal, central e velamentosa) e a existência de duas veias e uma artéria no cordão umbilical. Nesta fase são administradas 5 ui de Ocitocina endovenosa direta, um uterotônico que melhora o tônus uterino e ajuda a controlar a hemorragia.

De seguida procedi à realização da perineorrafia, que consiste no encerramento da episiotomia ou das lacerações com fio de sutura absorvível pelo organismo. Sem dúvida que foi a parte mais desafiante do estágio, uma vez que é necessário ter um bom conhecimento das estruturas anatómicas para proceder a uma episiorrafia de excelência, mas tive sempre o apoio dos meus tutores. Após o encerramento da sutura expliquei à puérpera os cuidados a ter com a sutura: os fios são absorvíveis, pelo que não necessita de retirar os pontos e deve manter uma boa higiene a nível vaginal, tendo sempre em conta as características dos lóquios (quantidade, presença de coágulos e cheiro). Tive o privilégio de assistir a uma formação do serviço ministrada por um dos meus tutores acerca deste tema, que ajudou a consolidar os meus conhecimentos e a conhecer as novas evidências científicas acerca deste tema.

Alguns princípios a ter em conta na realização da perineorrafia são: iniciar após a dequitação de modo a reduzir o tempo de hemorragia e o risco de infeção; explicar os procedimentos e alertar para os cuidados perineais; usar técnica asséptica; anestésiar a zona perineal se a mulher não tiver analgesia; observar todo o canal de parto para despistar todas as lacerações e suturá-las; realizar por planos, respeitando a anatomia (inicia-se um centímetro acima do vértice de incisão na mucosa vaginal, fibras musculares e por fim a pele); usar fios absorvíveis e aplicar gelo (Fatia & Tinoco, 2016).

Realizei, após a episiorrafia, o exame vaginal para confirmar a inexistência de compressas ou de restos placentares e de seguida, procedi à limpeza da vulva e períneo com soro fisiológico, aplicando, quando necessário, crioterapia durante as primeiras duas horas de pós-parto.

Após todo este processo, a puérpera e o RN são encaminhados para a zona de recobro onde permanecem duas horas após o parto sob vigilância de um EEESMO, uma vez que é no

pós-parto imediato que existe maior probabilidade de ocorrerem hemorragias. Assim, foi prática assídua nestas duas horas, a avaliação das perdas hemáticas vaginais, do globo de segurança de Pinard, avaliação dos sinais vitais, valorização das queixas da puérpera, questionar se a mãe quer ou não amamentar, avaliação da primeira mamada (se for intenção da mãe amamentar, enaltecendo as vantagens do aleitamento materno), observação da vinculação entre os progenitores e o RN, restrição de alimentação e observação do RN. Se durante este período estiver tudo dentro da normalidade, a díade é transferida para o internamento, onde oferecemos à puérpera alimentação sólida, se for essa a sua vontade.

Aquando da transferência da díade para a enfermaria, o partograma é encerrado com os dados do parto e são realizados todos os registos, nomeadamente no Boletim de Saúde da Grávida, no Sclínico, no site da Direção Geral de Saúde e no livro de registo de partos do serviço.

Nem todos os TP culminavam num parto eutócico. Por vezes, devido a fatores como falta de progressão da apresentação fetal, suspeita de incompatibilidade feto-pélvica, descolamento de placenta, tentativa frustrada de indução de TP, TP estacionário ou por estado fetal não tranquilizador, as grávidas eram encaminhadas para cesariana, além das eletivas por patologia materna, gravidez gemelar, apresentação pélvica ou cesariana anterior. Assim, preparei as grávidas psicologicamente e fisicamente para este tipo de parto, encaminhando-as para o bloco operatório e recebendo o RN após o nascimento, prestando os primeiros cuidados. Ainda tive oportunidade de entrar no bloco operatório numa cesariana gemelar como enfermeira circulante em contexto de estágio clínico, embora na minha prática profissional diária desempenhe essa função.

Nas cesarianas, tive oportunidade de incentivar os pais a realizarem contacto-pele-a-pele precoce com o RN, se fosse a sua vontade, uma vez que a mãe estava dentro do bloco operatório. Esta prática reforça não só a relação pai-bebé, mas também promove a vinculação afetiva familiar, aumenta a confiança parental perante o filho, favorece o laço afetivo, o seu desenvolvimento e possibilita ao pai a sensação que o seu filho lhe pertence, facilitando o papel de adaptação para a parentalidade, trazendo benefícios, a longo prazo nos aspetos sociais, psicológicos e de conduta (Margalhos, 2018). Assim, torna-se crucial a realização de protocolos nas maternidades do nosso país, no sentido de implementar o contacto pele-a-pele do pai com o RN, sempre que a mãe não esteja disponível, fortalecendo assim a vinculação afetiva entre ambos.

No bloco operatório, presenciei ainda, uma curetagem devido a uma mola hidatiforme e uma perineoplastia após deiscência da perineorrafia, que decorreram sem incidentes.

Tive ainda oportunidade de participar em partos instrumentados, tanto por ventosa como por fórceps, sendo os médicos obstetras os responsáveis. Cabe ao EEESMO prevenir este desfecho, através da avaliação atenta do TP, da anatomia da bacia da parturiente, perceber a variedade da apresentação fetal e se está bem fletida ou não. Na minha opinião, como futura EEESMO, a participação nestes partos foi de uma enorme riqueza uma vez que considero muito importante sabermos dar apoio ao médico, adotar estratégias para diminuir o medo nas parturientes, certificar que esta tem a analgesia adequada, administrar medicação e ajudar no seu posicionamento.

A taxa de ocupação do serviço em questão, não é elevada nem constante, o que permite muitas vezes que as grávidas estejam na SD desde uma fase inicial do TP, possibilitando que eu pudesse acompanhar e vigiar a maioria dos TP na sua íntegra, o que representou uma mais-valia na aquisição de competências a este nível, seja na vigilância do bem estar fetal, características do líquido amniótico, seja do bem estar materno e da evolução do TP, tendo colocado em prática e aperfeiçoado todas as técnicas a que me propus neste ensino clínico.

Ao longo do estágio presenciei situações diversificadas, com desfechos mais ou menos gratificantes. Vivenciei duas situações no mesmo dia, que mexeram emocionalmente comigo, duas grávidas em período expulsivo, uma com 37 semanas, um parto natural em que os progenitores não quiseram o RN, tendo seguido todos os tramites para a adoção, e outra com 27 semanas (parto pré-termo precoce), tendo nascido um feto de 900 gramas, o qual iniciámos de imediato reanimação neonatal. Foi mobilizada toda a equipa multidisciplinar necessária, médicos pediatras, médico anestesista e enfermeiros, e todos contribuíram para reanimar o RN.

A reanimação neonatal é considerada uma das estratégias para diminuir a mortalidade infantil, sendo crucial a presença de profissionais especializados nesta área aquando do parto, caso haja necessidade de a realizar. Existem diversos fatores que condicionam a respiração eficaz do RN ao nascer, sendo eles relativos à via aérea (asfixia, malformações congénitas e deficiência de surfactante), ao sistema nervoso (malformações congénitas, lesão do sistema nervoso e depressão por drogas) e sistémicos (anemia, imaturidade e septicemia). Torna-se essencial que as equipas que trabalhem nas salas de parto e nas unidades de neonatologia estejam familiarizadas e treinadas nas diferentes etapas de reanimação para contribuírem para o sucesso desta. (M. Carvalho et al., 2020; Jesus & Monteiro, 2016)

Um dos RN que recebi de uma cesariana, era fruto de uma gravidez de termo com restrição de crescimento intra-uterino grave com oligoâmnios, que nasceu com um kilo e 400 gramas. Assim que o recebi, proveniente do bloco operatório, dirigi-me de imediato para o ressuscitador e prestei os primeiros cuidados ao RN juntamente com a médica pediatra, que

decidiu encaminhá-lo para o serviço de Neonatologia, tendo sido transferido na incubadora do serviço com monitorização do SpO₂. Nestes casos, cabe ao EEESMO apoiar a mãe na angústia da separação e providenciar uma bomba de estimulação nas primeiras seis horas após o parto, se a mãe quiser amamentar o RN.

Presenciei ainda, num dos últimos partos realizados, uma distócia de ombros que foi detetada após a exteriorização da cabeça fetal, havendo retração da mesma contra o períneo imediatamente após a sua expulsão, levando a que a rotação externa do polo cefálico não ocorresse. De imediato foi pedida ajuda e realizada a manobra de McRoberts (hiperflexão das coxas da parturiente sobre o abdómen) e uma ligeira pressão suprapúbica, as quais foram suficientes para a expulsão dos ombros. Este caso, tratou-se de uma múltipara que já entrou no serviço em período expulsivo, não dando tempo nem para avaliar corretamente a variedade fetal, nem as dimensões feto-pélvicas, nem analgesiar a parturiente. Quando o RN nasceu detetámos de imediato que se tratava de um macrossómico com quatro kilos. A puérpera fez uma laceração de grau três, havendo necessidade de ir ao bloco operatório, realizar raquianestesia para suturar a laceração, a qual assisti e participei juntamente com a equipa médica. No final, foi realizado toque retal para nos certificarmos que as estruturas anais estavam íntegras. Ainda no pós-parto imediato detetámos gemido no RN, tendo sido contactado os pediatras que prontamente o vieram observar e transferiram para a Neonatologia. Mais tarde, soubemos que o RN tinha sofrido fratura da clavícula.

De acordo com Mascarenhas et al. (2020) a distócia de ombros é uma das emergências obstétricas mais temidas devido às sequelas fetais e maternas, sendo definida como um parto vaginal que requer manobras obstétricas adicionais para extrair o feto. Alguns fatores de risco são a macrossomia fetal, a diabetes materna, a obesidade materna e uma distócia num parto anterior. As complicações maternas passam por lacerações de terceiro e quarto grau, episiotomia e fístula retovaginal enquanto as fetais incluem fratura da clavícula ou do úmero, paralisia do plexo braquial e asfixia perinatal. O mesmo autor enumera as seguintes intervenções em caso de distócia de ombros: detetar a distócia; reduzir a ansiedade da parturiente; executar protocolo HELPER, H (pedir ajuda), E (episiotomia, se necessário), L (Manobra de McRoberts), P (pressão suprapúbica), E (manobras de rotação interna), R (extrair o membro superior fetal posterior) e, por fim, R (manobra de Gaskin, “quatro apoios”). Se nenhuma destas manobras forem suficientes, existem ainda quatro outras: cleidectomia (fratura da clavícula fetal), manobra de Zavanelli (reintroduzir a cabeça fetal na cavidade uterina) e sinfisiotomia (secção cirúrgica da sínfise púbica).

Posso constatar que agimos em conformidade com a evidência científica e que não houve necessidade de realizar todas as manobras para extrair os ombros. Na minha opinião devemos sempre manter a calma e agir de forma consciente, pedindo sempre ajuda extra para a realização das manobras.

Por fim, no que diz respeito à prestação de cuidados à mulher em situação de morte fetal/abortamento e gravidez ectópica, posso referir que não presenciei nenhuma situação de morte fetal, mas presenciei várias situações de abortamento e gravidez ectópica no contexto de internamento. Perante estas situações, consegui perceber a sensibilidade e o carinho com que, alguns profissionais cuidam destas mulheres, e apesar de, na minha opinião, cuidar com carinho e empatia ser algo inato no ser humano, também senti que me falta experiência para me sentir totalmente capaz de apoiar as mulheres que passam por estas experiências. Não porque me falte sensibilidade ou compreensão, mas sem dúvida que, uma maior experiência nos dá maior capacidade de conseguir ajudar a pessoa a expressar as suas emoções, e a entender realmente quais as suas necessidades no processo de aceitação da situação e de luto que atravessam.

No penúltimo mês de ensino clínico atravessei momentos desafiantes, uma vez que a maternidade se encontrava fechada três dias por semana, reduzindo assim o número de partos e por consequência as minhas experiências. Contudo, com ajuda dos meus tutores e com esforço e dedicação da minha parte, consegui superar o número de experiências mínimas preconizadas para este ensino clínico e tendo sempre como lema proporcionar uma experiência de parto positiva para a mulher/casal, mas também assegurar a segurança da grávida e do RN. Além disto, senti que as grávidas estavam mais ansiosas e nervosas, devido a este facto, havendo necessidade da minha parte de as tranquilizar muitas vezes.

Ao longo desta experiência, pude confirmar que a obstetrícia é, sem dúvida uma arte que requer prática e treino. Assim, à medida que o número de experiências aumentava, sentia-me cada vez mais confiante e autónoma na vigilância do TP e nos partos, sentindo uma sensação de alegria e dever cumprido, sempre que os meus tutores ou o médico aprovavam as minhas intervenções especializadas nesta área. Sempre me demonstrei recetiva à crítica e à aprendizagem contínua, atualizando, sempre que possível, os meus conhecimentos teóricos e práticos. O ser humano está em constante aprendizagem e, posso afirmar, que foi um ensino clínico muito enriquecedor, e veio mais uma vez confirmar que é sem dúvida esta a minha área de eleição a nível de cuidados de enfermagem, tendo tanto de bonita como de assustadora, pela responsabilidade que carrega.

Com base nas experiências descritas, relativamente à aquisição e desenvolvimento de competências comuns, este estágio permitiu-me, aprofundar todos os quatro domínios de

competências: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Em relação às competências específicas, destaco o desenvolvimento das competências inerentes ao cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o TP, promovendo a saúde da mulher e otimizando a adaptação do RN à vida extrauterina; diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do RN e providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP. (Decreto de Lei n.º 391/2019, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Considerações finais

Os ensinamentos clínicos são o expoente máximo do nosso processo de aprendizagem, uma mais-valia no meu período formativo, na medida que me proporcionou experiências e aprendizagens, consolidando o apreendido durante o período teórico. Tenho plena consciência que é ao longo dos estágios que me vou construindo como EEESMO, aproveitando sempre ao máximo as oportunidades que surgem

No decorrer do Estágio, assumi uma postura assertiva, de responsabilidade pela aprendizagem, com espírito de iniciativa e motivação, o que contribuiu para que os objetivos de aprendizagem traçados para o Estágio fossem atingidos. A reflexão constante sobre as experiências da prática clínica revelou-se essencial para reconhecer os pontos fortes e as fraquezas, bem como para ultrapassar as lacunas sentidas entre a teoria e prática

A realização dos ensinamentos clínicos revelou-se uma experiência bastante enriquecedora, tanto a nível profissional, como a nível pessoal. Revelou ser um excelente momento de aprendizagem e evolução no desenvolvimento quer das competências comuns quer das competências específicas do Enfermeiro Especialista. Na tabela 1, apresentam-se os números das diferentes experiências realizadas segundo a diretiva nº2013/55/EU.

Tabela 1 – Experiências realizadas ao longo do Estágio

Experiências mínimas segundo diretiva nº2013/55/EU	Experiências realizadas
Vigilância e prestação de cuidados, incluindo exames a 100 puérperas	111 puérperas (Estágio de Puerpério e Sala de Partos)
Vigilância e prestação de cuidados a 100 recém-nascidos normais	104 recém-nascidos (Estágio de Puerpério e Sala de Partos)
Consulta de grávidas, incluindo 100 exames pré-natais	106 exames pré-natais (Estágio realizado na Consulta Externa)
Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em situação de risco, durante a gravidez, trabalho de parto ou puerpério	44 grávidas em situação de risco durante a gravidez (Estágio de Patologia Materno Fetal)
Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em trabalho de parto	57 mulheres em trabalho de parto, sendo 41 partos realizados e 16 assistidos (Estágio de Sala de Partos)
Realização de 40 partos	41 partos realizados (Estágio de Sala de Partos)
Participar ativamente em um ou dois partos de apresentação pélvica	1 parto de apresentação pélvica (Estágio de Sala de Partos)

Todas as experiências fizeram-se sentir e vivenciar uma realidade diferente, no que respeita aos cuidados de enfermagem especializados. Assim, posso afirmar, que levo um conjunto de saberes que me vão ser muito valiosos na minha vida profissional futura, tendo superado as minhas expectativas. Foram experienciados vários sentimentos, experiências novas, aprendizagens realizadas no contacto com diferentes pessoas em diferentes hospitais, que me enriqueceram muito. Foi, acima de tudo, mais uma aprendizagem de vida, pois sinto que desenvolvi competências como EEESMO, mas essencialmente como pessoa.

PARTE II – RELATÓRIO FINAL DA COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Estudo 1 - Os Benefícios da Aromaterapia nos desconfortos inerentes à Gravidez: Uma *Scoping Review*

A gravidez é uma experiência importante e única para cada mulher, que deixa uma marca para toda a vida, dependendo de como é vivida, positiva ou negativamente, tanto para ela como para toda a família, que requer, não só tratamentos de rotina realizados no serviço de saúde, como a aplicação de estratégias que levem a uma vivência tranquila (Bocanegra et al., 2020).

O objetivo desta *scoping review* é mapear a evidência científica existente acerca dos benefícios da aromaterapia nos desconfortos durante a gravidez.

1 - Enquadramento teórico

Ao longo do estado gravídico da mulher, existem várias mudanças físicas no seu corpo que podem levar a desconfortos durante este período, tais como náuseas e vômitos, maior cansaço e/ou sonolência, alterações dermatológicas (melasma, estrias), obstipação, aparecimento de varizes, poliúria, lombalgias, entre outros. Há ainda alterações não negligenciáveis a nível psicológico como ansiedade, preocupação, labilidade emocional e inseguranças (Portugal, Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde 24, 2022). Estas mudanças, mais ou menos temporárias, nem sempre requerem tratamento farmacológico. Não obstante, a mulher pode beneficiar de orientação profissional, acompanhamento e práticas terapêuticas não convencionais e complementares, que tornarão este período mais encantador e salutar (Fernandes et al., 2021).

Assim, TNC refere-se aos procedimentos que têm por base uma filosofia distinta da medicina convencional e que empregam procedimentos característicos de diagnóstico e terapêuticas apropriadas (Portugal, Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde, 2016). Uma das TNC é a fitoterapia, que usa substâncias provenientes de plantas e inclui a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e o tratamento, aconselhamento dietético e a orientação sobre estilos de vida. Baseia-se numa filosofia holística, energética e natural do ser humano, utilizando como ingredientes terapêuticos plantas frescas ou secas, medicinais e alimentares, bem como substâncias provenientes destas, como óleos essenciais e florais, entre outros (Portugal, Portaria n.º 207-E/2014; Portugal, Lei n.º 71/2013).

A aromaterapia, um dos ramos da fitoterapia, já reconhecida como prática desde 1937, surge como uma medicina natural, complementar e não convencional, podendo ser utilizada de forma isolada ou integrativa (potenciadora de outras práticas convencionais), tanto na prevenção como no tratamento de problemas de saúde, melhorando a qualidade de vida no geral (Coelho, 2009; Santos, 2022; Tiran, 2016).

As três ferramentas principais desta prática são os óleos essenciais (OE), os hidrolatos e os óleos vegetais (OV), tendo os primeiros o maior foco de atenção devido à sua constituição química e elevada panóplia de aplicações terapêuticas. Assim, os OE são concentrados de substâncias aromáticas e voláteis naturalmente presentes em apenas 10% de todas as plantas existentes na nossa natureza. São secretados nos tricomas da planta e representam o seu sistema imunitário, tendo como função regular o próprio metabolismo, defender de ameaças e predadores e garantir a continuidade da espécie. Podem ser encontrados nas sementes, raízes, cascas, resinas, caules, folhas, flores, frutos, bagas e vagens das plantas e podem ser obtidos através de vários processos de extração tais como a destilação por vapor de água (originando os óleos essenciais e os hidrolatos), destilação de água, expressão ou prensagem a frio (dando origem às essências das cascas dos citrinos), extração por solvente e extração com dióxido de carbono (Coelho, 2009; Lindquist et al., 2014; L. Santos, 2022b; Tiran, 2016b).

No que concerne à sua composição, os OE não têm ácidos gordos nem vitaminas ou minerais, mas têm variados compostos químicos, como álcoois, ésteres, hidrocarbonetos, aldeídos, cetonas, óxidos terpénicos, fenóis, éteres fenólicos, entre outros, naturalmente produzidos e presentes nas plantas. São voláteis e lipossolúveis, o que quer dizer que não se dissolvem em água, mel ou açúcar, mas apenas noutras gorduras como os OV e as manteigas. Existem critérios para a escolha consciente dos OE puros de alta qualidade e precauções de base a ter na sua utilização, daí a importância do aconselhamento profissional (Smith, 2012; Maia, 2020; Santos, 2022).

As três vias mais utilizadas para usufruir dos benefícios dos OE são a via aromática, que atua no sistema límbico (responsável pela gestão emocional, entre outros), através da utilização de um difusor (passivo ou ativo), inalação direta do frasco ou numa bola de algodão; a via cutânea por aplicação na pele diluído em OV através de massagem ou aplicar na água do banho e a via interna, que só deve ser utilizada com supervisão de um Aromaterapeuta, uma vez que requer alguns cuidados com a sua ingestão (Santos, 2022; Sheppard-Hanger & Hanger, 2015; Walls, 2009).

A gravidez é muitas vezes um período de desconfortos físicos e alguma instabilidade emocional, sendo o momento ideal para proporcionar às grávidas, redução de stress e distúrbios

do sono, alívio de dor e desconfortos, elevação de humor e atenuar aspetos fisiológicos, patológicos e distúrbios psicológicos inerentes à gravidez, através da aromaterapia. Os OE atravessam a pele e as vias respiratórias, alcançam a via sistémica e o sistema nervoso da mulher e atravessam a barreira placentária. Não representa um motivo de preocupação para as mães se forem respeitadas as suas precauções de utilização (Smith, 2012; Festy, 2019; Santos, 2022; Tiran, 2016).

Assim, alguns princípios de administração dos OE na gravidez são: aconselhamento com um Aromaterapeuta profissional, evitar ao máximo a utilização nos primeiros três meses, utilização de sinergias com um máximo de três OE, diluídos até 1% (utilização regular) e com duração máxima de cinco dias (utilização pontual), adaptar a escolha dos OE consoante alergias e outros antecedentes médicos e proscrever os OE que são proibidos na gravidez por terem propriedades hemorrágicas (como a Sálvia Esclareia e o Cravinho) e neurotóxicas (Festy, 2019b; Tiran, 2016b).

2 – Métodos

Após a identificação da problemática, foi formulada a seguinte questão de investigação: Quais os benefícios da aromaterapia nos desconfortos da gravidez?

Devido à lacuna existente em investigação nesta temática, foi pertinente a realização desta *scoping review*, tendo por base as orientações do *Joanna Briggs Institute* que, segundo Peters et al. (2020) “(...) são usadas para mapear os principais conceitos que sustentam um campo de pesquisa, bem como para esclarecer as definições do trabalho e/ou os limites conceituais de um tópico, (...) podendo abordar um desses objetivos ou todos eles”.

2.1 - Estratégia de pesquisa

Com base na estratégia participantes, conceitos e contexto (PCC), foram incluídos estudos nesta *scoping review* em que os participantes são as mulheres grávidas; os conceitos são aromaterapia, OE, dosagem, duração do tratamento, via de administração, alívio de desconfortos, benefícios e gravidez; o contexto é a comunidade. A pesquisa foi realizada no dia 10 de outubro de 2022 nas bases de dados: MEDLINE, CINAHL, PubMed, Web of Science, Science Direct e na Biblioteca Virtual em Saúde em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas, utilizando os DECS “Aromatherapy” e “Pregnancy”, com recurso ao operador booleano “AND”, com a expressão de pesquisa “Aromatherapy AND Pregnancy”, selecionando a opção todos os campos, com aplicação dos limites de pesquisa de texto integral e nos idiomas inglês, português e espanhol, sem data limite (já que é um tema de investigação ainda pouco estudado).

2.2 - Seleção dos artigos e fontes de evidência

Após a pesquisa, todos os estudos foram agrupados no Rayyan (2022) e os duplicados foram removidos. Prosseguiu-se com a leitura dos títulos e resumos por dois revisores independentes para avaliação de acordo com os critérios de inclusão e exclusão (Tabela 1) para a *scoping review*.

Tabela 2 – Critérios de inclusão e de exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Mulheres com gravidez de baixo risco, sem complicações, primíparas ou múltiparas, com feto e mãe saudáveis, sem comorbilidades conhecidas ou riscos além do considerado habitual para uma gravidez;	Mulheres em trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato ou tardio;
Uso da Aromaterapia, com qualquer OE, em qualquer dosagem, duração ou via de administração para aliviar sintomas e queixas inerentes à gravidez.	Abordagem de TNC que não incluam a Aromaterapia.

De seguida, procedeu-se à leitura na íntegra dos artigos selecionados, avaliando-os detalhadamente de acordo com os critérios anteriormente descritos. Não houve qualquer divergência entre os dois revisores, ambos selecionaram os mesmos artigos. Na fase seguinte, realizou-se a avaliação crítica da qualidade dos artigos, passando por responder a questões-chave de “grelhas de análise” adequadas a cada tipo de estudo, segundo Bugalho e Carneiro (2004) e Joanna Briggs Institute (2020) (apêndice VII). Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão do estudo são apresentados no diagrama de fluxo de Itens de Relatório Preferenciais para Revisões Sistemáticas e Meta-análises para *scoping reviews* (PRISMA-ScR) seguinte (Figura 1).

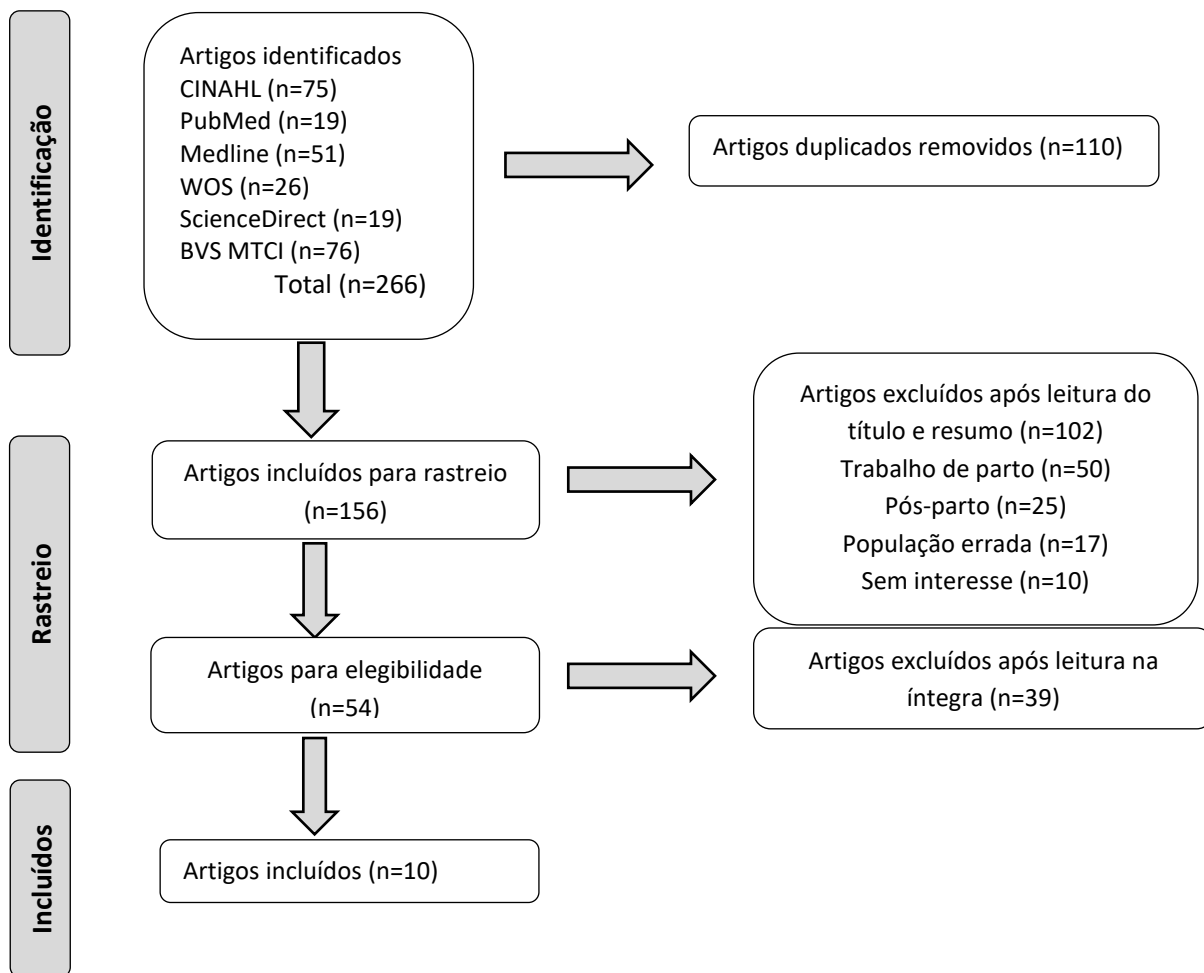


Figura 1 – Processo de seleção dos artigos incluídos na *scoping review*

Fonte: Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Lista de verificação e explicação. *Anais de Medicina Interna* 2018; 169(7): 467-473. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4688844/Appendix+11.2+PRISMA+ScR+Extension+Fillable+Checklist>.

3 – Resultados

Os dados foram extraídos dos artigos incluídos na *scoping review* por um revisor, usando uma ferramenta de extração (tabela) que inclui detalhes específicos de cada estudo: a identificação do artigo (nome do autor, ano, título e país), objetivo do estudo, metodologia, amostra, resultados e tipo de estudo, como discriminado na Tabela 3, constituindo-se um auxílio à análise e interpretação dos dados recolhidos. A cada artigo foi atribuído um número para posteriormente ser mais fácil citá-lo.

Tabela 3 – Resumo dos artigos incluídos na *scoping review*

Nº/autor/ano/título/país	Objetivo	Metodologia	Amostra	Resultados	Tipo de estudo/ Nível de evidência *
E1 Navarro-Angarita, A. M., Casas-Cárdenas, P. D., & López-Aguirre, J. P. (2021). “ <i>Uso de aromaterapia en gestantes: una revisión de la literatura</i> ” (Colombia).	Identificar os benefícios da aromaterapia na gravidez.	Artigos pesquisados nas bases de dados: Science Direct, Google Académico, EBSCO, PubMed, Gale Power Search, BASE e Proquest em inglês e espanhol.	50 artigos.	A Aromaterapia foi eficaz na diminuição de sintomas como náuseas, vômitos e dor, ajudando também a melhorar o sono e a diminuir a fadiga, na maioria das grávidas que participaram nos estudos.	Revisão Sistemática da Literatura (RSL) / 1b
E2 Safajou, F., Soltani, N., Taghizadeh, M., Amouzehi, Z., & Sandrou, M. (2020). “ <i>The Effect of combined inhalation aromatherapy with lemon and peppermint on nausea and vomiting of pregnancy: a double-</i>	Determinar os efeitos da inalação combinada dos OE de limão e hortelã-pimenta em grávidas com náuseas e vômitos durante a gravidez.	Realizada sinergia num roll-on de 10 ml a 10% com 5% do OE de limão e 5% do OE de hortelã-pimenta. Inalação de três gotas da sinergia numa bola de algodão, a 3 cm do nariz, quando sintomas presentes e aplicação de dois questionários: <i>24-hour Pregnancy Unique Quantization of Emesis (PUQE-</i>	90 grávidas com idade gestacional (IG) entre as seis e as 16 semanas que sofrem de náuseas e vômitos.	A combinação dos OE de limão e hortelã-pimenta pode reduzir as náuseas e vômitos (de intensidade leve ou moderada) durante a gravidez, sendo visto como um método económico e acessível. No entanto, não tem efeito na fadiga na mulher grávida com náuseas e vômitos.	Ensaio clínico randomizado duplo-cego / 1c

blind, randomized clinical trial”
(Irão).

24) e *Fatigue Severity Scale (FSS)*, antes e após a intervenção.

<p>E3</p> <p>Mohammadi, F., Maryam, M., Niazi, A., & Jamali, J. (2022). <i>“The impact of aromatherapy with citrus aurantium essential oil on sleep quality in pregnant women with sleep disorders: a randomized controlled clinical trial”</i> (Irão).</p>	<p>Investigar o impacto da utilização do OE <i>Petitgrain</i> (folha da laranja amarga) na qualidade do sono em grávidas com distúrbios do sono.</p>	<p>Dois grupos: um grupo que inalou cinco gotas do OE <i>Petitgrain</i> duas vezes por dia durante 20 minutos, ao longo de um mês, por máscaras faciais, e um grupo placebo (com as mesmas condições, mas sem o OE). Aplicação do <i>Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)</i>, <i>Pusswald Olfactory Dysfunction Questionnaires</i> e <i>Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)</i>, antes e após a intervenção.</p>	<p>68 grávidas entre as 28 e as 34 semanas de gestação com distúrbios do sono.</p>	<p>O OE de <i>Petitgrain</i> demonstrou melhoria em seis domínios associados ao sono: qualidade subjetiva, latência, duração, eficiência habitual, disfunção diurna e distúrbios do sono nas grávidas.</p>	<p>Ensaio clínico controlado randomizado / 1c</p>
<p>E4</p> <p>Afiat, M., Vahed, S. H. M., Yazdi, B. M., Ghazanfarpou, M., & Rezazadeh, M. B. (2022). <i>“Comparison of the effect of inhalation aromatherapy with rose and metoclopramide on anxiety and depression in women with pregnancy nausea and vomiting: a clinical trial”</i> (Austrália).</p>	<p>Comparar o efeito entre a inalação com OE de rosa damascena e a administração de metoclopramida na ansiedade e depressão, em mulheres grávidas com náuseas e vômitos.</p>	<p>Dois grupos distintos: um grupo de controlo inalou cinco gotas de OE de rosa damascena e ingeriu placebo durante cinco dias e nos cinco dias posteriores inalou o OE de rosa e ingeriu metoclopramida e o outro grupo iniciou o tratamento com OE de rosa damascena e metoclopramida e depois OE de rosa e placebo durante o mesmo período. Aplicação da <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> no início do tratamento, ao quinto dia e ao 10º dia.</p>	<p>40 grávidas com IG entre as sete e as 14 semanas com náuseas e vômitos.</p>	<p>O OE de rosa damascena apresentou maiores benefícios do que a metoclopramida nas mudanças de humor (sintomas de ansiedade e depressão) em grávidas com náuseas e vômitos.</p>	<p>Ensaio clínico cruzado randomizado / 1c</p>
<p>E5</p> <p>Ozgori, G., & Naz, M. S. G. (2018). <i>“Effects of complementary medicine on nausea and vomiting in pregnancy: a systematic review”</i> (Irão).</p>	<p>Avaliar a eficácia e a segurança de diferentes métodos não farmacológicos no alívio das náuseas e vômitos na gravidez.</p>	<p>Artigos pesquisados nas bases de dados: <i>MedLib</i>, <i>Magiran</i>, <i>Iran Medex</i>, <i>SID</i>, <i>PubMed</i>, <i>Scopus</i> e <i>Google Scholar</i> de 2000 a 2015.</p>	<p>31 artigos.</p>	<p>Os diferentes métodos não farmacológicos abordados têm efeito na redução de incidência das náuseas e vômitos durante a gravidez. No caso da aromaterapia, o OE de hortelã-pimenta não tem efeito nos sintomas anteriormente descritos, contrariamente ao OE de limão que se mostrou eficaz na redução destes sintomas.</p>	<p>RSL / 1a</p>

<p>E6</p> <p>Joulaeeraad, N., Ozgoli, G., Hajimehdipoor, H., Ghasemi, E., & Salehimoghaddam, F. (2018). <i>“Effect of aromatherapy with peppermint oil on the severity of nausea and vomiting in pregnancy: a single-blind, randomized, placebo-controlled trial”</i> (Irão).</p>	<p>Determinar o efeito da aromaterapia com OE de hortelã-pimenta em grávidas com náuseas e vômitos.</p>	<p>Dois grupos: um grupo de controlo que inalou cinco gotas de OE de hortelã-pimenta numa bola de algodão a 1 cm de distância do nariz, realizando três respirações profundas, quatro vezes ao dia e outro grupo com o mesmo procedimento, mas com placebo em vez de OE. Aplicação da PUQE no final de cada dia de intervenção.</p>	<p>56 grávidas entre as seis e as 20 semanas de gestação, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, com náuseas e vômitos classificados como leves a moderados.</p>	<p>Embora tenho havido um decréscimo na intensidade das náuseas e vômitos nas grávidas em estudo, em ambos os grupos, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois. Tais diferenças sugerem a possibilidade das náuseas e vômitos serem desencadeados por mecanismos neurológicos. Ambos os grupos estavam relaxados, ajudando a diminuir os sintomas, chegando à conclusão de que devemos empoderar as grávidas com técnicas de relaxamento para poderem diminuir estes sintomas.</p>	<p>Estudo simples-cego, randomizado, controlado por placebo / 1c</p>
<p>E7</p> <p>Kia, P. Y., Safajou, F., Shahnazi, M., & Nazemiyeh, H. (2014). <i>“The Effect of lemon inhalation aromatherapy on nausea and vomiting of pregnancy: a double-blinded, randomized, controlled clinical trial”</i> (Irão).</p>	<p>Determinar o efeito da inalação do OE de limão nas náuseas e vômitos durante a gravidez.</p>	<p>Dois grupos: um de intervenção, que inalou o OE de limão sempre que tinha náuseas ou vômitos e outro de controlo que inalou um placebo. As náuseas e vômitos, bem como a sua intensidade foram avaliadas antes da administração do OE e do placebo e durante os quatro dias de tratamento, através da utilização da PUQE-24.</p>	<p>100 grávidas com IG compreendida entre as 6 e as 16 semanas, com gravidez unifetal e com náuseas leves ou moderadas e com ou sem vômitos.</p>	<p>Existe uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos no que diz respeito aos scores da PUQE-24 no segundo e quarto dias, tendo sido inferiores no grupo de intervenção. A inalação do OE de limão tem efeito na redução das náuseas e vômitos em grávidas.</p>	<p>Ensaio clínico duplo-cego, randomizado e controlado / 1c</p>
<p>E8</p> <p>Shirazi, M., Mohebitabar, S., Bioos,S., Yekaninejad, M. S., Rahimi, R., Shahpiri, Z., Malekshahi,F., & Nejatbakhsh, F. (2016). <i>“The Effect of topical rosa damascene (rose) oil on pregnancy-</i></p>	<p>Avaliar a eficácia do OE de rosa damascena aplicado topicamente em grávidas com dor lombar desencadeada pela gravidez.</p>	<p>Três grupos: um que recebeu OE de rosa damascena topicamente (diluído com OV de amêndoas doces), um placebo (apenas com o OV) e um outro sem nenhuma intervenção. Os dois grupos com intervenção, aplicaram sete gotas topicamente sem realizar massagem, duas vezes por dia. Todos os grupos foram acompanhados durante quatro</p>	<p>120 grávidas com idades entre os 18-35 anos, com IG entre as 12 e as 33 semanas, com dor lombar desencadeada pela gravidez.</p>	<p>Houve uma diminuição significativa na intensidade da dor no grupo do OE em comparação com os restantes grupos. O OE de rosa damascena também melhorou a capacidade funcional nas atividades de vida diária das grávidas em contraste com o grupo que não obteve nenhuma intervenção, mas não apresenta melhorias significativas em comparação com o grupo do OV. Assim, o OE de rosa</p>	<p>Ensaio Controlado Randomizado Clínico (RCT) / 1c</p>

related low back pain: a randomized controlled clinical trial” (Irão).

semanas e avaliados pela *Visual Analogue Scale (VAS)* e pelo *Roland-Morris Disability Questionnaires (RMDQ)*.

damascena reduziu a intensidade da dor lombar na grávida, sem nenhum efeito adverso significativo.

E9

Amzajerdi, A., Keshavarz, M. Montazeri, A., & Bekhradi, R. (2019). *“Effect of mint aroma on nausea, vomiting and anxiety in pregnant women” (Irão).*

Determinar o efeito do OE hortelã-pimenta nas náuseas, vômitos e ansiedade em mulheres grávidas.

Dois grupos: um que inalou quatro gotas de OE de hortelã-pimenta numa bola de algodão a 20 cm do nariz e outro inalou, nas mesmas condições, um placebo (OV de sésamo), durante sete dias, duas vezes por dia. Aplicado o *Rhodes Nausea and Vomiting Index*, a *Spielberger Anxiety Inventory State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* e a *Maternal State Anxiety* antes e após a intervenção.

66 grávidas com idades compreendidas entre 15 e 34 anos de idade, com IG entre as 6 e 16 semanas, com náuseas e vômitos de intensidade leve a moderada.

Após a intervenção, houve diferença estatisticamente significativa na pontuação média geral do índice de *Rhodes*, mas não houve na pontuação média geral e na gravidade do estado de ansiedade materna. Em conclusão, o OE de hortelã-pimenta tem efeito na redução de náuseas e vômitos durante a gravidez, mas não apresenta nenhum efeito no estado de ansiedade materna.

Quase-Experimental / 2c

E10

Asih, F. R., Husin, F., Suwarsa, O., Fifianny, I., & Hilmanto, D. (2020). *“A randomized controlled trial of combination of peppermint, lavender, and turmeric oil for antipruritic agent in pregnant women” (Indonésia).*

Avaliar o efeito da sinergia com OE de hortelã-pimenta, lavanda verdadeira e açafreão na redução do prurido em grávidas.

Dois grupos: um de controlo em que foi administrado placebo e o de tratamento com a aplicação da sinergia na região afetada. Em ambos, foi aplicado duas vezes por dia após o banho, durante duas semanas. Avaliação através da VAS.

57 grávidas, com gravidez unifetal, entre as 25-38 semanas de gestação com prurido.

A redução do prurido foi maior nas gestantes do grupo de tratamento, comparativamente com o grupo de placebo. As que não receberam a mistura de OE tiveram um risco seis vezes superior de experienciar novamente este sintoma. Em suma, a aplicação da sinergia topicamente para tratar o prurido nas grávidas tem efeito positivo.

Ensaio clínico randomizado simples / 1c

Após descrição detalhada dos artigos na tabela anterior, constatou-se que a maioria dos estudos foram realizados no continente asiático (oito artigos) e os restantes, um na América do Sul e outro na Austrália. Quanto ao espaço temporal, os estudos incluídos são dos últimos oito anos, sendo que oito deles são dos últimos quatro anos, demonstrando assim que é uma temática recente, sendo que o primeiro artigo encontrado na pesquisa datava de 1996.

A maioria dos estudos analisados demonstrou existirem benefícios na utilização da aromaterapia em mulheres grávidas, através da via aromática ou tópica, com desconfortos associados à gravidez, sendo que apenas dois estudos, E5 e E6, chegaram à conclusão de que um OE específico não traria benefícios para o desconforto estudado.

4 – Discussão

A posteriori, e para melhor compreensão dos resultados apresentados e respetiva discussão, foram agrupados temas emergentes que se constituíram essenciais para a realização desta *scoping review* (Tabela 4).

Tabela 4 – Temas emergentes dos estudos incluídos nesta *scoping review*.

Temas emergentes	Artigos
Náuseas e vômitos na gravidez	E1, E2, E5, E6, E7, E9
Lombalgias na gravidez	E1, E8
Distúrbios do sono na gravidez	E1, E3
Stress, ansiedade e fadiga na gravidez	E1, E2, E4, E9
Prurido na gravidez	E1, E10

Náuseas e vômitos na gravidez

Cerca de 70% das grávidas relatam náuseas e vômitos entre a quarta e a oitava semanas de gestação, sendo que apenas 11-18% apresentam náuseas matinais, sendo estes sintomas os mais precoces e frequentes durante o estado gravídico. Não se sabe ao certo qual a sua fisiopatologia, mas ocorrem, muito provavelmente, devido à influência da gonadotrofina coriônica, segregada pela placenta, uma vez que a exacerbação destes sintomas coincide com os níveis séricos desta hormona. São mais prevalentes e severos na gravidez múltipla, molar e com polihidrâmnios e noutras patologias anteriores à gravidez (Néné et al., 2016; O'Reilly et al., 2008).

Dos estudos incluídos na *scoping review*, seis abordam benefícios da aromaterapia nas náuseas e vômitos durante a gravidez, maioritariamente no primeiro trimestre de gestação, sendo que apenas dois, o E5 e o E6, demonstraram que o OE de hortelã-pimenta não foi eficaz na redução destes sintomas. Neste último, chegam à conclusão de que estes sintomas podem ser desencadeados por mecanismos neurológicos e que o facto de as grávidas estarem relaxadas, pode ajudar a diminuir as náuseas e vômitos, sendo crucial empoderar as grávidas com técnicas de relaxamento com o intuito de diminuir estes sintomas. Paradoxalmente, o E1 e o E9 relatam

que existe benefício da sua aplicação nestes sintomas, tal como afirmam Tiran (2016) e Walls (2009), que descrevem que este OE tem propriedades antieméticas, ajuda na digestão e nas cólicas, sendo indicado para náuseas e vômitos durante a gravidez. Ressaltar ainda que Santos (2022) e Festy (2019) acrescentam que o OE de hortelã-pimenta não é recomendado na gravidez por ter propriedades abortivas.

Três dos artigos desta revisão, E1, E5 e E7, chegam à conclusão de que o OE de limão é efetivo no controlo destes sintomas, tal como corroboram Santos (2022) e Festy (2019) que referem que este OE é o eleito para mitigar este sintoma durante a gravidez, por ser antiemético e purificante, podendo ser usado através da via aromática, até três vezes por dia.

No E2, os autores afirmam que a combinação da inalação dos OE de hortelã-pimenta e de limão reduzem as náuseas e vômitos durante a gravidez, sendo um método económico, acessível e natural, para as grávidas relutantes em usar medicamentos alopáticos.

O OE de gengibre é abordado no E1, tanto isolado, como em combinação com o OE de lavanda, trazendo benefícios na diminuição ou mitigação destes sintomas, através da sua inalação, como comprovam Festy (2019), que refere a aplicação deste óleo tanto topicamente como aromáticamente e Walls (2009), que afirma que o OE de gengibre é eficaz na diminuição das náuseas e vômitos na gravidez.

Lombalgias na gravidez

Cerca de 40-60% das mulheres grávidas sofrem de lombalgias durante a gravidez, que ocorrem devido ao relaxamento dos ligamentos dorsais de suporte, induzido pelo aumento dos níveis de progesterona, e à modificação do centro de gravidade para compensar o aumento de peso na região abdominal, intensificando a curvatura lombar (Néné et al., 2016; O'Reilly et al., 2008).

De acordo com E1 e E8, a massagem com OE de lavanda verdadeira e rosa damascena, respetivamente, demonstrou uma redução nas lombalgias das parturientes. Para Santos (2022), a aplicação do OE de lavanda verdadeira, diluído com um OV, na zona da dor, traz benefícios para a grávida, já que este OE é relaxante e analgésico. Tiran (2016) reforça que além do OE de lavanda verdadeira, o de rosa damascena é benéfico para as lombalgias através da sua aplicação tópica em massagem.

Distúrbios do sono na gravidez

Particularmente no terceiro trimestre, a mulher vivencia alguma dificuldade em dormir devido ao desconforto posicional, ao aumento do volume abdominal causado pelo útero, aos

movimentos fetais, às câibras musculares, ao aumento da frequência urinária ou às lombalgias (Lowdermilk & Perry, 2009; Néné et al., 2016).

Segundo os estudos E1 e E3, a aromaterapia demonstrou melhoria na qualidade do sono nas grávidas, com a utilização dos óleos essenciais de lavanda verdadeira, mandarina, limão, bergamota, laranja e *petitgrain*. Tiran (2016) corrobora com os autores mencionados anteriormente, afirmando que os OE indicados para as insónias são o de lavanda verdadeira, bergamota e tangerina. Walls (2009) reforça que os óleos de lavanda, *ylang ylang* e sândalo, através da via aromática ou aplicação tópica, são os de eleição para as insónias na gravidez. Festy (2019) acrescenta ainda o OE de *petitgrain* como eficaz nas insónias.

Stress, ansiedade e fadiga na gravidez

A fadiga é um dos desconfortos mais comuns no início da gravidez que pode ser provocada pelo aumento dos níveis de estrogénio, progesterona e gonadotrofina coriónica humana ou pela elevação da temperatura corporal basal. A ansiedade ocorre maioritariamente no terceiro trimestre devido aos ajustes hormonais e metabólicos, aos sentimentos de dificuldade do trabalho de parto, parto e parentalidade (Lowdermilk & Perry, 2009; Néné et al., 2016).

No E2, os autores do estudo afirmam que a inalação de uma sinergia com OE de limão e hortelã-pimenta não tem efeito na diminuição da fadiga em mulheres grávidas com náuseas e vômitos. O OE de hortelã-pimenta também não foi eficaz na redução da ansiedade em mulheres grávidas com náuseas e vômitos, como apresentado no E9. Nos estudos E1 e E4 são referidos os benefícios da aromaterapia no combate ao stress, fadiga e ansiedade através da utilização dos óleos de lavanda verdadeira e rosa damascena, sendo que no E4 o estudo foi realizado em grávidas com náuseas e vômitos. Em ambos os estudos houve uma redução destes sintomas, sendo que no segundo abordam ainda uma diminuição da depressão durante a gravidez.

Santos (2022) e Festy (2019) corroboram o anteriormente mencionado, afirmando que o OE de lavanda verdadeira, através da sua aplicação tópica (na região frontal, temporal e pulsos) e aromática, ajuda na diminuição destes sintomas. A segunda autora acrescenta ainda o OE de rosa damascena como sendo um excelente óleo para a depressão e outros desequilíbrios nervosos, através da via olfativa. Tiran (2016) reforça a utilização em massagem de uma sinergia com alguns OE como rosa damascena, pimenta preta, cipreste, eucalipto, hortelã-pimenta e menta verde para reduzir o stress, ansiedade, medo e tensão.

Prurido na gravidez

Um outro desconforto associado à gravidez é o prurido, predominantemente na região abdominal e com causa desconhecida. Manifesta-se de forma não-papular ou com agregação de pápulas pruriginosas e origina o aparecimento de estrias, onde ocorre a distensão da pele que leva à inflamação dos tecidos e à rutura das fibras elásticas e de colagénio (Lowdermilk & Perry, 2009; Néné et al., 2016; O'Reilly et al., 2008).

Dois dos estudos, E1 e E10, abordam a eficácia do uso dos OE na redução do prurido durante a gravidez, através da inalação do OE de hortelã-pimenta e através da realização de uma sinergia para aplicar na região afetada com OE de hortelã-pimenta, lavanda verdadeira e açafraão, respetivamente, obtendo em ambos um resultado positivo na redução do prurido nas grávidas.

O OE de lavanda verdadeira é um ótimo cicatrizante e calmante que ajuda a aliviar o prurido realizando uma massagem na zona afetada com óleo de coco fracionado ou OV de amêndoas doces (Festy, 2019b; L. Santos, 2022b). Já Tiran (2016) certifica que o OE de hortelã-pimenta, menta verde e de camomila romana são eficazes neste desconforto abordado anteriormente. No que concerne ao OE de açafraão este tem propriedades analgésicas e anti-inflamatórias, sendo indicado para alterações na pele (Modern Essentials Manual, 2018).

Conclusão

Com o término desta *scoping review*, e através da bibliografia encontrada, foi possível obter resposta à problemática em estudo, atingindo o objetivo inicialmente delineado. Assim, verificou-se que existem inúmeros benefícios na utilização da aromaterapia nos desconfortos existentes durante a gravidez como náuseas e vômitos, distúrbios do sono, prurido, lombalgias, stress, ansiedade e fadiga.

A aromaterapia é sem dúvida, uma ótima terapia complementar e integrativa que ajuda a mulher grávida, de forma natural, a vivenciar o período de gravidez de uma forma mais positiva, evitando o recurso a medicação alopática ou diminuindo a sua utilização.

É essencial o uso seguro dos OE durante esta fase da vida das mulheres, garantindo que estas têm conhecimentos suficientes acerca da sua utilização ou de preferência, serem orientadas por um aromaterapeuta profissional, já que existem precauções de utilização específicas durante o estado gravídico. A escolha do OE varia em função do sintoma presente, devendo sempre privilegiar-se o seu uso aromático ou através da via tópica, evitando a ingestão. De realçar que se deve evitar o seu uso nos primeiros três meses de gestação já que é uma fase crucial e de grande desenvolvimento do feto.

No entanto, há que salientar que ainda existem poucos estudos científicos e bibliografia fidedigna acerca desta temática, existindo por vezes alguma dificuldade em encontrar bibliografia para corroborar os artigos científicos incluídos nesta *scoping review*.

Neste sentido, a aromaterapia na gravidez é um tema que necessita de mais investigação e profissionais certificados que possam ajudar as grávidas no uso dos OE. Enquanto profissional de saúde e futura EEESMO e, atendendo às conclusões dos artigos analisados, é de extrema importância que os profissionais de saúde apostem na sua formação nesta terapia complementar, no sentido de darem a conhecer às grávidas as vantagens e os benefícios que advêm desta prática, bem como o seu uso seguro.

Uma vez que a pesquisa já tinha sido realizada há cerca de um ano, e mais estudos podiam ter sido publicados ao longo deste ano, procedeu-se a uma nova pesquisa a quatro de dezembro de 2023, com o intuito de procurar novas evidências científicas. A pesquisa foi realizada nas mesmas bases de dados e com os mesmos DECS, o mesmo operador booleano, os mesmos limites de pesquisa, e publicados após o dia 10 de outubro de 2022 até ao dia da pesquisa, obtendo no total 47 estudos, que, após a leitura dos títulos e abstrato, apenas ficaram três estudos para ler na íntegra.

Após leitura destes três artigos na íntegra, um foi rejeitado uma vez que não respondia à questão de investigação, ao invés dos restantes dois, que foram incluídos, o E11 e o E12.

O E11 tem como título “*The Effects of Citrus aurantium and Lavender Aromas on Nausea and Vomiting of pregnancy in Nulliparous Pregnant Women: A Randomized Clinical Trial*”, realizado por **Alikamali, M., Tadayonfar, F., Salarfard, M., Emadi, S. F.** em 2023 no Irão, com o objetivo comparar o efeito do OE de laranja e lavanda nas náuseas e vômitos durante a gravidez, a 165 nulíparas que sofrem com náuseas e vômitos. Quanto à metodologia, foram constituídos três grupos com 55 grávidas cada: um que recebeu OE de lavanda, outro OE de laranja e outro placebo. OS OE foram inalados durante quatro dias quando sentiam náuseas e de seguida foi aplicado o Rhodes Index of náusea, vomiting and retching (RINVR). Como resultados, chegaram à conclusão de que os OE de lavanda e laranja foram eficazes na redução das náuseas e vômitos e enfermeiros e enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica devem recomendar as grávidas a usarem estes OE para aliviar estes desconfortos. Tal como corroboram Festy (2019) e Tiran (2016) ao afirmarem que ambos os OE são antieméticos, podendo ser usados através da via aromática e até mesma na ingestão.

No outro estudo, E12, realizado por **Anggraini, F. D., Abidah, S. N., Rahayu, E. P., Nisa, F.** na Indonésia em 2022, intitulado de “*Effect of aromatherapy blend essential oils (lemongrass and lemon) on sleep quality in pregnant women’s third trimester*”, os autores examinaram o impacto da difusão de OE de limão e capim-limão na qualidade do sono e nos níveis de ansiedade em 48 mulheres grávidas no terceiro trimestre, através da difusão de um blend com OE de limão e de capim-limão duas vezes seguidas a cada duas horas antes da noite, durante sete dias e, aplicação do *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)* antes e após a utilização dos OE. Concluíram que a inalação do blend de OE de limão e capim-limão melhora a qualidade do sono das gestantes em estudo, sentindo-se relaxadas, confortáveis e com um sono melhor. Para os profissionais de saúde esta técnica pode ser uma das opções práticas de terapias não farmacológicas para diminuir o desconforto durante a gravidez. Tiran (2016) corrobora com os achados do estudo anterior, afirmando que todos os OE cítricos, ajudam no stress, ansiedade e medos, sendo um ótimo OE para colmatar estes sintomas e ajudar na qualidade do sono.

Estudo 2 – Impacto da aplicação da aromaterapia na gravidez

1 – Justificação do tema

Uma experiência de gravidez positiva, segundo a OMS, implica a sua vivência física e sociocultural dentro da normalidade, pressupõe uma gravidez saudável para a mãe e filho, com acesso aos cuidados de saúde, uma transição eficaz para o processo do parto e uma maternidade positiva, que inclui a autoestima, competência e autonomia materna (Organização Mundial de Saúde, 2016). Acrescenta ainda que os cuidados pré-natais e a assistência ao parto assumem um papel primordial e indispensável para que seja potenciado um desfecho positivo da gravidez e que a experiência das mulheres é essencial para melhorar estas áreas de assistência, criando assim, famílias e comunidades saudáveis.

Uma das competências específicas do EEESMO, descrita anteriormente, é cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal (Decreto de Lei n.º 391/2019, 2019c), sendo os EEESMO os profissionais de saúde mais capacitados para proporcionarem uma experiência positiva de gravidez à mulher e casal, influenciando assim, não só o futuro de cada mulher em particular e família, como de toda a comunidade futura.

Assim, nesta perspetiva, e após mapeamento da evidência científica acerca da aromaterapia na gravidez, chegou-se à conclusão de que, apesar de existirem benefícios com o uso da aromaterapia nos diversos desconfortos inerentes à gravidez, existem ainda poucos estudos que os comprovem, principalmente em Portugal. Neste sentido, e devido à crescente implementação desta terapia durante a gravidez, tornou-se pertinente a realização de um estudo de investigação que permitiu compreender a existência de benefícios na utilização da aromaterapia nos diversos desconfortos da gravidez e qual o impacto que esta terapia teve durante a sua aplicação nesta fase.

Ao permitir compreender o impacto que a aromaterapia apresentou durante a gravidez, esta investigação poderá contribuir para a adequação dos cuidados especializados obstétricos prestados às gestantes, traduzindo-se em ganhos em cuidados de saúde durante a gravidez, com enfoque nos diversos desconfortos associados a este período.

O presente estudo intitulado de “Impacto da aplicação da aromaterapia na gravidez”, apresenta-se como resultado de uma investigação qualitativa, com abordagem fenomenológica hermenêutica. Neste capítulo são elucidadas todas as fases de investigação empírica desenvolvida.

2 – Métodos e participantes

A investigação qualitativa tem como singularidade a extensão do saber e a sua profundidade acerca de um determinado acontecimento, levando à construção de novos conhecimentos. “Caracteriza-se por ser mais do tipo compreensivo e interpretativo de fenómenos ou situações particulares, construtivista, de carácter intensivo e em profundidade, do tipo indutivo, com uma abordagem mais naturalista e ecológica”. (Higa et al., 2021)

O investigador que utiliza o método qualitativo centra-se na compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo, observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los, sendo o objetivo primordial a descrição e a interpretação, ao invés da avaliação (Fortin et al., 2003a).

A evolução da investigação qualitativa abre portas a que se possa conhecer em maior profundidade os fenómenos de transição e adaptação aos processos de saúde/doença, o que por sua vez se traduz em maior qualidade nos cuidados prestados, e maior literacia e corresponsabilização nos processos de saúde de cada um. Este processo de transformação, desperta o interesse e a criatividade por parte dos investigadores, e aproxima o conhecimento produzido pelos profissionais de saúde e pelos seus clientes.

As etapas da investigação qualitativa são, essencialmente seis: a formulação de um problema geral de investigação; o enunciado de questões pertinentes que permitam descrever o fenómeno e elaborar o conceito; a escolha do(s) método(s) de colheita de dados; a escolha de um contexto social e de uma população, a colheita de dados e a sua análise, através da descrição detalhada dos acontecimentos relatados; elaboração de hipóteses interpretativas, dando um significado à situação e a reformulação do problema, das questões ou modificações e a integração do conceito à medida que se agregam novos dados (Fortin et al., 2003b).

Assim, o presente estudo apresenta-se como o resultado de uma investigação qualitativa do tipo descritivo simples com abordagem fenomenológica.

Um estudo descritivo simples compreende uma descrição simples de um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, por forma a determinar as características desta população ou de uma amostra desta. Estes estudos compreendem a descrição do fenómeno em estudo, a especificação dos conceitos e a elaboração de um quadro conceptual que defina a perspectiva do estudo, servindo de ligação entre os conceitos e a sua descrição, encaminhando a uma interpretação dos resultados do estudo (Duhamel & Fortin, 2003).

A fenomenologia tem como propósito compreender de forma detalhada o significado da experiência quotidiana do ser humano, a experiência vivida, distanciando-se das restantes

ciências humanas no sentido em que procura obter a descrição dessas experiências, isenta de interpretações teóricas, preconceitos ou suposições. Traduz-se em questionar a forma como vivemos e conhecemos o mundo como seres humanos, é cuidar, na medida em que queremos saber o que é essencial para nós (Van Manen, 2017).

Portanto, o autor supracitado afirma que qualquer experiência vivida ou fenómeno, pode ser um tópico para a investigação fenomenológica, sendo o desafio primordial, recuperar os significados vividos desse momento sem objetivar esses significados em temas positivistas, conceitos higienizados, descrições objetivadas ou teorias abstratas. Consiste em trazer à nossa consciência, retrospectivamente, alguma experiência vivida para podermos refletir fenomenologicamente acerca do sentido vivo dessa experiência.

Para a realização deste estudo, a investigadora optámos pela técnica da análise de conteúdos defendida por Laurence Bardin. Nesse sentido, a análise de conteúdo é entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem as inferências de conhecimentos relativos de condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Sousa & Santos, 2020). É compreendida como um conjunto de instrumentos metodológicos, em constante aperfeiçoamento, que tem como intuito analisar diferentes conteúdos, sejam eles verbais ou não-verbais, através da sistematização de métodos empregados numa análise de dados.

Segundo Bardin (2016), para a organização da análise de conteúdo, existem três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, que são explanados de seguida.

2.1 - Pré-análise

A pré-análise consiste na organização de uma maneira geral, correspondendo a um período de intuições, tendo por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, por forma a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Esta primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final (Bardin, 2016b).

Assim, numa fase inicial da investigação, foi enviado um formulário para submissão de pedidos de parecer da Comissão de Ética (apêndice X) relativos ao estudo em causa, tendo sido

aprovado com o número 09/SUB/2023 a 14 de março de 2023, pela Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (apêndice XI).

2.1.1 Instrumento de recolha de dados

Como instrumento de recolha de dados optámos por uma entrevista semiestruturada (apêndice VIII), que decorreram entre os dias 15 de junho de 2023 e 12 de julho do mesmo ano, em formato online através da plataforma Zoom, uma vez que as entrevistadas eram de diversas zonas do país sendo complicado a sua realização presencial.

As entrevistas semiestruturadas têm como finalidade obter informação sobre um determinado tema ou assunto, através de uma conversa, formal ou informal, planeada e estruturada por um guião, que combinam perguntas abertas e fechadas (Sousa & Santos, 2020). Optámos por uma amostragem não probabilística, onde a seleção de cada elemento tem diferentes probabilidades de ser escolhido para formar a amostra, mais concretamente a amostragem por redes ou em bola de neve. Esta técnica consiste em escolher sujeitos que seriam difíceis de encontrar de outra forma, e que o investigador, ao encontrar pessoas que satisfaçam os critérios escolhidos, pede-lhes que identifiquem outras com características semelhantes. (Fortin, 2003)

Toda a informação recolhida foi sujeita a anonimização, não dispondo de elementos de identificação pessoal, sendo assegurado o tratamento confidencial dos dados. Foi fornecido um consentimento informado (apêndice IX), a cada participante da investigação em causa e solicitada a sua leitura, análise e respetiva autorização em como autoriza a participação no estudo, comprometendo-nos a salvaguardar a anonimização e confidencialidade de todos os dados recolhidos, que são utilizados exclusivamente para a investigação. Todas as mulheres foram esclarecidas acerca destes procedimentos, bem como do carácter exclusivamente voluntário da sua participação e da possibilidade de desistência da mesma, em qualquer fase do processo, sem nenhum constrangimento ou penalização para si.

A entrevista semiestruturada foi dividida em quatro dimensões:

Dimensão I – Caracterização sociodemográfica e profissional, com cinco questões sobre a nacionalidade, idade, estado civil, habilitações literárias e profissão.

Dimensão II – Dados obstétricos, com cinco questões sobre os dados GTPAV, idade da mãe na(s) gravidez(es), local de vigilância da(s) gravidez(es), data dos(s) parto(s) e gravidez(es) de risco (sim ou não).

Dimensão III - Utilização da aromaterapia, com cinco questões de resposta aberta: o que significa a aromaterapia e se tem alguma formação ou certificação em aromaterapia, se já recorreu à aromaterapia e há quanto tempo, se foi aconselhada por alguém e se essa pessoa tem alguma formação ou certificação em aromaterapia, se atualmente utiliza a aromaterapia e que impacto teve na sua vida/ o que mudou, e se durante as aulas de preparação para o parto ou noutro contexto de cuidados de saúde algum profissional abordou o uso da aromaterapia na gravidez.

Dimensão IV – Aromaterapia na gravidez, com 12 questões se utilizou a aromaterapia durante a gravidez e porque escolheu esta terapia, as expectativas/objetivos da utilização, os desconfortos apresentados na gravidez, os óleos essenciais usados e a forma de utilização, os resultados obtidos, efeitos adversos, se houve necessidade de recorrer à terapia alopática, se partilhou a experiência com algum profissional de saúde, se voltaria a utilizar e se recomendaria a outras mulheres grávidas.

2.1.2 – Questão de investigação e respetivos objetivos

Após a realização de todas as entrevistas, procedemos à sua transcrição na íntegra para o Word, constituindo-se assim, como o corpo da pesquisa.

Procedemos a uma leitura flutuante de todas as entrevistas que integram o estudo, obedecendo às regras de exaustividade (esgotar a totalidade da comunicação, sem omitir nada); representatividade (a amostra deve representar o universo); homogeneidade (os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes); pertinência (os documentos precisam de adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa) e exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria) enunciadas por Bardin (2016b).

De seguida, foram traçados os objetivos, analisar os benefícios da aplicação da aromaterapia durante a gravidez e identificar o impacto que a aromaterapia teve durante a gravidez, e a questão de investigação: Existe impacto na aplicação da aromaterapia durante a gravidez?

A questão de investigação é sem dúvida o centro de qualquer investigação. O investigador tem que definir o que pretende fazer, conhecer a realidade em extensão ou profundidade, observar e mesmo intervir, sendo o tempo dedicado à definição e clarificação da questão de investigação sempre bem empregue, uma vez que nem todas as perguntas são questões de investigação. De ressaltar ainda que o tipo de questão de investigação, ou seja, o

modo como a realidade é questionada pelo investigador vai determinar a metodologia a seguir, bem como os objetivos. (Higa et al., 2021)

2.1.3 - Caraterização das entrevistadas

A presente investigação teve por base os testemunhos de 11 entrevistadas, do género feminino, que utilizaram a aromaterapia durante a gravidez nos últimos cinco anos, em qualquer região do país. Para garantir o anonimato de todos os participantes, cada mulher é identificada pela letra “E” de entrevistada, seguido do número da entrevista realizada, numa lógica cronológica.

Todas as participantes são de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 30 e os 44 anos, com uma média de idades de 38 anos, sendo apenas uma solteira e as restantes casadas ou em união de facto, como descrito na tabela 5. Quanto às habilitações literárias, duas têm o 12º ano de escolaridade, cinco licenciatura e quatro mestrado, havendo sete entrevistadas que são da área da saúde (quatro enfermeiras, uma técnica superior de laboratório, uma técnica auxiliar de farmácia e uma psicomotricista) e as restantes quatro de diversas profissões (engenheira mecânica, instrutora de pilates e yoga, escriturária e advogada).

Tabela 5: Caraterização sociodemográfica e profissional das entrevistadas

Variáveis	N
Nacionalidade	
Portuguesa	11
Idade	
30-37 anos	4
38-45 anos	7
Estado Civil	
Casada/União de Facto	10
Solteira	1
Habilitações Literárias	
12º ano	2
Licenciatura	5
Mestrado	4
Profissão	

Enfermeira	4
Técnica superior de laboratório	1
Técnica auxiliar de farmácia	1
Psicomotricista	1
Engenheira mecânica e Doula	1
Instrutora de pilates e Yoga	1
Escriturária	1
Advogada	1

Todas as participantes têm, pelo menos um filho vivo, sendo que três têm um filho, quatro têm dois filhos e quatro têm três filhos. A data do último parto foi nos últimos três anos, cinco no ano de 2020, três no ano de 2021 e três no ano 2022. Destas gravidezes, nas quais as entrevistadas usaram a aromaterapia, quatro foram de risco e as restantes sete foram gravidezes de baixo risco, como enunciado na tabela 6.

Tabela 6: Dados obstétricos

Variáveis	N
GTPAV	
1,1,0,0,1	2
1,0,2,0,2	1
2,1,0,1,1	1
2,2,0,0,2	1
2,1,1,0,2	1
3,3,0,0,3	3
3,0,3,0,3	1
5,2,1,2,2	1
Data do último parto	
2020	5
2021	3
2022	3
Gravidez de risco	
Sim	4
Não	7

Quanto ao uso da aromaterapia, todas as entrevistadas do estudo já usavam a aromaterapia antes da gravidez, exceto duas que iniciaram o seu uso apenas durante a gravidez.

Seis das mulheres, utilizam a aromaterapia há menos de cinco anos e as restantes cinco há mais de cinco anos. As participantes recorrem a esta terapia natural e integrativa de forma segura, sendo que duas têm formação profissional certificada, duas recorrem a uma aromaterapeuta profissional e as restantes sete fazem formações variadas, nomeadamente, formações online e cursos presenciais com aromaterapeutas, tal como descrito na tabela 7.

Tabela 7: Uso da aromaterapia

Variáveis	N
Início do uso da aromaterapia	
Há menos de 5 anos	6
Há mais de 5 anos	5
Formação ou certificação em aromaterapia	
Formação não certificada	7
Certificação profissional	2
Recorre a aromaterapeuta certificada	2

3 – Resultados

A fase seguinte é a exploração do material existente, com aplicação sistemática das decisões tomadas, consistindo em operações de codificação, decomposição ou enumeração.

A codificação é uma transformação, regida por regras precisas, dos dados em bruto do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão. É suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices. Esta fase compreende três escolhas: o recorte, escolha das unidades (unidade de registo, corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial; unidade de contexto, unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo); a enumeração, escolha das regras de contagem e a classificação e a agregação, escolha das categorias. (Bardin, 2016b)

Segundo o autor supracitado, a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto de diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género, com os critérios previamente definidos.

Assim, todos os dados foram analisados e categorizados com ajuda do software NVIVO versão 14 para melhor organização dos dados, tendo sido selecionadas frases e expressões que se constituíram como unidades de registo. Assegurou-se que estes procedimentos estavam em conformidade com a legislação nacional e da EU em vigor (Lei n.º 58/2019, Diário da República n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08; e Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados).

Inicialmente, decidimos verificar as palavras mais repetidas no material codificado, utilizando o software NVIVO 14. De modo a obter uma análise mais compreensível, optámos por eliminar algumas palavras da lista como pronomes, alguns tipos de advérbios e verbos que não se mostraram relevantes. Além disso, foram removidas palavras com frequência de 1. Os resultados estão apresentados na tabela 8, mostrando as 15 palavras mais repetidas.

Tabela 8: Frequência de palavras

Palavra	Extensão	Contagem	Percentual Ponderado (%)	Palavras similares
medicação	9	42	3,62	fármacos, medicação, medicada, medicamentos, medicamentosa, medicamentosas, medicamentoso, terapia, terapias, tratamento
gravidez	8	35	3,01	gravidez
óleos	5	24	2,07	óleos
uso	3	21	1,81	uso, utilização
conhecimento	12	19	1,64	conhecem, conhecido, conhecimento, conhecimentos, sabe, sabem, sabemos, sabendo, saber, sabia
natural	7	18	1,55	natural
preparação	10	14	1,21	formação, preparação, preparado, preparar
positivo	8	14	1,21	Positiva, positivo, positivos
recorrer	8	14	1,21	Recorrer, recorri, recorro
massagem	8	10	0,86	Massagem
corpo	5	9	0,78	Corpo
desconfortos	12	9	0,78	Desconforto, desconfortos
dor	3	9	0,78	Dor, dores, pesada
sintomas	8	9	0,78	Sintoma, sintomas
alternativa	11	7	0,60	Alternativa, escolha, opção

De acordo com a tabela anterior, as palavras com maior repetição do material codificado foi medicação (42), gravidez (35), óleos (24) e uso (21). Para demonstrar as palavras com maior frequência para a decisão das categorias e subcategorias, foi realizada uma nuvem de palavras representada na figura 2.

Figura 2: Nuvem de Palavras das categorias

Decorrente da categorização da qual fizeram parte três juízes independentes, emergiram cinco categorias centrais: utilização da aromaterapia, aromaterapia na gravidez, método aromaterapia, experiência vivida e percepção dos profissionais de saúde. Na utilização da aromaterapia identificaram-se duas subcategorias, significado da aromaterapia e impacto da aromaterapia; na aromaterapia na gravidez emergiram cinco subcategorias, motivos que levaram ao uso da aromaterapia na gravidez, expectativas da utilização da aromaterapia, desconfortos experienciados durante a gravidez e preparação para o parto; método aromaterapia comporta duas subcategorias, as ferramentas da aromaterapia e a via de administração; na experiência vivida emergiram as seguintes subcategorias resultados obtidos, efeitos adversos, outra medicação e sugestões para outras grávidas; finalmente, na categoria percepção dos profissionais de saúde as subcategorias identificadas foram durante a gravidez e após a gravidez. Na figura seguinte está demonstrado o peso de cada subcategoria face ao número de referências e na tabela 9 as referências textuais.

Figura 3: Peso de cada subcategoria face ao número de referências



Tabela 9: Categorização e referências textuais

Categorias e Subcategorias	Exemplos de Referências Textuais	
Utilização da aromaterapia	Significado da aromaterapia	“(…) para mim é muito como quase que um, um estilo de vida” (E1) “(…) mais do que tratar, significa prevenção!” (E5); “(…) é uma solução natural (…) para tratar alguns sintomas.” (E6); “(…) aromaterapia para mim é uma terapia que uso com os óleos, uso essencialmente ao nível de bem-estar(…)” (E10); “(…) uma mais-valia para muitas situações da nossa vida conjugada com outras terapias, com a medicina convencional. Eu acho que as duas em conjunto podem ajudar muito as pessoas (…)” (E11).
	Impacto da aromaterapia	“(…) senti que me deu qualidade de vida.” (E3); “Os OE dão muita energia ao corpo, mesmo nas horas que estamos mais cansadas, eles conseguem fazer com que a gente consiga buscar mais energia do nosso corpo, ou seja, eles estimulam o nosso corpo a funcionar.” (E4); “(…) acabei por diminuir muito os medicamentos que tinha em casa.” (E5), “(…) já não uso medicamentos e nada que fosse muito invasivo, para mim, fisicamente, então apoio-me na aromaterapia(…)” (E8).
Aromaterapia na gravidez	Motivos que levaram ao uso da aromaterapia na gravidez	“(…) os motivos que me levam sempre foram...para dormir melhor e para relaxamento.” (E2); “(…) eu na gravidez eu quis mesmo usar o mais natural possível (…)” (E5); “(…) para tentar evitar ao máximo os químicos que a gente utiliza no dia-a-dia, que infelizmente são cada vez mais (…)” (E9).
	Expectativas da utilização da aromaterapia	“(…) dormir melhor... foco para a preparação do parto (…)” (E2) “(…) no caso do 1º trimestre foi mais ultrapassar aqueles sintomas náuseas e enjoos (…)” (E3); “(…) consigo não recorrer a medicação para tratamento de alguma sintomatologia (…)” (E6); “(…) as minhas expectativas no geral foram estas que não houvesse qualquer alteração do desenvolvimento fetal.” (E8), “(…) a prevenção! Sobretudo a prevenção! Tanto a nível emocional, físico e patológico” (E9).
	Desconfortos experienciados durante a gravidez	“(…) a parte emocional mexe sempre muito connosco, nós estamos, começa a haver uma certa ansiedade (…)” (E1); “(…) problemas de insónia (…)” (E2); “(…) basicamente foram mesmo náuseas e enjoos (…)” (E3); “(…) sentia muitas dores ao nível da lombar” (E5); “(…) o cansaço... o cansaço mais físico (…)” (E7)
Método aromaterapia	Preparação para o parto	“(…) nas últimas semanas a partir das 39 semanas comecei a fazer um banho, dois ou três por semana (…)” (E3); “(…) comecei a fazer massagem no períneo com Manjerona para estimular o musculo (…)” (E4).
	Ferramentas da aromaterapia	“(…) diluía sempre os óleos nos pés e nas pernas para me ajudar a aliviar um bocadinho esses sintomas.” (E1); “(…) eu faço uma diluição com óleo de amêndoas doces ou óleo de coco e aplico (…)” (E2) “(…) durante a gravidez só utilizei mesmo óleo vegetal.” (E5); “(…) também usei o hidrolato de camomila (…)” (E6)
Via de administração	“(…) ingeria o Limão com Geleia de Agave.” (E4); “(…)umas gotas no punho e inalado e na região lombar com massagem.” (E6), “(…) através do inalador... e usava em roll-on (…)” (E8), “(…) através do difusor, aromático... a nível passivo, como por exemplo um disco de algodão ao pé da almofada onde pingava uma gota de cada... a diluição que faia era por aplicação tópica.” (E9)	

Experiência vivida	Resultados obtidos	“(…) fiquei satisfeita, claro que sim!” (E1); “Eu resolvi tudo com óleos essenciais, todos os meus desconfortos na gravidez(…)” (E2); “(…) eu tinha sintomas na gravidez e consegui de forma natural ultrapassar (…);” (E3) “(…) muito positivo, aconselho vivamente a quem possa usar é, é uma mais-valia, mesmo, muito bom.” (E4); “(…) sim, tive porque não necessitei de recorrer a medicação para resolver estes desconfortos (…)” (E9).
	Efeitos adversos	“(…) nenhum, só dependência, boa, dependência boa” (E2); “(…) não, só efeitos benéficos, a nível de saúde, sempre efeitos benéficos.” (E4)
	Outra medicação	“(…) medicação não tomei nada, o que eu fazia era terapia, ou seja, homeopatia ou utilização de acupuntura. Isso sim, mas isso também está ligado com o meu, a minha questão pessoal, que é a parte psicológica” (E4). “(…) não, na gravidez não recorri de todo” (E7); “(…) havia alturas em que, por exemplo eu conseguia controlar os enjoos só com o óleo essencial, havia outras alturas em que estava mais difícil e tinha de tomar medicação, então eu conseguia realmente usar os fármacos só em SOS” (E8); “(…) não, não tive necessidade (…)” (E9).
	Sugestões para outras grávidas	“(…) eu aconselho, diariamente(…)” (E2), “(…) mas especialmente nesta fase que se informem com aromaterapeutas. Acho que é muito importante.” (E3); “(…)aconselho às minhas grávidas todas (…)” (E8); “(…) continuo a fazer essa parte também de aconselhar (…)” (E10).
Perceção dos profissionais de saúde	Durante a gravidez	“(…) nunca ninguém me abordou esse tema. Fui eu até inclusive que abordei. E até em diversas consultas, tanto com médicos como com colegas, mas sinceramente o feedback foi nulo.” (E2); “(…) na altura ninguém me abordou a questão da aromaterapia.” (E7); “(…) tanto o pediatra e na terceira já foi colegas de profissão, perto de mim que sempre me recomendaram e auxiliaram nesse sentido (…)” (E9); “Nas aulas de preparação para o parto porque a proprietária de onde eu fiz as aulas de preparação para o parto também tem conhecimento de aromaterapia.” (E11).
	Após a gravidez	“(…) partilhei, mas foi visto assim com alguma indiferença (…)” (E1); “(…) sim, partilhei com vários profissionais de saúde, curiosamente alguns deles depois posteriormente fizeram formação comigo para poderem implementar a aromaterapia nas grávidas que acompanham.” (E5); “(…) as pessoas com quem eu falo e que estão à minha volta também já conhecem a aromaterapia e também têm uma visão positiva da aromaterapia.” (E8); “(…) as pessoas estão um bocadinho apreensivas, mas cada vez mais sinto que há abertura, pronto, as pessoas têm mais interesse, têm conhecimento embora tenham receio (…)” (E9); “(…) estão super céticos (…)” (E6).

Na categoria uso da aromaterapia, nove das mulheres entrevistadas iniciaram o uso desta terapia antes da gravidez e as restantes duas apenas durante a gravidez. Todas elas escolheram a aromaterapia uma vez que é uma terapia natural e complementar que lhes traz bem-estar físico e mental, ajuda na prevenção de doenças/sintomas, no tratamento de alguns sintomas, evitando a medicação química. No que diz respeito à aromaterapia na gravidez, o alívio dos desconfortos inerentes a esta fase, foi o maior motivo que as levou a usar a aromaterapia, pensando sempre no seu bem-estar e no normal desenvolvimento do feto. Também referiram que os óleos essenciais e os óleos vegetais foram a primeira escolha quanto às ferramentas utilizadas, bem como as vias aromática e tópica. Quanto à experiência vivida houve um consenso em relação aos resultados positivos e ao facto de não terem apresentado efeitos adversos, havendo abertura para aconselharem outras grávidas a usufruírem dos benefícios da aromaterapia durante a

gravidez. Relativamente à última categoria, percepção dos profissionais de saúde, foi descrito que ainda existe uma descredibilização em relação a este tema, tanto durante a gravidez como após a mesma. É um assunto que ainda não é muito abordado, nem nas consultas de vigilância pré-natal, nem nas sessões de preparação para o parto ou noutro contexto de saúde.

De seguida apresentamos a discussão dos resultados obtidos, organizada por subcategorias, e com enfoque nos achados com maior expressão entre as participantes do estudo, analisando a convergência ou divergência destes resultados com a literatura disponível mais recente.

Utilização da aromaterapia

O significado atribuído pelas mulheres em relação à aromaterapia e o impacto que esta terapia teve nas suas vidas, demonstraram uma grande proximidade. Assim, foram vários os significados atribuídos, como o bem-estar “*Aromaterapia para mim é uma terapia que uso com os óleos, uso essencialmente ao nível de bem-estar (...)*” (E10), qualidade de vida “*senti que me deu qualidade de vida*” (E3) e “*melhoramos muito a nossa qualidade de vida (...)*” (E9), para muitas das mulheres acaba por se demonstrar um estilo de vida “*(...) para mim é muito como quase que um, um estilo de vida*” (E1), algo que já faz parte das suas rotinas do dia-a-dia “*(...) têm feito parte da minha rotina... eu uso em tudo.*” (E1). Santos (2022) corrobora com o mencionado anteriormente, afirmando que em Portugal a aromaterapia faz parte das rotinas de prevenção e promoção da saúde de milhares de portugueses, sendo cada vez mais a primeira opção quando se pensa em cuidados de saúde. Acrescenta ainda que os óleos essenciais são uma solução segura, eficaz e sustentável, fatores que as pessoas cada vez mais privilegiam.

Maia (2020) acrescenta que, recentemente o uso doméstico de óleos essenciais atingiu um novo auge, e aos poucos está também a conquistar mais destaque na prática clínica devido: às condições culturais e sociais mais vantajosas que permitem mais tempo de lazer; à atual moda ecológica que promove um maior contacto com os produtos naturais; à maior acessibilidade a diversos tipos de informação na internet que condenam o uso de certos químicos no dia a dia; às condições económicas que favorecem a automedicação; à desconfiança para com as substâncias sintéticas e à globalização, que torna possível a produção de óleos essenciais em países onde a mão de obra é mais barata.

Algumas mulheres referem que a aromaterapia é, sem dúvida uma alternativa à medicação alopática, ajudando na prevenção de doenças e no tratamento de sintomas “*(...) evito sempre uma abordagem química num primeiro momento(...)*” (E1), “*(...) acabei por diminuir muito os medicamentos que tinha em casa*” (E5), “*consigo tratar alguma sintomatologia sem recorrer a medicação*” (E6), “*desde que comecei a utilizar, não voltei a recorrer a medicação convencional*” (E7), “*(...) já não uso medicamentos e nada que fosse muito invasivo (...) então apoio-me na aromaterapia para isso também(...)*” (E8). Na realidade, a aromaterapia pode funcionar plenamente como tratamento terapêutico, tendo um papel fundamental a nível

preventivo com a utilização de óleos essenciais imunoestimulantes (que vão estimular o aumento das defesas do sistema imunitário) e imunomoduladores (que vão modelar o sistema nervoso de forma a ajustar-se aos desafios sentidos) (Modern Essentials Manual, 2018; Santos, 2022). Sheppard-Hanger & Hanger (2015) acrescentam ainda que, os óleos essenciais são uma ótima alternativa para alguns tratamentos farmacológicos, uma vez que estes são menos tóxicos e podem apoiar a saúde, utilizando as habilidades de cura naturais do próprio corpo, podendo afetar direta ou indiretamente os sistemas fisiológicos do corpo humano. Santos (2022) acrescenta ainda que ter óleos essenciais é o primeiro passo para que seja possível substituir alguma medicação alopática e construir uma farmácia natural.

As mulheres referem ainda que esta terapia natural e complementar as ajuda no equilíbrio físico “(...) a aromaterapia para mim é uma forma de nós conseguirmos estabelecer um equilíbrio físico, do nosso corpo” (E8) e mental “para mim a aromaterapia (...) vamos utilizar os aromas dos OE para estimular várias partes do nosso corpo, pronto! Começando pelo cérebro(...)” (E9). De facto, ao inalar um óleo essencial podemos ter benefícios a dois níveis: emocional e físico, que são indissociáveis devido à conexão direta do olfato com o cérebro, através do sistema límbico, que permite que os óleos essenciais tenham efeito imediato sobre emoções e estados mentais (Santos, 2022; Sheppard-Hanger & Hanger, 2015). A saúde emocional está intimamente ligada a muitas doenças, e implica o bem-estar físico, mental e social (Santos, 2022).

Os óleos essenciais ajudam a prevenir doenças e a recuperar a saúde, tal como afirma a E5 “(...) mais do que tratar, significa prevenção!” e a E6 “(...) tratar alguns sintomas”, promovendo a integração do ser humano com o meio ambiente, através de uma abordagem mais humanizada e com uma visão holística do ser humano, ou seja, a aromaterapia permite recuperar e harmonizar o equilíbrio do corpo (Angarita-Navarro et al., 2022).

Motivos e expectativas da aplicação da aromaterapia na gravidez

Especificamente na gravidez, a aromaterapia ainda é pouco utilizada no nosso país, uma vez que as mulheres ainda têm alguns receios na sua utilização. No entanto, cada vez mais mulheres usam esta terapia para usufruírem de uma gravidez salutar e tranquila. Assim, foram descritos alguns motivos que levaram as mulheres a usar aromaterapia durante a gravidez como dormir melhor e proporcionar relaxamento “(...) os motivos que me levam sempre foram (...) para dormir melhor (...) relaxamento” (E2). Neste sentido, Mohammadi et al. (2022) no seu estudo com 68 grávidas com distúrbios do sono, chegaram à conclusão de que o óleo essencial de *Petitgrain* demonstrou melhoria em seis domínios associados ao sono: qualidade subjetiva,

latência, duração, eficiência habitual, disfunção diurna e distúrbios do sono. Já Angarita-Navarro et al. (2022) na sua revisão da literatura, corrobora com o descrito anteriormente, comprovando que a aromaterapia foi eficaz na melhoria do sono nas mulheres, dando o exemplo do óleo essencial de Lavanda, uma vez que apresenta um efeito depressor do sistema nervoso, permitindo diminuir a ansiedade, relaxar e conciliar o sono facilmente.

Outro dos motivos mencionados foi, o facto da aromaterapia ser uma alternativa à medicação convencional, tal como mencionam as entrevistadas: “(...) *consigo não recorrer a medicação para tratamento de alguma sintomatologia*” (E6), “ (...) *na grande maioria das vezes são muito mais eficazes do que a medicina convencional*” (E7), “*para tentar evitar ao máximo os químicos que a gente utiliza no dia-a-dia, que infelizmente são cada vez mais (...)*” (E9) e, “*porque era um bocadinho contra tanta medicação que às vezes a gente usa*” (E10). De facto, os óleos essenciais são cada vez mais utilizados nos cuidados de saúde, nomeadamente em situações de resistência de microrganismos patogénicos a antibióticos de síntese química e na inibição do crescimento de microrganismos de contaminação alimentar e respetivas toxinas, sendo aplicados no processamento e preservação de alimentos, produtos farmacêuticos, medicina alternativa e terapias naturais (Coelho, 2009). Sheppard-Hanger & Hanger (2015) afirmam ainda que o uso dos óleos essenciais deve ser tratado de igual forma que os medicamentos convencionais, se não são precisos não devem ser usados. No entanto, podem ser muito úteis nos desconfortos inerentes à gravidez, sendo uma alternativa mais segura do que a medicação convencional.

Quanto às expectativas da utilização da aromaterapia na gravidez, as mulheres esperavam aliviar os desconfortos inerentes a esta fase das suas vidas, proporcionando-lhes uma gravidez positiva e sem prejudicar o normal desenvolvimento dos seus filhos: “*no caso da gravidez (...) foi mais ultrapassar aqueles sintomas náuseas e enjoos (...)*” (E3), “(...) *para tratamento de alguma sintomatologia*” (E6), “*minimizar os desconfortos causados pela gravidez em si*” (E7) e “*aliviar, se eu tivesse algum desconforto*” (E11). Smith (2012) corrobora com o mencionado, afirmando que a gravidez é, muitas vezes, um período de desconfortos físicos e instabilidade emocional, tornando-se o momento ideal para dar a conhecer às grávidas a aromaterapia, uma vez que esta, ajuda a reduzir o stress e a elevar o humor, já que a experiência do trabalho de parto se aproxima bem como o facto de se tornarem mães, gerando grande ansiedade. Angarita-Navarro et al. (2022) acrescentam que a aromaterapia é uma técnica não farmacológica que diminui o uso de medicamentos químicos que podem afetar a saúde do embrião/feto, sendo um método fácil de aplicar, e que promove a saúde física, emocional e psicológica.

Desconfortos experienciados na gravidez e respetivo método de aromaterapia

O desconforto mais experienciado ao longo da gravidez foram as **náuseas e vômitos** verbalizado por seis das mulheres entrevistadas, sendo que todas utilizaram o óleo essencial de limão para mitigar este desconforto, quatro delas através da inalação passiva (com um inalador ou diretamente do frasco) “(...) náuseas e vômitos (...) o limão (...) diretamente do frasco(...)” (E3), “(...) usei para os enjoos usava o limão através de inalador (...)” (E8) e ativa (difusor) “(...) por vezes estava um pouco indisposta ou com aquela sensação de enfiamento, então utilizava no difusor o Lemon (...)” (E7) e duas ingeriram este óleo essencial com geleia de agave “O Limão no caso de me sentir enjoada eu ingeria o Limão com Geleia de Agave.”(E4) e “eu ingeria OE de Limão em Geleia de Agave e fui ingerindo sempre que aquele sintoma (azia) (...)” (E11). O óleo de lavanda, gengibre e de camomila romana foi a escolha, através da via aromática, de uma das entrevistadas “Camomila Romana, foi dos óleos que eu utilizei tanto com a Lavanda tanto para o cansaço como para as náuseas e vômitos. Também utilizava a nível passivo, como por exemplo um disco de algodão ao pé da almofada onde pingava uma gota de cada ou então no difusor uma a duas gotas e deixava duas horinhas mais ou menos antes de adormecer. Notei que utilizando também o gengibre, que já utilizei assim para o fim, evitava muito que eu tivesse as náuseas de manhã” (E9)

A eficácia do óleo essencial de limão nas náuseas e vômitos foi corroborado na revisão sistemática de Ozgoli & Saei Ghare Naz (2018) onde foram incluídos 31 artigos para avaliar a eficácia e a segurança de diferentes métodos não farmacológicos no alívio do desconforto descrito, em que chegaram à conclusão de que este óleo reduziu significativamente as náuseas e vômitos já que é rico em compostos fenóis, vitaminas, minerais, fibra e carotenos tendo propriedades analgésicas, antissépticas, antieméticas e diuréticas. Num ensaio clínico com 100 grávidas com o objetivo de determinar o efeito do óleo essencial de limão nas náuseas e vômitos, chegou-se à conclusão que realmente existe efeito na redução destes sintomas nas grávidas, reforçando que a aromaterapia ao contrário dos medicamentos químicos, tem efeitos físicos e psicológicos, sendo uma abordagem alternativa no tratamento destes sintomas (Yavari Kia et al., 2014).

Angarita-Navarro et al. (2022) na sua revisão sistemática da literatura conclui que o óleo essencial de limão reduz a émise gravídica, evitando o uso de medicamentos, proporciona bem-estar, neutraliza a acidez e as úlceras, melhorando a digestão, uma vez que contribui para melhorar os carbonatos e bicarbonatos de potássio e cálcio a nível gastrointestinal. Acrescenta ainda que este óleo essencial atua emocionalmente, ajudando a melhorar o humor, sendo mais

um aliado para uma gravidez mais positiva e salutar, sem elevados custos económicos e sem efeitos adversos. O autor supracitado conclui ainda que a combinação de óleos essenciais é uma boa técnica para potencializar as suas propriedades e assim beneficiar a grávida, sendo efetivas as combinações de óleo essencial de limão com lavanda ou gengibre através de um difusor ou aplicando duas gotas de cada óleo num disco de algodão ou lenço de papel, inalando cerca de cinco a 10 minutos, fazendo respirações lentas e profundas.

Quanto à ingestão de óleos essenciais durante a gravidez, Festy (2019) alerta que a via oral deve ser evitada no primeiro trimestre de gravidez, exceto nas náuseas e vômitos com a recomendação expressa de um aromaterapeuta e sempre diluídos com geleia ou numa cápsula neutra. Por outro lado, Maia (2020) acrescenta que a ingestão de óleos essenciais não deve ser realizada de forma leviana, uma vez que existem vários riscos associados à potencial toxicidade destes óleos. Assim que são ingeridos, as moléculas dos óleos essenciais podem interagir fisiologicamente através de alguns modos de ação, nomeadamente por atuarem numa função fisiológica específica, por interagirem quimicamente na corrente sanguínea com enzimas e hormonas ou por atuarem no sistema límbico, promovendo mudanças no comportamento emocional dos indivíduos.

A **lombalgia** foi abordada por duas entrevistadas, que aplicaram, através de massagem, o óleo essencial de lavanda “(...) *na massagem em dorso-lombalgias (...) o de Lavanda (...)*” (E2) e “(...) *tive talvez uma dor de ciática a certa altura e usei esse OE (Lavanda)*” (E3). O óleo essencial referido, contém quimicamente, linalol e acetato de linalila, compostos que são facilmente absorvidos pela pele durante uma massagem, atingindo o sistema límbico no cérebro, provocando depressão no sistema nervoso central e assim reduzindo a ansiedade, o medo, as oscilações de humor e as lombalgias (Angarita-Navarro et al., 2022). Santos (2022) corrobora com o autor anterior afirmando que o óleo em questão é eficaz para as lombalgias. Num ensaio controlado randomizado clínico, com 120 grávidas com lombalgias, Shirazi et al. (2017) concluíram que o óleo essencial de rosa damascena diluído em óleo vegetal de amêndoas doces, e aplicado topicamente, também foi eficaz na diminuição da dor lombar.

Alterações a nível dos membros inferiores como pernas cansadas e edemas, foram descritos por cinco das mulheres entrevistadas, que aplicaram óleos essenciais como: hortelã-pimenta (*peppermint*), lavanda e cipreste sempre diluídos em óleo vegetal como calófilo, caroço de alperce, coco fracionado e amêndoas doces, tal como descrevem as entrevistadas: “(...) *os pés um bocadinho inchados e usava alguns óleos para fazer massagem nos pés ao final do dia (...) usava muito o lavanda (...)*” (E1); “(...) *utilizei OV para alguns desconfortos que sentia ao nível das pernas, pernas pesadas, mais inchadas (...)*” (E5); “(...) *OV de Coco e manteiga de*

karité (...) e colocava o OE de Cipreste (...) para utilizar, e ajuda ativação da circulação e colocava nas pernas de manhã e a noite para ajudar a que não tivesse aquele desconforto das pernas inchadas, cansadas e pesadas.” (E7) e “Para o edema das pernas utilizei muito o Cipreste, a diluição que fazia era por aplicação tópica (...)” (E9). Tiran (2016) corrobora com o descrito anteriormente, afirmando que os óleos essenciais de hortelã-pimenta e cipreste são eficazes, através da aplicação de compressas nos membros inferiores, de massagem ou colocando umas gotas no banho. Por outro lado, Santos (2022) identifica os óleos essenciais de limão e lavanda como os eleitos para aliviar estes sintomas diluídos com óleo vegetal de avelã ou coco fracionado, através de uma massagem nos membros inferiores com movimentos ascendentes, com o intuito de fluidificar o sangue e desempenhar o seu papel analgésico.

O **cansaço e/ou a ansiedade e stress** foram mencionados por sete das mulheres entrevistadas, que se apoiaram na inalação do óleo essencial de lavanda, laranja-doce e camomila romana “(...) *alguma ansiedade porque foi uma indução marcada e então ia ter um dia para acontecer despoletou-me alguma ansiedade e então foi nesse contexto que utilizei (...) Camomila inalada no inalador e na aplicação tópica de sálvia, camomila romana e lavanda, para mitigar estes sintomas(...)*” (E6); “*em relação ao cansaço eu tinha... usava o Laranja Doce também por inalador (...)*” (E8); “*camomila romana, foi dos óleos que eu utilizei tanto com a Lavanda tanto para o cansaço (...)*” (E9).

No decorrer da gravidez existem, além de sintomas físicos, transtornos psicológicos e emocionais, que podem ser colmatados com a aromaterapia, uma vez que esta terapia interfere no sistema nervoso autónomo. Este achado é coincidente com os resultados de outros estudos, como é o caso de um estudo supracitado de Angarita-Navarro et al. (2022), que conclui que o óleo essencial de lavanda, em conjunto com a musicoterapia diminuem a ansiedade em grávidas; o mesmo óleo é eficaz no stress e na depressão durante a gravidez e o exercício físico em conjunto com a aromaterapia ajudam na diminuição do cansaço ao longo do estado gravídico. O óleo essencial de camomila romana, também mencionado pelas mulheres durante a gravidez, pode ser usado desde o primeiro trimestre através da via aromática e tópica, tendo inúmeras propriedades terapêuticas como: relaxante, calmante, sedativo e antidepressivo, sendo indicado para problemas do sistema nervoso e insónias (Festy, 2019b).

No que concerne às **alterações do padrão do sono** duas das mulheres entrevistadas relataram estes sintomas ao longo da gravidez, tendo optado por usar os óleos essenciais de lavanda, laranja-doce, limão, cedro e alecrim em detrimento da medicação convencional, através da sua inalação, obtendo resultados positivos “(...) *para as insónias eu utilizo o Orange, que é o Laranja Doce (...) limão, essencialmente laranja, o de lavanda(...)*” (E2); “*o lavanda*

(...) a nível psicológico e do sono, quando a gente já não consegue...de início a gente tem sempre muito sono e no final a gente já não tem sono nenhum(...)” (E10).

Durante a gravidez, a qualidade do sono diminui drasticamente à medida que a gravidez avança, motivo pelo qual as grávidas devem perceber como são os seus ciclos de sono e ser acompanhadas, se necessário. A aromaterapia, segundo Angarita-Navarro et al. (2022) pode ajudar na melhoria da qualidade do sono durante a gravidez com recurso ao óleo essencial de lavanda, uma vez que este tem um efeito depressor do sistema nervoso, permitindo diminuir a ansiedade, relaxar e adormecer mais facilmente. Abordou ainda a eficácia dos óleos essenciais de limão, laranja e tangerina no desconforto em questão, tal como Anggraini et al. (2022) que demonstraram que a inalação dos óleos essenciais de limão e capim-limão melhoraram a qualidade de sono das grávidas no terceiro trimestre, sentindo-se mais relaxadas, confortáveis e com um padrão de sono melhorado.

Mohammadi et al. (2022) num ensaio clínico controlado randomizado com 68 grávidas, entre as 28 e as 34 semanas de gestação com distúrbios do sono, conclui que o óleo essencial de laranja amarga aumenta a qualidade do sono em grávidas com distúrbios do sono, sendo um recurso acessível e económico. O mesmo autor refere que o óleo essencial em estudo foi eficaz devido à sua composição: hidrocarbonetos; álcoois terpénicos, como o linalol (que atua como sedativo do sistema nervoso central) e os flavonóides (atuam como agonistas de recetores benzodiazepínicos e possuem qualidades sedativas); e ainda o limoneno, um composto presente em todos os cítricos que apresenta efeitos hipnóticos.

Preparação para o parto

No que diz respeito à preparação para o parto, quatro entrevistadas, usaram a aromaterapia com este intuito, realizando **banhos de assento** “*nas ultimas semanas a partir das 39 semanas comecei a fazer um banho, dois ou três por semana, onde colocava na água do banho estes OE, o Cravinho, Palmarosa e a Salvia diluídos em OV e depois punha no banho*” (E3) e “*fiz também banhos com a Salvia*” (E8) e **massagem do períneo** “*OV eu usei sempre praticamente o OV de Sésamo e fazia sinergias, ou seja, colocava OE dentro. Mas isto já numa fase a partir das 27/28 semanas, já podemos aplicar uma Manjerona, podemos começar a usar o Lemongrass em massagem. E depois a partir das 32/33 semanas comecei a fazer massagem no períneo com Manjerona para estimular o musculo*” (E4), “*eu utilizei muito para preparação do períneo, uma diluição que fui colocando(...) para preparação do períneo para ajudar na elasticidade do mesmo e que funcionou também muito bem*” (E7) “*usei também Salvia para a preparação do períneo, a partir das 35 semanas quando fazia massagem do períneo*” (E8).

Coleman Smith (2012) e Festy (2019) corroboram com o descrito pelas entrevistadas, declarando que no último trimestre de gravidez deve realizar-se uma massagem perineal diária com o objetivo de preparar a zona perineal, aumentando a circulação sanguínea e melhorando a elasticidade dos tecidos, através da realização de uma mistura de óleo essencial de lavanda e camomila com óleo vegetal de amêndoa ou de semente de uva, reduzindo assim o trauma perineal durante parto.

Experiência vivida

Realizando uma retrospectiva da experiência vivida, as mulheres revelaram que os resultados foram bastante positivos “*fiquei satisfeita, claro que sim*” (E1), “*foram muito positivos*” (E5), “*muito positivos*” (E7), “*muito positivo, aconselho vivamente a quem possa usar é, é uma mais-valia, mesmo, muito bom*” (E4); “*Eu resolvi tudo com óleos essenciais, todos os meus desconfortos na gravidez*” (E2), “*eu tinha sintomas na gravidez e consegui de forma natural ultrapassar*” (E3). Além disso, nenhuma mulher verbalizou vivenciar efeitos adversos aquando do uso da aromaterapia na gravidez, apenas benefícios, devido, em parte, ao seu uso seguro: “*Nunca tive nem mesmo reações, quando usava topicamente, qualquer tipo. Eu também como já os usava antes também já sabia a diluição e como era a minha pele. Mas não tive nenhuma reação*” (E1); “*nenhum, só dependência, boa, dependência boa*” (E2), “*não, só efeitos benéficos, a nível de saúde, sempre efeitos benéficos. É, é espetacular*” (E4). Coelho (2009) e Maia (2020) vão de encontro ao descrito pelas entrevistadas, uma vez que afirmam que a aromaterapia consiste no uso dos óleos essenciais com objetivo terapêutico sempre diluídos com os óleos vegetais na aplicação tópica, por forma a evitar as reações adversas locais, e tem como principais objetivos a indução de estados de relaxamento e repouso, alívio da dor e a redução de sintomas de ansiedade e depressão. Existem algumas recomendações indispensáveis para o uso seguro da aromaterapia na gravidez como: a percentagem correta de óleo essencial, diluir sempre o óleo essencial com óleo vegetal, conhecer os óleos não recomendados durante a gravidez, não os aplicar e realizar curtos períodos de tratamento (Festy, 2019; Santos, 2022; Sheppard-Hanger & Hanger, 2015). Se estas forem cumpridas, não haverá risco de ocorrer uma reação adversa, tal como chegam à conclusão Asih et al. (2021); Mohammadi et al. (2022); Shirazi et al. (2017) nos seus estudos em que aplicam óleos essenciais a grávidas com desconfortos inerentes à gravidez e não tendo apresentado qualquer efeito adverso.

Dos testemunhos analisados conclui-se que todas as mulheres aconselham o uso da aromaterapia na gravidez a outras grávidas “*(...) que usem porque eu por acaso não tive grande questão, mas há pessoas e alguns casos que às vezes ouvimos, que tiveram questões bastante*

chatas e delicadas e que com o uso da aromaterapia conseguiram ultrapassar e algumas ter uma gravidez muito mais tranquila, um pós-parto muito mais tranquilo, com o uso da aromaterapia. Por isso eu acho sempre que se devem auxiliar com alguns óleos essenciais ou suplementação. É natural e nós não temos de andar a ingerir químicos para isto e para aquilo” (E1), *“eu aconselho, diariamente”* (E2), *“aconselho às minhas grávidas todas”* (E8), *“continuo a fazer essa parte também de aconselhar”* (E10), sempre com apoio de retaguarda de um aromaterapeuta certificado, que as possam ver de uma forma holística e individualizada, de modo a usufruírem dos benefícios da aromaterapia de forma segura *“o que eu aconselho a muita gente é que se informem bem, que se apoiem em pessoas que já tenham alguma experiência principalmente”* (E1), *“mas especialmente nesta fase que se informem com aromaterapeutas. Acho que é muito importante (...)”* (E3), *“eu digo muitas vezes que devemos utilizar, mas sempre com acompanhamento correto para que não façamos asneira”* (E5), *“claro que depois encaminho para quem as possa aconselhar da melhor forma, mas aconselho sempre”* (E8). Neste sentido, Festy (2019) aconselha todas as grávidas a usufruírem dos benefícios da aromaterapia e desmistifica alguns mitos acerca desta, nomeadamente que os óleos essenciais não são perigosos, mas sim poderosos, se forem usados corretamente, e nem todos os óleos essenciais são proibidos durante a fase gravídica, sendo crucial conhecer aqueles que são potencialmente perigosos para as mães e os seus fetos.

Perceção dos profissionais de saúde

Duas entrevistadas afirmaram que a aromaterapia foi abordada nas sessões de preparação para o parto *“(...) sim! Nas aulas de preparação para o parto porque a proprietária de onde eu fiz as aulas de preparação para o parto também tem conhecimento de aromaterapia”* (E11), *“onde eu fazia as aulas de preparação para o parto eles falavam sobre o uso da aromaterapia, mas não era utilizada, mas permitiam o uso”* (E4), mas, maioritariamente, o fenómeno em estudo não era abordado nas sessões de preparação para o parto *“mas não, que eu me lembre não, não tenho ideia de alguma vez alguém ter abordado a aromaterapia”* (E1), *“infelizmente no meu curso ninguém me ensinou a usar a aromaterapia, nem sequer me mencionou essa opção”* (E5), *“nas aulas não foi nunca falado”* (E6), *“na altura ninguém me abordou a questão da aromaterapia”* (E7), *“na primeira gravidez não! Na segunda e na terceira eu já era enfermeira parteira, eu faço as aulas de preparação para o parto e eu abordo este tema, portanto, eu acabei por não fazer eu própria, mas abordo este tema nos meus cursos também”* (E8). Assim, é crucial que nas consultas de vigilância pré-natal e nas sessões de preparação para o parto, exista abertura por parte dos profissionais de saúde para ouvirem as

grávidas e familiares e explicar-lhes o que é a aromaterapia e como deve ser aplicada corretamente, ressaltando que não haverá qualquer efeito negativo para o embrião/feto, como afirmam Angarita-Navarro et al. (2022). Smith (2012) acrescenta ainda que, ensinar medidas de conforto às grávidas e ao acompanhante significativo usando a aromaterapia, podem dar-lhe uma maior sensação de controlo, como uma massagem nas costas com óleo essencial de tangerina, rosa ou ylang ylang ou nas mãos com óleo essencial de eucalipto. Os benefícios calmantes que o toque proporciona, aliados às propriedades de redução do stress e da dor da aromaterapia são ótimos para uma gravidez salutar e positiva, onde o casal se sente empoderado e unido.

Ao longo da gravidez e após, a opinião dos profissionais acerca da aromaterapia foi maioritariamente negativa: **indiferença** “nunca ninguém me abordou esse tema. Fui eu até inclusive que abordei. E até em diversas consultas, tanto com médicos como com colegas, mas sinceramente o feedback foi nulo. Eu acho que os próprios profissionais desconhecem. Então dizem que se para ti é bom utiliza... e o feedback nunca foi muito positivo, não, infelizmente!” (E2), mostraram-se **apreensivos** “não ligaram muito, disseram que eu tinha que ter realmente cuidado... Para que a minha anemia não ficasse pior..., e, portanto, que seria melhor eu, eu deixar de tomar aquela medicação que eu tomava e passar só a tomar a que eles me indicavam. Basicamente foi, foi isso” (E11) e **céticos** “estão super céticos, nem sequer, não valorizam nada... Os enfermeiros começam a ter uma postura um bocadinho diferente. Mas também depende um bocadinho dos contextos, agora, a obstetra do Hospital, não quer, não liga nenhuma, nem quer saber” (E6). Anggraini et al. (2022) não corroboram com o mencionado, ao concluírem que, para os profissionais de saúde, a aromaterapia é uma excelente técnica não farmacológica para implementarem a grávidas no terceiro trimestre com alterações do padrão de sono. Num estudo com 165 grávidas nulíparas, Alikamali et al. (2023), inclusive, incentivam os enfermeiros e EEESMO a recomendarem os óleos essenciais de lavanda e laranja às grávidas, no sentido de aliviarem as náuseas e vômitos durante a gravidez.

Conclusão

Atingimos com sucesso os objetivos a que me propus em todos os estágios, procurando sempre aproveitar todas as oportunidades para a aprendizagem e tendo sempre por base a Teoria de Conforto de Colcaba, procurando sempre perceber quais as necessidades de conforto de cada mulher/casal, adequando as intervenções e contribuindo para melhorar as práticas e para uma maior satisfação dos casais.

Quanto aos estudos de investigação realizados, podemos concluir que os óleos essenciais, usados desde os tempos remotos, são a prova de que a natureza tem resposta para as nossas necessidades, estando a ressurgir na atualidade o seu crescente interesse, não só pelo bem-estar e aroma agradável que proporcionam, mas também a nível terapêutico. Cada vez mais existe preocupação por parte das grávidas de vivenciarem a gravidez de uma forma positiva e o mais natural possível, proporcionando bem-estar a si, ao feto e a toda a família, evitando cada vez mais a medicina farmacológica. Considerando os riscos da utilização dos fármacos durante a gravidez, urge a necessidade de implementar algo que os substitua ou complemente no sentido de mitigar os desconfortos, o que evidencia a relevância deste estudo.

Os estudos permitiram dar resposta aos objetivos propostos inicialmente, no sentido em que pudemos compreender o impacto que a aplicação da aromaterapia durante a gravidez teve nestas mulheres e quais os benefícios que esta terapia tem.

Assim, todas as mulheres tiveram um impacto bastante positivo com o uso da aromaterapia, ajudando-lhes a mitigar os desconfortos inerentes à gravidez como náuseas e vômitos, lombalgias, ansiedade, alterações do padrão do sono, entre outros, diminuindo o uso da medicação convencional, sem apresentarem efeitos adversos e proporcionando-lhes relaxamento e bem-estar, sem afetar o normal desenvolvimento do feto.

Existem vários óleos essenciais permitidos durante a gravidez, tornando-se crucial saber quais são e as dosagens toleradas, com intuito de usar os óleos de forma segura. Neste sentido, as grávidas devem ser acompanhadas por aromaterapeutas certificados que as possam acompanhar ao longo da gravidez, ajustando as doses e via de administração de cada óleo essencial de forma correta.

Quanto aos profissionais de saúde conclui-se que ainda estão renitentes quanto ao tema em questão e à sua aplicação, havendo, no entanto, já alguma abertura por parte de alguns, em adquirir conhecimentos e transmiti-los às grávidas, de uma forma segura, por forma a empoderá-las e a capacitá-las a usarem a aromaterapia durante a gravidez sem quaisquer receios.

Os EEESMO, pela sua proximidade com as grávidas, são a mão da mudança. São eles que são capazes de prestar cuidados significativos às mulheres e casais nesta fase do seu ciclo

de vida, empoderando-os para que eles próprios sejam capazes de fazer valer os direitos na assistência que recebem, potenciando e promovendo assim movimentos de mudança nas organizações, caminhando para uma prática cada vez mais humanizada, centrada na mulher, no casal, no recém-nascido e na família, e capaz de providenciar uma experiência salutar, feliz e positiva na vivência de uma das fases mais importantes do ciclo de vida.

Implicação para a prática clínica e limitações do estudo

Sendo este um estudo fenomenológico, os seus dados não podem ser generalizados, visto que se reportam a vivências concretas e singulares. No entanto, é notória a necessidade de implementar tanto nas consultas de vigilância pré-natal como nas sessões de preparação para o parto e parentalidade o tema aromaterapia na gravidez, uma vez que se trata de uma terapia natural, complementar e integrativa que oferece benefícios tanto a nível físico, psicológico como emocional às grávidas. Para isso é necessário, em primeiro, abordar o tema a nível académico, durante a especialização em EEESMO e, posteriormente, haver abertura por parte dos dirigentes hospitalares em Portugal para implementarem esta terapia, capacitando os profissionais de saúde, de forma a prestarem cuidados mais humanizados de forma holística e com o mínimo de intervenções, e a proporcionarem às grávidas uma gravidez positiva e inesquecível.

Apesar de concluir que existe um grande potencial dos óleos essenciais e de estes terem diversas aplicações, ainda há muito para descobrir nesta temática, principalmente na sua aplicação durante a gravidez, sendo necessária a realização de mais estudos científicos neste sentido, de forma a estarmos totalmente conscientes do seu potencial, de dar a conhecer as potencialidades da aromaterapia, remover qualquer conotação negativa que estes produtos naturais possam ter quando utilizados corretamente, nomeadamente na indústria farmacêutica, e alertar para os riscos que estes possam apresentar quando usados levianamente.

Como limitações neste estudo surge a enorme escassez de literatura fidedigna para corroborar os resultados obtidos, havendo necessidade de realizar mais investigação neste sentido, o que justifica, não só a pertinência deste estudo, como a necessidade de desocultar o fenómeno. Outra limitação presente é o facto dos poucos estudos que existem serem realizados fora de Portugal, não havendo possibilidade de contrastar os resultados do estudo com evidência do nosso país.

Referências Bibliográficas

- Alikamali, M., Tadayonfar, F., Salarfard, M., & Emadi, S.-F. (2023). The effects of Citrus aurantium and Lavender Aromas on Nausea and Vomiting of pregnancy in Nulliparous Pregnant Women: A Randomized Clinical Trial. *Nursing and Midwifery Studies*, 229–233. <https://doi.org/10.4103/nms.nms>
- Almeida, C., Costa, F., Graça, P., Menezes, B., Mota, E., Oliveira, D., Órfão, A., Torgal, A., & Vicente, L. (2015). Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. Em *Direção Geral da Saúde*.
- Angarita-Navarro, A. M., Casas-Cárdenas, P. D., & López-Aguirre, J. P. (2022). Uso de aromaterapia en gestantes: una revisión de la literatura. *Rev. cienc. ciudad*, 19(1), 107–118.
- Anggraini, F. D., Abidah, S. N., Rahayu, E. P., & Nisa, F. (2022). Effect of aromatherapy blend essential oils (lemongrass and lemon) on sleep quality in pregnant women's third trimester. *Bali Medical Journal*, 11(3), 1099–1102. <https://doi.org/10.15562/bmj.v11i3.3453>
- Asih, F. R., Husin, F., Suwarsa, O., Fidrianny, I., & Hilmanto, D. (2021). A randomized controlled trial of combination of peppermint, lavender, and turmeric oil for anti-pruritic agent in pregnant women. *Medical Journal of Indonesia*, 30(1), 39–44. <https://doi.org/10.13181/mji.oa.204467>
- Associação Portuguesa de Fertilidade. (2023). *Infertilidade*.
- Barbosa, S. (sem data). *Cintos pélvicos e cintas/faixas abdominais na Gravidez e no Pós-Parto*. Amamenta Porto. Obtido 10 de Maio de 2023, de <https://porto.amamenta.net/cintos-pelvicos-quando-utilizar/>
- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudêncio, A. P., & Al, E. (2015a). Livro de Bolso - Enfermeiros Especilaistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras. *Livro de Bolso - Enfermeiros Especilaistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*, 1–60. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudêncio, A. P., & Al, E. (2015b). Livro de Bolso - Enfermeiros Especilaistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras. *Livro de Bolso - Enfermeiros Especilaistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*, 1–60.
- Bocanegra, B. M. P., Sosa, J. C. P., & Simbaqueba, D. C. M. (2020). Terapias complementarias durante la gestación y parto. Revisión integrativa. *Revista Cuidarte*, 11(2), 1–14.
- Carvalho, M., Gonçalves, M., Rua, M., Santos, M. J., & Amaral, C. F. (2020). Reanimação Neonatal. Em *Procedimentos de enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1.^a edição, pp. 215–221). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Carvalho, R. M., & Barros, J. (2017). Restrição de crescimento fetal. Em *Medicina Materno Fetal* (5.^a edição, pp. 356–364). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Centeno, M. (2018). Puerpério e lactação. Em *Medicina Materno Fetal* (5.^a edição, pp. 280–287). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Centro Hospitalar Leiria Pombal. (2013). *Movimentos Ativos Fetais*.
https://www.chleiria.pt/galeria/files/FI_CHLP__220_01-Movimentos-Ativos-Fetais-2013_07_30.pdf
- Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. P. E. (sem data). *Amniocentese e Biópsia das Vilosidades Coriônicas*. Obtido 28 de Abril de 2023, de [https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/servico_obstetricia/Amniocentese e biopsia das vilosidades corionicas.pdf](https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/servico_obstetricia/Amniocentese_e_biopsia_das_vilosidades_corionicas.pdf)
- Cerejeira, I., Cardoso, A., & Portugal, J. (2022). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Chandrahan, E., Evans, S.-A., Krueger, D., Pereira, S., Skivens, S., & Zaima, A. (2018). Physiological CTG Interpretation. Intrapartum Fetal Monitoring Guideline. *Physiological-CTG*, 1(1), 33. [https://physiological-ctg.com/resources/Intrapartum Fetal Monitoring Guideline.pdf](https://physiological-ctg.com/resources/Intrapartum_Fetal_Monitoring_Guideline.pdf)
- Coelho, M. G. (2009). *Óleos essenciais para aromaterapia* [Universidade do Minho].
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10751/1/tese.pdf>
- Coleman Smith, V. (2012). Aromatherapy as a Comfort Measure During the Childbearing Year. *International Journal of Childbirth Education*, 27(3), 26–30.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=ccm&AN=104424550&lang=pt-pt&site=ehost-live&scope=site>
- Costa, M. (2021). *Cirurgia da incontinência urinária com sling suburetral*. Hospital da Luz.
- CUF. (2023). *Cancro do colo do útero*. <https://www.cuf.pt/saude-a-z/cancro-do-colo-do-uterio>
- Dayse e Silva, A., & Souza Nascimento, S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 6(13), 946–969. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- Decreto de Lei n.º 391/2019. (2019a). Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 391/2019. *Diário da República*, n.º 85(2.^a série), 13560–13565.
- Decreto de Lei n.º 391/2019. (2019b). Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 391/2019. *Diário da República*, n.º 85(2.^a série), 13560–13565.
- Decreto de Lei n.º 391/2019. (2019c). Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 391/2019. *Diário da República*, n.º 85(2.^a série), 13560–13565.

- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Circular Normativa N.º: 2/DSMIA - Profilaxia da isoimunização Rh.*
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Exames Ecográficos na Gravidez de baixo risco. *Norma Da Direção - Geral Da Saúde*, 9.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma 001-2015 de 19/01/2015.*
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade - CPPP e Cursos de recuperação pós-parto - CRPP. Equidade na transição para a maternidade e parentalidade.* 1–44.
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. *Orientação da Direção-Geral da Saúde, N.º 002/2023 de 10-05-2023*, 1–16.
<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/orientacao-0022023-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2023). *Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério.* 1–20.
- Dow, E. (2011). La Teoria del confort. Em *Modelos y teorías en enfermería* (7.ª edição, pp. 706–721). Elsevier Mosby. https://drive.google.com/file/d/1gpW-lykxrN_xLhQTnAgBf1q0NDxbwdol/view
- Faria, N., & Ramos, S. (2016). Extremos de Idade e Gravidez. Em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1.ª edição, pp. 94–98). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. Em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1.ª edição, pp. 308–320). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Fernandes, K. da S., Ribeiro, P. M., Nascimento, M. C. do, & Terra, F. de S. (2021). Use of Integrative and Complementary Health Practices by professionals in pregnant women with low back pain: integrative review. *Brazilian Journal Of Pain*, 4(2), 161–166.
<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210014>
- Festy, D. (2019a). *Aromaterapia para Grávidas* (1.ª edição). Editora Laszlo.
- Festy, D. (2019b). *Aromaterapia para Grávidas* (1.ª edição). Editora Laszlo.
- Graça, L. M. (2017a). Hipertensão arterial na gravidez. Em *Medicina Materno Fetal* (5.ª edição, pp. 424–443). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Graça, L. M. (2017b). Parto Pré-Termo. Em *Medicina Materno Fetal* (5.ª edição, pp. 333–348). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Graça, L. M., & Carvalho, R. M. (2017). Avaliação biofísica do feto. Em *Medicina Materno-Fetal* (5.ª edição, pp. 167–178). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Grupo de Rastreamento e Intervenção da Surdez Infantil – GRISI. (2007). Recomendações para o Rastreamento Auditivo Neonatal Universal (RANU). *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(5), 209–214.
- Jesus, A., & Monteiro, I. (2016). Reanimação Neonatal. Em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1.ª edição, pp. 492–498). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Joanna Briggs Institute. (2020). *Ferramentas de Avaliação Crítica*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Laça, F. (2018). Analgesia e anestesia no parto. Em *Medicina Materno Fetal/terno Fetal* (5.ª edição, pp. 260–271). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Lindquist, R., Snyder, M., & Tracy, M. F. (2014). *Complementary & alternative therapies in nursing* (7.ª edição). Springer Publishing Company, LLC.
- Linhart, J. (2010). Problemas do Aparelho Reprodutor Feminino. Em *Enfermagem Médico-Cirúrgica* (8.ª edição, pp. 1735–1771). Lusodidacta.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2009). *Enfermagem na Maternidade* (7.ª edição). Lusodidacta.
- Machado, M. H., & Graça, L. M. (2018). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. Em *Medicina Materno Fetal* (5.ª edição, pp. 220–228). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Magro, C., Guerreiro, E., & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de Parto Pré-Termo e Parto Pré-Termo. Em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1.ª edição, pp. 211–215). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Maia, M. M. E. (2020). *Atividade biológica dos Óleos Essenciais, sua aplicação e potencialidades* [Universidade de Lisboa - Faculdade de Farmácia]. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/52192/1/MICF_Margarida_Maia.pdf
- Margalhos, M. (2018). *Contacto Pele a Pele Pai-Bebé: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto*.
- Mascarenhas, C., Lemos, M. J., & Amaral, C. F. (2020). Assistência em Situação de Emergência Obstétrica. Em *Procedimentos de enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1.ª edição, pp. 171–186). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Mechas, L. (2017). *Contacto Pele a Pele: um cuidado do EEESMO promotor da amamentação na primeira hora de vida*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Mineiro, A., Rito, B., Crdoso, V., & Sousa, C. (2016). A Posição da Mulher no Trabalho de Parto. Em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1.ª edição, pp. 335–347). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Modern Essentials Manual* (10.ª edição). (2018). Aromatools.

- Mohammadi, F., Moradi, M., Niazi, A., & Jamali, J. (2022). The Impact of Aromatherapy with Citrus Aurantium Essential Oil on Sleep Quality in Pregnant Women with Sleep Disorders: A Randomized Controlled Clinical Trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, *10*(3), 160–171. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2022.92696.1900>
- Monteiro, F., & Leite, C. F. (2016). Estados hipertensivos da gravidez. Em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1.^a edição, pp. 182–199). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 1–7. <https://doi.org/10.4324/9781315159416>
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016a). Fisiologia da Gravidez. Em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1.^a edição, pp. 56–67). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016b). Fisiologia da Gravidez. Em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1.^a edição, pp. 56–67). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- O'Reilly, B., Bottomley, C., & Rymer, J. (2008a). Dor pélvica, endometriose e cirurgia minimamente invasiva. Em *Livro de Bolso de Ginecologia e Obstetrícia* (pp. 73–96). Lusodidacta.
- O'Reilly, B., Bottomley, C., & Rymer, J. (2008b). *Livro de bolso de Ginecologia e Obstetrícia* (P. Kumar & M. Clark, Eds.). Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2^a série, n^o26, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2^a série, n^o26, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019c). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2^a série, n^o26, 4744–4750.
- Organização Mundial de Saúde. (2016). Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. *Organização Mundial da Saúde*, *1*, 1–10. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;jsessionid=DC4E449D7D2B65270A0CF5206707F720?sequence=2>
- Ozgoli, G., & Saei Ghare Naz, M. (2018). Effects of Complementary Medicine on Nausea and Vomiting in Pregnancy: A Systematic Review. *International Journal of Preventive Medicine*, *9*, 75. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_430_16
- Passos, F., & Graça, L. M. (2017). Rotura prematura de membranas. Em *Medicina Materno-Fetal* (5.^a edição, pp. 349–359). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Potter, C., Weigel, K., & Gree, C. (2010). Problemas dos Rins e do Aparelho Urinário. Em *Enfermagem Médico-Cirúrgica* (8.^a edição, pp. 989–1030). Lusodidacta.
- Sammarco, A. (2010). Problemas da Mama. Em *Enfermagem Médico-Cirúrgica* (8.^a edição, pp. 1803–1833). Lusodidacta.
- Santana, A. (2016). Grupo TORCH. Em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1.^a edição, pp. 232–240). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Santana, A., & Figueiredo, M. (2016). Vigilância do Bem-estar Materno-fetal. Em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1.^a edição, pp. 392–399). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Santos, A. (2016). Interrupção da Gravidez. Em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1.^a edição, pp. 281–283). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Santos, L. (2022a). *Farmácia Natural - crie a sua em 21 dias* (1.^a edição). Prime Books.
- Santos, L. (2022b). *Farmácia Natural - crie a sua em 21 dias* (1.^a edição). Prime Books.
- Santos, M., & Baptista, M. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-nascido. Em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1.^a edição, pp. 455–472). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Santos, M. J., Sequeira, A., Marcolino, R., Pousa, O., & Moura, V. (2020). Avaliação cefalocaudal do recém-nascido. Em *Procedimentos de enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1.^a edição, pp. 222–243). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sardo, D. (2016). Promover e Apoiar a Amamentação. Em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1.^a edição, pp. 473–480). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, A., Henriques, C. M., Seabra, A., Pousa, O., Sousa, C., & Sobral, M. de F. (2020). Avaliação da apresentação fetal e tamanho do bebé: Manobras de Leopold. Em *Procedimentos de enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1.^a edição, pp. 36–39). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Serviço Nacional de Saúde. (2016). *Terapêuticas Não Convencionais*. <https://www.acss.min-saude.pt/2016/09/23/terapeuticas-nao-convencionais/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Rastreios Oncológicos*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/rastreios-oncologicos/>
- Serviço Nacional de Saúde 24. (2022). *Guia para grávidas*. <https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-gravidas/>
- Sheppard-Hanger, S., & Hanger, N. (2015). The Importance of Safety When Using Aromatherapy. *International Journal of Childbirth Education*, 30(1), 42–47.

- Shirazi, M., Mohebitabar, S., Bioos, S., Yekaninejad, M. S., Rahimi, R., Shahpiri, Z., Malekshahi, F., & Nejatbakhsh, F. (2017). The Effect of Topical Rosa damascena (Rose) Oil on Pregnancy-Related Low Back Pain: A Randomized Controlled Clinical Trial. *JOURNAL OF EVIDENCE-BASED INTEGRATIVE MEDICINE*, 22(1), 120–126. <https://doi.org/10.1177/2156587216654601> WE - Emerging Sources Citation Index (ESCI)
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, D. e M., Materno-Fetal, S. P. de O. e M., Sociedade Portuguesa de Neonatologia, Associação Portuguesa Medicina Geral Familiar, Saúde, P. N. da D. da D. G. de, & Saúde, D. da S. S. e R. da D. G. de. (2017). Consenso «Diabetes Gestacional»: Atualização2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24–38.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2023). *HTA na Grávida*. https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/97
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *A relação pais-filhos nos recém-nascidos prematuros*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Os-pais-e-os-bebes-prematuros1.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria - Secção de Neonatologia. (2016). *Rastreio e Prevenção da Doença Perinatal causada pelo Streptococcus agalactiae*. <http://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-StreptoB.pdf>
- Sousa, L. G. (2016a). Métodos de Interrupção da Gravidez. Em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1.ª edição, pp. 287–291). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sousa, L. G. (2016b). Tipos de Interrupção da Gravidez. Em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1.ª edição, pp. 284–286). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Tiran, D. (2016a). *Aromatherapy in Midwifery Practice* (1.ª edição). Singing Dragon.
- Tiran, D. (2016b). *Aromatherapy in Midwifery Practice* (1.ª edição). Singing Dragon.
- Torres, M. (2023). *Cordão enrolado no pescoço*. Mariana Torres OB.
- Walls, D. (2009). Herbs and natural therapies for pregnancy, birth and breastfeeding. *International Journal of Childbirth Education*, 24(2), 29–37. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105383131&lang=pt-pt&site=ehost-live&scope=site>
- Yavari Kia, P., Safajou, F., Shahnazi, M., & Nazemiyeh, H. (2014). The effect of lemon inhalation aromatherapy on nausea and vomiting of pregnancy: a double-blinded, randomized, controlled clinical trial. *Iran Red Crescent Med J*, 16(3), e14360–e14360. <https://dx.doi.org/10.5812/ircmj.14360>

Apêndices

Apêndice I – Projeto de estágio



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

**Projeto de Estágio em enfermagem de Saúde Materna,
Obstétrica e Ginecológica**

Ilda Pêgo Inácio

Viseu, Fevereiro 2023



Projeto de Estágio em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

Ilda Pêgo Inácio

12.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e 7.º Curso de Mestrado em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Manuela Ferreira

Viseu, fevereiro de 2023

Sumário

	Pág.
Introdução	5
1 – Objetivos e respectivas atividades dos estágios em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica	7
Conclusão	21
Referências Bibliográficas	23

Introdução

No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, do 1.º semestre do 2.º ano letivo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica – 7.ª edição e do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – 12.ª edição, pela escola Superior de Saúde de Viseu, foi proposta a realização de um projeto de estágio.

O presente Estágio decorrerá entre os dias 13 de fevereiro de 2023 e 27 de janeiro de 2024, sendo o período estipulado para a sua duração de 24 horas semanais, durante 36 semanas perfazendo um total de 864 horas.

A orientação pedagógica processar-se-á em estreita colaboração entre o(a)s Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e a docente responsável pelo Ensino Clínico a Senhora Professora Doutora Manuela Ferreira.

O estágio tem como finalidade possibilitar a aplicação dos conhecimentos teóricos lecionados em sala de aula, consolidando-os numa prática de cuidados clínicos de qualidade, visando a excelência, levando a um crescimento individual, profissional e humano.

Segundo o Dicionário Priberam (2022), um projeto é “aquilo que alguém planeia ou pretende fazer, um esboço de trabalho que se pretende realizar”. Assim, este projeto surge no âmbito de uma aprendizagem que se desenvolve em contexto clínico, com o objetivo principal de adquirir e desenvolver competências especializadas, comuns e específicas, em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

Assim, os objetivos deste projeto são:

- Servir de guia orientador do estágio;
- Aperfeiçoar capacidades no planeamento e organização das atividades, bem como o espaço temporal para as executar;
- Estimular a responsabilidade;
- Servir como elemento de avaliação do estágio.

Este projeto é constituído pela introdução, pela apresentação de objetivos e posterior delineamento das atividades a desenvolver e considerações finais.

Recorri a uma metodologia descritiva, troca de impressões com a enfermeira orientadora e restantes elementos da equipa de enfermagem, assim como a observação da dinâmica do serviço nos primeiros dias de estágio, para a concretização deste projeto.

Este projeto é um planeamento, sendo um processo evolutivo individual e autónomo, passível de reformulação construtiva ao longo do estágio, com o objetivo de melhorar o seu conteúdo, através das aprendizagens assimiladas.

1 – Objetivos e respetivas atividades dos estágios em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

Durante este Estágio proponho-me a atingir objetivos e respetivas atividades a desenvolver, com intuito de enriquecer a minha aprendizagem, bem como desenvolver e aperfeiçoar as competências profissionais. Neste sentido, estruturei os objetivos consoante os 4 domínios presentes no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais), que vão ao encontro das duas especialidades, e de acordo com as Competências Específicas do EEESMO (Decreto de Lei n.º 391/2019, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	
Objetivo	Atividades Planeadas
Desenvolver uma prática de cuidados baseada nas normas legais, nos princípios éticos e na deontologia profissional.	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados de enfermagem que respeitem a cultura, as crenças e os valores da mulher com patologia ginecológica e da puérpera e respetiva família; - Respeitar os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão; - Refletir de forma crítica após a tomada de decisão sobre questões/decisões éticas e morais, em conjunto com o enfermeiro tutor e/ou equipa de enfermagem.
Domínio da melhoria contínua da qualidade	
Objetivo	Atividades Planeadas
Desenvolver uma prática de cuidados de qualidade, seguindo as estratégias institucionais e visando a melhoria contínua da	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer as instalações, recursos materiais e humanos existentes no serviço, bem como a organização e funcionamento do serviço; - Identificar as rotinas de prestação de cuidados e conhecimento de normas e protocolos de atuação em vigor no serviço; - Estabelecer uma relação empática com as Enfermeiras tutoras, restante equipa

qualidade e a promoção de um ambiente terapêutico seguro.

multidisciplinar, mulher, puérpera e respetiva família;

-Validar as intervenções a realizar com as Enfermeiras tutoras;

-Avaliar o resultado das intervenções e a sua reformulação de forma a contribuir para a melhoria do desempenho.

Domínio da gestão de cuidados

Objetivo

Atividades Planeadas

Prestar cuidados de enfermagem especializados visando a otimização da qualidade e a gestão adequada de recursos.

- Determinar prioridades de atuação e planificação de intervenções de enfermagem e a sua avaliação com o respetivo registo, tendo em conta os recursos disponíveis, otimizando os mesmos;

- Demonstrar iniciativa, atitude proativa e capacidade de trabalho em equipa na prestação de cuidados.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Objetivo

Atividades Planeadas

Realizar uma prática clínica baseada em evidência científica e regulada por autoconhecimento e assertividade.

- Desenvolver uma prática diária reflexiva e autocrítica construtiva;

- Reconhecer lacunas de conhecimento e oportunidades de aprendizagem;

- Pesquisar bibliografia fidedigna sobre procedimentos e cuidados diferenciados observados, nas diversas patologias genito-urinárias e da mama na mulher, bem como da puérpera;

- Desenvolver uma interação assertiva com a equipa multidisciplinar e com a mulher/puérpera e respetiva família;

-Demonstrar interesse na aprendizagem, solicitar e aceitar a crítica construtiva, essencial à melhoria contínua.

- Realizar registos diários das experiências vividas e aprendizagens, refletindo sobre os cuidados prestados;

Adquirir o máximo de experiências curriculares, durante o período de estágio.	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir criticamente sobre o meu desempenho e sobre os cuidados; - Adaptar, sempre que possível, datas e horários de estágio às oportunidades de aprendizagem.
--	--

De seguida, irei enumerar os objetivos e respetivas atividades a desenvolver, com base nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sempre com o intuito de enriquecer a minha aprendizagem, aplicando igualmente os conteúdos lecionados durante o período teórico.

Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Objetivo geral	Atividades planeadas
Promover a saúde ginecológica da mulher.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar, se possível, a consulta de enfermagem na área da saúde ginecológica na Consulta Externa; - Assistir à Consulta de Infertilidade na Unidade de Medicina Reprodutiva e respetivos tratamentos; - Supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica; - Informar e orientar a mulher sobre saúde ginecológica e sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida; - Realização de ensinamentos à mulher oportunos individualizados, consoante as suas necessidades, demonstrando total disponibilidade.
Diagnosticar precocemente e prevenir complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama.	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar e monitorizar potencial risco de a mulher contrair patologias ginecológicas; - Diagnosticar e monitorizar afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e referenciar as situações que estão para além da área de atuação; - Planear, implementar e avaliar intervenções à mulher e aos conviventes significativos; - Cooperar com outros profissionais no diagnóstico de patologias ginecológicas.

Providenciar cuidados especializados à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilitar a sua adaptação à nova situação.

- Realizar colheita de dados pertinente e adequada demonstrando uma visão integral da utente e sensibilidade cultural;
- Planear, implementar e avaliar o processo de enfermagem à utente de ginecologia;
- Informar e orientar a mulher em tratamento ginecológico;
- Prestar cuidados personalizados e humanizados à mulher em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama, bem como com complicações pós-cirúrgicas;
- Prestar cuidados especializados e realizar ensinamentos pré e pós-operatórios;
- Proporcionar privacidade e ambiente calmo durante o internamento, demonstrando empatia e disponibilidade;
- Apoiar emocionalmente e psicologicamente a mulher e os seus conviventes significativos;
- Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher;
- Realizar panfleto informativo direcionado aos cuidados após a cirurgia da mama, o qual poderá ser entregue às utentes no momento da alta;
- Realizar ensinamentos pertinentes no dia da alta, incluindo sinais de alerta, cuidados pós-operatórios, alterações no seu dia-a-dia e estratégias adaptativas.

Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Objetivos

Atividades planeadas

Promover a saúde da mulher e recém-nascido (RN) no período pós-natal.

- Avaliar condição da mulher e RN, procedendo à pesquisa da sua história clínica e obstétrica, percebendo antecedentes relevantes na prestação dos cuidados e procedimentos programados;
- Estruturar, implementar e avaliar cuidados de enfermagem direcionados à promoção da aquisição parental de conhecimentos, inerentes à continuidade dos cuidados e vigilância do RN após a alta;
- Estimular e sensibilizar para a vinculação afetiva RN-pais, promovendo a parentalidade responsável, fornecendo suporte emocional e informativo oportunos, incentivando a aproximação física, contato e comunicação multissensorial;

- Implementar e avaliar intervenções de promoção e apoio no aleitamento materno, nomeadamente na extração, conservação, fornecendo informação acerca das técnicas, vantagens envolvidas, importância no desenvolvimento do RN e na vinculação mãe/filho, alertando igualmente para os cuidados inerentes e possíveis complicações associadas;

- Informar e orientar a mãe/família acerca das competências inerentes ao cuidado do RN (conforto e bem-estar, amamentação, sinais de fome, padrões de sono, dor, sinais de alerta, transporte seguro, desenvolvimento saudável), recorrendo a ensinamentos informais oportunos, ao longo da sua permanência no serviço, com base em conhecimento científico, recorrendo, igualmente, a informação validada no serviço;

- Explorar o boletim de saúde infantil e juvenil em conjunto com os pais, incentivando a sua consulta regular ao longo do desenvolvimento do RN;

- Informar e orientar a mulher relativamente a recursos na comunidade inerentes à vigilância e cuidados orientados à puérpera e RN e quanto à sexualidade e contraceção no período pós-parto;

- Realizar um trabalho para o serviço sobre algo pertinente para o enriquecer.

- Incentivar ao autocuidado da puérpera e ao cuidado do RN, promovendo a autonomia e a parentalidade assertiva, assegurando o seu bem-estar;

- Monitorizar processo de transição e adaptação à parentalidade, aquisição do papel materno e estimular processo de vinculação mãe/pai/RN;

- Monitorizar, vigiar e promover o bem-estar materno e do RN;

- Cooperar na avaliação da situação clínica da mulher e RN, percebendo eventuais riscos ou patologias existentes;

- Avaliar os cuidados de enfermagem, procedimentos especializados e personalizados, dirigidos à condição clínica da mulher e RN, saudáveis ou potencialmente em risco, definindo prioridades de atuação, visando as suas necessidades específicas;

- Avaliação e monitorização da dor, minimizando o processo de dor, incentivando a expressão da dor e

Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e RN no período pós-natal

implementando estratégias e atitudes de alívio da dor e promoção do bem-estar.

Providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN no pós-parto

- Avaliação e vigilância física e ginecológica e ensino oportuno da puérpera no período pós-natal, assegurando o seu bem-estar, despistando e alertando a mulher para sinais e sintomas de possíveis complicações obstétricas, ginecológicas inerentes, percebendo e implementando medidas e protocolos de atuação assertivamente, em colaboração com a equipa multidisciplinar, nomeadamente:

- Contração uterina, através da avaliação do globo de segurança de Pinard e involução uterina;
- Hemorragia pós-parto;
- Risco infeccioso através da vigilância das características dos lóquios e da evolução cicatricial da perineorrafia/ sutura cirúrgica;
- Alterações nas mamas (integridade cutânea: maceração, fissuras, gretas; ingurgitamento mamário e mastite);
- Depressão pós-parto;
- Alterações hemodinâmicas: Hipertensão, pré-eclampsia, eclâmpsia, síndrome de HELLP, anemia pós-parto.

- Ensinar acerca de técnicas e procedimentos que facilitem a recuperação pós-parto, como incentivar a amamentação e exercícios a realizar pós-parto;

- Corrigir pega e posicionamentos incorretos aquando da amamentação;

- Cooperar com outros profissionais de saúde no tratamento da puérpera com patologias e do RN com problemas de saúde no período neonatal;

- Promoção do esclarecimento de dúvidas e receios, proporcionando a sua elucidação de forma clara e concisa, estimulando a confiança e segurança na sua conduta, alertando para a importância do despiste de sinais de alerta, acedendo precocemente aos serviços de saúde, na prevenção de possíveis complicações.

Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período preconcepcional, vigilância da gravidez e climatério

Objetivo geral	Atividades planeadas
<p>Providenciar cuidados de saúde à mulher no âmbito do planeamento familiar, período preconcepcional, vigilância da gravidez e climatério.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar e reconhecer necessidades da mulher/grávida/casal; - Realizar diagnósticos de enfermagem individualizados, executar intervenções de enfermagem especializadas e avaliar resultados, evidenciando ganhos em saúde; - Recolher história clínica (identificação, antecedentes pessoais, familiares, ginecológicos e obstétricos); - Realizar exame físico (avaliação dos sinais vitais, análise sumária à urina, peso, frequência cardíaca fetal e/ou registo cardiotocográfico); - Providenciar privacidade à mulher/grávida e envolver sempre que possível o convivente significativo; - Confirmar a realização de exames laboratoriais e ecográficos e resultados, dependendo da idade gestacional; - Assegurar prescrição e toma de suplementação (ácido fólico e iodeto de potássio) na gravidez, bem como outra medicação prescrita necessária; - Ensinar acerca de desconfortos na gravidez e estratégias de alívio, adequado à idade gestacional; - Ensinar e instruir sobre métodos contraceptivos; - Ensinar sobre plano de consultas, processo de reflexão, mecanismo de abortamento, terapêutica e sinais de alarme; - Esclarecer dúvidas e registar todos os parâmetros de cada consulta no Boletim de Saúde da Grávida; - Realizar registos de enfermagem, documentando no programa SClinico todas as intervenções de enfermagem desenvolvidas; - Colaborar com todos os elementos da equipa multidisciplinar na realização dos cuidados à mulher/grávida durante a consulta; - Assegurar que todas as grávidas façam as ecografias no tempo correto de gestação;

- Explicar o funcionamento do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade no Hospital (ministrado pelos EEESMO do internamento), bem como horários e inscrição;
- Assistir às consultas de Planeamento Familiar, Vigilância da Gravidez, Gravidez na Adolescência, Patologia do Colo do Útero e do Endométrio e de Menopausa, prestando cuidados especializados inerentes a cada mulher/casal;
- Realizar panfletos acerca do que levar para a maternidade para a díade mãe-bebé, alimentação e desconfortos durante a gravidez, para posteriormente entregar às grávidas.

Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar, durante o período preconcepcional, na vigilância da gravidez e no climatério.

- Identificar e encaminhar mulheres/grávidas/casal em situação de risco físico e/ou psicossocial;
- Avaliar risco da gravidez através da escala de Goodwin modificada;
- Rastrear casos de violência doméstica ou casos sociais;
- Identificar problemas inerentes à gravidez como Diabetes Gestacional, Hipertensão Arterial entre outros;
- Diagnosticar complicações na grávida/mulher e, se necessário, encaminhar para o Serviço de Urgência;
- Realizar ensinamentos acerca da avaliação da glicémia e da tensão arterial na grávida (modo, horário e registos);
- Agilizar encaminhamento para consulta de Diagnóstico Pré-Natal e realizar ensinamentos acerca da mesma e da realização dos diversos exames, cuidados a ter e sinais de alarme;
- Apoiar emocionalmente a mulher/casal com disfunções sexuais, problemas de infertilidade e infeções sexualmente transmissíveis, realizando ensinamentos pertinentes.

Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito da Patologia Materno-Fetal

Objetivo geral

Atividades planeadas

- Identificar e reconhecer necessidades da grávida/casal;

Providenciar cuidados de saúde à mulher no âmbito da Patologia Materno-Fetal.

- Realizar diagnósticos de enfermagem individualizados, executar intervenções de enfermagem especializadas e avaliar resultados, evidenciando ganhos em saúde;
- Recolher história clínica (identificação, antecedentes pessoais, familiares, ginecológicos e obstétricos);
- Realizar exame físico (avaliação dos sinais vitais, frequência cardíaca fetal, tocograma e registo cardiotocográfico);
- Providenciar privacidade à grávida e envolver sempre que possível o convivente significativo;
- Ensinar acerca de desconfortos na gravidez e estratégias de alívio, adequado à idade gestacional;
- Realizar registos de enfermagem, documentando no programa SClinico todas as intervenções de enfermagem desenvolvidas;
- Assistir às consultas de Interrupção Voluntária da Gravidez, se possível;
- Realizar panfleto acerca da alimentação das grávidas com Diabetes Gestacional, para posteriormente lhes entregar e realizar ensino.

Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher no âmbito da Patologia Materno-Fetal.

- Avaliar estado físico e emocional da grávida;
- Avaliar aceitação e adaptação da mulher/casal à gravidez;
- Identificar situações de risco social, económico e familiar;
- Informar grávida/casal acerca dos sinais e sintomas de risco;
- Diagnosticar e monitorizar desvios à gravidez fisiológica utilizando os meios auxiliares de diagnóstico mais adequados;
- Referenciar e encaminhar todas as situações que estão além da área de atuação da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, aos elementos da equipa multidisciplinar mais adequados;
- Avaliar e monitorizar bem-estar materno-fetal através dos meios clínicos e técnicos mais apropriados;

- Determinar adequação da estrutura pélvica materna às características fetais;
- Identificar e monitorizar sinais de abortamento;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções com o objetivo de potenciar a saúde da mulher em situação de perda gestacional;
- Identificar complicações pós-abortamento e referenciar as situações que estão para além da área de atuação da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, aos elementos da equipa multidisciplinar mais adequados.

Tratar, reabilitar e readaptar para a saúde da mulher no âmbito da Patologia Materno-Fetal.

- Identificar desconfortos da gravidez e informar sobre medidas e recursos para alívio;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com desvios na adaptação à gravidez;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia da gravidez;
- Cooperar com a equipa multidisciplinar nos cuidados e tratamento à mulher com complicações da gravidez;
- Diagnosticar início de trabalho de parto;
- Planejar e prestar cuidados de enfermagem à grávida em início de trabalho de parto;
- Ensinar, instruir e treinar a utilização de recursos não farmacológicas de alívio da dor;
- Aplicar medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica

Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito da Sala de Partos

Objetivo geral

Atividades planeadas

- Acolher a grávida e promover um ambiente calmo na sala de dilatação;
- Estabelecer relação empática com a parturiente e convivente significativo, mostrando disponibilidade;

Prestar cuidados à mulher em trabalho de parto, em ambiente seguro, promovendo uma experiência de parto positiva.

- Providenciar privacidade à grávida e envolver sempre que possível o convivente significativo;
- Avaliar o conhecimento sobre o trabalho de parto, e ensinar acerca das diversas fases do mesmo;
- Verificar a existência de plano de parto, respeitar a decisão da mulher e seguir, sempre que possível, a vontade expressa;
- Ensinar sobre a analgesia durante o parto;
- Instruir acerca dos métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como o relaxamento e a respiração;
- Cooperar com a equipa multidisciplinar na aplicação e gestão de métodos farmacológicos de alívio da dor;
- Explicar todos os procedimentos a realizar à grávida e pedir sempre consentimento verbal;
- Determinar adequação da estrutura pélvica materna às características fetais;
- Avaliar e monitorizar bem-estar materno-fetal através do registo cardiotocográfico e sinais vitais da parturiente, sempre que necessário;
- Monitorizar maturação cervical só, e apenas, quando houver necessidade, identificando apagamento e dilatação do colo uterino;
- Identificar apresentação fetal e vigiar integridade das membranas amnióticas;
- Realizar amniotomia, se necessário
- Após rotura de membranas, vigiar características do líquido amniótico;
- Vigiar frequência cardíaca fetal e contrações uterinas (intensidade e duração), detetando atempadamente alterações;
- Promover a deambulação e verticalização da mulher, se não contraindicado, ou adotar a posição que seja mais confortável para a parturiente;
- Identificar e analisar a fase do trabalho de parto e a sua progressão;

- Administrar medicação prescrita pelo médico;
- Preparar todo o material necessário à realização do parto (trouxa de parto, kit de partos, bata esterilizada, clampe, luvas esterilizadas, pacote de compressas esterilizadas, material de colheita de sangue se mãe com grupo sanguíneo O ou Rh negativo);
- Realizar registos de enfermagem, documentando todas as intervenções de enfermagem desenvolvidas.

- Transferir a grávida para a sala do período expulsivo, acomodando-a confortavelmente;
- Vestir equipamento adequado, esterilizado para realizar o parto;
- Assistir no período expulsivo;
- Executar parto eutócico, sempre que possível;
- Identificar atempadamente distócias e agir em conformidade;
- Identificar presença de circulares do cordão umbilical;
- Realizar episiotomia, se necessário;
- Segurar o RN, remover as secreções da boca e nariz com uma compressa esterilizada e, colocar, assim que possível, em contacto pele-a-pele;
- Colaborar com os profissionais da equipa multidisciplinar na realização de partos distócicos (fórceps e ventosa);
- Ter em atenção os sinais de descolamento e expulsão da placenta e ensinar a parturiente a fazer esforços expulsivos quando ocorrem esses sinais;
- Confirmar a integridade da placenta e membranas, verificar a inserção do cordão umbilical, o seu tamanho, as anomalias e presença de uma veia e duas artérias no cordão umbilical;
- Avaliar a quantidade de sangue perdido após a dequitação;
- Administrar uterotónicos;

Prestar cuidados à mulher durante o período expulsivo e dequitação.

- Colher sangue do cordão se mãe Rh – ou ORh+;
- Vigiar integridade do períneo, inspecionar o colo, canal vaginal e vulva para despiste de lacerações;
- Realizar analgesia local do períneo, se necessário;
- Realizar episiorrafia/ perineorrafia, quando necessário;
- Proceder à higiene vulvar e aplicar um penso higiénico e fralda de proteção;
- Transferir a puérpera da sala do expulsivo para a zona de recobro.

Preparar física e psicologicamente a parturiente que por motivos vários, não pode ser submetida a um parto por via vaginal e que se torna uma prioridade a cesariana.

- Identificar motivos para realização de cesariana (incompatibilidade feto-pélvica, anomalias da apresentação e posição, distócias, macrossomia, sofrimento fetal, entre outras);
- Agilizar recursos humanos para a realização da cesariana (chamar médico anestesista de serviço, médicos obstetras, enfermeiro anestesista e circulante e auxiliar de ação médica);
- Explicar à parturiente o porquê de ser submetida a uma cesariana;
- Preparar a parturiente para a cesariana (algaliação, puncionar acesso venoso periférico, tricotomia);
- Avaliar bem-estar materno-fetal através do registo cardiotocográfico;
- Transferir a grávida da sala de dilatação para o Bloco Operatório e deste para a zona do recobro;
- Receber o recém-nascido após o seu nascimento com lençol aquecido;
- Promover vinculação mãe-bebé precoce dentro do bloco operatório;

Promover a saúde e a adaptação do recém-nascido ao meio extrauterino.

- Realizar contacto pele-a-pele com a mãe, sempre que possível, e caso não seja possível, deve realizar com o pai;
- Promover amamentação na primeira meia hora de vida, sempre que possível;
- Participar na reanimação do recém-nascido, quando necessário;

- Avaliar o recém-nascido (integridade da pele e mucosas, sinais de dificuldade respiratória, tónus muscular);
- Aspirar secreções, se necessário;
- Administrar 1mg de Vitamina K, por via intramuscular, na face externa da coxa esquerda e colírio;
- Vestir o recém-nascido;
- Promover a estabilidade térmica.

- Monitorizar sinais vitais, avaliar sinais e sintomas de hipotensão;
- Avaliar perdas hemáticas (quantidade, odor, características e presença ou não de coágulos);
- Vigiar processo de involução uterina;
- Avaliar formação do Globo de Segurança de Pinard;
- Avaliar períneo (presença ou não de edema, dor, rubor, etc);
- Vigiar perfusão de uterotónico;

Promover a saúde e o bem-estar da mulher no pós-parto imediato.

- Manter recém-nascido em contacto pele-a-pele com a mãe;
- Realizar ensinamentos acerca da importância da amamentação e do alojamento conjunto;
- Esclarecer quaisquer dúvidas que a mãe e o pai/convivente significativo tenham;
- Permitir presença do convivente significativo ao longo de todo o pós-parto imediato, normalmente duas horas;
- Efetuar registos de enfermagem: partograma, notas de enfermagem, livro de registo de partos, Sclínico®, registo do nascimento no site da Direção Geral da Saúde, Notícia de Nascimento e Boletim de Saúde da Grávida.

Conclusão

Acredito que este estágio me vai permitir o desenvolvimento de competências no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em saúde ginecológica e obstétrica, proporcionando-me um conjunto de experiências significativas que me permitam não só o desenvolvimento profissional, como também pessoal, de forma a conduzir-me à autonomia para a tomada de decisões.

Este projeto tem como finalidade ser objeto de trabalho e de avaliação. Deste modo, não é rígido nem imutável, podendo eventualmente sofrer alterações caso existam factos, problemas ou situações que necessitem de intervenção.

Mesmo sabendo que poderei ter, eventualmente, alguns obstáculos na realização dos objetivos deste estágio, espero que com a ajuda da equipa multidisciplinar de saúde e, principalmente, com muito esforço e vontade própria, consiga atingir os propósitos referidos neste projeto.

Referências Bibliográficas

- Decreto de Lei n.º 391/2019. (2019). Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 391/2019. *Diário da República*, n.º 85(2ª série), 13560–13565.
- Escola Superior de Saúde de Viseu (2021). *Guia orientador de trabalhos escritos*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.
- Instituto Superior Politécnico de Viseu (2021). Guia orientador da unidade curricular estágio com relatório final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (12º CPLEESMO e 7º CMESMOG).
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, n.º 26, 4744–4750.
- Priberam Dicionário. (2023, fevereiro 17). Projeto. <https://dicionario.priberam.org/projeto>.

Apêndice II – Panfletos traduzidos para inglês

Guia – Os cuidados de higiene ao recém-nascido

CARE OF THE UMBILICAL CORD STUMP

- The umbilical stump should always be kept clean and dry.
- After bathing clean with sterile dry nappies.
- Watch for signs of infection (swollen, red, smelly loss, presence of fever).
- After the umbilical stump is removed, the same care should be maintained until healing is complete.

NAIL CARE

- A round-tipped pair of scissors, or cardboard file, is recommended.
- Ideally, you should cut your nails after bathing, as they are softened.



Obstetrics and Gynecology Service
 Centro Hospitalar Coxo da Beira
 (Departo de Almas
 Materno-Infantil)

Teléfono: +351 233010000

Endereço: Av. 25 de Abril, 200
 www.chb.coimbra.pt; www.hospitalcoxo.com.br
 e-mail: info@chb.coimbra.pt



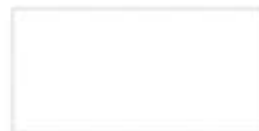
Guide
 Hygiene Care for the
 Newborn

Obstetrics and Gynecology Service



NECESSARY CONDITIONS

- The environment should be warm (24 to 25 degrees Celsius) and draught free.
- Wash your hands before beginning.
- Prepare in advance everything you will need: the clean clothes (in the order you will wear them), the towel, the diaper, the baby soap, the moisturizing cream.
- Make sure that the tub is on a stable surface at a level that you can move easily and comfortably.
- Fill the bathtub with cold water first and then hot water. The water in the bathtub should not exceed 30 cm in depth and should be warm (check the temperature with a thermometer (37°C), or with the elbow or the inside of the wrist).



BATH STEPS

- After undressing the baby you should hold him in the following way: put your left arm behind the baby's back so that your thumb is over his shoulder and the rest of your fingers are under his left armpit. This way the baby's head rests on your forearms and the baby feels safe. With your free hand, hold the baby's legs and bottom so that the baby is ready to enter the tub.
- Place the baby gently in the water, with your free hand you can wash it easily.
- Start the bath with baby's face (no soap, just water). Clean the eyes with gentle movements from the outer corner to the inner corner.

- Soap the head and carefully remove the soap, taking care not to let the soapy water get into baby's eyes.
- Wash the baby from the clearest to the dirtiest areas. The most usual sequences is neck, chest, arms, legs, back, and genitals (in girls the vulvar area in the vagina-area direction).
- To wash the back turn the baby by placing your free hand on the baby's chest, rotating it. Run your other hand under the baby's arms in order to hold his right arm.
- When the bath is over, immediately wrap him in a towel. Dry it gently, without rubbing, especially in the folds of the skin (neck, armpits, groin, and between the fingers).
- Massage the baby with moisturizing cream all over the body (except for the hands and feet).
- Put on the diaper.
- Dress the baby with the clothes you have prepared.

Guia – A mulher no puerpério

Breast Engagement

- This is the feeling of full and hard breasts. The increase in breast volume occurs between the 2nd and 3rd day due to the "milk rise", you may also notice an increase in body temperature;
- Apply pieces of warm water before feeds in order to facilitate milk letdown;
- At the end of the feeding, if you still feel the breast "tense", ensure the excess milk is removed;
- At the end of or between feedings you can apply pieces of cold water.

Diet alterations

- The galactophore ducts can become blocked, preventing milk from flowing out;
- It manifests as a tender area in the breast that may be itchy, localized pain restricted to the affected area, and fever may occur;
- Prevention includes good techniques in placing the baby to the breast, emptying the breast and not wearing tight clothing and/or a bra;
- Start the feeding from the affected breast;
- Massage in the direction of the nipple;
- If the situation is not resolved within 24 hours, call a health care professional;

Mastitis

- It is an inflammation of the mammary gland, and can arise throughout the lactation period;
- Mastitis is considered a disease and requires medical intervention and is usually a consequence of the situations already described above: fatigue, engorgement, obstruction, when not correctly treated;
- It is manifested by pain, heat, and redness, located in a triangular region, which may be swollen, and general malaise and fever;
- Prevention:
 - Treatment of the previous situations
 - Breastfeeding on your own time
 - Complete emptying of the breast
- Treatment:
 - Emptying of the affected breast
 - Treatment of the symptomatology
 - Antibiotic (doctor's prescription)

Obstetrics and Gynecology Service
 Extension: 14.920 (Admission)
 21.000 (Internal consultation)
 Centro Hospitalar Universitário de Beira
 Praça do 40.º Aniversário
 4000-061 Coimbra
 Telefone: 234 222000
 E-mail: obg@chub.beira.pt
www.chub.beira.pt

The Woman in the Puerperium



Obstetrics and Gynecology Service



The puerperium is a chronologically variable phase, of imprecise duration, which begins with the exit of the placenta and ends when the maternal physiology returns to the pre-pregnancy state, approximately six weeks after delivery.

Necessary care:

Diet

- Intake of varied foods rich in protein, namely: lean meats, fish, milk, vegetables, rice, chicken, eggs, soy, beans, fruits;
- Hydration with a daily intake of 1,5 to 2 liters of liquids (water, tea, milk, natural juices);
- Prefer a diet with reduced consumption of sugars, fats and fried foods;
- Avoid alcoholic drinks.

Hygiene

- Daily shower (including hair if desired);
- Soaking in the bath is not recommended in the first weeks;
- Wash the genital area with lukewarm or cold water, daily and whenever you feel the need;
- Change the sanitary pad as often as necessary to keep the genital environment dry;
- The use of tampons is not recommended.

Clothing

- The use of a bra, in the right size, is important for breast support. If you are lactating, the nursing bra is a good option for comfort and maintenance.

Pain

- In the process of uterine involution, some women experience painful contractions that are also called "bearing pains" and that may increase in intensity at the time of breastfeeding. It is a physiological process;
- The pain felt by women who have undergone a cesarean section or episiotomy decreases day by day;
- You may relieve the pain with the prescribed painkillers.

Medicines

- You should only take the medicines prescribed by your doctor.

Lochia

- A heavy bloody discharge will occur, usually during the first 5 to 4 days. Between the 5th and 10th day, the discharge is pinkish and from the 10th day on, the discharge will be light in color;
- If you notice any changes in the amount, color, or smell of the lochia, you should see your obstetrician (doctor/nurse) assistant.

Uterine involution

- After delivery the uterus is easily palpable, and regresses over the days and is no longer palpable by the 2nd week after delivery.

Episiotomy

- Maintain hygiene care daily and whenever necessary. Preserve clean and dry skin;
- The sutures in the perineum are absorbable so there is no need to remove them.

Urinary Function

- You will have an increase in daily urination for the first few weeks, then return to your normal pattern.

Intestinal Function

- The return to bowel function may occur 1/3 days after delivery;
- Constipation is frequent and laxatives may be used;
- Hemorrhoids can develop, so hygiene is very important. Follow the prescription that was **G I V E N T O Y O U**.

Sexual Activity

- Decreased sexual desire may arise in the first weeks after childbirth;
- Talk openly with your partner;
- Take back sexual activity when you feel ready.

Breasts

Painful and cracked nipples

- Pain is common in the first few days of breastfeeding and at the beginning of the feed, diminishing with the feed and as the milk flows;
- The main cause of pain and cracking is the incorrect position in which the baby takes the breast;
- Treatment includes good breastfeeding techniques. Start with the least painful breast, expose the nipple at the end of the feed and apply drops of colostrum/milk and let the breast dry before covering it with a bra. You can also moisturize the nipple and

Guia – Exercícios no puerpério

Exercise 9 – Lie on your back, without a pillow, with your legs slightly apart and bent, with your feet flat on the floor and your arms at your sides.



Raise your hips so that your body rests only on your feet and shoulders. Bring your knees together and contract the muscles of the vagina, anus, and buttocks and return to the starting position.

Exercise 10 – Lean on your elbows and knees, keeping your back straight, and contract your belly, keeping it that way for a few seconds.

Increase this time daily to a few minutes.



The postpartum review appointment should preferably take place between the 6th and 8th week after birth, with the doctor who followed you during pregnancy.

Any questions you have about yourself or your child should be clarified with your doctor and nurse.

Gynecology and Gynecology Service
 Estremoz, 24300 (Administrative)
 27100 (external consultation)
 Centro Hospitalar Universitário Cores da Beira
 Quinta do Alentejo
 Av. 1.º de Abril
 24300-101 Estremoz
 Telefone: 242 220000
 Contacto geral: 242 220 000
www.chubebira.com / geral@chubebira.com
 e-mail: geral@chubebira.com
www.chubebira.com / www.chubebira.com



Guide
 Exercises in the
 Puerperium



Gynecology and Gynecology Service



PHYSICAL ACTIVITY

In the first weeks you should not practice forced physical activities, but you can do the exercise that improves your muscular condition and decrease the appearance of future problems such as urinary incontinence and bladder drop.

Physical exercises to correct abdominal sagging and body contouring can be started 2 weeks after normal delivery. Similarly, sports can be started. When the delivery was by cesarean section you should wait about 3 weeks.

The following exercises can improve your muscle condition and should be started after medical permission and performed at a suitable place and time.

Exercise 1 – Lie on your back, without a pillow, with your legs stretched out together and your arms at your sides. Breathe deeply by expanding your chest and contracting your belly.



Exercise 2 – Starting from the position indicated in the previous exercise, bend your head forward



Exercise 3 – From the position indicated in exercise 1, lift one leg up, bending the knee until the thigh touches the stomach. Do this exercise alternating the right leg with the left leg.



Exercise 4 – Starting from the position indicated in exercise 1, raise one leg as far as you can without bending the knee. After a few seconds, lower the leg slowly. Do this exercise alternating the right leg with the left leg.



Exercise 5 – From the position indicated in exercise 1, lift both legs up together as far as you can without bending your knees. After a few seconds, slowly lower your legs back to the starting position.



Exercise 6 – Lie on your back, without a pillow, with your legs straight and cross your arms over your chest. Without moving your feet and legs, lift your head and shoulders a few inches off the floor. Stay like this for a few moments and then return to the starting position.



Exercise 7 – Starting from the position indicated in exercise 6, without moving your feet and legs, raise your torso until you are seated. After a few moments, return to the starting position. This exercise can be done with your hands interlocked behind your head.



Exercise 8 – Try sitting up and leaning forward 3 times before returning to the starting position.



Guia – Massagem para bebês

BENEFITS:

- Improves psychomotor development
- Improves temperamental dimensions, emotions, and sociability
- Decreases anxiety of parents and baby
- Decreases crying time
- Promotes parent/infant attachment and the feeling of parental competence
- Facilitates the baby's sleep
- Stimulates the five senses
- Makes baby feel loved
- Helps identify baby's needs and wants
- It increases the time in the "quiet wakefulness" stage, a state of consciousness in which babies are able to learn and communicate (when they are in this state of consciousness, aware of the world and looking for new things, it is the ideal time for massage).

Obstetrics and Gynecology Service
 Entusias: 14401 (admission)
 17101 (external consultation)
 Centro Hospitalar Universitário Cores da Beira
 Praça do Alentejo
 4700-010 Beira
 Telefone: 353 233000
 Telefone: 353 2330000
 www.chub.beira.uep.pt
 www.hospitais.uep.pt

Guide
 Massage for babies



Obstetrics and Gynecology Service



ONE: On your left arm, with your hand, place the child facing you in a comfortable position, propped up on the pillows.



TWO: Very calmly, gently glide your hands down the baby's body, from head to toe.



THREE: Lay oil in your hand, warm them by rubbing them together and place them on the baby's chest. Massage making an "X" and crossing chest.



FOUR: Massage the baby's arms to the hands as if they were a thumb, eyes, the and gently massage finger.



FIVE: Now roll the oil on the belly with your open hands, from top to bottom, applying light pressure to the belly.



SIX: As with the arms, massage the thighs with a threading or twisting motion. Next, massage the sole of the foot. First with your thumb, and then with the palm of your hand.



thumb, and then with the palm of your hand.



SEVEN: Turn the baby on his stomach and start massaging the back with both hands simultaneously, going from the neck to the



NINE: Continue to move down your back from top to bottom, but instead of stopping at your buttocks, continue the movement by moving up your thighs, legs, and feet.



TEN: Turn the child face forward again to massage the face. Slide your fingers from the forehead to the chin, with circular movements around the eyes and mouth.



ELEVEN: Make opening and closing cross-legged movements on the arms and legs, respecting the child's flexibility. Before you finish, bring the baby close to your face and talk softly, always looking into his eyes, as in



Guia – Cuidados de administração e preparação do biberão: Aleitamento Artificial

BOTTLE FEEDING

Put a few drops on the inside surface of your wrist to check the temperature of the milk: the milk should be warm, not hot. When giving a bottle, the teat should always be filled with milk so that the baby does not swallow air, which will cause colic. The milk should drip from the teat and not run out, so that the child does not choke.

The mother or father should sit in a comfortable position, and keep the baby in a semi-sitting position with the head resting in your forearm. Artificial milk requires more time to digest, so keep the interval between each feed to at least 2-4 hours.



- Look at your child while feeding him!
- Eye contact strengthens the bond between mother/father and child!

Obstetrics and Gynecology Service
 Centro Hospitalar Universitário Goa da Beira
 Praça do Alentejo
 4700-010 Beira
 Telefone: +351 233000000
 Endereço postal: 4700-010
 www.hubgoa.com | www.hugpdr.com | www.hugpdr.com | www.hugpdr.com | www.hugpdr.com
 e-mail: info@hugpdr.com
 www.hugpdr.com | www.hugpdr.com

G u i d e
 Cares in the Preparation and Administration of
 Bottle Feeding: Bre-

Obstetrics and Gynecology Service



BOTTLE CARE

Preparing a bottle requires some important care that you should take into consideration. Before preparing the bottle, wash your hands thoroughly with soap and water. The bottle, teat, and spoon should be sterilized. The immune system of babies up to 6 months old is still very immature. If you do not take this care, contamination by microorganisms can make your baby sick. Rinse all the parts immediately after each use: rub the teats on the inside and outside and rinse again. Force the water through the teat opening to ensure that no residue is left on the teat. Once all parts are thoroughly cleaned, they can then be sterilized.



BOTTLE STERILIZATION (METHODS)

Sterilization by Boiling (Classic and accessible method)
 Place the bottles, teats, measuring spoon and other utensils in water in a saucepan used for this purpose for 20 to 30 minutes.

Microwave Sterilization
 Bottles and teats are also steam sterilized in a microwave oven within a few minutes. The heating of the objects may not be homogeneous and therefore the sterilization may not be completely effective.

Sterilization by steam (Most efficient method)
 After the baby bottle and its accessories have been properly washed, they should be placed inside the appliance in a way that respects the placement that the manufacturer suggests, as well as the recommended water level, so that the amount of steam produced penetrates the accessories and sterilizes them.

HOW TO PREPARE THE BOTTLE

- Boil drinking water for 3 to 5 minutes (no longer than that, otherwise the water will evaporate and become concentrated in salts that cause the baby to colic);
- Let the water cool down a little;
- Pour the correct amount into the bottle;
- For every pint of water add 1 teaspoon of powdered milk:

Example: Measuring spoon/Water

- 1 = 30 ml
- 2 = 60 ml
- 3 = 90 ml

- Always respect the quantities of powdered milk to be used;
- Never fill the measuring spoon above the maximum;
- Do not press the milk powder into the spoon to fit more.

If you put more powdered milk than indicated, the milk will be too concentrated and this will harm the baby, causing more gastrointestinal problems. On the other hand, if it becomes less concentrated, your baby will not be getting all the nutrients it should.



Apêndice III - Desconfortos inerentes a cada trimestre e alimentação na gravidez

ALIMENTAÇÃO

Traga uma alimentação saudável, equilibrada, variada e saudável

Pequeno-almoço

- Laticínios
- Cereais integrais
- Fruta
- Frutas oleaginosas

Refeições principais

- 1/4 de prato com uma fruta de cor vermelha ou laranja
 - 1/4 de prato com leguminosas cozidas
 - 1/4 de prato com cereais cozidos
 - 1/4 de prato com hortaliças cozidas
- Incluir refeição com sopa de legumes
- Terminar a refeição com uma peça de fruta
- Agua - 3 a 10 copos por dia
- Metade do prato com hortaliças

Rotina alimentar

- 1) Cerca de 3 refeições principais - pequeno-almoço, almoço e jantar
- 2) Entre 2 a 3 merendas
- 1 chá ou café durante o dia
- 1 porção de fruta
- 1 porção de fruta oleaginosas

Consumir em menor quantidade

- Gordura
- Sal
- Gordura saturada
- Açúcar

2 colheres de sopa (20 ml) por dia

4 colheres de chá (20 ml) por dia

Proibido

- Produtos processados
- Alcool
- Doces
- Bebidas açucaradas
- Fritas
- Snacks

Fonte: DGS, 2011

NA GRAVIDEZ

Escolha alimentar

- Carnes, peixe e ovos**
Consuma em cada uma das refeições principais
 - Prefira carnes magras - coelho, frango, peru
 - Consuma 2 a 3 porções de peixe por semana
 - Não consumi cru ou mal cozinhadas

- Leguminosas**
Acompanhe nas refeições principais
 - 2 a 3 colheres de sopa, por exemplo adicionando-as na sopa

- Frutas e hortaliças**
Consuma 4 peças de fruta, 2 sopas por dia e acompanhe as refeições principais com hortaliças
 - A fruta não deve ser consumida isoladamente, deve acompanhar com pão ou bolacha integral
 - Não consumi sem estarem bem lavadas ou desinfectadas

- Frutas oleaginosas**
Consuma uma porção, pelo menos 4 vezes por semana

Temperamentos e pratos de cozinha

- Cozinha com azeite
- Adicione especiarias e ervas aromáticas, em vez de sal
- Adicione hortaliças para dar sabor

LES Ovaris - Hospital Sousa Martins
Miraflores, Avenida 24 de Junho, 1000-028 Lisboa
Telefone: 217 202 202

DÚVIDAS E CUIDADOS NA GRAVIDEZ

Departamento de Saúde da Mulher e da Criança

DESCONFORTOS NA GRAVIDEZ

Expos e azia

Principalmente de manhã

- Comer pequenas quantidades, 5 a 6 pequenas refeições ao longo do dia - evitar jejuns prolongados
 - preferir alimentos leves e fáceis de digerir
- Reforço hídrico
- Permanecer sentada, pelo menos, 30 minutos após refeição
- Elevar cabeceira e preferir dormir para o lado esquerdo

Hipersensibilidade mamária

As mamas aumentam de tamanho, tornando-se mais firmes e sensíveis

- Utilizar roupa confortável e soutien adequado
- Aplicar creme hidratante diariamente
- Em caso de comichão: evitar friccionar/estregar a pele e aplicar suavemente creme hidratante

Sonolência e fadiga

Devido às alterações hormonais

- Fazer pequenos períodos de repouso

Edemas (inchaço)

Devido ao aumento do volume sanguíneo em circulação

- Evitar permanecer de pé/sentada por longos períodos sem mexer as pernas
- Controlar peso
- Utilizar meias de compressão adequadas
- Nos períodos de repouso manter as pernas elevadas
- Realizar duche com água fria e massagear suavemente

Ostipação

O padrão intestinal pode ficar alterado pela compressão do intestino, devido ao aumento do útero

- Alimentação rica em fibras
- Reforço hídrico
- Praticar atividade física regular - caso permitido pelo seu médico

Lombalgia (dor na região lombar)

O aumento do peso leva a desconforto na região lombar

- Fazer períodos de repouso - evitar longos períodos em pé e cruzar as pernas quando sentada
- Utilizar cinta de grávida com faixa de sustentação
- Manter postura correta
- Praticar técnicas de respiração e relaxamento

Alterações da pele

Devido às alterações hormonais, existe maior estímulo na produção de melanina - tende a desaparecer após o parto

- **Ruço:** podem surgir manchas acastanhadas
- **Mamilo e vagina:** ficam mais escuras
- **Alfa escura:** que aparece verticalmente na barriga, torna-se mais visível
- **Coxas, barriga e mamas:** podem surgir estrias
- Evitar exposição solar prolongada
- Aplicar diariamente protetor solar (SPF 50)
- Aplicar creme hidratante nas zonas que podem ser mais afetadas por estrias

Urgência e aumento da frequência urinária

O útero exerce pressão sobre a bexiga, diminuindo a capacidade de retenção de urina

- Restrição da ingestão hídrica antes de deitar - priorizar ingestão no intervalo das refeições
- Realizar exercícios de contração da musculatura pélvica (exercícios de Kegel)

Correntes vaginais

É abundante, de cor clara e sem cheiro

- Usar roupa interior de algodão, evitar calças e cintas muito apertadas
- Cuidar da higiene íntima - usar sabão com pH neutro, sem cheiro; limpar-se da frente para trás

Apêndice IV - Enxoval para a Maternidade

Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP)

O CPPP destina-se a todas as grávidas/casais, a partir das 28 semanas de gestação, com o intuito de promover o conhecimento, o bem-estar, a confiança e a segurança no que concerne à gravidez, parto, pós-parto e parentalidade.

Horário: 2ª, 3ª, 4ª e 5ª das 18h às 20h
Local: Sala Projeto de Enfermagem, piso 0
Inscrição no site da ULS Guarda



Horário de visitas na Maternidade

Pai ou convivente significativo
8h às 21h

1 visita (30 minutos)
11:30h às 19:30h

A Maternidade da Guarda e os seus profissionais qualificados agradecem a sua escolha para o nascimento do seu(s) filho(s).





Enxoval para a Maternidade



Departamento de Saúde da Mulher e da Criança

ULS Guarda - Hospital Sousa Martins
Avenida Irmãos Ralinho Dinis Anírio
Telefone: 201 201 200

Roupa para o bebé

- Uma tanga para cada dia de internamento.
- Uma para o dia do parto que contenha:
 - Manta;
 - Fralda de pano;
 - Fralda descartável
 - Conjunto de roupa interior;
 - Conjunto de roupa exterior;
 - Gorro (1º dia).
- Toalhas de banho;
- Toalhetes ou compressas de gaze não estéril;
- Uma embalagem de fraldas descartáveis.





Roupa para a mãe

- Camisas de dormir ou pijamas abotoados à frente com abertura ampla no sentido de favorecer a amamentação;
- Soutiens de amamentação;
- Cinta (facultativa, podendo ser definida e equacionada a sua necessidade durante o internamento);
- Toalhas de banho;
- Toalhas de rosto;
- Robe;
- Cuecas (podem ser descartáveis);
- Chinelos de quarto e de banho;
- Produtos de higiene pessoal.

Cuidados especiais com a roupa do bebé

- Lave todas as peças de roupa do bebé antes de as usar, separadamente da outra roupa;
- A roupa pode ser lavada à mão com sabão neutro ou à máquina com detergente próprio para bebés;
- Seque a roupa ao ar/soil e passe-a a ferro;
- Corte às etiquetas da roupa, principalmente da roupa interior;
- Os conjuntos de roupa interior do bebé devem ser preferencialmente 100% algodão;
- É importante que traga sacos de plástico para colocar a roupa suja, assegurando o transporte seguro da mesma;
- Não traga objetos de valor para a Maternidade.

Apêndice V – Cuidados a ter na Diabetes Gestacional

Ganho ponderal

IMC prévio à gravidez	Ganho ponderal total (kg)	Ganho ponderal semanal no 2º e 3º trimestre (kg)
Baixo peso (<18,5 kg/m ²)	12,5 - 18kg	0,51
Normal (18,5 - 24,9 kg/m ²)	11,5 - 16 kg	0,42
Excesso de peso (25,0 - 29,9 kg/m ²)	7 - 11,5 kg	0,28
Obesidade (>30,0 kg/m ²)	5 - 9 kg	0,22

Avaliação da Glicémia durante a gravidez:

- ⇒ Em jejum;
- ⇒ Uma hora após as 3 principais refeições (pequeno-almoço, almoço e jantar)


Deve registar todos os valores avaliados no livro de registos fornecido nos Cuidados de Saúde Primários.

Para um bom controlo da Diabetes Gestacional, deve seguir uma dieta rigorosa e realizar exercício físico.




Centro Hospitalar Tondela Viseu





Centro Hospitalar
Tondela Viseu

**Cuidados a ter
na Diabetes
Gestacional**



Slogan ou Lema da Empresa

Tel: 555 555 5555

Importância da alimentação no controlo da Diabetes Gestacional

Diabetes gestacional é um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez. Deve ser avaliada a glicémia em jejum e 1h após o início das principais refeições.

A grávida deve ter acompanhamento de uma nutricionista que lhe fará um plano alimentar personalizado, de acordo com o seu índice de massa corporal, ganho ponderal durante a gravidez, estado nutricional, antecedentes clínicos e hábitos alimentares e culturais. Deve

realizar cerca de 6/7 refeições por dia:

- ◆ Pequeno almoço
- ◆ Meio da manhã
- ◆ Almoço
- ◆ Um a dois lanches
- ◆ Jantar
- ◆ Ceia



Recomendações

Registar a glicémia

Registar e avaliar a glicémia de acordo com as indicações do médico.

Seguir plano nutricional indicado

Cumprir o plano nutricional personalizado pelo nutricionista.

Fazer intervalos regulares entre as refeições

Realizar um adequado fracionamento alimentar com refeições com intervalos regulares de aproximadamente 2h30 a 3h e um jejum noturno máximo de 8 horas.

Distribuir os hidratos de carbono entre as várias refeições

Distribuir os hidratos de carbono equitativamente pelas várias refeições.

Ingerir legumes diariamente para melhorar o controlo da glicémia

Incluir no plano alimentar sopa de legumes às refeições principais e introduzir legumes no prato, uma vez que a fibra destes alimentos ajuda no controlo da glicémia.



Preferir laticínios sem açúcares adicionados

Optar por laticínios sem açúcar adicionados, apenas com os açúcares naturalmente presentes.

Preferir pão de mistura ou integral

Evitar cereais refinados, prefira pão de mistura ou integral por ser mais rico em fibras do que o pão branco.

Evitar o consumo de produtos açucarados e com adição de açúcar

Evitar a adição de açúcar aos alimentos.



Variar a fruta que consome

Alternar o consumo de frutos tendo em atenção as equivalências de hidratos de carbono.

Evitar os sumos, mesmo os naturais

Evitar ingestão de sumos, dê preferência à ingestão de água.

Controlar o peso todas as semanas

Controlar o peso semanalmente para que o aumento seja o recomendado

Apêndice VI – Bola de Partos



BOLA DE PARTO

A bola de parto é uma técnica não farmacológica de alívio da dor, cada vez mais requisitada nos hospitais que reconhecem a importância do parto humanizado e o empoderamento da mulher, sendo um recurso barato, reutilizável e não invasivo.



Perez e Simkin introduziram as bolas de parto na década de 80 com o intuito de facilitar o parto, comprovando que exercícios com esta técnica não farmacológica, têm benefícios físicos para as mulheres grávidas em idade fértil. Existem vários tamanhos e formas, devendo ser adequadas a cada grávida, consoante a sua estatura e fase do trabalho de parto.

Vantagens

- Alivia a dor na região lombar, uma vez que a posição sentada reduz a pressão nas fibras nervosas da articulação sacroilíaca;
- Alivia a tensão do parto através do controlo biomecânico pélvico;
- Facilita a rotação e descida fetal;
- Melhora as dimensões pélvicas e a mobilidade;
- Melhora o bem-estar psicossocial da grávida, uma vez que elas assumem um papel ativo durante o trabalho de parto, promovendo uma sensação de controlo sobre os cuidados, posturas corporais, equilíbrio e coordenação;
- Reduz a ansiedade e o cansaço durante o trabalho de parto;
- Diminui o uso de opiáceos;
- Permite a liberdade de movimentos.



- Aumenta o número de partos naturais;
- Diminui o número de cesarianas;
- Diminui a duração do trabalho de parto;
- Diminui as taxas de episiotomias e de lacerações perineais;
- Melhora a qualidade e eficácia das contrações uterinas.



Elaborado por: Ilda Pêgo Inácio, estudante do 12.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e 7.º Curso de Mestrado em Saúde Materna, Obstetria e Ginecologia. Bibliografia:
 Delgado, A., Maia, T., Melo, R. S., & Lemos, A. (2019). Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 35(January), 92–101. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.01.015>
 Kamingzih, K., Purwanti, D., Yulfitri, F., Sari, G. N., & Nursenah, E. (2022). The Effect of Pelvic Rocking Exercise with a Birth Ball and SP6 Acupuncture on Duration of the First and Second Stage of Labor. *Nurse Media Journal of Nursing*, 12(3), 380–389. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v12i3.43589>
 Zheng, R., Xiao, Y., Wei, W., & Wu, B. (2022). Effect of birth ball abdominal core training on pregnancy fatigue, waist pain and delivery outcomes. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 158(3), 613–618. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14043>

Apêndice VII - Avaliação crítica da qualidade dos artigos incluídos na *scoping review*

E1

Navarro-Angarita, A. M., Casas-Cárdenas, P. D., & López-Aguirre, J. P. (2021)

“Uso de aromaterapia em gestantes: una revisión de la literatura” (Colombia)

Tabela 1 - Instrumento de avaliação crítica para uma Revisão Sistemática da Literatura

VALIDADE DOS RESULTADOS	S	?	N	n/a
1. A revisão centra-se sobre uma questão clínica claramente focalizada?	2	1	0	n/a
2. Os critérios para inclusão (e exclusão) dos estudos na RS foram apropriados?	2	1	0	n/a
3. Terão sido incluídos todos os estudos importantes e relevantes?	2	1	0	n/a
4. A qualidade dos estudos incluídos foi corretamente avaliada?	2	1	0	n/a
5. As avaliações críticas dos estudos foram reprodutíveis entre os avaliadores?	2	1	0	n/a
6. Foram os resultados dos estudos similares entre eles?	2	1	0	n/a
IMPORTÂNCIA DOS RESULTADOS				
7. Quais são os resultados globais da RS?	2	1	0	n/a
8. Qual é a precisão dos resultados da RS?	2	1	0	n/a
APLICABILIDADE DOS RESULTADOS				
9. Os resultados da RS podem ser aplicados aos nossos doentes?	2	1	0	n/a
10. Foram considerados todos os resultados (outcomes) clinicamente importantes, tendo em conta a questão colocada?	2	1	0	n/a
11. Os benefícios da aplicação prática dos resultados compensam os potenciais danos e custos?	2	1	0	n/a

Cálculo da classificação final dos artigos:

Score total (soma dos scores atribuídos) ____ [A]: 20

Nº de questões aplicáveis (máx. 20) ____ [B]: 11

Score máximo possível (2 x B) ____ [C]: 22

CLASSIFICAÇÃO FINAL (A/C em %) ____ %: 20/22: 90,9%

E2

Safajou, F., Soltani, N., Taghizadeh, M., Amouzesi, Z., & Sandrou, M. (2020)

“The Effect of combined inhalation aromatherapy with lemon and peppermint on nausea and vomiting of pregnancy: a double-blind, randomized clinical trial” (Irão)

Tabela 2 - Instrumento de Avaliação Crítica para Estudos Randomizados Controlados

	Sim	Não	Desconh ecido	NA
1. A alocação dos participantes aos grupos de tratamento foi verdadeiramente aleatória?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A alocação aos grupos foi cega?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os grupos de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Foi ocultada aos participantes a atribuição do tratamento?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Foi ocultado aos responsáveis por aplicar o tratamento qual o grupo a que estavam alocados os participantes?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Foi ocultado aos avaliadores dos resultados o grupo a que estavam alocados os participantes?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os diferentes grupos do estudo foram tratados de forma idêntica, com exceção da intervenção referida?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. O follow-up foi completado, e se não, foi abordado o uso de estratégias para colmatar a sua ausência?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os resultados foram avaliados da mesma forma para todos os grupos?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Os resultados foram medidos de forma confiável?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Foi utilizada análise estatística apropriada?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O desenho de estudo é apropriado ao tópico em análise, e foi evidenciado algum desvio do desenho padrão de um ERC durante as fases de desenvolvimento ou análise?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Incluído x Excluído

E3

Mohammadi, F., Maryam, M., Niazi, A., & Jamali, J. (2022)

“The impact of aromatherapy with citrus aurantium essential oil on sleep quality in pregnant women with sleep disorders: a randomized controlled clinical trial” (Irão)

Tabela 3 - Instrumento de Avaliação Crítica para Estudos Randomizados Controlados

	Sim	Não	Desconh ecido	NA
1. A alocação dos participantes aos grupos de tratamento foi verdadeiramente aleatória?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A alocação aos grupos foi cega?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os grupos de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Foi ocultada aos participantes a atribuição do tratamento?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Foi ocultado aos responsáveis por aplicar o tratamento qual o grupo a que estavam alocados os participantes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Foi ocultado aos avaliadores dos resultados o grupo a que estavam alocados os participantes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os diferentes grupos do estudo foram tratados de forma idêntica, com exceção da intervenção referida?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. O follow-up foi completado, e se não, foi abordado o uso de estratégias para colmatar a sua ausência?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os resultados foram avaliados da mesma forma para todos os grupos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Os resultados foram medidos de forma confiável?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Foi utilizada análise estatística apropriada?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O desenho de estudo é apropriado ao tópico em análise, e foi evidenciado algum desvio do desenho padrão de um ERC durante as fases de desenvolvimento ou análise?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Incluído Excluído

E4

Afiat, M., Vahed, S. H. M., Yazdi, B. M., Ghazanfarpou, M., & Rezazadeh, M. B. (2022)

“Comparison of the effect of inhalation aromatherapy with rose and metoclopramide on anxiety and depression in women with pregnancy nausea and vomiting: a clinical trial” (Austrália)

Tabela 4 - Instrumento de Avaliação Crítica para Estudos Randomizados Controlados

	Sim	Não	Desconhecido	NA
1. A alocação dos participantes aos grupos de tratamento foi verdadeiramente aleatória?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A alocação aos grupos foi cega?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os grupos de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Foi ocultada aos participantes a atribuição do tratamento?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Foi ocultado aos responsáveis por aplicar o tratamento qual o grupo a que estavam alocados os participantes?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Foi ocultado aos avaliadores dos resultados o grupo a que estavam alocados os participantes?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os diferentes grupos do estudo foram tratados de forma idêntica, com exceção da intervenção referida?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. O follow-up foi completado, e se não, foi abordado o uso de estratégias para colmatar a sua ausência?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os resultados foram avaliados da mesma forma para todos os grupos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Os resultados foram medidos de forma confiável?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Foi utilizada análise estatística apropriada?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O desenho de estudo é apropriado ao tópico em análise, e foi evidenciado algum desvio do desenho padrão de um ERC durante as fases de desenvolvimento ou análise?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Incluído Excluído

E5

Ozgoli, G., & Naz, M. S. G. (2018)

"Effects of complementary medicine on nausea and vomiting in pregnancy: a systematic review" (Irão)

Tabela 5 - Instrumento de avaliação crítica para uma Revisão Sistemática da Literatura

VALIDADE DOS RESULTADOS	S	?	N	n/a
1. A revisão centra-se sobre uma questão clínica claramente focalizada?	2	1	0	n/a
2. Os critérios para inclusão (e exclusão) dos estudos na RS foram apropriados?	2	1	0	n/a
3. Terão sido incluídos todos os estudos importantes e relevantes?	2	1	0	n/a
4. A qualidade dos estudos incluídos foi corretamente avaliada?	2	1	0	n/a
5. As avaliações críticas dos estudos foram reprodutíveis entre os avaliadores?	2	1	0	n/a
6. Foram os resultados dos estudos similares entre eles?	2	1	0	n/a
IMPORTÂNCIA DOS RESULTADOS				
7. Quais são os resultados globais da RS?	2	1	0	n/a
8. Qual é a precisão dos resultados da RS?	2	1	0	n/a
APLICABILIDADE DOS RESULTADOS				
9. Os resultados da RS podem ser aplicados aos nossos doentes?	2	1	0	n/a
10. Foram considerados todos os resultados (outcomes) clinicamente importantes, tendo em conta a questão colocada?	2	1	0	n/a
11. Os benefícios da aplicação prática dos resultados compensam os potenciais danos e custos?	2	1	0	n/a

Cálculo da classificação final dos artigos:

Score total (soma dos scores atribuídos) ____ [A]: 21

Nº de questões aplicáveis (máx. 20) ____ [B]: 11

Score máximo possível (2 x B) ____ [C]: 22

CLASSIFICAÇÃO FINAL (A/C em %) ____ %: 21/22: 95,45%

E6

Joulaeerad, N., Ozgoli, G., Hajimehdipoor, H., Ghasemi, E., & Salehimoghaddam, F. (2018)

“Effect of aromatherapy with peppermint oil on the severity of nausea and vomiting in pregnancy: a single-blind, randomized, placebo-controlled trial” (Irão)

Tabela 6 - Instrumento de Avaliação Crítica para Estudos Randomizados Controlados

	Sim	Não	Desconhecido	NA
1. A alocação dos participantes aos grupos de tratamento foi verdadeiramente aleatória?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A alocação aos grupos foi cega?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os grupos de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Foi ocultada aos participantes a atribuição do tratamento?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Foi ocultado aos responsáveis por aplicar o tratamento qual o grupo a que estavam alocados os participantes?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Foi ocultado aos avaliadores dos resultados o grupo a que estavam alocados os participantes?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os diferentes grupos do estudo foram tratados de forma idêntica, com exceção da intervenção referida?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. O follow-up foi completado, e se não, foi abordado o uso de estratégias para colmatar a sua ausência?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os resultados foram avaliados da mesma forma para todos os grupos?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Os resultados foram medidos de forma confiável?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Foi utilizada análise estatística apropriada?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O desenho de estudo é apropriado ao tópico em análise, e foi evidenciado algum desvio do desenho padrão de um ERC durante as fases de desenvolvimento ou análise?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Incluído x Excluído

E7

Kia, P. Y., Safajou, F., Shahnazi, M., & Nazemiyeh, H. (2014)

“The Effect of lemon inhalation aromatherapy on nausea and vomiting of pregnancy: a double-blinded, randomized, controlled clinical trial” (Irão)

Tabela 7 – Instrumento de Avaliação Crítica para Estudos Randomizados Controlados

	Sim	Não	Desconhecido	NA
1. A alocação dos participantes aos grupos de tratamento foi verdadeiramente aleatória?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A alocação aos grupos foi cega?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os grupos de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Foi ocultada aos participantes a atribuição do tratamento?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Foi ocultado aos responsáveis por aplicar o tratamento qual o grupo a que estavam alocados os participantes?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Foi ocultado aos avaliadores dos resultados o grupo a que estavam alocados os participantes?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os diferentes grupos do estudo foram tratados de forma idêntica, com exceção da intervenção referida?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. O follow-up foi completado, e se não, foi abordado o uso de estratégias para colmatar a sua ausência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os resultados foram avaliados da mesma forma para todos os grupos?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Os resultados foram medidos de forma confiável?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Foi utilizada análise estatística apropriada?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O desenho de estudo é apropriado ao tópico em análise, e foi evidenciado algum desvio do desenho padrão de um ERC durante as fases de desenvolvimento ou análise?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Incluído x Excluído

E8

Shirazi, M., Mohebitabar, S., Bioos, S., Yekaninejad, M. S., Rahimi, R., Shahpiri, Z., Malekshahi, F., & Nejatbakhsh, F. (2016)

“The Effect of topical rosa damascene (rose) oil on pregnancy-related low back pain: a randomized controlled clinical trial” (Irão)

Tabela 8 - Instrumento de Avaliação Crítica para Estudos Randomizados Controlados

	Sim	Não	Desconhecido	NA
1. A alocação dos participantes aos grupos de tratamento foi verdadeiramente aleatória?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A alocação aos grupos foi cega?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os grupos de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Foi ocultada aos participantes a atribuição do tratamento?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Foi ocultado aos responsáveis por aplicar o tratamento qual o grupo a que estavam alocados os participantes?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Foi ocultado aos avaliadores dos resultados o grupo a que estavam alocados os participantes?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os diferentes grupos do estudo foram tratados de forma idêntica, com exceção da intervenção referida?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. O follow-up foi completado, e se não, foi abordado o uso de estratégias para colmatar a sua ausência?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os resultados foram avaliados da mesma forma para todos os grupos?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Os resultados foram medidos de forma confiável?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Foi utilizada análise estatística apropriada?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O desenho de estudo é apropriado ao tópico em análise, e foi evidenciado algum desvio do desenho padrão de um ERC durante as fases de desenvolvimento ou análise?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Incluído x Excluído

E9

Amzajerdi, A., Keshavarz, M. Montazeri, A., & Bekhradi, R. (2019)

“Effect of mint aroma on nausea, vomiting and anxiety in pregnant women” (Irão)**Tabela 9** - Instrumento de avaliação crítica para Estudos quasi-experimentais

	Sim	Não	Desconhecido	Não aplicável
1. Está claro no estudo qual é a causa e o efeito – não há confusão sobre que variável vem em primeiro lugar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os participantes incluídos em qualquer comparação são semelhantes?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os participantes incluídos receberam tratamento/cuidados semelhantes, além da exposição ou intervenção de interesse?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Existe um grupo de controlo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Existiram múltiplas avaliações de resultado antes e após a intervenção/exposição?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. O período de <i>follow-up</i> foi completo e, se não, o <i>follow-up</i> foi adequadamente descrito e utilizadas estratégias para lidar com a perda para o <i>follow-up</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os resultados dos participantes incluídos foram avaliados de igual forma?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Os resultados foram avaliados de forma confiável?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Foi utilizada análise estatística apropriada?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Incluído Excluído

E10

Asih, F. R., Husin, F., Suwarsa, O., Fifianny, I., & Hilmanto, D. (2020)

“A randomized controlled trial of combination of peppermint, lavender, and turmeric oil for antipruritic agent in pregnant women” (Indonésia)

Tabela 10 - Instrumento de Avaliação Crítica para Estudos Randomizados Controlados

	Sim	Não	Desconhecido	NA
1. A alocação dos participantes aos grupos de tratamento foi verdadeiramente aleatória?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A alocação aos grupos foi cega?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os grupos de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Foi ocultada aos participantes a atribuição do tratamento?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Foi ocultado aos responsáveis por aplicar o tratamento qual o grupo a que estavam alocados os participantes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Foi ocultado aos avaliadores dos resultados o grupo a que estavam alocados os participantes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os diferentes grupos do estudo foram tratados de forma idêntica, com exceção da intervenção referida?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. O follow-up foi completado, e se não, foi abordado o uso de estratégias para colmatar a sua ausência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os resultados foram avaliados da mesma forma para todos os grupos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Os resultados foram medidos de forma confiável?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Foi utilizada análise estatística apropriada?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O desenho de estudo é apropriado ao tópico em análise, e foi evidenciado algum desvio do desenho padrão de um ERC durante as fases de desenvolvimento ou análise?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Incluído Excluído

E11

Alikamali, M., Tadayonfar, F., Salarfard, M., Emadi, S. F. (2022)

“The Effects of Citrus aurantium and Lavender Aromas on Nausea and Vomiting of pregnancy in Nulliparous Pregnant Women: A Randomized Clinical Trial” (Irão)

Tabela 11 - Instrumento de Avaliação Crítica para Estudos Randomizados Controlados

	Sim	Não	Desconhecido	NA
14. A alocação dos participantes aos grupos de tratamento foi verdadeiramente aleatória?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. A alocação aos grupos foi cega?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Os grupos de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Foi ocultada aos participantes a atribuição do tratamento?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Foi ocultado aos responsáveis por aplicar o tratamento qual o grupo a que estavam alocados os participantes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Foi ocultado aos avaliadores dos resultados o grupo a que estavam alocados os participantes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Os diferentes grupos do estudo foram tratados de forma idêntica, com exceção da intervenção referida?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. O follow-up foi completado, e se não, foi abordado o uso de estratégias para colmatar a sua ausência?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Os resultados foram avaliados da mesma forma para todos os grupos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Os resultados foram medidos de forma confiável?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Foi utilizada análise estatística apropriada?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. O desenho de estudo é apropriado ao tópico em análise, e foi evidenciado algum desvio do desenho padrão de um ERC durante as fases de desenvolvimento ou análise?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E12

Anggraini, F. D., Abidah, S. N., Rahayu, E. P., Nisa, F. (2022)

“Effect of aromatherapy blend essential oils (lemongrass and lemon) on sleep quality in pregnant women’s third trimester” (Indonesia)

Tabela 12 - Instrumento de avaliação crítica para Estudos quasi-experimentais

	Sim	Não	Desconhecido	Não aplicável
1. Está claro no estudo qual é a causa e o efeito – não há confusão sobre que variável vem em primeiro lugar?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os participantes incluídos em qualquer comparação são semelhantes?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os participantes incluídos receberam tratamento/cuidados semelhantes, além da exposição ou intervenção de interesse?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Existe um grupo de controlo?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Existiram múltiplas avaliações de resultado antes e após a intervenção/exposição?	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. O período de <i>follow-up</i> foi completo e, se não, o <i>follow-up</i> foi adequadamente descrito e utilizadas estratégias para lidar com a perda para o <i>follow-up</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
7. Os resultados dos participantes incluídos foram avaliados de igual forma?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Os resultados foram avaliados de forma confiável?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Foi utilizada análise estatística apropriada?	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apêndice VIII - Entrevista semiestruturada



(form_versão005.08.04.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS
ANEXO 2. ENTREVISTA

OBJETIVO	QUESTÕES
I. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	I.1. Nacionalidade: I.2. Idade: I.3. Estado civil: I.4. Habilitações literárias: I.5. Profissão:
II. DADOS OBSTÉTRICOS	II.1. Dados GTPAV: II.2. Idade da mãe na(s) gravidez(es): II.3. Local de vigilância da(s) gravidez(es): II.4. Data(s) do(s) parto(s): II.5. Gravidez(es) de risco (sim ou não):
III. UTILIZAÇÃO DA AROMATERAPIA	III.1. O que significa para si a aromaterapia? III.1.1. Tem alguma formação ou certificação em aromaterapia? III.2. Já recorreu à aromaterapia? III.2.1. Se sim, há quanto tempo? III.3. Foi aconselhada por alguém? III.3.1. Se sim, essa pessoa tem alguma formação ou certificação em aromaterapia? III.4. Atualmente utiliza a aromaterapia? III.4.1. Se utiliza, que impacto teve na sua vida/ o que mudou? III.5. Durante as aulas de preparação para o parto ou noutro contexto de cuidados de saúde algum profissional abordou o uso da aromaterapia na gravidez e no pós-parto?
VI. AROMATERAPIA GRAVIDEZ	VI.1. Utilizou a aromaterapia durante alguma das gravidezes? VI.2. Porque escolheu esta terapia? VI.3. Quais as expectativas/ objetivos da utilização da aromaterapia? VI.4. Apresentou algum desconforto (físico ou psicológico) inerente à(s) gravidez(es)? VI.4.1. Se sim, qual(ais)? VI.5. Qual(ais) o(s) óleo(s) essencial(ais) utilizado(s) para cada desconforto?



(form_versão005.08.04.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS

	<p>VI.6. Qual(ais) a(s) forma(s) de utilização do(s) óleo(s) essencial(ais) (via, dosagem, diluição e frequência)?</p> <p>VI.7. Quais os resultados obtidos?</p> <p>VI.8. Apresentou algum efeito adverso após a utilização da aromaterapia?</p> <p>VI.9. Mesmo com a utilização da aromaterapia teve necessidade de recorrer a terapia alopática/ convencional?</p> <p>VI. 10. Partilhou a sua experiência com os profissionais de saúde?</p> <p style="padding-left: 40px;">VI.10.1. Se sim qual o feedback dos profissionais de saúde?</p> <p>VI. 11. De acordo com a sua experiência voltaria a utilizar?</p> <p>VI. 12. O que aconselharia a outras mulheres que nunca utilizaram a aromaterapia durante a gravidez?</p>
<p>V. AROMATERAPIA NO PÓS-PARTO</p>	<p>V.1. Utilizou a aromaterapia durante algum momento do pós-parto (durante as primeiras 8 semanas pós-parto)?</p> <p>V.2. Porque escolheu esta terapia?</p> <p>V.3. Quais as expetativas/ objetivos da utilização da aromaterapia?</p> <p>V.4. Apresentou algum desconforto (físico ou psicológico) durante o pós-parto?</p> <p style="padding-left: 40px;">V.4.1. Se sim, qual(ais)?</p> <p>V.5. Qual(ais) o(s) óleo(s) essencial(ais) utilizado(s) para cada desconforto?</p> <p>V.6. Qual(ais) a(s) forma(s) de utilização do(s) óleo(s) essencial(ais) (via, dosagem, diluição e frequência)?</p> <p>V.7. Quais os resultados obtidos?</p> <p>V.8. Apresentou algum efeito adverso após a utilização da aromaterapia?</p> <p>V.9. Mesmo com a utilização da aromaterapia teve necessidade de recorrer a terapia alopática/ convencional?</p> <p>V.10. Partilhou a sua experiência com os profissionais de saúde?</p> <p style="padding-left: 40px;">V.10.1. Se sim qual o feedback dos profissionais de saúde?</p> <p>V.11. De acordo com a sua experiência voltaria a utilizar?</p> <p>V.12. O que aconselharia a outras mulheres que nunca utilizaram a aromaterapia durante o pós-parto?</p>

Apêndice IX – Consentimento informado



(form_versão005.08.04.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV) FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS

ANEXO 1. CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, pedimos que leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida à investigadora responsável, a Professora Doutora, Manuela Ferreira, mmcferreira@gmail.com.

Somos estudantes do 7.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e Ginecologia e 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Viseu. Estamos a realizar um estudo sobre os benefícios da aromaterapia na gravidez e no pós-parto sob a orientação da Professora Doutora Manuela Ferreira. Os objetivos do estudo são: compreender o significado atribuído pela mulher acerca da aromaterapia, identificar o impacto que a aromaterapia teve durante a gravidez e o pós-parto e analisar os benefícios da aplicação da aromaterapia durante a gravidez e no pós-parto. As participantes deverão ter a idade de 18 anos e ter estado grávidas à menos de cinco anos.

Qualquer trabalho de investigação deve seguir os pressupostos constantes na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo, pelo que na elaboração deste estudo pretendemos cumprir com rigor metodológico essas considerações. Deste modo, ao longo de todo o processo serão garantidos os procedimentos éticos e deontológicos que se referem à confidencialidade e ao anonimato das respostas, bem como a natureza voluntária da participação. Asseguramos que neste estudo os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins académicos e científicos, e será mantido o anonimato e confidencialidade dos seus dados. Toda a informação recolhida será sujeita a anonimização, não dispondo de elementos de identificação pessoal, sendo assegurado o tratamento confidencial dos dados. Os dados recolhidos serão guardados e apenas partilhados com a equipa envolvida no estudo para tratamento estatístico. Os dados serão guardados pelo período temporal necessário para o cumprimento das finalidades científicas para que são recolhidos e posteriormente, eliminados na sua totalidade.

Em qualquer momento poderá desistir da sua participação neste estudo, comunicando-a ao investigador responsável. Qualquer dúvida ou esclarecimento relativo à proteção de dados deve ser encaminhada para dpo@sc.ipv.pt

Ao concordar em participar deste estudo, você declara que:

- Fui informada sobre os responsáveis pelo projeto de pesquisa, podendo recorrer aos mesmos para



Comissão de Ética
Politécnico
de Viseu

(form_versão005.08.04.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS**

quaisquer dúvidas ou esclarecimentos;

- Compreendo os objetivos do estudo e participo voluntariamente, sem prejuízo da minha eventual não participação;

- Fui informada que esta entrevista será gravada, para facilitar a coleta e tratamento dos dados.

- Fui informada sobre o anonimato e sigilo do estudo, e minha identidade não será revelada, em nenhuma publicação ou relatório científico;

Assim, após ser devidamente informado, **sim, autorizo a participação neste estudo: SIM**

Agradecemos a sua colaboração
A equipa de investigação

Estudantes:

Filipa Barbas Oliveira
Ilda Pêgo Inácio

Orientadora:

Professora Doutora Manuela Ferreira

Apêndice X – Pedido de parecer da Comissão de Ética



Comissão de Ética
Politécnico
de Viseu

(form_versão005.08.04.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS**

Formulário para submissão de pedidos de parecer da Comissão de Ética relativos a estudos de investigação

Todos os campos abaixo devem ser preenchidos eletronicamente. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva "não se aplica". Pode remeter para um anexo nos itens em que tal seja pertinente.

Título dos projetos

Benefícios da Aromaterapia na Gravidez e no Pós-Parto

Identificação do(s) proponente(s)

Nome(s) Manuela Ferreira¹
 Filipa Barbas Oliveira²
 Ilda Pêgo Inácio²

Filiação institucional ¹Investigadora da UICISA; E, professora na Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu. ²Estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia e 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.



(form_versão005.08.04.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS**

Investigador responsável/orientador

Nome Professora Doutora Manuela Ferreira

Número do ORCID ou CIÊNCIAVITAE do investigador responsável/orientador: EA14-A6F8-7011

Justificação dos estudos

A aromaterapia, enquanto terapia complementar e integrativa, apresenta inúmeros benefícios na qualidade de vida e bem-estar geral da pessoa. Ao longo dos anos, a utilização desta terapia, tem apresentado um crescimento exponencial na área da saúde, contudo ainda existem lacunas ao nível da investigação científica, nomeadamente quando aplicada durante a gravidez e o pós-parto.

Estes dois períodos são caracterizados de forma geral, por desencadearem diversas alterações na mulher, tanto a nível fisiológico como psicológico/ emocional. A aplicação da aromaterapia, utilizada de forma isolada ou complementada com tratamentos alopáticos, pode auxiliar a gestante ou puérpera a reencontrar o equilíbrio e a vivenciar estes momentos positivamente.

Neste sentido torna-se pertinente a realização de um estudo de investigação que permitirá compreender a existência de benefícios da utilização da aromaterapia nos diversos desconfortos da gravidez e no pós-parto.

Objetivos do estudo

O presente estudo tem como objetivos:

- Compreender o significado atribuído pela mulher acerca da aromaterapia.
 - Identificar o impacto que a aromaterapia teve durante a gravidez e o pós-parto.
 - Analisar os benefícios da aplicação da aromaterapia durante a gravidez e o pós-parto.
-

Fundamentação ética do estudo (ganhos em conhecimento/ inovação; ponderação benefícios/riscos, etc.)

Ao permitir compreender o significado que a aromaterapia apresentou durante a gravidez e o pós-parto, estas investigações poderão contribuir para a adequação dos cuidados obstétricos



Comissão de Ética
Politécnico
de Viseu

(form_versão005.08.04.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS**

prestados às gestantes e às puérperas, traduzindo-se em ganhos em cuidados de saúde durante a gravidez e o período pós-parto, com impacto nos diversos desconfortos associados a estes dois períodos.

Data prevista de início dos trabalhos	01/04/2023	Data prevista de fim dos trabalhos	26/01/2024
Data prevista de início da recolha de dados	01/05/2023	Data prevista de fim da recolha de dados	31/08/2023

Metodologia

Tipo de estudo

Estudo de investigação qualitativa com abordagem fenomenológica. Prevê-se que sejam realizadas entre 12 a 15 entrevistas. Os dados serão posteriormente tratados no *software* Nvivo 12. O tempo estimado de cada entrevista é de 30 min.

População e amostra/informantes

Mulheres que tenham usado aromaterapia durante a gravidez e o pós-parto há menos de cinco anos. Será realizado um processo de amostragem por bola de neve.

Crítérios de inclusão/exclusão

Crítérios de inclusão:

- Mulheres sem comorbilidades que tenham utilizado a aromaterapia na gravidez e pós-parto, nos últimos cinco anos.
- Mulheres que tenham utilizado a aromaterapia, com qualquer óleo essencial, dosagem, duração ou via de administração para aliviar sintomas ou desconfortos inerentes à gravidez e ao pós-parto.



Comissão de Ética
Politécnico
de Viseu

(form_versão005.08.04.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS**

- Mulheres que aceitem, deliberadamente, participar no estudo.

Excluem-se mulheres que não tenham utilizado a aromaterapia nestes períodos e nos últimos cinco anos.

Local(ais) onde decorre a investigação

Na comunidade através da divulgação do estudo através das redes sociais.

Instrumento(s) de recolha de dados

(anexar exemplar, no formato a utilizar, se o instrumento de recolha for inquérito *online* indicar o respetivo *link*)

Entrevista fenomenológica. Guião da entrevista presencial em anexo.

De que forma é garantida a anonimização e a confidencialidade dos dados recolhidos? Como serão o armazenamento e a destruição dos dados após utilização?

Toda a informação recolhida será sujeita a anonimização, não dispondo de elementos de identificação pessoal, sendo assegurado o tratamento confidencial dos dados. Será fornecido um documento informativo da investigação em causa e solicitada a leitura, análise e assinatura do consentimento informado, comprometendo-nos a salvaguardar a anonimização e confidencialidade de todos os dados recolhidos, que serão utilizados exclusivamente para a investigação. As entrevistas serão armazenadas em hardware, num computador protegido com palavra-passe, pelo período temporal necessário ao cumprimento das finalidades para que são recolhidos para o efeito e destruídas após a conclusão do estudo.

Como é garantida a voluntariedade e autonomia dos participantes?

(juntar exemplar do documento para informação e obtenção do consentimento informado ou referir o fundamento para a isenção)

O estudo será divulgado online, por meio das redes sociais, e as mulheres que se enquadrem no perfil de inclusão poderão voluntariamente participar no estudo. Por meio da recolha de amostra por bola de neve essas mesmas mulheres poderão indicar o estudo que está a decorrer a outras que tenham utilizado a aromaterapia do durante a gravidez ou o pós-parto. Essas mulheres poderão ou não participar no estudo, sem prejuízo da sua não participação. As entrevistas são, pois, de participação voluntária e serão gravadas; em qualquer momento, as participantes no estudo poderão ouvir a gravação e/ou desistir do seu contributo. A gravação das entrevistas será



Comissão de Ética
Politécnico
de Viseu

(form_versão005.08.04.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS**

feita, exclusivamente, sob recurso ao áudio, através de gravador próprio para o efeito, não existindo qualquer filmagem ou captação de imagens. As mulheres serão instruídas a não identificar nomes durante as entrevistas. As entrevistas são presenciais, sendo que as entrevistadoras terão a responsabilidade em responder a qualquer dúvida inerente ao estudo e à sua participação.

Nota: Nas situações em que a recolha de informação se processe por questionário *online*, o formulário de consentimento informado deve ser integrado no questionário, imediatamente antes da formulação das questões, sendo a aceitação dos requisitos condição necessária para se prosseguir.

Em caso de descobertas acidentais ou danos para os participantes que procedimentos estão previstos?

Não se aplica.

Prevêem-se benefícios para os sujeitos da investigação? Quais?

Não estão previstos custos e benefícios para a participação no estudo.

Existem custos de participação para os sujeitos da investigação? Quais serão as eventuais compensações?

Não estão previstos custos e benefícios para a participação no estudo.



(form_versão005.08.04.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS**

Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo assinado, Investigador Responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras, que todo o processo decorrerá de acordo com o projeto de investigação submetido à Comissão de Ética e será executado no estrito cumprimento das Recomendações do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) relativas à integridade na investigação científica (<https://www.cnecv.pt/pt/pareceres/integridade-na-investigacao-cientifica-recomendacao>) e do Regulamento da União Europeia 2016/679 de 27 de abril de 2016 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=PT>) relativo à proteção e tratamento de dados das pessoas singulares.

Data: 08/03/2023

O Investigador Responsável

Assinado por: MANUELA MARIA DA CONCEIÇÃO
FERREIRA
Num. de Identificação: 06267211
Data: 2023.03.08 14:25:01+00'00'

assinatura



Data: 08/03/2023

O(s) Proponente(s)

Filipa Boatas Oliveira

Ilda Pêgo Infante

assinatura(s)

Apêndice XI – Parecer da Comissão de Ética n.º 09/SUB/2023 de 14/03/2023



(parecer_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Benefícios da Aromaterapia na Gravidez e no Pós-Parto
Proponentes do projeto	Manuela Ferreira, Filipa Barbas Oliveira, Ilda Pêgo Inácio
Investigador responsável	Prof.ª Doutora Manuela Ferreira
Data de submissão	14/03/2023
Data da aprovação do parecer	30/03/2023
A presidente da CE do PV	<i>Ernestina Batoca Silva</i> Ernestina Batoca Silva

PARECER N.º 09/SUB/2022

<input checked="" type="checkbox"/> PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (a proposta é eticamente aceitável)	Motivos
<input type="checkbox"/> PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	Motivos
<input type="checkbox"/> PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL	Motivos Com possibilidade de ressubmissão após consideração das recomendações



(parecer_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

REQUISITOS

Do projeto de investigação destaca-se o seguinte:

O presente estudo propõe-se verificar a existência de benefícios da utilização da aromaterapia nos diversos desconfortos da gravidez e no pós-parto.

A aplicação da aromaterapia, utilizada de forma isolada ou complementada com tratamentos alopáticos, pode auxiliar a gestante ou puérpera a reencontrar o equilíbrio e a vivenciar estes momentos positivamente.

Segundo os proponentes, a aromaterapia, enquanto terapia complementar e integrativa, apresenta inúmeros benefícios na qualidade de vida e bem-estar geral da pessoa. Ao longo dos anos, a utilização desta terapia, tem apresentado um crescimento exponencial na área da saúde, contudo ainda existem lacunas ao nível da investigação científica, nomeadamente quando aplicada durante a gravidez e o pós-parto.

Estes dois períodos são caracterizados de forma geral, por desencadarem diversas alterações na mulher, tanto a nível fisiológico como psicológico / emocional.

Os principais objetivos são: compreender o significado atribuído pela mulher acerca da aromaterapia; identificar o impacto que a aromaterapia teve durante a gravidez e o pós-parto; analisar os benefícios da aplicação da aromaterapia durante a gravidez e o pós-parto.

Trata-se de um estudo de investigação qualitativa com abordagem fenomenológica. Prevê-se que sejam realizadas entre 12 a 15 entrevistas. Os dados serão posteriormente tratados no software Nvivo 12. O tempo estimado de duração de cada entrevista é 30 minutos.

Data prevista de início dos trabalhos: 01/04/2023. Data prevista de fim dos trabalhos: 26/01/2024. Data prevista de início da recolha de dados: 01/05/2023. Data prevista de fim da recolha de dados: 31/08/2023.

No que refere à amostra, é indicado que a mesma será constituída por mulheres que tenham recorrido à aromaterapia durante a gravidez e o pós-parto há menos de cinco anos, sendo realizado um processo de amostragem por bola de neve.

Os critérios de inclusão indicados são os seguintes: mulheres sem comorbilidades que tenham utilizado a aromaterapia na gravidez e pós-parto, nos últimos cinco anos;– mulheres que tenham utilizado a aromaterapia, com qualquer óleo essencial, dosagem, duração ou via de administração para aliviar sintomas ou desconfortos inerentes à gravidez e ao pós-parto; mulheres que aceitem, deliberadamente, participar no estudo. Relativamente aos critérios de exclusão, é explicitado que se excluem as mulheres que não tenham utilizado a aromaterapia nestes períodos e nos últimos cinco anos.

A investigação decorrerá na comunidade, no seguimento da divulgação do estudo através das redes sociais, utilizando a entrevista fenomenológica cujo guião se encontra em anexo ao formulário.

É garantida a anonimização e a confidencialidade dos dados recolhidos. O estudo será divulgado online, por meio das redes sociais, e as mulheres que se enquadrem no perfil de inclusão poderão



Comissão de Ética
Politécnico
de Viseu

(parecer_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

voluntariamente participar no estudo. Através da recolha de amostra por bola de neve essas mesmas mulheres poderão indicar o estudo que está a decorrer a outras que tenham utilizado a aromaterapia do durante a gravidez ou o pós-parto. Essas mulheres poderão, ou não, participar no estudo, sem prejuízo da sua não participação. As entrevistas são, pois, de participação voluntária e serão gravadas; em qualquer momento, as participantes no estudo poderão ouvir a gravação e/ou desistir do seu contributo. A gravação das entrevistas será feita, exclusivamente, sob recurso ao áudio, através de gravador próprio para o efeito, não existindo qualquer filmagem ou captação de imagens. As mulheres serão instruídas a não identificar nomes durante as entrevistas. As entrevistas serão presenciais, sendo que as entrevistadoras terão a responsabilidade em responder a qualquer dúvida inerente ao estudo e à sua participação.

Não estão previstos custos e benefícios para a participação no estudo.

RECOMENDAÇÕES

ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO ÉTICA

Na sua opinião, seria necessário proceder a uma monitorização ética durante a realização do projeto?

Não Sim

Motivos (obrigatório se Sim):

Tempo apropriado (obrigatório se Sim):



Comissão de Ética
Politécnico
de Viseu

(parecer_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

QUESTÕES ÉTICAS 1
SERES HUMANOS

- 1.1. Esta investigação envolve participantes humanos?
Não Sim Não aplicável
- 1.2. São voluntários para investigação em ciências sociais ou ciências humanas?
Não Sim Não aplicável
- 1.3. São pessoas incapazes de dar consentimento informado?
Não Sim Não aplicável
- 1.4. São indivíduos ou grupos vulneráveis?
Não Sim Não aplicável
- 1.5. São crianças ou menores de idade?
Não Sim Não aplicável
- 1.6. São pacientes?
Não Sim Não aplicável
- 1.7. São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?
Não Sim Não aplicável
- 1.8. Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?
Não Sim Não aplicável
- 1.9. Envolve técnicas invasivas?
Não Sim Não aplicável
- 1.10. Envolve colheita de amostras biológicas?
Não Sim Não aplicável
- 1.11. REQUISITOS – SERES HUMANOS**
- 1.11.1. Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.2. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais



Comissão de Ética
Politécnico
de Viseu

(parecer_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

- 1.11.3. O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.4. O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.5. O investigador deve clarificar se serão envolvidas pessoas e/ou grupos vulneráveis.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.6. Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.7. O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.8. Detalhes sobre os procedimentos a adotar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 2
PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

- 2.1. Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?
Não Sim Não aplicável
- 2.2. Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?
Não Sim Não aplicável
- 2.3. Envolve o processamento de informação genética?
Não Sim Não aplicável
- 2.4. Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?
Não Sim Não aplicável
- 2.5. Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?
Não Sim Não aplicável



(parecer_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

2.6. REQUISITOS – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

2.6.1. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da UE.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

2.6.2. No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 3
ANIMAIS

3.1. Esta investigação envolve animais?

Não Sim Não aplicável

3.2. Esses animais são vertebrados?

Não Sim Não aplicável

3.3. Esses animais são primatas não humanos (NHP)?

Não Sim Não aplicável

3.4. Esses animais são geneticamente modificados?

Não Sim Não aplicável

3.5. Esses animais são animais de fazenda clonados?

Não Sim Não aplicável

3.6. Esses animais são espécies ameaçadas?

Não Sim Não aplicável

3.7. REQUISITOS – ANIMAIS

3.7.1. Cópias de autorizações relevantes (para criadores, fornecedores, usuários e respetivas instalações) para experiências com animais devem ser encaminhadas

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

3.7.2. Cópia da autorização do projeto (incluindo também o trabalho com animais geneticamente modificados, se aplicável) e protocolos de investigação devem ser encaminhados

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais



Comissão de Ética

Politécnico
de Viseu

(parecer_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

3.7.3. Informações gerais devem ser fornecidas sobre a natureza das experiências, sobre os procedimentos para garantir o bem-estar dos animais e sobre a forma como o Princípio dos Três Rs será aplicado.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

3.7.4. Cópias dos certificados de formação/licenças pessoais do pessoal envolvido em experiências com animais devem ser fornecidas.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

3.7.5. O requerente deve esclarecer se primatas não humanos serão envolvidos no estudo.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

3.7.6. No caso de uso de primatas não humanos, a cópia do arquivo de histórico pessoal deve ser encaminhada.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 4
PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL**

4.1. Esta investigação envolve o uso de elementos que podem causar danos ao meio ambiente, a animais ou plantas?

Não Sim Não aplicável

4.2. Esta investigação envolve fauna/flora/áreas protegidas ameaçadas?

Não Sim Não aplicável

4.3. Esta investigação envolve o uso de substâncias que possam causar danos aos seres humanos, incluindo à equipe de investigação?

Não Sim Não aplicável

4.4. REQUISITOS - PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL

4.4.1. O projeto deve fornecer mais informações sobre os possíveis danos ao meio ambiente causados pela investigação e declarar as medidas a tomar para mitigar os riscos.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

4.4.2. Se relevante, cópias das autorizações das instalações devem ser fornecidas (por exemplo, classificação de segurança do laboratório, autorização de OGM)

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais



Comissão de Ética
Politécnico
de Viseu

(parecer_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

4.4.3.O solicitante deve garantir que os procedimentos de saúde e segurança adequados, em conformidade com as diretrizes e legislação local/nacional relevantes, sejam seguidos para as pessoas envolvidas no projeto.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

4.4.4.Devem ser fornecidos detalhes sobre as espécies ameaçadas e/ou áreas protegidas envolvidas na investigação e, se aplicável, as autorizações relevantes devem ser submetidas.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 5
OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS

5.1. Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais