



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Estágio com Relatório Final

Os Benefícios da Aromaterapia na Fase Ativa do Trabalho de Parto

Bruna Daniela da Cunha Dias

Viseu, Julho de 2022



Estágio com Relatório Final

Os Benefícios da Aromaterapia na Fase Ativa Do Trabalho de Parto

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

Bruna Daniela da Cunha Dias

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

Viseu, julho de 2022

“Não é possível existir naquilo que não fomos, naquilo que não vivemos.

Mas é possível crescer através daquilo que tentamos,
daquilo que procuramos, daquilo que sentimos”.

Autor desconhecido

Agradecimentos

A realização deste trabalho contou com a participação de várias pessoas, a quem quero expressar todo o meu agradecimento.

À Professora Doutora Manuela Ferreira, minha orientadora, pela sua partilha de saberes, pelo seu caráter e coração. Com ela fiz esta caminhada feita com glória e com ela alcancei competências tão importantes para a minha prática profissional futura. A sua força foi uma bênção, um privilégio maravilhoso a que chamo Amizade. Agradeço-lhe por ter aceitado orientar este trabalho, pelo seu apoio, sugestões sempre oportunas e construtivas, pelo incentivo para poder ultrapassar os contratemplos vividos pelo caminho, obrigada por acreditar em mim.

Agradeço à minha família, pois, sem o seu apoio, não teria levado a bom porto toda esta minha caminhada formativa, que me enriqueceu quer profissional quer pessoalmente. À Vós, pelo vosso exemplo de luta e apoio incondicional.

Todos os dias agradeço a Deus por ter reunido tantas pessoas dotadas e talentosas para me ajudarem neste percurso. Todos se orgulharão com mais uma conquista minha.

Por último, mas não menos importante, a todas as mulheres, companheiros e famílias que me permitiram acompanhá-los em momentos únicos especiais. Estes são o objetivo de continuar o meu crescimento profissional e oferecer-lhes humanamente cuidados de excelência.

Obrigada!

Resumo

Enquadramento: O estágio de natureza profissional desenvolvido e que deu resposta a este relatório visa o desenvolvimento de competências para a obtenção do título de especialista e grau de mestre em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Na componente de investigação estudou-se os benefícios da aromaterapia na fase ativa do trabalho de parto. Atualmente são vários os métodos não farmacológicos a ser utilizados durante o trabalho de parto, sendo um deles a aromaterapia. As massagens lombares com óleos essenciais durante o trabalho de parto são conhecidas há muitos séculos, estando ao dispor uma variedade destes óleos que poderão ser vantajosos durante a fase ativa do trabalho de parto, pois fortalecem e aumentam as contrações e, simultaneamente, possuem um efeito analgésico e relaxante.

Objetivo: Adquirir competências específicas comuns ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Mapear a evidência científica sobre os benefícios da aromaterapia na fase ativa do trabalho de parto.

Metodologia: No que diz respeito ao Capítulo I, foi realizada uma análise reflexiva da prática, tendo como referência o perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. No âmbito do eixo de investigação foi realizado um mapeamento da evidência científica da revisão integrativa da literatura, teve-se como método de identificação de estudos que atendessem aos critérios de inclusão. Assim, fez-se uma pesquisa de estudos datados entre 2017 a 2022, nos idiomas português e inglês, recorrendo a plataformas eletrónicas de bases de dados, nomeadamente: PubMed/Medline e Web of Science, tendo sido incluídos, após todo o processo metodológico, 7 estudos.

Resultados: A evidência dos estudos analisados revela que a aromaterapia contribui para a gestão da dor, diminuição da ansiedade durante o trabalho de parto e parto, aumentam a sensação de tranquilidade, as mulheres sentem mais contrações e ajuda a avançar o trabalho de parto, relaxando-as mais. Os óleos essenciais mais utilizados, na fase ativa do trabalho de parto, são o óleo de lavanda, de rosas, canela e rosa damascena, mas com predomínio do óleo de lavanda. Relativamente às experiências mínimas propostas, verificou-se que no decorrer dos estágios realizados foram antigidas.

Conclusão: A dor vivenciada pelas parturientes durante e após o parto, requer especial atenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que no âmbito da sua intervenção autónoma pode recorrer a práticas complementares recomendadas pela Organização Mundial da Saúde. Conclui-se que aromaterapia, quando utilizada com os óleos essenciais citados na presente revisão promove efeitos físicos e psicológicos positivos na saúde materna, reduzindo também a ansiedade e aliviando a dor e desconforto na fase ativa do trabalho de parto. Como tal, sugere-se uma maior implementação desta prática complementar.

Palavras-chave: Trabalho de parto; Fase ativa do trabalho de parto; Aromaterapia; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Abstract

Background: The internship of professional nature developed and that gave answer to this report aims to develop skills for obtaining the title of specialist and master's degree in Maternal, Obstetric and Gynecological Health. In the research component the benefits of aromatherapy in the active phase of labor were studied. Currently there are several non-pharmacological methods being used during labor, one of them being aromatherapy. Lumbar massages with essential oils during labor have been known for many centuries, and a variety of these oils are available that may be beneficial during the active phase of labor, because they strengthen and increase contractions and, at the same time, have an analgesic and relaxing effect.

Objective: Acquire specific common skills to the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing; To map the scientific evidence on the benefits of aromatherapy in the active phase of labor.

Methodology: With regard to Chapter I, a reflective analysis of the practice was conducted with reference to the profile of competencies of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing. Within the research axis, a mapping of the scientific evidence of integrative literature review was performed; the method of identifying studies that met the inclusion criteria was used. Thus, a search was made for studies dated between 2017 and 2022, in Portuguese and English languages, using electronic database platforms, namely: PubMed/Medline and Web of Science, and after all the methodological process, 7 studies were included.

Results: The evidence of the studies analyzed reveals that aromatherapy contributes to pain management, decreased anxiety during labor and delivery, increase the feeling of tranquility, women feel more contractions and helps to advance labor, relaxing them more. The most commonly used essential oils in the active phase of labor are lavender, rose, cinnamon, and rosa damascena, but with lavender oil predominating. Regarding the proposed minimum experiments it was found that during the internships were satisfied.

Conclusion: The pain experienced by parturients during and after birth requires special attention from the Nurse Specialist in Maternal and Obstetric Health Nursing, who, within the scope of their autonomous intervention, may use the complementary practices recommended by the World Health Organization. It is concluded that aromatherapy when used with the essential oils mentioned in this review, promotes positive physical and psychological effects on maternal health, also reducing anxiety and relieving pain and discomfort in the active phase of labor. As such, a greater implementation of this complementary practice is suggested.

Keywords: Labor; Active Phase of Labor; Aromatherapy; Maternal and Obstetric Health Nurse Specialist.

Sumário

Introdução	15
I CAPÍTULO - Relatório da componente clínica	17
1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional e pré-natal.....	19
2. Cuidar a mulher inserida na Família e Comunidade durante o período Pré-Natal	33
3. Cuidar a Mulher na Família e Comunidade durante o Trabalho de Parto	37
4. Cuidar a Mulher inserida na Família e Comunidade durante o período Pós-Parto	41
5. Cuidar a Mulher inserida na Família e Comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.....	64
Considerações finais.....	74
II CAPÍTULO - Relatório Final da componente de investigação - Benefícios da Aromaterapia na Fase Ativa do Trabalho de Parto.....	76
Resumo.....	78
1. Justificação do estudo	80
2. Enquadramento teórico	82
3. Métodos	94
Formulação do problema e critérios de inclusão.....	94
4. Resultados.....	96
5. Discussão	100
Conclusão	102
Referências bibliográficas	104

Lista de figuras, tabelas e quadros

Quadro 1. Experiências realizadas	75
Quadro 2. Estudos identificados a partir da introdução dos descritores nas bases de dados	96
Figura 1. Fluxograma PRISMA	98
Tabela 1. Critérios de inclusão para a seleção dos estudos.....	96
Tabela 2. Síntese dos estudos	99

Introdução

O presente documento insere-se na Unidade Curricular, Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, integrada no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, ministrado na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV).

A enfermagem impõe uma constante atualização de saberes e cabe ao enfermeiro procurar mais e melhor formação que promovam o desenvolvimento e aplicação das suas competências. O enfermeiro deve atualizar os seus conhecimentos de modo a fundamentar a sua ação de forma científica, para que a sua prática seja considerada de excelência e, assim, se traduzir na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Sendo assim, a formação em enfermagem não termina com a finalização do Curso de Licenciatura, nem com o Curso de Mestrado, a formação é contínua, pois a necessidade de constante atualização subsiste ao longo de toda a vida profissional.

Foi com este espírito que se abraçou mais um desafio, sendo este Relatório Final a expressão de quer ir mais além, de consolidar conhecimentos e adquirir mais competências, no caso em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia. A formação específica e diferenciada na área é fundamental para melhorar a eficácia da atuação junto da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, cumprindo-se o preconizado no Artigo 4.º do Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio de 2019, da Ordem dos Enfermeiros (OE) (p. 13561), no que se refere às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO)

- 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.

O EEESMO assume a responsabilidade pelo exercício de várias áreas de atividade de intervenção, assumindo,

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

Os ensinamentos clínicos contribuem aos estudantes demonstrar a sua capacidade de identificação de problemas, analisar de forma crítica as atividades desenvolvidas em contexto de formação teórica e as competências a serem alcançadas e/ou desenvolvidas ao longo do percurso, com recurso a uma metodologia reflexiva que contribuem indiscutivelmente para o processo de autoaprendizagem, desenvolvimento pessoal e desempenho profissional.

Assim, este documento está estruturado em duas partes, constando na primeira o relatório da componente clínica, tendo em conta os estágios, o que implica desenvolver um trabalho reflexivo sobre a ação, objetivando a análise e a reflexão inerentes ao processo de desenvolvimento das competências adquiridas durante a prática clínica, tendo sempre por base no Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 140/2019, 2019, de 3 de maio de 2019). A segunda parte deste Relatório diz respeito à componente de investigação, que compreende uma revisão integrativa da literatura sobre os benefícios da aromaterapia na fase ativa do trabalho de parto, sendo esta uma forma de aprofundamento de conhecimentos desenvolvidos durante o estágio de sala de partos, um tema relacionado com a minha prática clínica, um humilde contributo para sustentar cientificamente as minhas práticas e dos recetores do estudo.

I CAPÍTULO - Relatório da componente clínica

1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional e pré-natal

O estágio em contexto de Consultas Diferenciadas decorreu num Hospital Maternidade, com início a 24 de maio de 2021 e *términus* a 13 de junho de 2021. Este serviço localiza-se no piso 0 da maternidade. É um serviço constituído por dois gabinetes médicos e um gabinete de enfermagem amplo, onde as 3 enfermeiras realizam as consultas. No gabinete de enfermagem realizam-se: Consultas de 2º a 6º feira – Consulta da Diabetes, Consulta de Hipertensão, Consultas de Doenças Autoimunes, Consulta de Patologia Aditiva. Realizam-se ainda cardiocotografias (CTG). Foi extremamente importante conhecer toda a estrutura física, recursos humanos das Consultas Diferenciadas no Hospital Maternidade Alfredo da Costa, o que serviu de acolhimento e integração no serviço, sendo esta uma etapa que serviu de preâmbulo para desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na área. A Ordem dos Enfermeiros define “domínio de competência” como “uma esfera de ação” que “compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019, p. 4745). As competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de atuação.

Nos primeiros dois dias de estágio mantive um papel mais observador, fui participando em todas as atividades desenvolvidas, tive sempre a preocupação de conhecer os recursos materiais e humanos, metodologia de trabalho e circuito da mulher/família. Durante os restantes dias de estágio fui-me familiarizando com o serviço, procedimentos, material e equipamento, tornei-me mais autónoma e sempre que surgiam dúvidas, procurava esclarecê-las com as enfermeiras tutoras, solicitando orientação sempre que necessário.

A promoção da prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019) permitem que se ofereça à pessoa foco dos nossos cuidados, a melhor resposta no que concerne à entrega de cuidados de enfermagem de qualidade. A prática de enfermagem é confrontada diariamente com questões relacionadas com os princípios éticos e deontológicos em variadíssimas situações. Aos futuros enfermeiros especialistas cabe ainda mais a responsabilidade de atuar em primazia com os valores humanos, procurando prestar os cuidados mais humanizados possíveis. Neste sentido, considero que respeitei os princípios, valores e normas deontológicas, promovendo a proteção dos Direitos Humanos e o Código Deontológico dos Enfermeiros.

Procurei atuar continuamente em função do Código Deontológico, informando sempre que possível as mulheres dos procedimentos de enfermagem que iria realizar, esperando sempre pelo seu consentimento, respeitando as suas crenças religiosas e culturais. Pude constatar que a equipa é bem liderada e coordenada, apresentando muita fluidez e segurança na prestação de cuidados. Considero, assim, que respeitei os valores inerentes ao exercício profissional de enfermagem, promovendo sempre uma prática de cuidados que respeitaram os direitos humanos, tendo tido a oportunidade de participar no processo de tomada de decisão com a equipa multidisciplinar.

Como já referi, na prestação de cuidados à mulher/família em fases diferentes do seu ciclo vital, expliquei e esclareci dúvidas manifestadas, em relação às intervenções de enfermagem realizadas, respeitando sempre a sua privacidade e individualidade. Desta forma, a minha prestação de cuidados à mulher durante as diferentes fases do ciclo vital foi conseguida pelo investimento da relação terapêutica desde o momento do acolhimento até à saída da consulta prestando cuidados baseados na empatia, interesse, disponibilidade, solidariedade, responsabilidade sempre com respeito e proteção do Código Deontológico da profissão e aos Direitos Humanos. Valorizei as suas experiências de saúde, respeitei as suas crenças e valores, afastando os juízos de valor.

No que se refere à promoção da saúde da mulher, informei, orientei e facultei recursos disponíveis na comunidade no âmbito do Planeamento Familiar e Pré-Concepcional. Tive a oportunidade de colaborar nas Consultas de Planeamento Familiar.

O Planeamento Familiar é a medicina preventiva por excelência e área indispensável da valência materno-infantil, em termos de saúde pública. Abarca os temas mais diversos, desde o desejável espaçamento dos nascimentos, ao tratamento da infertilidade, à erradicação do aborto, à educação sexual e é também um dos principais meios para a promoção de uma desejável saúde sexual. De acordo com Oliveira (2009, p. 109), a expressão “planeamento familiar” é, muitas vezes, considerada como sinónima de anticoncepção ou de contraceção, o que, na sua opinião, está errado, dado que o “planeamento familiar é uma filosofia do comportamento que encara não só a forma racional e saudável de espaçar os nascimentos, mas igualmente inclui a esterilidade e a infertilidade, bem como a sexualidade”. O Planeamento Familiar engloba um conjunto de cuidados de saúde que visa ajudar as mulheres e os homens a planearem o nascimento dos seus filhos, a viverem a sua sexualidade de uma forma gratificante e sem o receio de uma gravidez que, naquele momento, não desejam. Para além disto, o Planeamento familiar ajuda os casais que têm problemas de infertilidade, previne as doenças sexualmente transmissíveis e ajuda ao diagnóstico precoce de algumas formas de cancro na mama e no útero (Associação para o Planeamento da Família, 2014).

O Planeamento Familiar é uma forma de assegurar que as pessoas têm acesso à informação, métodos de contraceção eficazes e seguros, serviços de saúde adequados que permitam a vivência da sexualidade segura e saudável, bem como uma gravidez e parto nas condições mais adequadas (Andrews, 2016, p. 23). Segundo a Direção-Geral de Saúde (2001, p. 6), o Planeamento Familiar representa uma componente fundamental na prestação de cuidados em saúde sexual e reprodutiva e refere-se a um conjunto variado de serviços, medicamentos e produtos fundamentais que permitem às pessoas, individuais e em casal, alcançar e planear o número de filhos desejados e o espaçamento dos nascimentos. A decisão de ter ou não filhos, assim como a escolha do momento para ter filhos, é um direito que assiste a todos os indivíduos e famílias. Os serviços de Planeamento Familiar abrangem a prestação de cuidados de saúde, aconselhamento, informação e educação relacionados com a saúde sexual e reprodutiva. Numa perspetiva mais abrangente, o Planeamento Familiar deve: promover uma vivência sexual gratificante e segura; preparar uma maternidade e paternidade saudáveis; prevenir a gravidez indesejada; reduzir os índices de mortalidade e morbilidade materna, perinatal e infantil; reduzir o número de infeções sexualmente transmissíveis, sendo esta uma área onde o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica ganha um papel de destaque, uma vez que, segundo o Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio de 2019 (artigo 4.º, p. 13561), este profissional de saúde tem como competências específicas:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional;
- 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.

Foi, sem dúvida, um momento oportuno para a transmissão de informações e esclarecimento de dúvidas, tendo conseguido que as mulheres se sentissem mais à vontade para partilhar experiências. Na minha opinião, esta situação também é reforçada pelo modo como os conhecimentos lhes são fornecidos.

Ainda neste âmbito, realizei ensinamentos sobre os diferentes métodos contraceptivos e colaborei na referenciação de mulheres optavam preferencialmente pelo dispositivo intrauterino (DIU), pilula ou implante. Assisti a colocação de vários dispositivos intrauterinos, que consiste num pequeno dispositivo não hormonal e que contém cobre em quantidade muito reduzida, sendo muito eficaz e reversível, uma forma de contraceção de longa duração. O DIU contém cobre, razão pela qual se desencadeia uma resposta inflamatória

que impede a entrada dos espermatozoides no útero, e altera o endométrio, impedindo a fixação do ovo. Este é colocado e removido por um médico, durante um exame ginecológico. É um procedimento simples e indolor, pelo que não é necessário anestesia. O DIU tem um nível de eficácia muito elevado (99%), como refere a Associação para o Planeamento da Família (s.d.). Neste sentido, verifiquei que é muito importante dar informações à mulher aquando da escolha deste método, informando-as que tem como vantagem não ser um método hormonal, que os ciclos menstruais mantêm-se com intervalos idênticos aos que a mulher estava habituada, antes da sua colocação e que pode existir um aumento das dores menstruais e do fluxo de sanguíneo durante a menstruação. Estas também foram informadas que o DIU não interfere no relacionamento sexual, que as alterações na menstruação são próprias do DIU, não sendo um problema e que revertem quando ele é retirado, que o mesmo não reduz a fertilidade, ou seja, não faz com que seja mais difícil engravidar, quando é retirado. Pode ser retirado em qualquer altura, havendo risco imediato de gravidez, com longa duração de ação, podendo variar entre 5 e 7 anos, não necessitando a mulher de pensar diariamente na sua contraceção, sendo também um método que pode ser utilizado por mulheres em qualquer idade. De acordo com a Associação para o Planeamento da Família (s.d.), o DIU não pode ser usados por mulheres com: doença inflamatória pélvica ativa ou recorrente; suspeita de cancro uterino; alergia ao cobre; doença de Wilson (doença do fígado relacionada com o cobre) e em mulheres com anomalia da cavidade uterina. Este método contraceptivo não protege das Infecções Sexualmente Transmissíveis.

É importante referir que, no domínio dos conhecimentos, a educação sexual pode contribuir para um maior e melhor conhecimento acerca dos factos e componentes que integram a vivência da sexualidade, designadamente: os mecanismos da resposta sexual, da reprodução, da contraceção e da prática de sexo seguro. Na esfera das atitudes, o Planeamento Familiar pode contribuir para uma atitude positiva, eficaz e preventiva face à doença, promotora do bem-estar e da saúde, com uma maior qualidade de vida e das relações pessoais, não apenas o aconselhamento e os cuidados relativos à reprodução ou prevenção de problemas. No domínio das competências individuais, o seu desenvolvimento permite tomar decisões responsáveis, na utilização de meios seguros e eficazes de contraceção e de prevenção do contágio de Infecções Sexualmente Transmissíveis (Associação para o Planeamento da Família, 2014).

Tive, assim, a oportunidade de participar na Consulta de Planeamento Familiar, atividades inerentes a esta consulta como: avaliação do estado de saúde geral da mulher; avaliação da tensão arterial; avaliação ponderal; realizar entrevista de enfermagem, verificando o método contraceptivo utilizado, data da última menstruação, regularidade e

características dos ciclos menstruais; educação para a saúde sobre educação sexual, reprodução, métodos contraceptivos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, transição para a menopausa, deteção precoce do cancro da mama e do colo do útero, autoexame da mama, fornecendo material de leitura; registos no boletim de planeamento familiar e sistema informático; fornecimento de contraceptivos orais e de barreira, reforçando ensinamentos sobre a sua utilização; realização do exame ginecológico e de colpocitologias. Nesta consulta procurei incentivar as mulheres a manterem comportamentos de procura de saúde e de regularidade nas consultas de Planeamento Familiar, salientando a grande importância do autoexame da mama e do rastreio do cancro do colo do útero através da realização da colpocitologia e da avaliação ginecológica.

De igual modo, desenvolvi competências na supervisão, implementação e avaliação de programas e intervenções de promoção da saúde pré-natal, bem como ao nível da implementação e avaliação de programas de preparação para o parto e parentalidade responsável, sendo estas competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio de 2019).

Realizei ensinamentos e entreguei folhetos a mulheres grávidas sobre o que é necessário levar para a maternidade. Informei as grávidas que a ida para a maternidade deve ser preparada com alguma antecedência, devendo ter uma lista organizada com tudo o que necessita para si e para o bebé. Deve ter tudo preparado a partir das 36 semanas: a mala da mãe e do bebé. É importante ter em conta a estação do ano, sendo aconselhável pedir sempre informações sobre o que deverá levar consigo. Assim, foram-lhes dadas algumas dicas: para o bebé levar alguns *babygrows*, bodies, meias ou botinhas, de acordo com a estação do ano, casaco de malha ou algodão, de acordo com a estação do ano, bem como manta, fraldas de pano, toalhetes, fraldas descartáveis, creme para a muda de fralda, produtos de higiene, toalha de banho, saco para a roupa suja e cadeirinha de transporte (para a alta), entre outros.

Assumi igual importância a preparação para a parentalidade, o que requer um acompanhamento por parte de profissionais altamente qualificados, onde se incluiu o EEESMO. É oportuno referir que se promove nestes programas a transição para a parentalidade, estimulando os laços afetivos entre os pais e o bebé. A trajetória “do nascimento de um pai, de uma mãe e de uma família” (Brazelton, 1992, p. 12) inicia-se no período pré-concepcional ou pré-natal, prolongando-se nos primeiros meses após o parto, sendo este um processo que acarreta transformações a nível individual, conjugal e social (Hinzt & Baginski, 2012). Por conseguinte, é fundamental envolver os pais no nascimento, apoiá-los num processo que requer crescimento e amadurecimento pessoal, o que vai além do parto. Neste sentido, é indispensável incluí-los e orientá-los para que se envolvam

atempada e ativamente, para que possam potenciar os seus “processos de auto-restabelecimento” (Watson, 2002, p.104). Assim sendo, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia assume-se como “o profissional de saúde mais habilitado para apoiar os pais, considerando as suas expetativas, desejos e exigências. As suas competências permitem-lhe uma “intervenção diferenciada” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.17), sendo basilar a assunção de “atitudes e comportamentos profissionais diários que revelem independência, responsabilidade, conhecimento, respeito e dignidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 18).

Colaborei nas Consultas de interrupção voluntária na gravidez. Em Portugal, a interrupção da gravidez pode ser realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez, calculadas a partir da data da última menstruação. Estas consultas são, por imposição legal, realizadas apenas por profissionais “não objetores de consciência”. Tem de haver uma consulta prévia que marca o início formal do processo da interrupção voluntária na gravidez. É uma consulta de carácter obrigatório. Nesta, o profissional de saúde deve esclarecer todas as dúvidas da mulher e fornecer a informação necessária tendo em vista uma tomada de decisão livre, informada e responsável. A consulta pode ser marcada num serviço de saúde legalmente autorizado, como centros de saúde, maternidades, hospitais públicos ou em clínicas privadas devidamente autorizadas (Serviço Nacional de Saúde, 2021). A consulta deve garantir que a mulher se encontra livre de pressões na sua tomada de decisão. A mulher pode fazer-se acompanhar por terceiros durante todo o processo de interrupção voluntária na gravidez. Uma vez clarificado o pedido de interrupção voluntária na gravidez, é determinado o tempo de gestação (através de ecografia) e explicados os diferentes métodos de interrupção da gravidez. No final da consulta prévia é marcada uma outra para a realização da interrupção voluntária na gravidez. A consulta é igualmente um espaço privilegiado para o esclarecimento sobre os métodos contraceptivos. Na consulta prévia é entregue à mulher o impresso Consentimento Livre e Esclarecido que deverá ser lido, assinado e entregue ao médico até à data de realização da interrupção voluntária na gravidez. No caso das mulheres menores de 16 anos ou mulheres psicologicamente incapazes, o Consentimento Livre e Esclarecido terá de ser assinado pelo seu representante legal (pai, mãe ou tutor). É obrigatório um período de reflexão mínimo de 3 dias, entre a consulta prévia e a data da interrupção voluntária na gravidez, durante o qual a mulher pode solicitar apoio psicológico/aconselhamento ou apoio social. Este período poderá ser mais longo se a mulher assim o desejar (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

Neste contexto, assisti a um caso de uma adolescente de 17 anos, que recorreu à consulta para interrupção voluntária na gravidez. Todavia, já não o podia fazer porque se encontrava com 22 semanas de gestação. No que diz respeito à promoção da saúde sexual

e reprodutiva dos adolescentes, Vaz (2017, p. 254) refere que os enfermeiros têm de perceber a complexidade do problema da sexualidade e ter conhecimento dos estilos de vida adotados pelos adolescentes, para que possam definir estratégias que promovam a saúde e intervir nos fatores de risco e nas consequências da vivência de uma sexualidade pouco segura, como gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis. Deste modo, o enfermeiro pode garantir um ambiente calmo e seguro para a realização do diálogo com o adolescente, concedendo informação ajustada e exata, “escutando as preocupações e respeitando o sigilo profissional e a confidencialidade de toda a informação, decisões e ações, pois o jovem, possui o direito de ter a sua opinião, de a expressar e de procurar ajuda e orientação” (Vaz, 2017, p.254). Por conseguinte, o enfermeiro tem de desempenhar o seu papel de educação para a sexualidade. Ser agente de intervenções com vista à mudança comportamental/promoção de comportamentos saudáveis, atuando na prevenção e educação sexual para os adolescentes, sendo esta uma forma de se evitarem gravidez não desejadas, com impacto negativo na vivência da adolescência.

Assisti também, a consulta de realização de ecografia obstétrica para verificar se ocorreu remoção total do feto após interrupção voluntária na gravidez. No entanto, verificou-se um aborto retido, que é reconhecido através de ecografia obstétrica, que revela a ausência de crescimento do saco (saco gestacional intacto) ou não contendo embrião, ou contendo embrião sem atividade cardíaca (Knez et al., 2014). O aborto retido refere-se a uma gestação intrauterina não evolutiva, com retenção integral das estruturas gestacionais, os critérios ecográficos são embrião com comprimento crânio-caudal superior a 5mm, sem atividade cardíaca (ou ≤ 5 mm, sem alterações após uma semana), saco gestacional de diâmetro médio superior a 20mm e sem embrião visível (ou com diâmetro \leq a 20mm, sem modificações ao fim de uma semana), a sua descoberta decorre da investigação de um episódio de metrorragia ou de um achado ocasional de um exame ecográfico (Graça, 2012). Em casos como o descrito, é fundamental uma atenção de qualidade por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sobretudo, quando esta se encontra em situação de vulnerabilidade física e emocional.

Sendo esta também uma das competências específicas do EESMO supervisionar, implementar e avaliar programas e intervenções de promoção do aleitamento materno, tive a oportunidade de realizar ensinamentos sobre a importância das mulheres amamentarem. Assim sendo, procedi à realização de ensinamentos oportunos e congruentes, nomeadamente a realização de ensinamentos: sobre a amamentação, informando sobre as vantagens da amamentação, posição do recém-nascido, adaptação à mama, sobre a presença de reflexos de sucção e deglutição do recém-nascido, horários e frequências das mamadas, condutas na prevenção de complicações, como o ingurgitamento mamário, fissuras ou mastite; sobre

o processo de descida/subida do leite. Colaborei no encaminhamento para a realização das Consultas de Amamentação Pré-Parto, onde o EESMO desempenha um importante papel na adesão das mulheres à amamentação, informando-as de que o leite materno é o melhor alimento para garantir os nutrientes necessários aos recém-nascidos até os seis meses de idade, pois é rico em proteínas, vitaminas, anticorpos, gorduras e água, sendo essencial para o bom desenvolvimento da criança. Além disso, a prática de amamentar gera impactos positivos na relação entre a díade mãe/bebê, melhorando as suas condições psicomotoras e proporciona diversos benefícios para a mãe. A Consultas de Amamentação Pré-Parto é realizada por um EESMO e Conselheiro em Aleitamento Materno, constituindo-se num apoio fundamental para a mulher/casal. O seu correto funcionamento tem influência na qualidade do serviço prestado e exigida pelas mulheres numa fase extremamente importante, como as experiências relacionadas com a maternidade nas mais diversas vertentes, o que inclui todas as informações inerentes à amamentação.

Colaborei na realização de CTG (a partir das 37 semanas, durante pelo menos 20 minutos). O conhecimento da fisiologia cardiovascular fetal é essencial para a interpretação da CTG e não pode dissociar-se do desenvolvimento da placenta, que constitui o órgão de interface entre os compartimentos materno e fetal (*American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG, 2009*). A utilização desta tecnologia exige equipamento próprio, que possibilita o registo simultâneo da CTG e a análise do segmento ST do eletrocardiograma fetal, podendo ser usada situações com mais de 36 semanas de gestação, com rotura de membranas e sem contraindicações para a realização de monitorização interna. Está indicada nas situações de CTG suspeitos/categoria II ou patológicos/categoria III (excluindo os associados a eventos agudos). O recurso à CTG na prática clínica em detrimento da auscultação intermitente, segundo Santo (2018), tem-se associado a um aumento da taxa de partos instrumentais e de cesarianas, o que é, em parte explicado, ainda segundo a mesma autora, pelo baixo valor preditivo positivo desta tecnologia. Implícito a estes pressupostos, como refere ainda Santo (2018), está implícita a ideia de que a maioria das alterações cardiotocográficas não se associa à hipóxia fetal, o que reforça a relevância da interpretação da CTG por parte de profissionais com muita experiência, ou seja, com competência para incluir os dados clínicos e compreender a resposta fisiopatológica fetal. “O progresso nos conhecimentos acerca dos padrões CTG, bem como o treino na interpretação e na resposta a estes padrões tem o potencial de limitar muito o número de intervenções obstétricas, sem aumentar a incidência de desfechos adversos. Outra alternativa é a utilização de métodos adjuvantes com maior especificidade na deteção da hipóxia fetal” (Santo, 2018, p. 28). A CTG é essencial para garantir que a gestação está a decorrer com normalidade nas últimas semanas, uma vez que o resultado do exame, se mostrar algum

desvio, pode indicar insuficiência na oxigenação cerebral do feto. Baseado no resultado da CTG, o profissional de saúde pode definir o melhor momento e método para realizar o parto.

Tive também a oportunidade de realizar auscultação dos batimentos cardíofetais, estando todas as auscultações dentro dos parâmetros normais. De acordo com o Parecer n.º 04 / 2011, da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (p. 3), “a auscultação dos batimentos cardíacos fetais e a monitorização da altura de fundo uterino integram uma das competências específicas, fundamentada em conhecimentos científicos e técnicos dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica”, Cabe a este profissional cuidar “a mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal”, bem como diagnosticar precocemente e prevenir “complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal”. De acordo com o mesmo Parecer, “o foco fetal corresponde à identificação do local, no abdómen de cada grávida, de acordo com a idade gestacional, a situação, a posição e a apresentação do feto, onde os batimentos cardíacos fetais são audíveis com melhor nitidez” (p. 3).

Participei na realização de ensinamentos inerentes aos sinais de alerta que a grávida deve estar atenta, nomeadamente sangramento, contrações uterinas, saída de líquido amniótico antes do tempo, diminuição ou ausência de movimentos fetais. Na prevenção de complicações de saúde da mulher em período pré-natal, as intervenções realizadas às grávidas devem passar por informar sobre os sinais de alarme na gravidez, como desviantes da normalidade: desconfortos da gravidez, sinais e sintomas passíveis de indicar desvios da gravidez fisiológica, sinais e sintomas de alerta (contratilidade uterina, perdas vaginais, dor, diminuição dos movimentos fetais) (Costa, 2014). Este são aconselhamentos e esclarecimentos de situações que estão dentro da área de atuação da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e identificação e registo das situações para referenciação ao médico obstetra.

Colaborei nas Consultas de Doenças Autoimunes. Esta consulta está especialmente vocacionada para patologias, como: Artrite Psoriática, Espondilite Anquilosante, Síndrome Antifosfolipídica, Lúpus Eritematoso Sistémico, Vasculites, Doença de Behçet, Esclerose Sistémica Progressiva, Polimiosite e Dermatimiosite, Síndrome de Sjögren e Artrite Reumatoide. As Doenças Autoimunes são, de acordo com a definição do Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna “patologias frequentes, que afetam provavelmente cerca de 5% da população, atingindo qualquer órgão do corpo, às vezes vários, apresentam um amplo espectro de gravidade e resultam de uma má função do sistema imunitário que começa a atacar o próprio organismo” (HPA Saúde, 2020). No seu conjunto, as Doenças Autoimunes atingem três vezes mais as mulheres e são, inclusive, uma das 10 principais causas de morte nas mulheres com idade inferior aos

65 anos. A causa é desconhecida, mas conhecem-se alguns fatores ambientais, genéticos e infecciosos como desencadeadores destas patologias, que podem impedir que a mulher engravide. Nesta consulta assisti a grávidas com doenças autoimunes, sendo as mais presentes a Trombofilia, Lupus, Artrite Reumatoide, SAAF, Conectivite Indiferenciada, Fator V de Leiden, Doença Beçhet.

De igual modo, assisti a uma consulta de uma mulher que já tinha 7 abortos, sem filhos e que ainda estava em estudo. A perda gestacional configura-se como uma vivência dolorosa e complexa para a mulher, que passa por um período de luto, sendo este um processo complexo e individual, cuja dor pode ser severa e persistente, com variações no seu estado emocional (Van der Gucht & Lewis, 2015). É um evento que resulta em angústia, com sofrimento duradouro para muitas mulheres/casal (Smith et al., 2020), requerendo apoio psicológico. Assim sendo, torna-se imprescindível que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia evoque na sua assistência à mulher enlutada todo o apoio psicológico, humanização da assistência nesta fase da sua vida. Quando a mulher sofre uma perda gestacional é importante e necessário que o enfermeiro saiba responder aos seus sentimentos e receios. Assim, ao incentivar a mulher a expressar os seus sentimentos e ficar com ela nesse processo, o enfermeiro ajuda-a a manter a crença e a dar-lhe a sensação de que tem pelo menos uma quantidade mínima de controlo da sua situação. A mulher, como ser cuidado, tem de ser considerada na sua unicidade, num processo de criação e de metamorfose, tendo a necessidade, na sua integridade, de expressar pensamentos, sentimentos e condutas, sendo, por isso, necessário que o enfermeiro use de escuta ativa e assertividade (Oliveira et al., 2018).

Para além de ter colaborado nas Consultas de Doenças Autoimunes, onde contactei com algumas mulheres que já tinham conseguido engravidar apesar da doença autoimune, também colaborei nas Consultas da Diabetes. A Diabetes Gestacional corresponde a qualquer alteração no metabolismo da glicose, durante o processo gravídico. As grávidas que desenvolveram Diabetes Gestacional possuem um risco mais elevado de desenvolver Diabetes tipo 2 no futuro (Observatório Nacional da Diabetes, 2016). É definida como a tolerância diminuída aos hidratos de carbono, de graus variados de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. O rastreio da Diabetes é realizado a partir da primeira consulta pré-natal, utilizando-se a medida da glicose em jejum, com o objetivo de detetar a presença de Diabetes pré-existente, sendo feita outra avaliação a partir da vigésima semana de gestação (Observatório da Diabetes, 2016). A maioria das mulheres com Diabetes Gestacional tem gravidez normal e bebé saudável, sendo que não se associa a Diabetes Gestacional a malformações. Todavia, quando as glicemias não são bem controladas durante a gravidez,

podem ocorrer alguns problemas: bebês demasiado grandes, o que provoca dificuldade no trabalho de parto e aumenta a possibilidade de parto induzido ou cesariana; excesso de líquido amniótico, que pode causar parto prematuro ou dificuldade no trabalho de parto; parto prematuro (antes das 37 semanas); pré-eclampsia; hipoglicemias no recém-nascido nas primeiras horas de vida; icterícia no recém-nascido; muito raramente a morte do recém-nascido. Perante um diagnóstico de Diabetes Gestacional é imprescindível controlar os níveis da glicemia diariamente até ao final da gravidez. A maioria das grávidas consegue atingir os objetivos de bom controlo com um plano alimentar equilibrado e personalizado de modo a garantir um aporte de nutrientes adequado ao bom desenvolvimento do feto; exercício físico diário adaptado à gravidez. Quando estas medidas não são suficientes para atingir os valores da glicemia adequados é indispensável recorrer à medicação. A terapêutica mais utilizada e eficaz é a insulina, mas em algumas situações a grávida toma antidiabéticos orais. Na consulta, verifiquei que as grávidas faziam RISIDON. Colaborei também na avaliação dos registos da glicémia do boletim da grávida (verificar se estavam dentro dos valores normais). Realizei ensinamentos sobre como utilizar a máquina e como registar no boletim (se fosse a primeira consulta de diabetes) e ensinei à grávida que deveria avaliar a glicemia em jejum, 1h após o pequeno-almoço, 1h após o almoço, e 1h após o jantar. Também realizei ensinamentos sobre a alimentação para diabetes gestacional. A terapêutica nutricional configura-se como de extrema importância no tratamento da Diabetes Gestacional durante toda a gravidez. Assim de acordo com a Unidade de Nutrição e Dietética Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (2018), o plano alimentar deve atender aos princípios de quantidade e qualidade das refeições, assegurando a adequação do ganho de peso. A dieta deve ser fracionada em 6 refeições, de forma a evitar episódios de hiperglicemia ou hipoglicemia. A adesão ao plano alimentar é fundamental para o bom controlo glicémico, contribuindo para a incorporação de um estilo de vida adequado, mesmo após o término da gestação. Assim, de acordo com o mesmo organismo, a grávida com Diabetes Gestacional deve ingerir: alimentos ricos em fibras: cereais, leguminosas e hortícolas; alimentos ricos em gordura monoinsaturada: azeite, frutas oleaginosas (amêndoas, nozes); alimentos ricos em gorduras polinsaturadas (ácidos gordos ómega 3 e ómega 6): peixe; alimentos com hidratos de carbono complexos: arroz, leguminosas (feijão); diversificar e adequar o consumo de fruta, sempre que possível consumir com casca; iniciar o almoço e o jantar com uma sopa de vegetais; eleger a água como principal fonte de hidratação.

Colaborei ainda nas Consultas de Patologia Aditiva, explicando o risco de consumo de drogas, álcool, na gravidez, tanto para a grávida como para o feto e posteriormente recém-nascido. O consumo de álcool durante a gravidez é a principal causa (evitável) de

problemas à nascença e no desenvolvimento das crianças, podendo levar a Desordens do Espectro Alcoólico Fetal (Rodrigues, 2014). Segundo a mesma autora, estudos recentes sugerem que pequenas doses de álcool podem estar associadas à possibilidade de perturbações mentais. Assim, “com a exposição do feto a um teratógeno como o álcool, a mãe torna-se moralmente responsável pelas consequências finais”. Está igualmente demonstrado que filhos de mulheres consumidoras de álcool e drogas patenteiam “um risco elevado de doenças perinatais graves, tais como: malformações, atraso no crescimento intra e extrauterino, sofrimento fetal e infeções, com sequelas neurológicas e respiratórias” (Rodrigues, 2014, p. 14). Deste modo, tive a oportunidade de fazer ensinamentos sobre o não consumo destas substâncias e dei um reforço positivo sempre que não consumiam, explicando-lhes a importância do não consumo para si e para o seu bebé. Estas consultas eram frequentadas por população com baixos recursos económicos e familiares, grávidas não tinham suporte familiar, por vezes sofriam de violência doméstica, o que as deixavam muito vulneráveis psicologicamente, sendo fundamental o nosso apoio, um cuidado humanizado. Muitas grávidas tinham VIH por comportamentos de risco. De acordo com Guerreiro (2012, p. 7), há muitos anos que as mulheres com VIH “usam com segurança os medicamentos antirretrovirais (ARV) durante o período de gravidez (...) Tal significa tomar pelo menos três medicamentos ARV, uma estratégia designada por terapêutica Antirretroviral de combinação ou TARVc”. O tratamento tem um forte impacto positivo na saúde das mulheres seropositivas e nas suas crianças. Segundo a mesma autora, “os benefícios do tratamento antirretroviral não são apenas para a saúde da mãe. Uma mulher sob tratamento reduz quase por completo o risco de a criança nascer infetada pelo VIH (...) Um dos primeiros benefícios dos medicamentos ARV é reduzir o risco de transmissão mãe-filho” (Guerreiro, 2012, pp. 7-9).

Independentemente da consulta, quando a grávida é encaminhada para as Consultas Diferenciadas na primeira consulta é sempre realizado:

- Realização de anamnese:
 - Preenchimento dos dados pessoais da mulher em sistema
 - Antecedentes familiares;
 - Antecedentes pessoais;
 - Antecedentes ginecológicos;
 - Antecedentes obstétricos;
 - História social da mulher;
- Realização da história da gravidez Atual (se estiver grávida)
 - Cálculo da idade gestacional;
 - Cálculo da data provável de parto;

- Avaliação do grau de risco (através da Tabela de Goodwin modificada);
- Plano Nacional de Vacinação atualizado;
- Realização de Exame Objetivo à Gravida:
 - Observação geral;
 - Avaliação de sinais vitais;
 - Evolução estado-ponderal;
 - Avaliação da presença de edemas;
 - Exame obstétrico:
 - Avaliação da Estática Fetal (Manobras de Leopold)
 - Avaliação da altura do fundo do útero;
 - Avaliação do perímetro abdominal;
 - Auscultação dos batimentos cardíacos fetais, dependendo da idade gestacional ou realização de ecografia fetal para confirmação de gravidez;
- Realização de registos de enfermagem no Boletim de Saúde da Grávida e na Folha de registos de enfermagem.

Na consulta, implementam-se intervenções como “auscultar ruídos cardíacos fetais”, a partir das 10/12 semanas de gestação com recurso ao eco doppler; “avaliar presença de movimentos fetais”, a partir das dezasseis semanas; “monitorizar altura uterina”, a partir das 24 semanas e “avaliar CTG”, a partir das 36 semanas ou sempre que pertinente, tal como a realização das “Manobras de Leopold” (Ordem dos Enfermeiros, 2014). Estas intervenções têm como objetivo garantir o bem-estar materno-fetal.

Importa salientar que, através da realização das Manobras de Leopold, pode identificar-se “a apresentação, a posição e o nível de encravamento da apresentação e o tamanho do feto” (Velo, 2019, p. 85), tendo sido este um fator importante para o meu desenvolvimento e aquisição de competências como enfermeira especialista. Através das Manobras de Leopold são obtidos igualmente outros dados importantes, nomeadamente a situação (longitudinal, transversal e oblíqua), a posição (direita ou esquerda) e o local onde se deteta a intensidade máxima da frequência cardíaca fetal. “As variações destes fatores podem indicar o risco para o desenvolvimento de complicações durante o trabalho de parto. A Manobra de Leopold possibilita obter-se a orientação para a colocação do Tocodinómetro e da Ultrassonografia de Doppler da CTG no abdómen materno, possibilitando, deste modo, a monitorização da frequência cardíaca fetal, contrações uterinas e movimentos fetais” (Velo, 2019, p. 85).

Realizei ensinamentos sobre como reduzir edemas dos membros inferiores, tendo explicado que devem fazer elevação dos mesmos e usar roupas confortáveis. De acordo com Oliveira (2020, s.p.), para a redução dos edemas dos membros inferiores, devem

também implementar-se medidas alimentares que promovem a saúde: “controlar a ingestão direta ou indireta de sal; ingerir água em quantidade suficiente, melhorando a função renal e reduzindo a retenção de líquidos; evitar ambientes aquecidos ou congestionados; usar meias elásticas ou meias de compressão, idealmente de manhã, ao levantar, antes do edema se instalar”.

De igual modo, realizei ensinamentos sobre a presença de náuseas/vômitos, tendo informado a grávida de que deve comer em pequenas quantidades, várias vezes ao dia, alimentos leves e fáceis de digestão. Foram também realizados ensinamentos sobre o aumento da fadiga e sonolência, uma vez que as grávidas queixavam-se de muito cansaço. Assim, foi feito sempre o reforço dos ensinamentos sobre o aumento do descanso.

Aproveitei ao máximo todas as oportunidades de aprendizagem, tendo demonstrado disponibilidade e colaborei na prestação de cuidados de enfermagem, atendendo especialmente às atividades inerentes à especialidade de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Na procura da excelência dos cuidados, o EEESMO deve pretender que as pessoas que cuida alcancem os níveis máximos de satisfação. Considero que a melhor aprendizagem refere-se àquela que parte do interesse em descobrir. Não é unicamente aquilo que nos ensinam, mas aquilo que pesquisamos porque gostamos e temos vontade de saber. Neste sentido, procurei sempre pesquisar sobre os assuntos que me traziam dúvidas e refletir sobre as atividades desenvolvidas, o que me permitiu identificar melhor as minhas necessidades de aprendizagem. Refiro que foram atingidos os números de grávidas com patologia a seguir.

Realizei um folheto sobre como administrar insulina e enoxaparina, tendo em conta que as necessidades do serviço, ou seja, não havia um folheto sobre o assunto, o que é fundamental atendendo ao elevado número de grávidas com diabetes gestacional e com trombofilias.

Assisti à realização da colheita de *Streptococcus* β , que é um teste realizado para colheita de *Streptococcus* β com recurso a um cotonete, essencial para determinar a presença da bactéria e proteger o bebé recém-nascido. O *Streptococcus* β ou *Streptococcus* do grupo B (SGB) é uma bactéria que se encontra no trato gastrointestinal e geniturinário. É encontrada na área vaginal ou retal em 10% a 35% de todas as mulheres adultas saudáveis. Este também se designa de *Streptococcus agalactiae*, um agente que mais contribui para a infeção bacteriana perinatal, sendo igualmente o agente mais frequentemente encontrado nas infeções neonatais precoces, sendo possível a sua prevenção (Areal et al., 2010).

2. Cuidar a mulher inserida na Família e Comunidade durante o período Pré-Natal

O estágio de Internamento de Materno-Fetal decorreu num Hospital Maternidade, um serviço constituído por 5 salas: sala 112 (3 camas); sala 114 (3 camas); sala 116 (4 camas); sala 120 (4 camas); sala 121 (3 camas), sala de Enfermagem e Gabinete Médico.

Durante este estágio, prestei cuidados especializados, utilizando corretamente os diferentes métodos de avaliação e vigilância do bem-estar materno-fetal, fazendo a respetiva interpretação.

A monitorização do trabalho de parto consistiu numa das competências desenvolvidas, indubitavelmente, uma das competências mais importantes para o EESMO, o que implica necessariamente: a vigilância do bem-estar materno-fetal, a evolução do trabalho de parto, tendo em consideração as características de cada grávida, nomeadamente: a idade gestacional, a patologia associada, a presença de Streptococcus B, a rotura ou não de membranas uterinas, o tipo de contractilidade, entre outras. Assim, vigiei de forma cuidadosa as características do registo cardiotocográfico (RCT), para avaliação do bem-estar fetal, estando sempre atenta aos sinais de alerta (redução da variabilidade da frequência cardíaca fetal, a taqui ou bradicardia fetais), para avaliar a tolerância fetal à estimulação das contrações que se assume como muito importante, bem como para se evitar a taquissístolia e a hipertonia uterina, devido ao risco de rotura uterina. No serviço onde decorreu o estágio, a monitorização intermitente é realizada segundo as Normas da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO). Sempre que houve desacelerações, houve adequação de medidas, sendo que quando não revertia, a mulher era transferida para bloco de partos.

A monitorização fetal intraparto consiste num método fundamental e integrante da prática clínica do EESMO. Assim, como forma de evitar que ocorram complicações e lesões associadas à com a hipoxia e acidose metabólica fetais durante o parto e para que se evite a execução de intervenções desnecessárias que podem resultar na morbidade fetal e/ou materna, também tive a oportunidade de trabalhar com a cardiotocografia (CTG), que regista em simultâneo a frequência cardíaca fetal e a contractilidade uterina. Conforme refere Rosa (2018, p. 17), “é necessário que o registo de CTG tenha uma duração mínima de 20 minutos para que possa ser interpretado corretamente uma vez que alterações na atividade uterina e no estado de atividade fetal podem afetar momentaneamente o registo”. De acordo com a mesma autora, “a velocidade de registo é de 1 centímetro por minuto, o tempo é indicado a cada 10 minutos e o registo é impresso a cada 30 minutos. A atividade uterina é indicada entre 0 a 100 unidades relativas quando se utiliza um tocómetro e entre 0 a 100 mmHg quando se usa um sensor de PIU. Podem ser registados ritmos cardíacos fetais entre

50 e 210 bpm” (Rosa, 2018, p. 20). É frequente ocorrerem “variações no ritmo cardíaco fetal, sendo denominadas de acelerações ou desacelerações. As acelerações são um aumento do ritmo em mais de 15 batimentos durante mais de 15 segundos, são sinais de oxigenação normal e indicam que o feto apresenta capacidade de resposta a alterações no ambiente fetal”. A autora citada refere ainda que “uma CTG seja considerada reativa deverá ter pelo menos 2 acelerações em 20 minutos. Acelerações periódicas ocorrem em conjunto com as contrações e são um sinal da transferência de sangue da placenta para o feto. Pelo contrário, as desacelerações são definidas como uma diminuição de mais de 15 batimentos no ritmo cardíaco durante mais de 15 segundos. Apesar da maioria das desacelerações serem provocadas por alterações do ambiente fetal consideradas normais, o facto de se encontrarem relacionadas com as contrações pode indicar o desenvolvimento de um episódio de hipoxia sendo, por isso, importante a sua identificação” (Rosa, 2018, p, 20).

Tive a oportunidade também de realizar vigilância dos sinais de alarme maternos ou fetais, de acordo com a patologia. Assim, vigiei mulheres com diabetes gestacional, hipertensão arterial, colestase gravídica, ameaça de parto pré-termo, com administração de corticoterapia, dexametasona e administração de tocolíticos, atosiban, no início de trabalho de parto ou indução do trabalho de parto e colaborei em situações de emergência. De igual modo, realizei ensinamentos sobre os sinais de alarme de início de trabalho de parto prematuro. Félix et al. (2019, P. 344) referem que “A educação em saúde é uma importante ferramenta na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, uma vez que a gravidez se trata de um período delicado e gerador de potenciais dúvidas e ansiedade”. Assim, as mesmas autoras salientam que, “apesar da difusão de informações atuais, as mulheres ainda desconhecem os sinais de alerta e os sinais e sintomas de trabalho de parto confundindo o momento exato que devem procurar a maternidade” Por conseguinte, compete ao EESMO informá-las em relação aos sinais de alerta, como “o sangramento vaginal, a cefaleia, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória, entre outros”. No seu estudo, com 100 grávidas, a partir da 30ª semana gestacional, as autoras citadas constaram que 61% das mulheres relataram “não ter recebido nenhum tipo de informação sobre os sinais de alerta e de trabalho de parto”, tendo registado “uma associação estatisticamente significativa entre o número de acertos e as orientações recebidas durante o pré-natal”. Deste modo, Félix et al. (2019, p. 343), salientam que a necessidade de realizar ensinamentos sobre os sinais de alarme de início de trabalho de parto prematuro.

Outras atividades realizadas foram a preparação das utentes para a alta hospitalar/transferência para a Sala de Partos, envolvendo a família/pessoas significativas, bem como a transferência para sala de bloco de partos para realização de analgesia epidural).

Particpei na “Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés”, através da promoção do aleitamento materno, tendo em conta o respeito pelas 10 medidas da iniciativa. Transmiti informação à grávida sobre as recomendações, vantagens, prática do aleitamento materno e como ultrapassar pequenas dificuldades. Neste âmbito, realizou-se uma formação sobre “Aleitamento Materno”. Proteger, promover e apoiar o aleitamento materno é de suma importância, pois todos os bebés devem ser amamentados exclusivamente desde o nascimento até os 6 meses de idade. As mães devem ser aconselhadas e apoiadas para o aleitamento materno exclusivo. Assim, valorizei muito a promoção do aleitamento materno e as intervenções, fornecendo os melhores conselhos e apoio às mulheres.

Contribui no processo de monitorização e alívio da dor, através da promoção de medidas não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho parto e avaliação da sua eficácia, como: manutenção de um ambiente calmo e acolhedor; promoção de exercícios de relaxamento, musicoterapia, massagem, técnicas de respiração adequados, banho quente, deambulação, entre outras, envolvendo a pessoa significativa no alívio da dor. Importa referir que foi realizada principalmente as técnicas do banho quente e deambulação. Também informei as mulheres sobre a analgesia epidural e as condições para a sua realização, respeitando a sua decisão e esclarecendo as suas dúvidas. A dor do trabalho de parto, embora seja um processo fisiológico, “quando intensa e persistente, provoca respostas neuro-endócrinas, metabólicas e inflamatórias prejudiciais ao bem-estar materno-fetal (...) O alívio da dor do trabalho de parto promove conforto materno e controlo do *stress* provocado pelo mesmo”, Assim, “as alternativas disponíveis para controlar a dor do parto encontram-se os métodos não-farmacológicos e os farmacológicos” (Aveiro, s.d., OE, p. 2).

Colaborei em atividades de formação com o intuito da melhoria de cuidados de enfermagem. Assim, realizei um cartaz “O Seu Bebé nasceu mais cedo? Como Amamentar?”, atendendo às solicitações da Unidade de Medicina Materno Fetal.

Contactei com mulheres com hemorragias ativas, com diagnóstico de aborto espontâneo em que houve necessidade de internamento para expulsão, bem como contactei com mulheres que optaram por interrupção voluntaria da gravidez e com mulheres com necessidade de internamento para colocação de Misoprostol. Neste âmbito, como defende a DGS (Circular Normativa nº: 9/SR, de 21/06/07), “a correta preparação dos profissionais de saúde, apoiada em orientações técnicas internacionalmente reconhecidas, assim como a disponibilidade de equipamento e outros meios adequados, são também requisitos indispensáveis para a salvaguarda da saúde das mulheres”. Soares (2018) refere que “a interrupção medicamentosa da gravidez pressupõe a administração de uma associação de dois fármacos: Mifepristone e Misoprostol”, existindo “protocolos para a administração destes fármacos, que devem ser cumpridos criteriosamente. Para determinar

se a interrupção foi bem-sucedida, deverá haver uma nova consulta, 1 a 2 semanas após a administração farmacológica”. Neste âmbito, reforço que o EESMO é o profissional de saúde que estabelece o primeiro contacto com as mulheres para interrupção voluntária da gravidez, cabendo-lhe, assim, a promoção de uma relação de ajuda e ajudar a mulher para que tenha um melhor ajustamento neste processo. Isto porque, a mulher que recorre à interrupção voluntária da gravidez tem o seu processo de transição dificultado, onde o EESMO se assume como um facilitador no que se refere ao “desenvolvimento das capacidades pessoais, na promoção de novas capacidades, tendo em conta as mudanças e necessidades que acompanham as transições de saúde e doença, desenvolvimento, situacional e organizacional” (Palma, 2017, p. 11). Deste modo, ainda em conformidade com a mesma autora, este profissional de saúde pode ajudar a mulher “na construção do seu *empowerment* que consiste no controlo e mestria da sua vida, correspondendo a um estado de equilíbrio que ocorre quando a transição é feita de forma saudável”.

3. Cuidar a Mulher na Família e Comunidade durante o Trabalho de Parto

O estágio Sala de Partos decorreu num Bloco de Partos de Hospital da região Sul de Portugal. O Serviço é constituído por cinco boxes para grávidas em trabalho de parto em fase ativa a partir dos 3 cm. Uma sala de bloco operatório para grávidas cesariana, um recobro para grávidas sujeitas a cesariana. No mesmo piso encontrava-se a urgência obstétrica e o serviço de internamento de materno fetal (onde se encontravam as grávidas em fase latente do trabalho de parto). As grávidas em trabalho de parto vinham das urgências ou do serviço de materno fetal. Consoante a fase de trabalho de parto eram transferidas para bloco de partos ou serviço de materno fetal.

Foram várias as atividades desenvolvidas no estágio para poder alcançar competências que me permitiram “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (Artigo 4.º do Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio de 2019, p. 13561).

Tive a oportunidade de fazer colheita de dados no serviço de urgência para posteriormente encaminhar a grávida para o internamento de bloco de partos, se estivesse em fase ativa de trabalho de parto, ou para o serviço de materno fetal se estivesse em fase latente. As grávidas e casais chegam ao bloco de parto de diferentes vias. Por norma, vindas do serviço de urgência, designadamente em situações de rutura prematura de membranas ou em trabalho de parto ou provenientes do serviço de internamento de medicina materno-fetal, por motivos de indução de trabalho de parto ou por agravamento clínico relacionado ao motivo da hospitalização. Deste modo, a colheita inicial de dados de cada mulher/família inicia-se no momento do internamento, no serviço de urgência, e atualizada ao longo do mesmo, sempre que seja necessário. A colheita de dados é feita através do Boletim de Saúde da Grávida, processo informático da grávida e entrevista informal e formal. *Grosso modo*, os dados recolhidos, nesta fase do processo de enfermagem, são constituídos por estado civil, profissão, antecedentes pessoais e familiares, medicação domiciliária, grupo sanguíneo, alergias, avaliação e registo dos sinais vitais, uso de substâncias, integridade da pele e dados sobre a história ginecológica e obstétrica. Mais concretamente, sobre a gravidez atual, sendo recolhidos os dados acerca da idade gestacional, o índice obstétrico, realização ou não da preparação para o parto e nascimento, resultados serológicos, dados ecográficos durante a gravidez, vigilância da gravidez, a integridade das membranas, o índice de Bishop, cervicometria, registo dos dados da Cardiotocografia (CTG) e dos sinais vitais no momento de admissão. Dos dados para a realização de uma anamnese cuidada, destaca-se também a inclusão do plano de parto como parte integrante do registo informático da colheita de dados na admissão a este bloco de partos. O plano de parto e nascimento consiste num documento legal, no qual

ficam registadas as expectativas, vontades, desejos e as necessidades específicas de cada grávida/casal, acerca da sua gravidez e parto. Este deve ser elaborado em parceria com o EEESMO durante a vigilância da gravidez, através da transmissão de conhecimentos importantes sobre a gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto. Num estudo qualitativo, tipo exploratório-descritivo de Silva e Lopes (2020, p. 1), com uma amostra de 10 casais que frequentaram o curso de preparação para o parto e nascimento de uma maternidade do centro de Portugal, ficou demonstrado que metade desconhecia o conceito de plano de parto, todavia reconheceram “a importância da discussão das suas preferências com um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica para uma experiência de parto positiva”. Neste sentido, e como salientam Silva e Lopes (2020, p. 2), “o plano de parto é um processo reflexivo e de tomada de decisão do casal grávido, exposto num documento escrito, promovendo uma melhor comunicação com os profissionais de saúde e a autonomia das mulheres”. Configura-se como uma estratégia de promoção do “envolvimento da mulher na preparação para e no trabalho de parto e para expressar as suas expectativas e desejos relacionados com o decurso do mesmo” (Silva & Lopes, 2020, p. 2). Como tal, assume toda a importância que este seja ponderado pela mulher/casal, como forma de “promover a consciencialização da relação entre as decisões e escolhas e o próprio decurso do trabalho de parto, de forma a construir decisões responsáveis e informadas” (Silva & Lopes, 2020, p. 2).

Tive a oportunidade de acompanhamento de grávidas durante o trabalho de parto, colocação de CTG, que consiste num exame complementar de diagnóstico não invasivo cujo objetivo é avaliar o bem-estar fetal, tendo também realizado a interpretação dos mesmos. Antes da colocação do CTG tinha de se avaliar a situação fetal através das manobras de Leopold, que se trata de uma técnica para palpação abdominal. A realização das manobras de Leopold determina a posição fetal e posicionar o RCTG, quando a situação da mãe e do feto permitia que fosse realizada de forma intermitente ou por telemetria, favorecendo a liberdade de movimento durante o trabalho de parto (OMS, 2018). Com o CTG, avalei a contratilidade uterina, os batimentos cardíacos fetais, a variabilidade e o bem-estar fetal, o que me permitiu identificar padrões de desvio da normalidade, nomeadamente as desacelerações e a taquicardia fetal, para, caso necessário, se aplicarem medidas corretivas. Importa salientar que uma das situações stressantes com que se pode lidar, neste contexto, refere-se à desaceleração prolongada com um CTG depois de administração de epidural. Neste sentido, devem estabelecer-se medidas de reanimação *in útero* e aplicar-se o protocolo pela equipa de saúde, com alteração da posição para decúbito lateral ou quatro apoios, administrando O₂, soro intravenoso e Salbutamol inalado. O

tratamento, por norma, revela-se eficaz para se adquirir uma recuperação ideal do bem-estar fetal (Néné et al., 2016).

Particpei também na avaliação de cervicometria, ou seja, após o internamento das gestantes, as mesmas foram avaliadas pela equipa médica para estabelecer o plano terapêutico a ser feito, em conformidade com a avaliação do índice de Bishop e da história obstétrica.

Tive a oportunidade de realizar/participar em atividades relacionadas com o alívio da dor, como a utilização da musicoterapia, aromaterapia e banhos quentes. Em relação às competências relacionadas com a gestão da dor em trabalho de parto, seguiram-se as recomendações da OMS (2018), que reforça a importância da aplicação de técnicas de relaxamento, respiração, música, meditação, entre outras, para grávidas que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto. Foram apresentadas e promovidas medidas quer farmacológicas quer as não farmacológicas de alívio da dor, tendo-se em consideração o conhecimento prévio das preferências específicas de cada mulher (OMS, 2018). Não sendo a abordagem de primeiro recurso, a técnica epidural foi a escolhida pela maioria das mulheres, sendo a mesma realizada consoante o estadio do trabalho de parto e conforme o momento em que a mulher sentia não obter o seu controlo de dor, segundo a utilização de outras medidas. Como muitas mulheres durante o trabalho de parto desejaram a epidural, pude acompanhá-las e assistir ao anestesista aquando do procedimento, monitorizando o estado ideal da gestante e o bem-estar fetal depois de a técnica ser executada. Verifiquei que esta técnica de analgesia loco-regional facultou um grande alívio e descanso às mulheres quando lidavam com as contrações, com a vantagem de não as impossibilitar o seu livre movimento. Ao longo do internamento, eram sempre explicadas as diversas alternativas para que pudessem lidar com a dor durante a dilatação, sendo-lhes dado a oportunidade de escolherem as medidas não farmacológicas e as farmacológicas. Nesta fase, procurei mostrar-se o mais próximo possível da mulher, dando-lhe apoio emocional, fortalecendo, deste modo, a sua capacidade de passar pelo momento do parto. É importante esta relação com as parturientes, uma vez que, nesta fase, podem desanimar e ficarem exaustas, o que implica o estabelecimento de uma relação de empatia/confiança para ajudá-las a ter uma experiência positiva do seu trabalho de parto e parto.

Outro desafio consistiu na avaliação e determinação da estrutura pélvica em relação ao feto, dando-se relevância às posições adotadas em cada fase do trabalho de parto, com bastante importância à liberdade de movimentos e deambulação durante o trabalho de parto, ou seja, seguiram-se as recomendações da OMS (2018) que preconiza que se favoreça a liberdade de movimento durante o trabalho de parto, caso a mulher o deseje, tornando o parto mais humanizado.

4. Cuidar a Mulher inserida na Família e Comunidade durante o período Pós-Parto

O Estágio Enfermagem em Puerpério correspondeu ao período de quatro semanas, de 1 de março a 26 de março de 2021. Este decorreu num serviço de Obstetrícia Serviço de Obstetrícia de Lisboa.

O Serviço de Puerpério está inserido na Área da Saúde da Mulher, que se divide pelos vários pisos do Hospital. Mais concretamente, o Puerpério encontra-se no piso 2 inserido no serviço de internamento de Obstetrícia/Ginecologia. Este serviço funciona nas vertentes de internamento de grávidas, quer por vigilância relacionada com patologias associadas (semelhante a um serviço de medicina materno fetal), quer para indução do trabalho de parto ou por se encontrarem no início do mesmo, para seguimento pelos Médicos e Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica. O serviço de internamento de Obstetrícia articula-se com o serviço de Bloco de Partos/Urgência Obstétrica e Ginecológica, onde se encontram os obstetras de serviço 24h/dia, que se situa no mesmo piso e no mesmo corredor do hospital.

Apesar do serviço de Internamento de Ginecologia e Ambulatório se situar no 1.º piso, por vezes, quando é necessário, por gestão de vagas, algumas utentes são também internadas no 2.º piso, neste mesmo serviço, quer para preparação cirúrgica, quer para internamento no pós-operatório.

Após o parto as puérperas regressam ao serviço para manterem o período de internamento necessário (habitualmente 2 dias nos partos vaginais e 3 dias nos partos por Cesariana), com todos os cuidados associados ao período do puerpério, prestados pela equipa multidisciplinar.

A nível estrutural, o serviço de internamento de puérperas é composto por duas alas (Norte e Sul), com 12 e 21 quartos individuais, respetivamente, sendo que na Ala Norte encontram-se ainda o gabinete dos Pediatras (disponíveis 24h/dia), o Berçário (para prestação de cuidados específicos ao recém-nascido) e o Serviço de Neonatologia. Nesta Ala também existe uma sala de espera para visitas, e duas casas de banho. Ambas as Alas possuem uma zona de sujos e um armazém de consumíveis, bem como um balcão central e uma sala de preparação de medicação.

A nível de recursos humanos o Internamento de Obstetrícia conta com a presença de administrativos, auxiliares de ação médica, Enfermeiros (23 generalistas, 17 EESMO), médicos obstetras e pediatras. Existe ainda a articulação diária com a equipa de limpeza do hospital sempre que necessário.

Os rácios de Enfermeiros por turnos são no máximo cerca de 7 no turno da manhã, 6 na tarde e 5 à noite.

É através da simbiose entre os profissionais envolvidos que o HLU presta cuidados de qualidade á tríade no período do puerpério.

Para um melhor conhecimento do serviço, consultei os seus guias orientadores, bem como as normas e protocolos aqui instituídos. Nestes encontram-se descritos de forma sistematizada as normas, rotinas, procedimentos e informação necessária para a prestação de cuidados de enfermagem em puerpério, o que permite a uniformização e rigor dos cuidados prestados à puérpera e recém-nascido.

Pude constatar que a metodologia de trabalho utilizada neste serviço é o método individual de trabalho, em que, apesar de todos implementarem as normas de atuação nos cuidados, cada um presta cuidados de forma personalizada e humanizada de acordo com o seu modo de ser e de trabalhar. Também verifiquei que existe um trabalho de equipa, denotando-se espírito de entreajuda, o que vem dar mais qualidade aos cuidados de enfermagem.

Prestar cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia exige, para além de um grande conjunto de conhecimentos, uma grande prática a nível de desempenho, que só a experiência e o tempo podem trazer.

Uma vez que o tempo de internamento das puérperas e recém-nascidos é relativamente curto, torna-se fundamental sistematizar as atividades de enfermagem a desenvolver, potenciando ao máximo todas as oportunidades para educar, apoiar e encaminhar. Por conseguinte, considero muito importante que se desenvolva uma relação de confiança entre utente e enfermeiro e esta começa desde logo no acolhimento. Este momento é fundamental para que no futuro a utente sinta segurança na informação dada pela equipa de enfermagem e que esteja à vontade para esclarecer dúvidas. Tendo consciência desta realidade, procurei proporcionar um acolhimento à mulher e recém-nascido personalizado, transmitindo empatia, confiança e disponibilidade, tentando diminuir a sua ansiedade inerente ao seu novo papel de mãe.

A educação para a saúde é, sem dúvida, uma das principais funções de um enfermeiro especialista, devendo estar presente em todas as áreas de atuação. No decorrer deste estágio, as oportunidades de educação para a saúde foram imensas, em que procurei esclarecer e efetuar ensinamentos de forma personalizada, tendo em conta as características únicas da pessoa. Sendo um momento de grande tensão, nervosismo e dúvidas para as utentes, procurei adequar a informação às necessidades detetadas, avaliando e reforçando ensinamentos anteriores e acrescentando novos conhecimentos de forma gradual, sempre no

sentido de ensinar/instruir, treinar os cuidados, supervisionar e, finalmente, verificar a sua aprendizagem. Isto para que aquando da alta (momento em que reforcei novamente os ensinamentos sobre a vigilância da puérpera e recém-nascido e a importância da continuidade de cuidados na comunidade, nomeadamente pelo Centro de Saúde) a puérpera se sinta segura enquanto mãe, enquanto responsável na prestação de cuidados ao recém-nascido, para que saiba o que é normal acontecer e os sinais de alarme a que deve estar desperta. Sempre que oportuno, procurei também fazer ensinamentos ao pai relativos à puérpera e recém-nascido, envolvendo-o nos cuidados, no sentido de promover a vinculação entre os três.

Assim sendo, procedi à realização de ensinamentos oportunos e congruentes, nomeadamente a realização de ensinamentos: sobre a amamentação, informando sobre as vantagens da amamentação, posição do recém-nascido, adaptação à mama, sobre a presença de reflexos de sucção e deglutição do recém-nascido, horários e frequências das mamadas, condutas na prevenção de complicações, como o ingurgitamento mamário, fissuras ou mastite; sobre o processo de descida/subida do leite; acerca da limpeza do cordão umbilical, tendo verificado que no Hospital dos Lusíadas se utiliza a desinfeção com álcool a 70%; sobre a prestação de cuidados de higiene do recém-nascido; sobre a manobra de desengasgamento do recém-nascido; sobre as alterações cutâneas do recém-nascido (eritema tóxico e outras); e sobre a colocação correta do recém-nascido no ovo – transporte.

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

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

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

Nesse sentido, na minha prestação de cuidados à mulher, procurei estabelecer uma relação de ajuda, demonstrando respeito, empatia e disponibilidade, prestando cuidados culturalmente congruentes, respeitando as suas crenças e valores e abstendo-me de juízos de valor. Para tal, utilizei uma linguagem assertiva, procurando transmitir calma e segurança, explicando sempre os procedimentos que ia realizar e fazendo ensinamentos oportunos. O respeito pelo seu estado físico e emocional e a atenção às suas manifestações verbais e não verbais, bem como o respeito pela sua privacidade também foram uma preocupação constante. Pude aperceber-me como a nossa disponibilidade, o nosso incentivo e os nossos ensinamentos podem diminuir a ansiedade da puérpera e dar-lhe mais autoconfiança, no sentido da independência no seu autocuidado e nos cuidados ao recém-nascido.

Assim, considero ter adotado um comportamento assertivo e de interajuda com a equipa, o que se traduziu no reforço do desenvolvimento de uma relação de ajuda, demonstrando respeito, empatia, sem fazer juízos de valor, numa prestação de cuidados culturalmente congruentes, respeitando sempre os direitos da mulher/recém-nascido/família e incentivei à participação responsável nos cuidados.

As puérperas recebidas no serviço podem ser provenientes da sala de partos, se o parto foi via vaginal, ou do bloco operatório se cesariana. Em ambas as situações procurei cumprir os protocolos estabelecidos no serviço. Geralmente, as puérperas de parto vaginal, após o primeiro levante, tornam-se independentes na satisfação das suas necessidades. As com parto por cesariana necessitam de uma maior vigilância, quer em termos de sinais vitais, diurese, na dieta, no primeiro levante. Geralmente têm dificuldade em mobilizar-se no leito devido ao cansaço, à dor, à presença de soros, sonda vesical, cateter epidural, ... o que no meu ver poderá levar a um certo distanciamento entre a mãe/bebé. Neste sentido, tentei dar-lhes sempre o apoio necessário, procurando incentivar o contacto entre a mãe e o bebé, auxiliando-as nos cuidados ao recém-nascido.

A prestação de cuidados à puérpera no pós-parto reveste-se de múltiplas atuações importantes, com o objetivo de detetar precocemente complicações, como é o caso das hemorragias ou infeções.

A vigilância das perdas hemáticas e da contractilidade do músculo uterino são efetuadas no momento da prestação dos cuidados vulvoperineais. Na sua realização não descurei a privacidade das puérperas e avaliei as perdas hemáticas, aspeto, cor e cheiro dos lóquios, efetuei a espremedura uterina, com o intuito de favorecer a saída de coágulos; avaliei a altura do fundo do útero, consistência e presença de Globo de Segurança de Pinard. Devo referir que inicialmente tive alguma dificuldade em sentir o fundo do útero, mas

que depois da orientação das tutoras e com a prática consegui ultrapassar essa dificuldade. Também tive o cuidado de inspecionar o períneo com vista à pesquisa de sinais visíveis de hematoma perineal ou edema e a evolução cicatricial da perineorrafia. Aproveitei sempre este momento para efetuar ensinamentos oportunos visando a autonomia e autoconfiança da puérpera, como os relacionados com a amamentação e proteção dos mamilos, sinais importantes de vigilância relacionada com a higiene vulvar, perdas hemáticas, cicatrização da perineorrafia e forma de facilitar a involução uterina, sexualidade no pós-parto, entre outros.

Ao nível da promoção da saúde da mulher e do recém-nascido dei informação e orientação à mulher sobre os recursos existentes na comunidade, no sentido de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida. Importa salientar que o serviço disponível no Hospital sofreu uma interrupção devido à situação pandémica, bem como a visita domiciliária no pós-parto. A visita domiciliária ao recém-nascido e casal consiste numa estratégia de intervenção precoce num momento de transição especialmente crítico nas famílias, que é o nascimento de um filho. Na visita domiciliária pós parto, a mulher necessita de ser cuidada na sua totalidade, considerando-se o seu contexto sociocultural e familiar. Os enfermeiros devem estar atentos e disponíveis para compreender e responder às reais necessidades de cada puérpera/recém-nascido, traduzindo-se na qualificação do cuidado prestado.

Com a diminuição da duração do internamento hospitalar no puerpério, a capacidade de resposta às necessidades da puérpera/recém-nascido/família poderá ser comprometida, uma vez que não se poderá satisfazer as necessidades dos mesmos, bem como a não deteção precoce de problemas relacionados com o puerpério. De facto, a puérpera tem necessidade de uma recuperação física e emocional, o recém-nascido precisa de se adaptar à vida extra-uterina e o casal ou família necessita de se reorganizar no seu novo ciclo vital (Zacarias, 2011)

O nascimento de um filho faz com que a puérpera tenha uma nova responsabilidade, necessitando de apoio biopsicossocial no seu contexto domiciliário. Por conseguinte, esse apoio poderá ser prestado através da visita domiciliária, que pode ter lugar no segundo ou no terceiro dia depois da alta hospitalar, facilitando, assim, a identificação das necessidades e o ensino à puérpera (Pereira, 2012).

Os dias pós parto, por norma, assumem-se como uma fase crítica na vida das famílias e dos recém-nascidos, cujos cuidados são decisivos para garantir a saúde e o bem-estar da puérpera e do recém-nascido, bem como da restante família. Segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (2015), há a necessidade de se reforçar

e fortalecer o atendimento no pós parto, através de visitas domiciliárias, sendo esta uma boa prática no cuidado pós-natal para a mãe e recém-nascido. A visita domiciliária à puérpera e recém-nascido, realizada pelos enfermeiros, foi estudada por Almeida, Nelas e Duarte (2016, p.268), cujo estudo, realizado em Portugal, demonstra que,

a intervenção de enfermagem junto à puérpera e família, no seu contexto, contribui para uma melhor adequação dos cuidados a prestar e proporciona mais facilmente a oportunidade ao casal e família de expressarem as suas dificuldades e os seus sentimentos” e considerou ainda que “a visita domiciliária à puérpera/recém-nascido e família constitui uma estratégia de suporte e ajuda, proporciona apoio e aconselhamento e contribui, deste modo, para uma melhor adaptação à parentalidade.

Em conformidade com os autores supracitados, o desenvolvimento de programas de visitas domiciliárias à puérpera, recém-nascido e restante familiares, realizados por enfermeiros, têm implicações positivas na saúde e no bem-estar da criança e da família.

Tendo em conta estes pressupostos, considero importante que, na visita domiciliária, se promova a saúde da mulher, como o aconselhamento, a transmissão de informações e ensinamentos em áreas específicas como os cuidados pós-natais e amamentação. Será fundamental que as puérperas vejam na visita domiciliária um suporte para a sua adaptação à parentalidade e um recurso que as pode ajudar a minimizar as dificuldades no seu autocuidado e nos cuidados ao bebé. É também fundamental que o enfermeiro avalie as necessidades de aprendizagem da puérpera e respetiva família, promovendo reforços positivos em relação às capacidades de desenvolvimento das suas habilidades em cuidar do bebé, o que se traduzirá num aumento da sua autoestima e auto-responsabilidade. Nos cuidados prestados à puérpera/família, o enfermeiro tem de demonstrar respeito pelas capacidades, crenças e valores da puérpera/família, usando da escuta ativa e estabelecimento de uma relação empática para que as interações estabelecidas durante a visita domiciliária sejam bem-sucedidas.

Tendo em conta as medidas de contingência atuais, devido à pandemia por COVID-19, as visitas domiciliárias encontram-se suspensas, sendo que é disponibilizado o número do serviço com atendimento telefónico 24/h para apoio à tríade nesta fase de mudança e para qualquer esclarecimento de dúvidas.

No Hospital dos Lusíadas, os cuidados às puérperas e recém-nascidos não se restringem à permanência no hospital, pelo que surgiu a oportunidade de integrar o projeto dos telefonemas pós-alta. Todos os telefonemas foram realizados com o intuito de avaliar o bem-estar físico e psicológico da puérpera, avaliar o bem-estar do recém-nascido e esclarecer eventuais dúvidas. São Realizados 48 horas pós-alta.

Entreguei um “Guia Orientador para a Puérpera Após a Alta Hospitalar” e realizei os respectivos ensinamentos sobre o tema, bem como informei e orientei a mulher sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, bem como os sinais e sintomas de alarme.

Procedi à realização de ensinamentos sobre sinais e sintomas de alerta no recém-nascido: gemido persistente; choro persistente e inconsolável; apneia: pausa respiratória superior a 20 segundos acompanhada por uma coloração azulada da pele (cianose); dificuldade respiratória: respiração ruidosa, estridulosa, pieira; adejo nasal, retração inter infracostal, cianose; febre: temperatura axilar superior a 37,5 – 38°C; hipotermia: temperatura axilar inferior a 36°C; alterações da cor: palidez acentuada, pele marmoreada, cianose, exantema; dificuldade em mamar/sucção débil/vômito; Hipotonia acentuada/sonolência persistente, que interfere com a alimentação; cheiro fétido ou rubor peri-umbilical; 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; convulsão que pode ser a primeira manifestação de uma disfunção neurológica. No período neonatal, as convulsões podem ter uma expressão muito diversa: olhar parado ou desvio ocular não alterável pela estimulação, apneia, tremor grosseiro das extremidades que não para com a contenção, pestanejo repetitivo, movimentos de mastigação persistentes e repetitivos; movimentos convulsivos tónicos/clónicos. Sensação de que o bebé está diferente em relação ao que já se conhece sobre o seu estado de conforto e que causa preocupação aos pais.

Realizei o diagnóstico precoce e prevenção de complicações, dando informação, orientação e apoio da puérpera no seu autocuidado e nos cuidados ao recém-nascido, potenciando a sua independência.

Realizei ensinamentos com o intuito de orientar a puérpera para o autocuidado valorizando, nesta fase, o ensino sobre os cuidados perineais (mudança regular do penso higiénico lavagem do períneo com água tépida, limpeza perineal no sentido ântero-posterior após cada ida à casa de banho) e o ensino sobre os cuidados às mamas e mamilos. Realizei a avaliação conjunta com a puérpera/família das mamadas e/ou aleitamento artificial (ex: capacidade de pega, reflexos de sucção e deglutição, eructação) e promove a relação de apego, estimulando os pais a prestar os cuidados ao recém-nascido.

Pude verificar a importância que é dada neste serviço à promoção do aleitamento materno. É neste espaço que é proporcionado à mãe os primeiros momentos de amamentação ao recém-nascido e daí salientar a importância do papel do enfermeiro na promoção deste processo, que tem inúmeras vantagens para a saúde da mãe, do seu bebé e da vinculação afetiva entre ambos.

Apercebi-me que a maioria das puérperas já conhecia as vantagens do aleitamento materno e estava disposta a amamentar os seus recém-nascidos. No entanto, verifiquei que muitas tinham grandes dificuldades, sendo fonte de ansiedade e insegurança. Este facto fez-me refletir sobre a necessidade de fazer educação para a saúde durante a gravidez sobre esta etapa, para que no puerpério se sintam mais confiantes. Na minha opinião, as experiências que a puérpera leva do seu internamento poderão afetar positiva ou negativamente o sucesso da amamentação. Deste modo, procurei sempre incentivá-las à amamentação, explicando-lhe técnicas para fazer uma pega correta, a diferença na composição do leite ao longo da mamada e, por isso, a necessidade de esvaziar a mama, os cuidados a ter com a mama ingurgitada, com fissuras, quando se dá a subida do leite, entre outros. Tudo isto para que em casa estejam preparadas e saibam ultrapassar as dificuldades. Salientei também a importância do repouso, da ingestão hídrica, da alimentação equilibrada e do exercício. Foi muito gratificante verificar que depois do apoio do enfermeiro, a maioria das puérperas consegue amamentar de forma eficaz, calma e tranquila, como se preconiza.

Procedi à realização de cuidados de higiene ao recém-nascido (pais de primeiro filho) e respetivos ensinamentos; dei apoio na amamentação, transmitindo informações sobre as diversas posições para amamentar e acerca da correção de sinais de boa pega; transmiti ensinamentos, instrução e treino dos cuidados ao coto umbilical; sobre a vigilância e a avaliação da eliminação vesical e intestinal; ensino e realização de massagem abdominal do recém-nascido, por não expelir mecónio há mais de 24 horas; ensinamentos sobre a mudança da fralda (limpeza ântero-posterior no sexo feminino, e cordão umbilical fora da fralda); e ensinamentos acerca de como tranquilizar recém-nascido (ensino de contenção com lençol ou manta).

Procurei sempre fazer demonstrações práticas, pois penso que facilitam a assimilação da informação que se quer transmitir, pois associada às indicações transmitidas verbalmente, estará sempre uma imagem mental que reforça a aprendizagem.

Cooperei na conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções com o intuito de potenciar a saúde da mulher após o parto e após o aborto.

No que diz respeito ao tratamento, reabilitação e readaptação, transmiti informações sobre a conceção, planeamento, implementação e avaliação de:

- Intervenções de recuperação pós-parto: realização de levante precoce da puérpera após o parto (cesariana – 6 horas após parto); (parto eutócico ou distócico – 4 horas após o parto);

- Início da alimentação pós-parto – (cesariana – 6 horas após parto); (parto eutócico ou distócico – 4 horas após o parto);

- Remoção da drenagem vesical nos partos cesariana (aquando o levante e se não existir contra-indicação ou urina hemática);
- Medidas de suporte emocional e psicológico à mulher/família;
- Apoio à puérpera devido à exaustão consequência da falta de descanso (adaptação à parentalidade);
- Encaminhamento da puérpera para consulta de psicologia – recém-nascido apresentava sépsis e foi transferido para neonatologia;
- Suporte psicológico à puérpera devido ao afastamento do recém-nascido (realização de fototerapia do recém-nascido na neonatologia). Realização de ensinamentos aos pais sobre os cuidados ao recém-nascido na fototerapia;
- Medidas corretivas no processo de aleitamento materno.

Colaborei com outros profissionais no tratamento da mulher com patologia associada e do recém-nascido com problemas de saúde. Colaborei na colheita de análises (bioquímica e hemograma) para determinar valores de icterícia para, posteriormente, transferir recém-nascido para neonatologia para realizar fototerapia. Pude constatar que uma das situações causadoras de ansiedade para as mães é a necessidade de o filho fazer fototerapia. Assim, procurei esclarecê-las e informá-las da necessidade do tratamento e dos cuidados a ter. Salientei a importância do aleitamento materno, uma vez que promove o funcionamento dos intestinos do bebé e consequente eliminação da bilirrubina pelas fezes, incentivando ainda a interação dos pais com o bebé.

Colaborei também na Colheita de análises (hemograma, coagulação e urina II) para determinar parâmetros na deteção de situações de pré-eclâmpsia na puérpera (patologia).

Considero que manifestei o gosto e o interesse que sinto pela área de Enfermagem em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, o que se refletiu nos cuidados prestados. Colaborei na Formação em Serviço, realizando trabalhos de pesquisa e Educação para a Saúde.

Importa salientar que irá ser realizada uma formação destinada aos Auxiliares de Ação Médica e Enfermeiros do Serviço de Obstetrícia sobre Manobra de Desengasgamento ao Recém-Nascido.

Colaborei na vigilância da mãe e família que tinham o recém-nascido internado na Unidade de Neonatologia, para realizar fototerapia e por apresentar tremores (abstinência, puérpera fazia como medicação sertralina durante a gravidez, nem como colaborei no rastreio de situações de alteração do seu bem-estar emocional.

Outras atividades realizadas

Para além das atividades descritas anteriormente, saliento outras que tive a oportunidade de desenvolver:

- Diagnóstico precoce (realizado no dia de alta ao 3º dia, nas cesarianas, parto eutócico e distócico fica marcado no centro de saúde de referência ou no hospital);

- Administração da vacina da hepatite B a todos os recém-nascidos, no dia de alta (48 horas partos eutócico e distócicos, 72 horas cesarianas);

- Realização do rastreio auditivo neonatal pelas técnicas especializadas, se não se realizava, remarcava-se para outro dia;

- Administração de imunoglobulina anti-D a puérperas com sangue RH- e recém-nascido Rh+.

- Realização de esvaziamento vesical se puérpera não urina após parto ou remoção da drenagem vesical (6 horas após remoção);

- Avaliação da pele e mucosas tanto da puérpera como recém-nascido;

- Avaliação do padrão respiratório e do choro;

- Realização de esvaziamento gástrico ao recém-nascido por apresentar secreções e não apresentar sinais de procura.

- Avaliação de glicémia ao recém-nascido (2, 4 e 6 horas após hora de nascimento) por grávida com diabetes gestacional;

- Esclarecimento das dúvidas e suporte emocional aos pais em caso de complicações com o recém-nascido, que requeresse internamento na Neonatologia.

- Preparação para a alta clínica da puérpera e do recém-nascido, tendo em conta: os sinais e os sintomas habituais de problemas físicos e/ou psicológicos; cuidados perineais; a amamentação; reinício da atividade sexual e contraceção; alimentação, exercício e repouso. Sendo que é fornecido à puérpera um guia sobre cuidados á puérpera no regresso a casa, sobre a alimentação no pós-parto e acerca da extração manual de leite e por bomba (apêndice I). É ainda distribuída uma “Check list de Conhecimentos do Puerpério” para validação de conhecimentos por parte do casal dos ensinamentos efetuados e são esclarecidas eventuais dúvidas. Deve ser ainda planeada com a puérpera (e respetivo obstetra) a consulta de revisão do puerpério.

Avaliação puerperal

A avaliação puerperal foi realizada todos os turnos, designadamente:

- Avaliação de sinais vitais: como forma de avaliar a estabilidade hemodinâmica da mulher e para deteção de precoce de complicações;
- Palpação mamária: para despistar o ingurgitamento, avaliar o tipo e a integridade dos mamilos, bem como a presença de colostro.
- Avaliação da involução uterina: como forma de garantir a contração do útero no pós-parto e descartando o risco de atonia;
- Avaliação de lóquios e suas características (quantidade, cheiro e cor): para despiste de infeções ou hemorragias pós-parto.
- Avaliação do períneo: com a finalidade de despistar a presença de sinais inflamatórios ao nível da episiorrafia ou lacerações (suturadas ou não), bem como a presença de hemorroidal;
- Avaliação do penso da sutura operatória (no caso das cesarianas): como forma de avaliar a presença de repasse e a necessidade de substituição ou avaliação de sinais inflamatórios da sutura.
- Avaliação do retorno das eliminações vesical e intestinal no período pós-parto;
- Observação dos membros inferiores (sobretudo nas puérpera com fatores de risco para tromboembolismo);
- Avaliar desconfortos manifestados pela puérpera e atuar, quer através da administração de terapêutica prescrita, quer pela disponibilidade de presença efetiva com recurso a comunicação terapêutica e escuta ativa necessária.

No âmbito do estágio de Enfermagem de Neonatologia com início a 3 de maio de 2021 e *términus* a 21 de maio de 2021 teve lugar numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Considerando a importância de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade para o recém-nascido e sua família, estes devem ser holísticos, avaliando as respostas fisiológicas e comportamentais observáveis no recém-nascido e família, tendo em vista minimizar os estímulos nocivos e providenciar um ambiente de cuidados devidamente estruturado que apoie, incentive e oriente a organização do desenvolvimento do recém-nascido. As medidas centrais destes cuidados visam proporcionar um ambiente terapêutico, prevenir, avaliar e gerir da dor e desconforto, proteger o sono e satisfazer as necessidades básicas do recém-nascido, como, por exemplo, o posicionamento, a alimentação e os cuidados à pele (Ferraz, 2017). Neste sentido, passo a descrever os objetivos e as atividades que me permitiram alcançá-los, fazendo uma reflexão crítica e referência à evidência científica, sempre que necessário.

O estágio decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital dos Lusíadas, que se situa no piso (2) do Serviço de Obstetrícia. Esta conta com dois espaços distintos: um onde se encontram as 5 incubadoras; o outro onde são realizadas tratamentos de fototerapia e funciona como berçário; um local de prestação de cuidados de higiene (banheira). É considerada uma unidade de prestação de cuidados especializados a recém-nascidos prematuros, com baixo peso e/ou com patologia, com necessidade de ajuda para a manutenção da sua função respiratória, alimentação ou ainda que necessitam de tempo para adquirir autonomia, em conjunto com os seus pais.

Pude constatar que a metodologia de trabalho utilizada neste serviço é o método individual, em que, apesar de todos implementarem as normas de atuação nos cuidados, cada um presta cuidados de forma personalizada e humanizada de acordo com o seu modo de ser e de trabalhar. Também verifiquei que existe um trabalho de equipa, denotando-se espírito de entajuda, o que vem dar mais qualidade aos cuidados de enfermagem.

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais possui um Guia Orientador realizado pela equipa onde se encontram descritos todos os procedimentos e protocolos implementados. Este manual é, na minha opinião, de extrema importância, uma vez que permite a uniformização e rigor dos cuidados prestados ao recém-nascido. Para mim, a consulta de regulamentos, protocolos e normas da Cuidados Intensivos Neonatais foi bastante importante, pois permitiu-me logo nos primeiros dias ter uma visão global do serviço. A sua consulta foi uma constante ao longo do estágio, tanto para verificar procedimentos como para verificar doses/diluições de medicação.

O desenvolvimento das minhas atividades em colaboração com a equipa multidisciplinar ocorreu de forma progressiva. Ao longo dos primeiros dias de estágio mantive o meu papel de observadora, mas também participante nas várias atividades que iam decorrendo, tendo em atenção à dinâmica da Unidade. Penso que gradualmente me fui tornando mais autónoma, mas todas as vezes que surgiram dúvidas solicitei a presença ou opinião do Enfermeiro Tutor.

Integrei e respeitei os princípios éticos, deontológicos e de responsabilidade profissional em todo o ambiente de cuidados, orientando a minha atuação segundo os princípios definidos nos documentos e legislação em vigor (Carta dos Direitos da Criança, Declaração dos Direitos Humanos, Código Deontológico do Enfermeiro). Ao longo do estágio, mantive uma atitude zelosa e ética, o sigilo profissional, respeitando os valores e crenças da família, bem como a sua autonomia. Assim, considero ter adotado comportamentos de responsabilidade profissional, integração no serviço e respeito pelas normas de apresentação pessoal, revelando disponibilidade e empenho, tendo acompanhado Enfermeiro Tutor com assiduidade e pontualidade, colaborando nas suas atividades com interesse e responsabilidade na atuação.

Colaborei na vigilância e na manutenção das funções vitais: função respiratória, cardiovascular, manutenção da temperatura corporal, promovendo o contacto pele a pele precoce contínuo e prolongado, em condições de segurança para o bebé (Método Canguru), sistema nervoso central, estando atenta à ocorrência de atividade convulsiva, hiperirritabilidade e movimentos descoordenados, manutenção de nutrição adequada (considerando o reflexo de sucção/deglutição, capacidade gástrica e imaturidade das enzimas digestivas) por via entérica ou parentérica, eliminação vesical e intestinal, vigilância da função renal e hematológica, bem como procedi à identificação de sinais de infeção neonatal.

Posso dizer que apoiei as mães no processo da amamentação e no Método Canguru, numa perspetiva de assistência humanizada aos recém-nascidos. Os principais benefícios atribuídos ao Método Canguru compreendem: redução de hipotermia, sepse, permanência hospitalar, além do impacto positivo no desenvolvimento cognitivo e motor de prematuros, a manutenção da estabilidade durante transporte de prematuros ou recém-nascidos a termo, bem como dos sinais vitais em níveis fisiológicos, mesmo quando realizado em prematuros sob ventilação mecânica e hemodinamicamente estáveis (Azevedo, Xavier & Gontijo, 2012). O método evita a separação prolongada entre a mãe e seu bebé, que poderia contribuir para produção insuficiente de leite, baixo vínculo afetivo e aumento de morbididades, facilitando a amamentação exclusiva até ao sexto mês de vida, além de se associar a maior duração de aleitamento materno e maior produção de leite

(Jefferies, 2012). O Método Canguru é grandemente valorizado neste serviço, em que é promovido precocemente o contacto pele a pele entre mãe e bebé. Este método promove a relação física e emocional entre eles, diminui os níveis de stresse, estimula a organização neuro-comportamental do bebé, facilita o aleitamento materno, entre outros benefícios.

No que se refere à nutrição parentérica neonatal, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018, p. 5), esta está indicada sempre que não seja possível estabelecer uma nutrição entérica suficiente por um período prolongado, sobretudo nas seguintes situações:

- “- Prematuridade (nomeadamente <32 semanas);
- Anomalias *major* do aparelho gastrointestinal ou que se reflitam no seu funcionamento, eg., atresia do esófago, atresia intestinal, gastrosquisis e hérnia diafragmática;
- Doenças que atinjam gravemente o tubo digestivo, eg, enterocolite necrosante e síndrome do intestino curto;
- Recém-nascidos muito pré-termo com restrição de crescimento intrauterino e alteração no Doppler;
- Asfixia perinatal grave;
- Cardiopatia congénita com compromisso da perfusão visceral e no pós-operatório precoce de cirurgia cardíaca”.

A nutrição parentérica neonatal não deve ser utilizada em determinadas seguintes situações, designadamente:

- Desidratação;
- Acidose metabólica mantida;
- Desequilíbrios hidroeletrólíticos e metabólicos persistentes, eg, acidose metabólica e alterações da natremia, calémia, glicémia e calcémia;
- Insuficiência renal aguda;
- Insuficiência hepática aguda;
- Os oligoelementos devem ser reduzidos ou suspensos na insuficiência renal, na insuficiência hepática e na colestase” (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018, p. 6).

Ainda em conformidade com o mesmo organismo, na maioria dos casos associados a stresse, como, por exemplo, cirurgia e sépsis, não se preconiza a interrupção da nutrição parentérica, mas proceder a ajustes individuais.

Tive também a oportunidade de colaborar na alimentação por sonda declive (leite artificial, ou leite especial para prematuros ou leite materno) e alimentação por tetina. Assim,

colaborei na alimentação por gavagem. Neste contexto, é fundamental referir que a frequência e a duração do aleitamento materno são mais baixas nos recém-nascidos pré-termo do que nos a termo, o que ocorre, sobretudo, devido a dois fatores: a dificuldade no estabelecimento e na manutenção de uma produção eficiente de leite por parte da mãe do pré-termo, causada, entre outros motivos, pelo stresse a que é exposta e pelo afastamento do seu bebé devido à presença de doenças neonatais frequentemente associadas à prematuridade; e à maneira como é realizada a transição da alimentação. No início da sua vida, na Unidade de Neonatologia, o recém-nascido pré-termo pode precisar de um maior suporte alimentar dependendo da sua gravidade, tendo que receber os primeiros nutrientes através da alimentação parenteral (intravenosa). Depois da sua melhoria nutricional, o leite materno recolhido ou uma fórmula láctea específica é oferecida através de uma sonda orogástrica ou nasogástrica e o volume da alimentação é aumentado de forma lenta e gradual, facultando um tempo necessário para a adaptação do sistema gastrointestinal, ainda imaturo. A transição da alimentação é uma grande dificuldade para o binómio mãe-filho, por ser uma transformação importante para um bebé frágil e que ainda não estava preparado para nascer. Existem vários métodos para realizar essa transição. O bebé necessita de aprender a alimentar-se, de forma segura e prazerosa, o mais rápido possível, sendo importante que o método de transição seja adequado para garantir o sucesso da amamentação (Dowling et al., 2002).

Outra atividade realizada consistiu no banho ao recém-nascido/prematuro, tendo seguido as orientações para uma boa prática de higienização e proporcionando-lhes conforto. Neste âmbito, procurei, sempre que possível, envolver os pais nos cuidados aos seus filhos, tendo em conta os seus efeitos positivos e duradouros em domínios físicos, cognitivos e psicossociais. Por exemplo, a transição do banho, enquanto atividade de enfermagem, para uma atividade dos pais valida a identidade do papel parental e aumenta a sua confiança e o sentido de competência (Craig et al., 2015).

Assim, prestei cuidados de higiene e de conforto, posicionamentos, administração de glicose a 5% (cerca de 2 minutos antes da realização de procedimentos dolorosos), como medida não farmacológica para o controlo da dor. Deste modo, refiro que ajudei em intervenções não farmacológicas para o alívio da dor em procedimentos dolorosos. Esta minha atuação levou-me a reforçar ainda mais que é imprescindível identificar, avaliar e tratar a dor do recém-nascido, procurando diminuir e/ou evitar efeitos nocivos para o desenvolvimento do neonato, além de contribuir para uma recuperação mais rápida e para a qualidade da assistência prestada. Importa referir que a avaliação comportamental da dor nos bebés fundamenta-se na transformação de determinadas expressões comportamentais, após um estímulo doloroso. Assim, pude constatar que as respostas comportamentais do

recém-nascido à dor mais comuns são a resposta motora, a mímica facial, o choro e o padrão de sono e vigília. Mediante tal, o alívio do desconforto e da dor em neonatos por parte da enfermagem, baseado em intervenções não farmacológicas, emerge como necessidade de perceber a sutileza da expressão de dor no bebê, de realizar uma melhor leitura corporal, da aplicabilidade mais consensual e amplamente humanizada das técnicas explicitadas em Neonatologia, sendo o seu resultado a prevenção ou minimização de futuras perdas psicomotoras, auditivas, visuais, além de limitações cognitivas (Bueno et al., 2013).

Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, os recém-nascidos precisam de “cuidados diversificados e complexos que devem ser realizados por uma equipa multidisciplinar, qualificada e comprometida a realizar intervenções especiais, humanizadas, individualizadas e direcionadas à redução de danos, à recuperação da saúde, à melhoria da qualidade da assistência e ao conforto frente às condições clínicas e psicossociais apresentadas pelo recém-nascido e respetiva família” (Magalhães et al., 2020, p. 126). De acordo com as mesmas autoras, como forma de minimizar a dor do recém-nascido internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, sujeito a vários procedimentos dolorosos, é sugerida a utilização de substâncias adocicadas para reduzir os esses procedimentos dolorosos, através da administração cerca de 2 minutos antes da realização de procedimentos dolorosos.

Tive conhecimento das escalas da dor e as que se utilizam na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais são a NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*), sendo esta a mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo, e a EDIN (*Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né*), de referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (Direcção-Geral da Saúde, 2010).

Pude constatar que os procedimentos invasivos são uma realidade na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Por conseguinte, são adotadas estratégias que possibilitam a diminuição dos níveis de stresse do recém-nascido. Pude verificar como estas estratégias são fielmente cumpridas, como o agrupamento de procedimentos, de forma a diminuir o número de manipulações; o respeito pelos ciclos de sono do bebê; os movimentos de contenção utilizados; o uso de sacarose e de chupeta em momentos de dor ou stresse, estimulando também a sucção. Na minha opinião, estas intervenções vêm contribuir em muito para a personalização dos cuidados prestados a cada recém-nascido.

Tive igualmente a oportunidade de realizar massagens abdominais para desconfortos. A massagem abdominal é executada através de movimentos lentos e ritmados (no sentido do trânsito intestinal), permitindo a tonificação dos músculos, facilita o

trânsito/eliminação intestinal, bem como minimiza a distensão abdominal, com atenuação do desconforto e da dor associadas aos episódios de cólicas.

Proceder de acordo com as recomendações para o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente em relação à lavagem das mãos e ao manuseio de material e equipamento. A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais caracteriza-se por ser um ambiente onde os cuidados de saúde são constantes e frequentemente com recurso a tecnologias e procedimentos invasivos, tais como, acesso vascular central e periférico, aspiração traqueal, intubação, administração de medicamentos via parenteral, alimentação enteral por sondas, entres outros. Por tal, assume toda a importância a implantação de medidas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, sendo uma das medidas a frequente e correta higienização das mãos.

Particpei na iniciação e no desenvolvimento de competências da díade mãe/recém-nascido, em relação à amamentação, através de orientação e do apoio na colocação do recém-nascido a mamar e também na orientação às mães sobre a extração de leite de forma a manter a alimentação dos mesmos com aleitamento materno em exclusivo. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica desempenha um importante papel na promoção do aleitamento materno, o qual contribui para a promoção da saúde quer do recém-nascido, quer da mãe, tornando-se fulcral promovê-lo e apoiá-lo. Por outro lado, pude verificar que o aleitamento materno também se constitui como uma medida não farmacológica para alívio da dor nos recém-nascidos. Para além disso, proporciona “conforto pelo contacto com a mãe”, constituindo-se “uma estratégia eficaz, natural, inócua e acessível (...)”, sendo ainda “mais eficaz que a massagem terapêutica” (Chora & Alves, 2018, p. 1439). Neste âmbito, verifiquei a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção da amamentação com aleitamento materno em prematuros e/ou recém-nascidos, sendo de grande relevância a realização da estimulação e extração do leite materno. Outro benefício do aleitamento materno é ao nível do melhor controlo térmico do recém-nascido, contribuindo, deste modo, para uma menor permanência hospitalar.

Particpei na contenção e na adoção de medidas para um ambiente seguro, nomeadamente o controlo dos níveis de ruído, luminosidade e temperatura. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018b), são vários os fatores que podem interferir com o desenvolvimento do recém-nascido, sobretudo recém-nascido pré-termo, designadamente “emocionais e psicológicos, clínicos e ambientais”. Neste sentido, como expõe o mesmo organismo, “as luzes artificiais intensas e brilhantes, elevados níveis de ruído, sensações dolorosas frequentes, a privação do sono, a sedação prolongada e a separação materna, afetam o desenvolvimento global e neurosensorial”. Neste sentido,

pude constatar que na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais há uma constante preocupação com a proteção do sistema visual, para evitar consequências deletérias para o recém-nascido. Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais evitam-se, como preconiza a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018b), os fatores que interferem negativamente no desenvolvimento visual do recém-nascido. As Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais internam um leque de bebês, com diferentes idades gestacionais e condições clínicas com diferentes exigências no que se refere à proteção e à promoção do seu desenvolvimento. Assim, Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018b) recomenda que se deve ter em conta a individualidade de cada recém-nascido, adequando-se a luz ao tipo de procedimento, ao grau de desenvolvimento e à sensibilidade à luz de cada recém-nascido.

Ainda em conformidade com o mesmo organismo, “os recém-nascidos prematuros, especialmente os de extremo baixo peso, hospitalizados em unidades de cuidados intensivos neonatais, têm risco de sequelas do neurodesenvolvimento e ao nível da linguagem (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018c, p. 1), sendo múltiplos os fatores médicos que se relacionam com estas morbilidades, todavia, os fatores ambientais destas unidades “durante períodos críticos do desenvolvimento cerebral estão também envolvidos”, tendo em conta que o ambiente “difere bastante do ambiente *in útero*”. Este novo ambiente expõe os recém-nascidos, particularmente os prematuros, “a uma excessiva estimulação neurosensorial assim como a uma privação sensorial que pode alterar o seu bem-estar e interferir com o seu neurodesenvolvimento e crescimento”. Neste sentido, têm sido estabelecidas recomendações sobre o nível de ruído permitido nas Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, para melhorar o ambiente acústico e diminuir a exposição ao ruído, o que é importante na medida em que possibilitam a exposição do recém-nascido “a estímulos adequados do ponto de vista neurosensorial como a voz da mãe” (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018c, p. 1). Segundo a mesma entidade, o ruído pode originar “apneia, hipoxemia, variações na saturação de oxigénio e aumento do consumo de oxigénio secundário ao aumento das frequências cardíaca e respiratória, podendo assim diminuir as calorias disponíveis para o crescimento” (p. 3), com “aumentos da pressão intracraniana, alterações comportamentais e eletromiográficas em recém-nascidos em resposta a sons súbitos”. Por conseguinte, o ruído em excesso parece poder influenciar “o sistema neuroendócrino e ter um efeito indireto na imunidade”.

Pude aperceber-me das estratégias utilizadas na Unidade centradas no desenvolvimento do recém-nascido, que também vão ao encontro dos conteúdos aprendidos na teoria. Destas estratégias destaco a gestão do ambiente, nomeadamente do ruído e de iluminação. Verifiquei o cuidado que têm em diminuir fontes de barulho, por exemplo, não pousar material sobre a incubadora, pois este som pode perturbar bastante o

bebé. Para controlar a intensidade luminosa, grande parte do tempo as luzes estão a meio termo, usam focos de luz para observar estritamente o necessário e tapam a incubadora com panos, para diminuir a luminosidade e assim respeitar os ciclos de sono/vigília dos recém-nascidos. É também de salientar o posicionamento do bebé, em que há sempre a preocupação que este mantenha uma posição de conforto. Para tal, utilizam os “ninhos” para lhe dar alguma contenção e a sensação de fronteiras que tinha dentro do útero materno. Também o toque proporciona este conforto ao recém-nascido. O Método Canguru é grandemente valorizado neste serviço, em que é promovido precocemente o contacto pele a pele entre mãe e bebé. Este método promove a relação física e emocional entre eles, diminui os níveis de stresse, estimula a organização neuro-comportamental do bebé, facilita o aleitamento materno, entre outros.

Tomei conhecimento das orientações para a reanimação neonatal, de maneira a atuar em caso de necessidade, no bloco de partos e também noutros contextos da prestação de cuidado, sendo esta também uma competência do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (Regulamento n.º 391/2019, 3 de maio de 2019). Todavia, saliento que não tive oportunidade em participar em nenhuma situação de reanimação neonatal. Contudo, a minha orientadora local proporcionou-me um momento de reflexão sobre o funcionamento dos ventiladores utilizados nesta unidade.

Prestei cuidados de higiene total na banheira e parcial na incubadora. Nesse momento deparei-me com a dificuldade que se tem em manusear e prestar estes cuidados dentro da incubadora. Aprendi que se deve ter muito cuidado com as incubadoras, as quais não devem ser muito manipuladas. No quotidiano da Neonatologia, as incubadoras influenciam os cuidados prestados ao prematuro, uma vez que requer uma maior especificidade da assistência. Constatei também que a temperatura axilar é um sinal vital muito importante, estando relacionado com a temperatura da incubadora.

Prestei cuidados especializados aos pais, visando o planeamento da alta dos recém-nascidos, tendo como grande objetivo a inclusão dos pais na prestação de cuidados, ensinando, instruindo, demonstrando e treinando competências parentais e atitudes de autonomia, para que, após a alta, se pudessem sentir preparados para assumir o melhor possível a sua função parental.

Outra atividade deveras importante foi o acolhimento dos pais, tendo colaborado na preparação do ambiente físico e procedi à sua integração no espaço físico, dinâmica do serviço e equipa multidisciplinar. Como refere Santos (2014), o nascimento de um bebé prematuro leva, na maioria das situações, ao internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, com recurso a altas tecnologias, sendo esta uma maneira de se

garantir a sua sobrevivência. Deste modo, o “bebé imaginado” pelos pais, ao longo do processo gravídico, é inesperadamente comutado por um “bebé pequeno e frágil”, face ao que estes se sentem incapazes, despoletando-lhes muita ansiedade. Como tal, torna-se indispensável que os pais também sejam um foco dos cuidados de enfermagem. Deste modo, procurei interagir e facilitar todos os processos, promovendo os contactos iniciais, para que os pais sentissem que o seu filho estava protegido e seguro. Não nos podemos esquecer que o internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais se assume como um momento difícil e doloroso quer para o bebé, quer para os pais. Trata-se de um acontecimento inesperado e angustiante, necessitando os pais de orientação, durante a hospitalização do filho, para que possam estar preparados para esta nova experiência.

Ao longo de todo o estágio desenvolvi competências comportamentais e relacionais, que me permitiram o estabelecimento de uma relação terapêutica com o recém-nascido/pais, facilitadora da vinculação e do desenvolvimento de competências parentais e do recém-nascido, nomeadamente sobre a correta manipulação do recém-nascido de acordo com a idade gestacional, otimizando o seu posicionamento (contenção), com recurso ao, já referido, Método Canguru, considerando os pais como principais cuidadores do recém-nascido, estimulando-o através do toque, voz, cheiro e contacto visual. Constatei também a importância do toque de contenção que é realizado por todos os profissionais, no caso particular pelos enfermeiros, para que se pudesse acalmar o bebé e proporcionar-lhe conforto. Esta prática deve ser realizada de forma suave e com a mão quente, sendo promotora de estímulo sensorio-motor. É fundamental envolver os pais nos cuidados ao recém-nascido, o que implica que estes se sintam apoiados pela equipa, que tem um papel importante de fazê-los sentirem-se capazes e necessários neste momento especial das suas vidas. Torna-se importante “prepará-los para cuidarem do seu filho, desenvolvendo a autoconfiança e a competência nas suas habilidades com vista à alta, contribuindo para a continuidade de cuidados quando a criança estiver no domicílio” (Santos, 2014, p. 43).

A experiência de ser pai ou mãe revela-se como um dos mais importantes e desafiadores papéis na vida de uma pessoa. Assim, procurei compreender a experiência da parentalidade, facilitando estratégias que promovessem este processo de transição, promovendo, sempre que possível uma prestação de cuidados facilitadores do desenvolvimento do recém-nascido e da vinculação da díade pais/recém-nascido, focos importantes da atenção do enfermeiro. Sendo de extrema importância o contacto direto dos pais com o bebé, para que se desenvolvesse a vinculação entre eles, procurei estabelecer uma relação de ajuda, demonstrando respeito, empatia e disponibilidade. Prestei cuidados culturalmente congruentes, respeitando as suas crenças e valores e abstendo-me de juízos de valor. Para tal, utilizei uma linguagem assertiva, procurando transmitir calma e

segurança. O respeito pelo seu estado físico e emocional e a atenção às suas manifestações verbais e não-verbais de aproximação/afastamento do bebê também foram uma preocupação constante.

Constatei que há uma grande preocupação em minimizar a separação entre recém-nascido/pais, sendo por isso incentivada a relação pais/filho, com o objetivo de promover o vínculo afetivo da tríade. Os pais são motivados, envolvidos em todo o processo, sendo fundamentais no planejamento e na prestação dos cuidados. A filosofia utilizada na unidade vai por isso de encontro ao Modelo Teórico de Anne Casey, que visa a prestação de cuidados à criança, em parceria com a família. Para tal, é necessário que o enfermeiro desenvolva competências de comunicação, ensino e relação de ajuda. Aos pais permitirá um maior envolvimento com o filho, facilitando a vinculação, o desenvolvimento integral do bebê e a qualidade dos cuidados. Pude constatar que os enfermeiros da Unidade têm estas competências e preocupações. Nesse seguimento procurei também desenvolver estas capacidades.

Colaborei ainda na realização do diagnóstico precoce e vacina da hepatite B, no dia de alta da neonatologia ou o 3^o-6^o dia teste do pé, tendo registado e utilizado o boletim de saúde infantil e juvenil.

Também contactei com casos de bebês com hiperbilirrubinemia, tendo colaborado na vigilância através de controlo analítico. A icterícia consiste numa manifestação clínica da hiperbilirrubinemia, com frequência elevada no período neonatal e de etiologia multifatorial. O pico da hiperbilirrubinemia indireta ocorre no recém-nascido termo entre 3^o e 5^o dia (com declínio à volta de 7 dias) e no recém-nascido pré-termo entre 5^o e 7^o dia (com declínio lento). É definida como concentração sérica de bilirrubina indireta (BI) > 1,5mg/dL ou de bilirrubina direta (BD) >1,5 mg/dL desde que represente mais que 10% do valor de bilirrubina total (BT). A maior complicação é a encefalopatia bilirrubínica (*Kernicterus*) (Jangaard & Allen, 2012). A fototerapia constitui-se na modalidade terapêutica mais utilizada no tratamento da hiperbilirrubinemia neonatal causada pelo aumento dos níveis de bilirrubina indireta (lipossolúvel, não conjugada). A eficácia da fototerapia é dependente da absorção de fótons de luz pelas moléculas de bilirrubina. Estes eram tratados em fofo simples, fofo duplo, fofo triplo e túnel. Assim, prestei cuidados a recém-nascidos com hiperbilirrubinemia a fazerem fototerapia simples e dupla. Mais uma vez verifiquei como são criteriosos na sua vigilância, estando em conformidade com o que foi lecionado na teoria. A preocupação em ter a maior área exposta possível, a prevenção de lesões oculares (através da utilização de óculos de proteção), a manutenção da temperatura dentro da normalidade, a vigilância do número e características das micções e fezes, a minimização dos efeitos de separação pais/recém-nascido (incentivando a interação e a amamentação), entre outros.

Realizei colheitas de hemocultura, hemograma e bioquímica quando os recém-nascidos davam entrada na neonatologia, tendo ajudado os pais a adaptarem-se ao espaço pela primeira vez, ao ambiente da Unidade (sons e luzes), para que, assim, não sentissem tanta ansiedade. Barros (2006) refere que esta é uma situação nova e desconhecida, ameaçadora, muitas vezes com a presença de um diagnóstico incerto, num ambiente confuso e medonho. Assim, foi importante apoiar os pais para que estes não se sentissem tão ansiosos.

No dia 18 de maio passei o turno no bloco de partos, tendo recebido o recém-nascido, administrei-lhe vitamina K (Fitomenadiona), que pode prevenir a doença hemorrágica do recém-nascido. Esta vitamina ajuda o sangue a coagular (Figueiredo & Viana, 2008). Colaborei com o pediatra na medição do perímetro cefálico, peso, comprimento e aspiração sempre que necessário. Promovi, tal como já referi, no contacto pele a pele nos primeiros minutos e na promoção da amamentação, tendo colaborado numa primeira vez de adaptação a mama em recém-nascidos saudáveis.

Cooperei na organização dos biberões com leite materno que as mães extraíam com a bomba, utilizando um programa MILKTRACK, onde se registam a entrada e a saída de biberões e respetivas quantidades.

Colaborei no suporte emocional a uma puérpera em que o recém-nascido teve de ser transferido para a Maternidade Alfredo da Costa para realizar cirurgia a Hidrocefalia, tendo sido muito importante a existência de um bom suporte emocional, para que este evento fosse o menos negativo possível para a família, minimizando-se, deste modo, as consequências psicológicas, particularmente porque o recém-nascido iria ficar posteriormente em cuidados paliativos.

Não tive oportunidade de colaborar na colocação de cateteres umbilicais e epicutâneos, mas o Enfermeiro Miguel mostrou-me todo o material necessário e deu-me uma breve explicação sobre o procedimento.

Prestei cuidados a um recém-nascido com Síndrome de Dificuldade Respiratória. Os recém-nascidos com esta síndrome geralmente requerem respiração de suporte. Devido às complicações de intubação e ventilação mecânica, na última década, foram feitas tentativas de usar métodos não invasivos na gestão desses bebés. Nas últimas décadas, a ventilação nasal tem sido usada para controlar e melhorar a insuficiência respiratória em recém-nascidos com Síndrome de Dificuldade Respiratória, sendo um dos métodos não invasivos mais comumente usados é a pressão positiva contínua nas vias aéreas, uma terapia relativamente simples e eficaz no na gestão precoce da Síndrome de Dificuldade

Respiratória em recém-nascidos (Iranpour et al., 2019). Nestes casos também assumiu grande importância o apoio emocional dado aos pais.

Colaborei na formação em serviço, com o tema “Traumatismos Obstétricos”, tendo optado por este tema como um meio de adquirir conhecimentos sobre os cuidados ao recém-nascido e porque está relacionado com a área obstétrica.

5. Cuidar a Mulher inserida na Família e Comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

O estágio em Enfermagem em Ginecologia, realizado de 12 de abril a 30 de abril de 2021, decorreu num Serviço de Ginecologia de um Hospital de Lisboa, estando inserido na Área da Saúde da Mulher.

O Serviço de Ginecologia está inserido na Área da Saúde da Mulher, que se divide pelos vários pisos do Hospital. A nível funcional é dividido em duas áreas de cuidados:

- *Serviço de Internamento de Ginecologia e Ambulatório* - situado no 1.º Piso, sendo que, quando é necessário, e por gestão de vagas, algumas utentes são internadas no 2.º piso, no serviço de Obstetrícia, quer para preparação cirúrgica, quer para internamento no pós-operatório. As cirurgias mais comuns são as mastectomias ou tumorectomias da mama; tumorectomias dos ovários ou útero; histerectomias por via abdominal, laparoscópica e vaginal.

- *Consulta Externa* – situado no piso 0, fazendo parte deste, quer as consultas associadas à área, quer os exames complementares de diagnóstico de Ginecologia. São também realizadas as consultas de Obstetrícia quer pelos médicos, quer pelos enfermeiros e realizadas as monitorizações e tratamentos necessários. Ambos os serviços articulam-se com a Urgência Obstétrica e Ginecológica.

No *Serviço de Consulta Externa*, vertente de Ginecologia, são admitidas clientes do sexo feminino, a partir dos 16 anos de idade, quer para consultas e exames de rotina, quer com patologias diagnosticadas a nível ginecológico e onco-ginecológico. A nível estrutural é composto por uma sala de espera, 10 gabinetes de consulta, 8 gabinetes de exames complementares e 4 de enfermagem. Habitualmente, as utentes fazem uma marcação prévia da consulta de especialidade e/ou dos meios complementares de diagnóstico e são atendidas pelo médico e pelo enfermeiro, generalista ou pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, consoante o agendamento pré-estabelecido.

As consultas que o hospital disponibiliza nesta área de intervenção são as Consultas de Ginecologia, Consulta da Mama, Consulta da Patologia do Colo, Consulta da Menopausa e Consulta de Reeducação do pavimento Pélvico. Os exames complementares de diagnóstico são maioritariamente as Histeroscopias, Colposcopias e Biopsias da mama. Paralelamente existe ainda um serviço de Imagiologia integrado para apoio aos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT's) relacionados com a área da mama.

O facto de trabalhar como Enfermeira no Hospital dos Lusíadas facilitou apenas o conhecimento da estrutura física do mesmo, uma vez que nunca tinha tido qualquer

contacto com o Serviço de Consulta Externa na área da Ginecologia, nem estava inteirada do seu funcionamento ou dos elementos da equipa.

No dia 15 de abril de 2021 fui recebida pela Enfermeira M.P., coordenadora do serviço em questão, que me iria orientar naquele serviço e que prontamente se disponibilizou para fazer uma visita guiada para conhecer a estrutura física do serviço, os materiais e os recursos disponíveis. Percebi, desde início, a organização, bem como a articulação entre as várias valências do serviço, destacando-se a panóplia de consultas, bem como os MCDT's desta área de intervenção. Posteriormente fui apresentada à equipa de Enfermagem, Médica e de Auxiliares escalados que, pela disponibilidade e simpatia, facilitaram todo o processo integrativo.

Este campo de estágio foi muito rico em termos de experiências no acompanhamento da mulher que se encontrava clínica e emocionalmente instável. A forma como este momento é vivenciado difere de mulher para mulher, devendo o enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecologia estar sensibilizado para esta realidade. Nesse sentido, na minha prestação de cuidados à mulher, procurei estabelecer uma relação de ajuda, demonstrando respeito, empatia e disponibilidade para com as utentes/família, prestando cuidados culturalmente congruentes, respeitando as suas crenças e valores e abstendo-me de juízos de valor. Para tal, utilizei uma linguagem assertiva, procurando transmitir calma e segurança, explicando sempre os procedimentos que ia realizar. Mantive sempre respeito pelo seu estado físico e emocional e a atenção às suas manifestações verbais e não-verbais, bem como o respeito pela sua privacidade também foram uma preocupação constante. Tive sempre o cuidado em incentivar as utentes para participarem nos seus cuidados, no sentido de desenvolverem a sua independência.

Tive a oportunidade de participar na Consulta da Menopausa, cujo objetivo é o bem-estar da mulher, a sua relação e envolvimento com os profissionais de saúde que a aconselham e vigiam. Assim, pude verificar que estes objetivos só são alcançados se a mulher compreender os benefícios/riscos dos tratamentos, comunicar as reações adversas e, principalmente, que mantenha uma vigilância de acordo com a proposta clínica. Constatei que os problemas de saúde, o despiste de patologias desta fase da vida da mulher e o encaminhamento para as diferentes especialidades são um ponto essencial desta consulta. Nesse sentido, esta consulta é realizada, sempre que necessário, em articulação com diversas especialidades.

A forma como a transição para a menopausa é vivenciada pelas mulheres pode depender das suas normas culturais, aprendizagem social e conhecimento pessoal sobre a menopausa (Dillaway, 2020). De acordo com a autora, muitas mulheres na menopausa

referem a mudança da feminilidade, estarem a viver num corpo em completa transformação, alteração a nível do relacionamento com os outros e mudanças psicológicas. A menopausa, por norma, interfere no bem-estar das mulheres, devido às alterações fisiológicas. Ao longo da peri-menopausa, os níveis de estrogénios progressivamente vão baixando e, por consequência, resultam na ocorrência de sintomas vasomotores, psicológicos e de atrofia do trato urogenital, desregulando o centro termorregulador hipotalâmico, que, por sua vez, tem interferência na qualidade de vida da mulher. No que se refere aos sintomas vasomotores, que são controlados pelo hipotálamo, destacam-se as ondas de calor/afrontamentos, a sudorese, as insónias, as cefaleias, a irritabilidade e a fadiga (Kaunitz & Manson, 2015). Destacam-se também as mudanças psicológicas, nomeadamente, as alterações de humor, a ansiedade e a depressão (Probo et al., 2016). Como tal, é importante dar-se espaço à mulher para poder expressar todas as suas angústias, sentimentos, dúvidas e preocupações, sendo este um contributo à compreensão do cuidar em enfermagem. É fundamental por esta ser uma fase crucial da vida de uma mulher, biologicamente concebida como um aspeto do processo de envelhecimento, que, em muitos casos, afeta a qualidade de vida das mulheres, dependendo como cada mulher vive essa experiência. As principais necessidades devem ser compreendidas de acordo com a sua própria perspetiva, o que requer ajuda e esclarecimento de dúvidas para que possam suprir essas necessidades e preservar a sua qualidade de vida.

De igual modo, tive a oportunidade de colaborar na Consulta da Mama, que se destina a mulheres com patologias mamárias, na sua maior parte do foro oncológico. Em consulta, e através do exame de observação e palpação mamária com deteção de nódulos ou massas suspeitas, a Médica encaminha as mulheres para os exames complementares de diagnósticos necessários. Posteriormente voltam à consulta e consoante os resultados são encaminhadas para o tratamento cirúrgico mais adequado (tumorectomias ou mastectomia com reconstrução mamária).

O diagnóstico de cancro da mama e todo o percurso da patologia resultam em múltiplas inquietudes associadas à morte, à mutilação e à dor, configurando-se como uma fase marcada por muita angústia, sofrimento e ansiedade. Sobreviver a esse evento equivale a que a mulher tenha de se adaptar à nova condição, com implicações a nível físico e psicossocial, com impactos negativos na sua qualidade de vida (Ferreira et al., 2013).

Pude, assim, constatar a importância do papel do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica junto das mulheres com patologias mamárias, com respeito pela singularidade de cada uma, o que requer o estabelecimento de uma relação de ajuda para que estas possam ultrapassar as inseguranças, os medos, o sofrimento, a angústia, a frustração, o sentimento de perda e de revolta, na garantia da promoção de melhor

qualidade de vida. Este profissional de saúde assume-se como um facilitador da maximização das potencialidades de cada mulher, apoiando-as na redução das vivências e expectativas negativas que possam emergir do diagnóstico de patologia mamária.

Colaborei ainda na Consulta de Ginecologia que alia a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças do aparelho reprodutor da mulher. A minha colaboração nesta consulta passou nomeadamente pelas consultas de rotina ou consultas com clientes com queixas do foro ginecológico. A consulta iniciava-se com a introdução da profissional, seguida de questões que pudessem dar informação sobre a história ginecológica da mulher, com atenção a dados como a idade, a menarca, o índice obstétrico, os métodos anticoncepcionais, os antecedentes pessoais, alergias e os exames realizados anteriormente (citologias, ecografias ou mamografias). No caso de existirem queixas específicas, a Médica orientava a sua observação para a situação, caso contrário, em contexto de rotina era feito uma observação ginecológica geral (exame abdominal e pélvico) seguido de observação e palpação mamária. Seguidamente eram prescritos exames complementares de diagnóstico da área ginecológica e disponibilizado um espaço para esclarecimento de dúvidas que muitas das vezes estavam relacionados com alguma patologia ginecológica como o Papiloma Vírus Humano (HPV), as Infecções urinárias, doenças sexualmente transmissíveis ou questões sobre os métodos contraceptivos.

De igual modo, colaborei na Consulta de Patologia do Colo. O rastreio do colo do útero faz-se por citologia, ou seja, teste de “Papanicolau” em lâmina (método convencional) ou citologia em meio líquido.

Segundo a Direção-geral da Saúde (DGS, 2017, p.5), ao longo dos últimos anos tem-se “assistido, à semelhança do que se passa no resto da Europa, a um aumento regular da incidência do cancro no nosso país, a uma taxa constante de aproximadamente 3% ao ano. Este aumento resulta do envelhecimento da população, fruto do aumento da taxa de sucesso no tratamento tanto do cancro como de outras patologias aumentando a probabilidade do aparecimento de novas neoplasias. Aliados a estes factos, estão também presentes modificações dos estilos de vida, com impacto significativo na incidência de cancro”. É referido também que as causas evitáveis do cancro assumem-se como prioritárias, sendo a sessão tabágica a causa evitável mais relevante. Outros fatores de risco conhecidos, nomeadamente “a exposição solar, os erros alimentares, a obesidade, o consumo excessivo de álcool e a infeção por alguns vírus, são áreas de importante intervenção, na educação dos cidadãos na literacia da saúde” (DGS, 2017, p. 5). No que se refere ao cancro do colo do útero, como documentado pela DGS (2017, p.11), registou-se uma redução quer “no número de óbitos”, quer na “taxa padronizada”, pois a “expansão dos programas de rastreio tem-se refletido em ganhos de saúde importantes, havendo ainda

alguma margem para melhoria”. A Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG, 2017, p.15) refere que de todos os cancros, o cancro do colo do útero é o que tem maior capacidade de prevenção e cura, cuja “redução da incidência e da mortalidade por Cancro do Colo do Útero só será possível através de adoção de medidas de prevenção primária e secundária”.

Salvo raras exceções, o cancro do colo do útero resulta da infeção genital pelo vírus do HPV. Apesar das infeções por HPV poderem ser transmitidas por vias não sexuais, a maioria resulta do contacto sexual. Os principais fatores de risco identificados em estudos epidemiológicos são os seguintes: início da atividade sexual em idade muito precoce, história das doenças sexualmente transmissíveis, a multiparidade com diferentes parceiros, o tabagismo e a alimentação pobre em alguns micronutrientes (principalmente vitamina C, beta-caroteno e folato). Este tipo de cancro tem evolução lenta, apresentando fases pré-invasivas, portanto, benignas, em que as medidas de prevenção são eficazes (Duarte et al., 2011, p. 73).

Verifiquei que no Serviço existe Fisioterapia de Reeducação do Pavimento Pélvico, todavia, não tive oportunidade de assistir a alguma. É feito o fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico através da reeducação perineal, o que se tem revelado apropriado em mulheres com incontinência urinária, constituindo a base da terapêutica conservadora (Bø, 2012). De acordo com Maia, Da Roza e Mascarenhas (2015), é importante avaliar e intervir nos músculos do pavimento pélvico em mulheres, de forma a prevenir e/ou minimizar as disfunções do pavimento pélvico e possíveis sequelas que possam estar implicadas. O tratamento da incontinência urinária baseado na fisioterapia de reeducação do pavimento pélvico tem revelado uma taxa de sucesso, situada entre 41% e 85% (Bø & Hilde, 2013). Os mesmos autores defendem que a conjugação de diferentes métodos de treino, incidindo na contração voluntária dos músculos do pavimento pélvico, favorece o desenvolvimento da força nesses músculos. A reabilitação do pavimento pélvico é um termo que compreende diferentes abordagens terapêuticas, incluindo, mas não se limitando apenas ao treino muscular eletromiográfico guiado por *biofeedback*, que é atualmente uma das modalidades de tratamento reabilitação pélvica mais utilizada (Scott & Kelly, 2014, p. 100). Os mesmos autores referem que a reabilitação do pavimento pélvico pode ser realizada por um fisioterapeuta do pavimento pélvico, enfermeiro ou médico. “As técnicas de reabilitação do pavimento pélvico incluem educação e treino intestinal, treino dos músculos do pavimento pélvico, terapia de *biofeedback*, estimulação elétrica e mobilização manual miofascial e técnicas de mobilização do tecido conjuntivo” (Scott & Kelly, 2014, p. 100).

Existe também a Ginástica hipopressiva e exercícios de *biofeedback*/electroestimulação, que se revelam como efetivos na redução dos sintomas da incontinência urinária. O *biofeedback* é um conjunto de medidas que visa aumentar a

consciência da pessoa sobre a função urinária de forma a melhorar a função e coordenação de esfíncter e treino. O objetivo do *biofeedback* é dar a pessoa um *feedback* visual ou auditivo imediato e preciso, sobre as funções corporais não perceptivas, com o intuito de ensinar ou melhorar o desempenho dessas mesmas funções (Redol & Rocha 2016, p.275).

A Ginástica hipopressiva consiste num método de exercício físico que tem como objetivo a promoção do aumento do tónus da musculatura abdominal, musculatura posterior do tronco e musculatura do pavimento pélvico, baseado em exercícios posturais e respiratórios associados a uma diminuição da pressão intra-abdominal. Tem como princípios a reeducação postural e a tonificação muscular e é considerada uma ferramenta de treino, de reabilitação e de prevenção da incontinência urinária. O uso da ginástica hipopressiva como tratamento da incontinência urinária tem vindo a ser usado no tratamento da incontinência urinária feminina como um treino propriocetivo dos músculos do pavimento pélvico (Scarpelini et al., 2014).

No Hospital dos Lusíadas estes exercícios são realizados primeiramente em gabinete de consulta e, posteriormente, realizados ensinados para a manutenção dos mesmos no domicílio, tendo em conta que trazem inúmeros benefícios quando realizados com regularidade.

Gostaria de salientar que o nosso papel é fundamental em termos de proporcionar um meio calmo e acolhedor, explicação dos exames, diminuição da ansiedade da utente, acalmá-la durante o exame e a manutenção da sua privacidade. São aspetos que podem parecer mínimos, mas que, para quem está numa situação vulnerável, tornam-se bastante importantes. Por conseguinte, procurei manter sempre esta conduta.

Ao longo do estágio procurei demonstrar o meu gosto e interesse por esta especialidade, cujos cuidados são, para mim, extremamente gratificantes. O contacto com utentes com patologia ginecológica e respetivos cuidados foram essenciais em termos de aprendizagem, principalmente na consciencialização da importância da vigilância e da promoção da saúde da mulher. À medida que fui adquirindo mais experiências, fui-me sentindo mais confiante e autónoma nas atividades a realizar, o que me trouxe uma grande satisfação pessoal.

Paralelamente ao objetivo de colaborar nas consultas da especialidade, consegui também participar em vários exames complementares de diagnóstico e terapêutica da área da Ginecologia, nomeadamente: histeroscopias que consistem na observação direta da cavidade uterina através de um sistema ótico fino, simultaneamente distendida com soro fisiológico, permitindo ao médico diagnosticar lesões e doenças uterinas que podem interferir com a implantação dos embriões ou com a evolução da gravidez (por ex. miomas,

pólipos, septos uterinos); colposcopias, que consiste num exame visual da vagina e do colo do útero, fundamental na deteção do cancro e de outras lesões no colo do útero. Este estudo permite fazer uma biópsia, isto é, retirar uma amostra de tecido da zona onde as lesões foram detetadas. Posteriormente, essa amostra é enviada para laboratório para determinar se existem alterações celulares e se será necessário tratamento. No Serviço também é utilizado o laser ou a eletrocoagulação para eliminar lesões e/ou regenerar células. Outro dos exames em que colaborei foi a biópsia da mama.

Ao participar nestas atividades pude reforçar o pressuposto de que a enfermagem tem como foco no princípio do cuidado humano. O cuidado de enfermagem determina-se pela capacidade de estabelecimento de relações interpessoais que contribuem para o desenvolvimento da interação com a pessoa cuidada, sendo as competências relacionais o nosso pilar. Neste sentido, assumi uma postura de apoio às mulheres, proporcionando-lhes conforto e privacidade. Assim, ao vivenciar estas experiências desempenhei um papel fundamental ao pragmatizar as minhas competências relacionais, tendo a oportunidade de criar uma relação empática e promover um cuidado diferenciado e efetivo às mulheres, tendo por base uma assistência qualificada, acolhedora e humanizada. A minha capacidade de estar recetiva e não fazer quaisquer juízos de valor assumiu-se como um fator determinante na minha prática.

A equipa do Centro de Procriação Medicamente Assistida (PMA) do Hospital Lusíadas Lisboa disponibiliza a sua larga experiência nesta área, para que cada vez mais casais consigam alcançar uma gravidez. Encontra-se organizada de forma a permitir o estudo completo do casal, a realização das terapêuticas médicas e cirúrgicas necessárias e os tratamentos de PMA indicados.

O Serviço da PMA do Hospital dos Lusíadas divide-se na área da Consulta e na área do Bloco Operatório com recobro e tem ainda um Laboratório integrado. Na primeira consulta é feito um diagnóstico prévio ao casal que pretende averiguar qual o tipo de infertilidade em questão bem como analisar possíveis causas. São disponibilizados vários exames e tratamentos consoante o tipo de infertilidade em questão, nomeadamente:

Exames:

- **Espermograma** - possibilita avaliar a morfologia, a quantidade e a motilidade dos espermatozoides;
- **Histerossalpingografia** – permite avaliar a permeabilidade das trompas;
- **Análises Clínicas + Ecografia Vaginal** – permite a monitorização da ovulação.

Tratamentos:

Monitorização da Ovulação (MO) – feito em ciclo natural ou medicado, por Ecografia Vaginal;

Inseminação artificial conjugada (IAC) – induz-se o ciclo ovárico com tratamento hormonal e realiza-se a inseminação de espermatozoides, preparados em laboratório após colheita;

Fertilização *in vitro* (FIV) – induz se o ciclo ovárico com tratamento hormonal mais prolongado para posterior colheita de ovócitos por punção ovárica (em Bloco Operatório, sob controlo ecográfico), e procede-se á colheita de esperma. A Técnica de FIV é realizada em laboratório numa placa de petri onde é colocado o ovócito e os espermatozoides para que se possa dar a fecundação. 2 a 5 dias após é feita a transferência do embrião no útero na cliente a fresco (em BO, sob controlo ecográfico realizado pelo enfermeiro), ou podem ainda ser crio conservados e serem transferidos posteriormente;

Microinjeção citoplasmática (ICSI) – o processo é todo igual a FIV mas a fecundação é feita através de uma injeção intracitoplasmática do óvulo em laboratório. Outra técnica usada para a preservação da fertilidade é através da extração de folículos e ou esperma para serem crio congelados para posterior utilização. Os enfermeiros estão presentes deste a consulta, onde o enfermeiro procede aos ensinios da administração hormonal e ao esclarecimento de dúvidas sobre todo o processo, até aos procedimentos no Bloco (1 enfermeiro Circulante e 1 de anestesia) bem como na prestação de cuidados no período de recobro.

É ainda realizado um acompanhamento cerca de 2 a 3 semanas após o tratamento até se dosear a hormona BHCG (gonadotrofina coriónica humana) para confirmar a gravidez. Caso seja positiva a cliente mantém para o tratamento hormonal e é programada a primeira ecografia. No caso de ser negativa, para medicação hormonal e caso pretenda agenda nova consulta para novos tratamentos. Este *follow up* pós tratamento também é realizado pelo Enfermeiro.

Assisti também à inseminação artificial conjugada. Nessa altura reforcei a minha consciência de que o cuidado de enfermagem não se limita apenas a satisfazer as necessidades de natureza física, a implementar prescrições ou a utilizar elementos tecnológicos para avaliar e intervir em variáveis fisiológicas, mas deve ser abrangente, holístico e considerar a carga de sentimentos que as mulheres podem apresentar, dando-lhes apoio. O cuidado de enfermagem é personalizado e tem como estratégia fundamental a interação enfermeiro/cliente, na qual o enfermeiro se envolve no contexto imediato do outro, respeitando o seu mundo, os sentimentos, as crenças e os significados (Beltrán, 2016). Assim assumi uma postura centrada em cada mulher considerando-as sob a premissa de

que o papel protagonista no cuidado é-lhes atribuído e não ao procedimento, à técnica. Esforcei-me para prestar um cuidado humanizado, um cuidar voltado para o bem-estar de cada mulher.

Assisti a 2 hysterectomias por via abdominal e a 2 miomectomias via abdominal.

A hysterectomia é o procedimento cirúrgico para remoção do útero. Cerca de 20% das hysterectomias são realizadas por via vaginal e apresentam uma taxa de complicações muito reduzida. O procedimento cirúrgico pode ser feito por diversas vias: vaginal; abdominal; laparoscópica; vaginal, assistida por laparoscopia/robótica. A hysterectomia consiste numa das cirurgias ginecológicas mais realizadas no mundo. Todavia, apesar da hysterectomia por via vaginal ser considerada a abordagem preferencial, a via de abordagem abdominal (laparotómica ou laparoscópica) continua a ser a praticada maioritariamente. Existem cinco motivos primordiais para a sua execução: leiomiomas uterinos, algias pélvicas, prolapso genital, alterações menstruais sem resposta à terapêutica médica e patologia maligna ou pré maligna ginecológica (Félix, 2016). A miomectomia refere-se à remoção cirúrgica de um mioma uterino, isto é, através de uma cirurgia, realiza-se a exérese do mioma que se encontra localizado no útero. O tipo de procedimento cirúrgico depende da localização dos miomas, da sua quantidade, da dimensão e dos sintomas associados. A miomectomia uterina, na qual o útero permanece preservado, distingue-se assim da hysterectomia, que consiste num procedimento cirúrgico no qual é retirado o útero e o mioma existente no mesmo (Costa, 2011).

Após as duas cirurgias, dirigi-me ao piso 2 para acompanhar as mulheres ao internamento, tendo desenvolvido as seguintes atividades: realização de levante 12 horas após; dieta 6 horas após; remoção de drenagem vesical; avaliação da pele e mucosas; vigiar a urina espontânea; avaliar os sinais vitais e a temperatura; vigiar as perdas hemáticas; vigiar o penso impermeável abdominal; apoio às hysterectomias.

Apesar de não ter assistido à realização de mastectomia total à direita, prestei cuidados diretos. A mastectomia total consiste num procedimento cirúrgico destinado a tirar toda a glândula mamária. Por princípio, compreende a remoção de uma boa parte da pele que cobre a mama, do mamilo e da aréola. Pode ser associada à remoção dos gânglios da axila e, nesse caso, denomina-se de mastectomia radical modificada. Há algumas variantes da mastectomia total, sendo uma delas a mastectomia total poupadora de pele, na qual se retira toda a glândula mamária, mas sem remoção da pele que recobre a mama, sendo, por vezes, possível conservar o mamilo. Esta cirurgia é realizada em situações nas quais é possível a reconstrução mamária no mesmo procedimento cirúrgico em que se tira a mama (Ferreira, 2017). Neste âmbito, refiro que prestei cuidados pós-operatórios, nomeadamente:

realização de levante após 6 horas; provisão de dieta líquida após 6 horas; avaliação dos sinais vitais (não avaliar no membro operado); vigiar o dreno Jackson-Pratt (JP); vigiar o penso operatório; prestar apoio emocional. O apoio à mulher no pós-operatório de mastectomia revela-se de grande importância, na medida em que se trata de um momento no qual esta se sente vulnerável e com receio, necessitando que o enfermeiro a ajude a saber lidar com este momento delicado, proporcionando-lhe apoio emocional e cuidado humanizado (Apolinário et al., 2015).

Considerações finais

Os ensinamentos clínicos assumem-se como o expoente máximo do nosso processo de aprendizagem, uma vez que nos lança desafios colocando-nos à prova e estimulando a ânsia de saber e aprendizagem. Tenho a plena consciência que o desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico tem outro impacto, pois, este ambiente real permitiu-me integrar as experiências de forma mais sólida e consubstanciada, dando, assim, continuidade à construção da identidade como futura EEESMO.

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.

Ao longo de todo o meu percurso formativo, visualizar assumi uma postura reflexiva acerca das competências adquiridas, mais concretamente uma reflexão sobre a prática dos cuidados e as minhas potencialidades profissionais e pessoais. Conduziu-me, ainda, a uma maior dedicação à pesquisa de temas na área da Ginecologia, que fundamentassem a minha prática e enriquecessem o meu desempenho, com objetivo *major* de adquirir competências incontestáveis. Na área da saúde a tomada de decisões efetivas é possível com a prática baseada em evidências, que permite vincular a melhor evidência científica com a experiência clínica (Ferraz et al., 2020).

No quadro seguinte, apresenta-se resumo com os números das diferentes experiências realizadas.

Quadro 1. Experiências realizadas

Consulta de grávidas, incluindo 100 exames pré-natais - 130 exames pré-natais (Estágio realizado nas Consultas Diferenciadas Materno Fetal);
Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em trabalho de parto – 57 mulheres em trabalho de parto, sendo 40 partos realizados e 17 assistidos (Estágio de Bloco de Partos);
Realização de 40 partos - 40 Partos (Estágio de Bloco de Partos);
Participar ativamente em um ou dois partos de apresentação pélvica - 1 parto de apresentação pélvica (Estágio de Bloco de Partos);
Prática de episiotomia/perineorrafia - Realizadas 5 episiotomia/perineorrafia (Estágio de Bloco de Partos);
Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em situação de risco, durante a gravidez, trabalho de parto ou puerpério - 40 grávidas em situações de risco durante a

gravidez (Estágio de Materno Fetal);
Vigilância e prestação de cuidados, incluindo exames a 100 puérperas - 110 puérperas (Estágio de Puerpério e Bloco de Partos);
Vigilância e prestação de cuidados a 100 recém-nascido normais – 116 recém-nascidos (Estágio de Puerpério e Bloco de Partos);

Julgo que consegui atingir com sucesso os objetivos a que me propus em todos os estágios, procurando aproveitar todas as oportunidades para a minha aprendizagem. Todas as experiências fizeram-se sentir e vivenciar uma realidade diferente, no que respeita aos cuidados de enfermagem especializados. Assim, reitero que levo um conjunto de saberes que me vão ser muito valiosos na minha vida profissional futura, tendo superado as minhas expectativas. Assim, dou por concluída esta apreciação afirmando que, nestes estágios, foram experienciados vários sentimentos, experiências novas, aprendizagens realizadas no contacto com diferentes pessoas, que me enriqueceram muito. Foi, acima de tudo, mais uma aprendizagem de vida, pois sinto que desenvolvi competências como enfermeira especialista, mas essencialmente como pessoa.

**II CAPÍTULO - Relatório Final da componente de investigação - Benefícios da
Aromaterapia na Fase Ativa do Trabalho de Parto**

Resumo

Enquadramento: Atualmente são vários os métodos não farmacológicos a ser utilizados durante o trabalho de parto, como a aromaterapia. As massagens lombares com óleos essenciais durante o trabalho de parto são conhecidas há muitos séculos, estando ao dispor uma variedade destes óleos que poderão ser vantajosos durante a fase ativa do trabalho de parto, pois fortalecem e aumentam as contrações e, simultaneamente, possuem um efeito analgésico e relaxante.

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre os efeitos da aromaterapia na fase ativa do trabalho de parto.

Resultados: A evidência dos estudos analisados revela que a aromaterapia contribui para a gestão da dor, diminuição da ansiedade durante o trabalho de parto e parto, aumentam a sensação de tranquilidade, as mulheres sentem mais contrações e ajuda a avançar o trabalho de parto, relaxando-as mais. Os óleos essenciais mais utilizados, na fase ativa do trabalho de parto, são o óleo de lavanda, de rosas, canela e rosa damascena, mas com predomínio do óleo de lavanda.

Conclusão: A dor vivenciada pelas parturientes durante e após o parto, requer especial atenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que no âmbito da sua intervenção autónoma pode recorrer a práticas complementares recomendadas pela Organização Mundial da Saúde. Os resultados apontam para a importância do recurso à aromaterapia no alívio da dor e desconforto e da ansiedade na fase ativa do trabalho de parto.

Palavras-chave: Trabalho de parto; Fase ativa do trabalho de parto; Aromaterapia; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

1. Justificação do estudo

Embora o processo parir/nascer tenha passado por importantes transformações, a dor é um elemento central, pois influencia as experiências vivenciadas pelas parturientes durante e após o parto, com importante papel no cuidado e na vigilância da saúde materno-fetal. As práticas complementares são recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, desde meados do século passado. Embora fisiológico e natural, o parto é um fenómeno complexo. Cada trabalho de parto é um processo único, com um ritmo próprio, com uma influência futura na relação entre as pessoas envolvidas (Rios et al., 2021).

A dor é um mecanismo de defesa fisiológica, que pode ser disparada por uma agressão real ou potencial. As experiências vividas no trabalho de parto, positivas ou negativas, influenciam a intensificação ou redução da percepção dolorosa, o medo, a solidão, a desilusão, a tristeza ou as angústia, bem como o acolhimento por parte dos profissionais de saúde envolvidos.

A intensidade da dor do trabalho de parto é uma das dores mais intensas que quase todas as mulheres experimentam, podendo ser suave (15%), moderada (35%), severa (30%) e extremamente severa em 20% dos casos. Parir é um dos mais importantes acontecimentos na vida da mãe e é um processo fisiológico e a dor pode levar à perda de controlo emocional, podendo resultar, inclusive, numa experiência traumática e em distúrbios psicológicos. Tais complicações requerem o uso de métodos farmacológicos e não farmacológicos. Existem vantagens consideráveis na aplicação de técnicas não farmacológicas de alívio da dor, ansiedade, stresse e medo sem efeitos secundários quer para a parturiente quer para o feto e nenhuma interferência negativa no processo de trabalho de parto na fase ativa. Entre as técnicas não farmacológicas mais comuns surge a aromaterapia (Bertone & Dekker, 2021).

A aromaterapia, sendo a utilização de óleos vegetais aromáticos altamente concentrados administrados em várias formas para uma vasta gama de indicações terapêuticas, tem efeitos positivos em obstetrícia, reduzindo o stresse e ansiedade da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, reforçando também a sua função imunitária. As evidências sugerem que a aromaterapia pode ser administrada de forma segura e eficaz em obstetrícia, proporcionando benefícios na redução do stresse e da ansiedade, estimulando a circulação, devido ao seu efeito muito calmante na mulher (Bertone & Dekker, 2021).

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

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

O futuro do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem deve ser desenvolvido num intercâmbio entre a teoria e a prática e orientada por uma filosofia como uma espécie de pêndulo onde todos estes elementos têm de ser tratados como iguais (Hoeck & Delmar, 2018). Assim, deve seguir-se em direção ao desenvolvimento do conhecimento baseado numa prática ética do cuidado, uma teoria sobre os fenómenos da vida no sofrimento e na enfermagem baseada na relação com o Outro, assim, poder-se-á prestar cuidados de saúde de qualidade, num agir ético. Em suma, quanto mais conhecimentos o enfermeiro possuir e mais caminhar em direção ao patamar de “enfermeiro perito” no âmbito das diversas áreas que constituem a disciplina de Enfermagem, mais adaptada e fundamentada será a sua resposta perante as complexas problemáticas com as quais se depara no seu quotidiano profissional, como é o caso concreto de práticas mais humanizada no trabalho de parto e parto. Assim, a procura de conhecimento na área irá fundamentar o *modus operandi* do EESMO.

As intervenções autónomas do EESMO são essenciais para a gestão e controlo do trabalho de parto. Prestar cuidados à parturiente impõe mais do que uma mera abordagem, determina uma intervenção muito mais complexa e abrangente que envolva todos os componentes inerentes ao trabalho de parto e ter em conta a individualidade de cada mulher, contribuindo para a garantia de cuidados mais humanizados. As várias intervenções autónomas de enfermagem, medidas não farmacológicas, podem ajudar a mulher nesta sua experiência tão singular.

Todos estes pressupostos justificam a opção por mapear a evidência científica mais atual sobre os efeitos da aromaterapia durante a fase ativa do trabalho de parto, através de uma revisão integrativa da literatura.

2. Enquadramento teórico

O amadurecimento do colo uterino consiste num processo progressivo e gradual que ocorre simultaneamente com a evolução do trabalho de parto. As contrações de Braxton Hicks, de igual modo denominadas de falsas contrações, por norma indolores, têm um papel essencial no amadurecimento do canal cervical, pois induzem alterações no colo do útero e produção de hormonas, nomeadamente: estrogénio, progesterona, relaxina, ocitocina e prostaglandina, hormonas com um papel crucial no trabalho de parto (Posner et al., 2014; Zugaib, 2016). É essencial executar uma correta avaliação do colo uterino, com recurso às características físicas do mesmo. De acordo com Posner et al. (2014), Bishop foi o precursor da tentativa da quantificação do exame físico do colo uterino, recorrendo a um sistema de pontuação numérica, tendo em conta alguns critérios, tais como: dilatação, apagamento, consistência e posição do colo do útero na vagina, a altura da apresentação fetal (de acordo com o plano de Lee ou de Hodge). O conjunto destes itens de avaliação é denominado de Índice de Bishop. A cada critério é atribuído uma pontuação e quanto maior a pontuação, menos deverá ser a duração do trabalho de parto e maior será o sucesso da indução (Posner et al., 2014).

Atualmente, este estadio divide-se em duas fases, a fase latente e a fase ativa. Assim, tendo em conta o tema do presente estudo, faz-se uma abordagem à fase ativa que se caracteriza por contrações uterinas regulares e intensas, apresentando um considerável grau de extinção do colo do útero e, conseqüentemente, uma dilatação mais rápida dos 5 até aos 10 cm, ou seja, até à dilatação completa, seja nulípara ou múltipara. A duração da fase ativa (desde os 5 cm de dilatação cervical até dilatação total do colo uterino) pode variar muito de parturiente para parturiente. Normalmente dura em média cerca de 4 horas nas primíparas e 3 horas nas múltiparas (se esta tiver como referência os 5 cm de dilatação). De acordo com as recomendações mais recentes, não deve ultrapassar as 12 horas nas primíparas e as 10 horas em múltiparas (*World Health Organization [WHO], 2018*).

De acordo com a OMS (2018), tendo por base evidências científicas, no que se refere ao início e às características da fase ativa, numa primeira revisão, 20 (60%) dos 33 estudos que definiram a fase ativa do primeiro estadio do trabalho de parto incluíram a presença de contrações uterinas dolorosas regulares, enquanto 27 (82%) incluíram a dilatação cervical. A frequência de contrações uterinas dolorosas não foi amplamente especificada entre os estudos que incluíram contrações como parte da definição, mas foi descrita como pelo menos 2-3 contrações em 10 minutos em seis estudos. Um estudo indicou que o início do trabalho de parto ativo é caracterizado por contrações de 20 a 25 segundos de duração, enquanto dois estudos afirmaram que as contrações na fase ativa

devem ter mais de 40 segundos de duração. O início da fase ativa foi mais comumente definido como a dilatação cervical de 4 cm ou mais (14 estudos); entretanto, as definições de 2 cm ou mais e 3-4 cm foram usadas em 2 e 10 estudos, respectivamente. Quatro estudos caracterizaram o início da fase ativa.

A dor do parto é uma consequência das modificações nas estruturas maternas que ocorrem no trabalho de parto, sendo esta sentida por muitas mulheres e é uma dor fisiológica, resultante de vários fatores, mas fundamentalmente pela contração uterina e a passagem do bebê pela bacia e canal vaginal. Há uma mútua influência entre a dor de parto e a biomecânica do parto. Assim, toda e qualquer ação desenvolvida para facilitar a biomecânica do parto diminuirá a dor e as ações para diminuir a dor facilitarão a biodinâmica do parto (Gayeski & Brüggemann, 2010).

A percepção da dor durante o parto deve-se à dilatação cervical, às contrações do útero e à extensão uterina para o parto vaginal. A gestão inadequada da dor do parto pode ser associada a consequências fisiológicas e psicológicas negativas. Além disso, existe uma associação entre a ansiedade do parto e a dor (Gholipour Baradari et al., 2017). A ansiedade estimula o sistema nervoso simpático e liberta hormonas relacionadas com o stress, como a noradrenalina, cortisol e adrenalina, que conseqüentemente aumentam a gravidade da dor do parto, bem como a duração do trabalho de parto. Por conseguinte, encontrar uma forma de proporcionar uma sensação máxima de alívio da dor e tranquilidade, com o mínimo de complicações, é uma das questões mais importantes durante o trabalho de parto (Gholipour Baradari et al., 2017).

O parto e o nascimento passaram a ser medicalizados e instrumentalizados sistematicamente de forma preventiva, mesmo aqueles que poderiam ter sucedido naturalmente, sem intervenção, assumindo, deste modo, riscos acrescidos (Pintassilgo, 2014). A título exemplificativo, o uso de ocitocina sintética, largamente utilizada para induzir ou acelerar o trabalho de parto, contribuiu para o aumento da dor de parto. Outros fatores que podem agravar esta dor são: restrição ao leito, falta de apoio, excesso de estímulos, presença de estranhos, medo e tensão (Rohde, 2016).

As recomendações da OMS (2018) concluem que se pode melhorar as taxas de mortalidade neonatal e materna, respeitando o processo fisiológico do trabalho de parto e parto, o respeito pela individualidade de cada mulher, a sua autonomia decisiva e o acontecimento familiar que representa o nascimento do bebê, tendo em consideração a segurança e o intervir apenas quando necessário.

As medidas não-farmacológicas da dor no parto referem-se a intervenções que não envolvem o uso de medicamentos para tratar a dor. Os objetivos das intervenções não

farmacológicas são diminuir o medo, a angústia e a ansiedade e reduzir a dor e proporcionar à mulher uma sensação de controle (Pak et al., 2015).

Desde há muito que se tem procurado proporcionar uma vivência mais positiva da experiência de parto, em particular a diminuição da dor inerente. A dor no parto é relatada desde sempre, o que tem requerido o investimento e o desenvolvimento de estratégias para o seu alívio. Um dos aspetos abordados dentro das diretrizes são as medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto. Dentre essas medidas estão incluídas: a imersão em água, técnicas de relaxamento, massagens, acupuntura, musicoterapia, hipnose e a aromaterapia. Ainda é ressaltado que de preferência esses métodos não farmacológicos devem anteceder os farmacológicos (Santos et al., 2021).

Além de atuar na diminuição da dor, é enfatizado em estudos que esses métodos também diminuem o medo e aumentam a autoconfiança das parturientes. Pois, a maioria dos métodos promovem o relaxamento, diminuindo a tensão muscular, o que também ajuda com que o trabalho de parto evolua de forma mais rápida e, assim, contribua para que sejam gerados resultados satisfatórios (Santos et al., 2021). Para melhor eficácia desses métodos é importante a participação de um profissional qualificado que saiba qual método e a forma correta de utilizá-lo, tendo em conta que algumas puérperas afirmaram, numa pesquisa qualitativa, que o apoio, incentivo e orientações que os enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica oferecem na sua utilização é muito importante e faz com que as parturientes queiram utilizar os métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto, pois as mesmas sentem-se mais motivadas e seguras (Dias et al., 2018).

Uma importante ferramenta na assistência ao parto humanizado é prover apoio para que a mulher possa lidar com a dor do trabalho de parto, o stresse e ansiedade, o que pode ser alcançado por meios farmacológicos, mas tão importante e fundamental é igualmente utilizar-se as medidas não farmacológicas, começando ainda no período pré-natal, com informação de qualidade para as grávidas e familiares. Um suporte necessário, antes e durante o trabalho de parto, por parte dos cuidadores e acompanhantes, pode reduzir a necessidade de analgesia epidural e, assim, tornar mais agradável a experiência do parto (Tanvisut et al. 2018). É função do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica facultar medidas de conforto e métodos de alívio da dor, redução do stresse e da ansiedade, informando sobre os seus benefícios.

É sabida a existência de vários métodos não invasivos e não farmacológicos que podem ser usados durante o trabalho de parto. Muitas mulheres encontram alívio da sua dor através de banhos mornos, seja no chuveiro ou na banheira. Toque e massagem pelo

acompanhante são definitivamente essenciais no alívio da dor. O mesmo vale para as técnicas de concentração como respiração e relaxamento, pois tiram o foco da dor. Estes métodos normalmente são utilizados combinados com outras estratégias, incluindo uma vasta gama de técnicas psicossomáticas como hipnose, musicoterapia e *biofeedback*. As mulheres referem estas práticas como sendo acolhedoras (Liao et al., 2020).

O trabalho é um processo fisiológico inevitável que a maioria das mulheres não quer pensar devido à má experiência que enfrentam, em grande parte devido às dores que o acompanham. À medida que a dor do parto é sentida, esta afeta o estado psicológico da mulher, o progresso do trabalho de parto e o bem-estar fetal. Fatores fisiológicos, tais como contrações uterinas e dilatação cervical, embora essenciais, fazem parte do trabalho de parto e são os que mais contribuem para a dor sentida durante o parto; fatores psicológicos, tais como *stress*, ansiedade, medo, sensação de perda de controlo e sensação de abandono também contribuem para o nível de gravidade da dor sentida. Existe também uma vasta gama de fatores que podem influenciar a dor do parto, incluindo as características pessoais, físicas e clínicas associadas à mulher em trabalho de parto (Sahile et al., 2017).

As dores no parto começam intermitentemente com dores abdominais, dores pélvicas e dores nas costas. As mulheres geralmente lembram-se da elevada intensidade da dor e classificam largamente a intensidade da dor no parto como ligeira, moderada e grave, com intensidade crescente desde o início das contrações até à dilatação completa do colo do útero. As mulheres em trabalho de parto, na sua maioria expressam a intensidade das dores através do choro e do grito como uma estratégia para fazer face a essas dores de elevada intensidade (Konlan et al., 2021).

Uma variedade de técnicas não farmacológicas tem sido utilizada para alívio da dor no trabalho de parto e parto, entre as quais, a aromaterapia, um método de tratamento que aplica extratos perfumados de plantas medicinais geralmente por inalação e/ou massagem, existe há muito tempo na história da medicina como uma das principais opções de tratamento da dor. Provavelmente devido à sua simplicidade e acessibilidade, a aromaterapia tem sido utilizada como uma escolha opcional em alguns ambientes de saúde, quer sozinha quer em conjunto com o protocolo padrão de controlo da dor. Nos últimos anos foram publicados vários ensaios controlados que testam a eficácia da aromaterapia na dor e duração do trabalho de parto (Chen et al., 2018). A aromaterapia tem revelado estar associada à atenuação de sintomas de ansiedade relacionada com a gravidez. As massagens de aromaterapia podem significativamente diminuir o stresse e, por sua vez, resultar numa experiência mais positiva do parto (Chen et al. 2018). Alguns estudos sobre os efeitos da aromaterapia na primeira fase do trabalho de parto constataram que esta contribuiu para a redução da ansiedade e stresse e, conseqüentemente, para a redução da

dor (Lamadah & Nomani, 2016 Vaziri et al. 2017; Sriasih et al. 2018; Joulaeerad et al. 2018; Hamdamian et al. 2018; Liao et al., 2020).

Durante o trabalho de parto, as emoções contraditórias estão presentes: por um lado, o medo, o stresse e a ansiedade; por outro lado, a antecipação e a alegria. A ansiedade e o medo são fatores que contribuem para a percepção da dor por parte das mulheres e, por sua vez, podem afetar a sua experiência de parto e de nascimento. Como tal, uma redução da intensidade da dor e do nível de ansiedade é necessária para prestar conforto para se alcançar o objetivo principal do *intrapartum care* (Hamdamian et al. 2018).

Estudos demonstram que o stresse, a ansiedade e a dor podem prejudicar a evolução do trabalho de parto. Para a parturiente, o conforto pode ser vivenciado no plano psico-espiritual, físico e social, como também ambiental porque as razões para a falta de conforto no trabalho de parto estão vinculadas com o medo da dor do parto, com a necessidade de apoio, com o respeito pela sua privacidade, com a diminuição dos desconfortos e também pelas opiniões culturais (Chen et al., 2018). Gee Youn & Hyojung (2017) referem que ao pensar sobre o clima de serenidade e de calma que a parturiente precisa para viver a experiência positiva do nascimento torna-se imprescindível utilizar técnicas e procedimentos pelos profissionais e propiciar ações que favoreçam essa mesma vivência.

As medidas não farmacológicas para alívio da dor utilizadas durante o trabalho de parto são medidas de cuidado que envolvem conhecimentos estruturados, que não necessitam de equipamentos sofisticados para a sua utilização e são desenvolvidos no processo e prática em enfermagem (Pedrosa, 2020). As medidas farmacológicas e não farmacológicas são dois métodos gerais que são atualmente utilizados para aliviar a dor e ansiedade do trabalho de parto. Atualmente, as medidas não farmacológicas, tais como as técnicas de relaxamento, a acupunctura, a acupressão, a massagem terapêutica e a aromaterapia, têm sido identificadas como uma área proeminente na ciência obstétrica devido à sua relação preço-eficácia, popularidade, simplicidade de utilização e baixos riscos (Mahbubeh Tabatabaeichehr et al., 2020).

Entre as várias medidas não farmacológicas, a aromaterapia é uma técnica não farmacológica e não invasiva que se utiliza dos óleos essenciais extraídos das plantas. O seu mecanismo de ação parece estimular a produção de substâncias relaxantes, estimulantes e sedativas que são próprias do corpo. Os óleos essenciais utilizados via inalação produzem endorfinas e reduzem a dor. Os óleos essenciais mais comumente aplicados pelos profissionais no trabalho de parto são: laranja amarga, camomila romana, sálvia esclareia, olíbano (*frankincense*), lavanda *augustifolium* e lavanda *stoechas*, tangerina

e jasmim. As essências podem ser aplicadas através de acupressão, massagem, escalda-pés, diluição em água para banho de imersão e inalação (Rashidi Fakari et al. 2015; Yazdkhasti and Pirak 2016; Tanvisut et al. 2018).

Aromaterapia é um tratamento holístico que utiliza extratos naturais de plantas para promover a saúde e o bem-estar. Por vezes é chamada de terapia do óleo essencial. A aromaterapia utiliza óleos essenciais aromáticos medicinais para melhorar a saúde do corpo, mente e espírito. Melhora tanto a saúde física como a emocional. A aromaterapia é pensada quer como uma arte, quer como uma ciência. Recentemente, a aromaterapia ganhou mais reconhecimento nos campos da ciência e da medicina (Tabatabaeichehr & Mortazavi, 2020). De acordo com os mesmos autores, a aromaterapia como medicina complementar é um método bem conhecido para reduzir os sintomas de vários processos fisiológicos, tais como a experiência do trabalho de parto e parto. O seu uso influencia positivamente a gestão da dor e ansiedade do parto.

Aromaterapia com abordagem é considerada hoje em dia como uma eficaz medida não farmacológica para o alívio da dor no parto. Consiste no uso controlado de óleos essenciais, sendo um dos métodos da medicina de substituição em muitos países, que é aplicada por massagem, a inalação, o banho e a compressão. A massagem resulta numa redução significativa da ansiedade e no aumento do apoio psicológico às mulheres em trabalho de parto. A massagem com óleo de lavanda é uma intervenção eficaz na redução da dor no parto (Kazeminia et al., 2020).

Mahbubeh e Hamed (2020) referem que a aromaterapia é um método bem conhecido para reduzir sintomas de vários processos fisiológicos, tais como a experiência do trabalho de parto. Assim, procuraram rever sistematicamente evidências atuais que avaliam o uso da aromaterapia para a gestão da dor, stresse e ansiedade durante o trabalho de parto e parto, tendo constatado que a aromaterapia foi aplicada acupressão, massagem, escalda-pés, diluição em água para banho de imersão e inalação, sendo a mais utilizada o óleo essencial de lavanda, quer como um óleo essencial único ou em combinação com outros óleos essenciais. A maioria dos estudos incluídos confirmou o efeito positivo da aromaterapia na redução da dor, stresse e ansiedade durante o trabalho de parto e parto.

A ansiedade estimula o sistema nervoso simpático e liberta o stresse relacionado com as hormonas, como a noradrenalina, cortisol e adrenalina, o que conseqüentemente aumenta a intensidade da dor do parto, bem como a duração do trabalho de parto. Portanto, encontrar uma forma de fornecer uma máxima sensação de alívio da dor e tranquilidade, com complicações mínimas, é uma das questões mais importantes durante o trabalho de parto (Bertone & Dekker, 2021).

As técnicas farmacológicas e não-farmacológicas são métodos usados atualmente para aliviar a dor, o stresse e a ansiedade do trabalho de parto e parto. Hoje em dia, as medidas não farmacológicas, tais como o relaxamento, acupuntura, acupressão, massagem, musicoterapia e aromaterapia são identificadas com destaque em obstetrícia devido ao seu preço-eficácia, popularidade, simplicidade de utilização de baixo risco. A aromaterapia tem sido cada vez mais utilizada durante o trabalho de parto e parto, sem efeitos secundários significativos relatados em mães e recém-nascidos (Ozgoli & Saei, 2018). Esta é amplamente utilizada entre as mulheres grávidas e alguns estudos têm sido realizados para avaliar a sua ação ansiolítica e redução da dor durante o trabalho de parto e parto (Lamadah & Nomani, 2016). Face às alternativas e dentro das medidas não farmacológicas para alcançar um parto menos doloroso encontra-se a aromaterapia baseada no uso de óleos essenciais com odores específicos para reduzir o stresse, a ansiedade e, conseqüentemente, a dor. Aromas como a lavanda, jasmim, eucalipto, rosa e laranja trazem efeitos significativos na percepção da dor, na ansiedade das parturientes e, conseqüentemente, na duração do trabalho de parto. Obtém-se resultados efetivos na redução da dor e da ansiedade (Bertone & Dekker, 2021). A lavanda tem efeitos tranquilizantes e relaxantes pelo que estudos indicam o seu uso para redução da dor, criando calma durante o parto (Kheirhah et al., 2014). O óleo essencial de rosa atua diretamente no sistema nervoso central diminuindo os níveis de ansiedade intraparto. O óleo essencial de laranja oferece uma redução na ansiedade da mulher. Sendo constatado ainda que este efeito ocorre também no feto, ultrapassando a barreira placentária através da via respiratória e, ainda, na amamentação (Namazi et al, 2014).

Por outro lado, o mecanismo da massagem terapêutica envolve a estimulação dos recetores de pressão o que leva ao aumento da atividade vagal e à redução dos níveis de cortisol (Field, 2016). Um estudo realizado por Chen et al. (2017) apresentou evidências de que a massagem com aromaterapia poderia reduzir significativamente o stresse e melhorar a função imunológica em mulheres grávidas. Provavelmente devido à sua simplicidade e acessibilidade a aromaterapia tem sido usada como uma opção em alguns contextos de práticas de cuidados, isoladamente ou em conjunto, com o protocolo padrão de controlo da dor. Um estudo prospetivo não controlado no Reino Unido durante um período de oito anos sugere que a aromaterapia reduz o medo, a ansiedade, a dor, a náusea e o vômito, fortalece os sentidos e melhora as contrações durante o processo de trabalho de parto (Burns et al., 2019). Um outro estudo realizado por Chen, et al. (2018) sugere que a aromaterapia é eficaz na redução da dor e duração do trabalho de parto e que é geralmente segura para as mães.

Mias recentemente, Pavia et al. (2019), na sua revisão sistemática da literatura, constaram que diversos óleos essenciais foram citados, bem como sua forma de aplicação,

em destaque para a lavanda. A utilização dos óleos essenciais diminuiu a dor e a ansiedade, melhorou a satisfação materna e reduziu a duração do trabalho de parto, náusea e vômito. Alguns óleos aromáticos, quando usados, diminuem a dor e trazem sensação de tranquilidade, afetando o sistema olfativo através de neurotransmissores nas glândulas olfatórias e no sistema límbico, reduzindo, assim, a ansiedade durante o trabalho de parto após a utilização da aromaterapia. As autoras referem que se pode justificar estes resultados com o facto de que a aromaterapia estimula as vias límbicas e o hipotálamo, o resultando na diminuição da hormona libertadora de corticotrofina, da liberação de corticotropina pela hipófise e ao conseqüente declínio do cortisol pela glândula adrenal, o que contribui para a diminuição da ansiedade. O óleo essencial de lavanda foi o mais usado nos estudos analisados e os autores defendem que este é o mais tradicional e utilizado mundo. É o principal óleo para combater o stresse, acalma e tranquiliza imediatamente, auxilia na insónia, promove a regeneração celular do tecido e possui um efeito relaxante muscular para alívio das tensões provocadas pelo stresse e pela agitação, possivelmente a razão pela qual os resultados dos estudos tenham ressaltado o alívio da dor durante o trabalho de parto. Pela sua composição rica em ésteres, a lavanda também apresenta outros efeitos, como: alívio dos espasmos musculares e como sedativo. A principal forma de aplicação do óleo de lavanda encontrada nos estudos analisados foi a olfativa, que promoveu a redução da dor e da ansiedade. Essa via de aplicação induz efeitos calmantes e tranquilizantes. Quando usada em ambientes por meio dos difusores, está relacionada às sensações de paz, harmonia, aconchego e segurança. Estes resultados evidenciam que a lavanda é um óleo essencial completo para uso durante o trabalho de parto. As autoras concluíram que os óleos essenciais podem ser uma alternativa adicional para as parturientes, pela sua eficácia para aliviar a dor, ansiedade, melhorando a sua satisfação, simplicidade de uso, baixo custo e por não serem invasivos. Salientam que a utilização da aromaterapia durante o trabalho de parto e parto é considerada como não agressiva e com efeito adverso mínimo ou nulo para o binómio mãe-recém-nascido.

O parto é um momento singular na vida da mulher e a enfermagem com o seu modelo assistencial e holístico coloca a mulher como protagonista do processo de parto, utilizando as medidas não farmacológicas, como a aromaterapia. A corroborar, um estudo mais recente de Cruz et al. (2021), no qual foi estudado o conhecimento sobre a aromaterapia e do uso dos óleos essenciais durante o trabalho de parto, através de um questionário aplicado as enfermeiras das Maternidades Cândido Mariano e do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP), revela que que 100% das enfermeiras conhecem a aromaterapia, com 69,2% a possuírem formação técnica e conhecimento sobre os meios de diluição e aplicação dos óleos essenciais e a não terem preferência por marca

de produto, todas as enfermeiras utilizaram o óleo essencial de lavanda e 61,5% usaram o óleo essencial de canela nas parturientes. Este estudo também demonstra que a aromaterapia já é uma prática regular entre os enfermeiros, todavia, é necessário uma capacitação adequada para que apliquem a aromaterapia com segurança e respaldo científico.

As teorias que orientam a prática de enfermagem assumem-se como um elemento fundamental para a excelência na assistência à parturiente, no caso concreto na fase ativa do trabalho de parto. A prática do EESMO deve ser guiada por teorias e modelos conceituais que visam os muitos componentes deste sistema multifacetado. As filosofias do cuidado destacam referenciais teóricos para a prática da enfermagem, que no caso se refere à teoria do conforto de Kolcaba, pois ao fazer-se uma boa gestão da dor da dor na fase ativa do trabalho de parto, está a proporcionar-se conforto à parturiente, tornando o parto mais humanizado. É que o conforto deve ser o produto da arte holística da enfermagem. O conforto holístico é definido como a experiência imediata de resposta às necessidades da pessoa, tendo em conta quatro contextos: físico, psicoespiritual, social e ambiental (Kolcaba, 2010). A estrutura teórica do conforto de Kolcaba tem um real potencial para direcionar o trabalho e o pensamento dos enfermeiros, seja qual for a sua área de atuação.

A teoria e as definições de Kolcaba fundamentam-se em quatro metaparadigmas, designadamente: (i) enfermagem enquanto processo de avaliação intencional das necessidades de conforto do utente, tendo por base medidas que permitam satisfazer as suas necessidades, com conseqüente avaliação depois da aplicação das medidas a fim de se poder fazer uma comparação com a situação inicial; (ii) a avaliação pode ser realizada de forma objetiva ou subjetiva, sendo o utente, a família, as instituições de saúde e as comunidades os destinatários dos cuidados; (iii) o ambiente que se refere a todos os aspetos no qual os destinatários dos cuidados estão inseridos ou os meios institucionais suscetíveis de manipulação pelo enfermeiro como forma de otimizar o conforto; (iv) a saúde se expressa no “bom funcionamento”, em conformidade com a definição do utente, grupo, família ou comunidade (Lima et al., 2016).

O “conforto” é um termo histórico que assomou como um resultado ou um objetivo desejável da enfermagem. Este é encontrado na ciência da enfermagem, por exemplo, em taxonomias de diagnóstico e em referências à arte da enfermagem. O termo pode significar fenómenos físicos e mentais (Kolcaba, 1994).

Em 1994, Kolcaba desenvolveu uma teoria do conforto holístico da enfermagem. Na teoria de Kolcaba, o conforto é visto como o resultado positivo que abrange aspetos físicos,

psicoespirituais, sociais e ambientais. O conforto é definido pela teórica como um estado imediato de fortalecimento” (Kolcaba & Steiner, 2000, p.47). Identificou três tipos de conforto, nomeadamente: alívio, tranquilidade e transcendência. A transcendência refere-se ao desempenho e é um resultado desejável porque leva ao aumento de comportamentos de procura de saúde, ou seja, é a condição na qual uma pessoa suplanta os seus problemas ou sofrimento. A tranquilidade pode ser vista como um resultado da experiência do utente e refere-se a uma percepção do *status* psicológico pessoal, isto é, refere-se a um estado de calma ou de satisfação. O alívio refere à condição de uma pessoa que viu uma necessidade específica satisfeita (Kolcaba, 1991; Dowd, 2018).

O conforto psicoespiritual é definido como sentimentos agradáveis, um estado de relaxamento, uma abordagem otimista da vida, sentindo-se a pessoa feliz e seu humor é positivo. Este é parte integral da consciência interna que o utente tem de si próprio, abraçando a autoestima e o significado da vida. Está associado a menos desconforto físico. Os sentimentos de controlo pessoal dos utentes são um elemento central no conforto emocional. O controlo pessoal refere-se à capacidade do utente de influenciar, externa ou internamente, o nível de conforto associado a situações ou ambientes encontrados durante a hospitalização, o que se aplica à parturiente. As interações interpessoais vivenciadas pelas utentes, os fatores ambientais e as suas características pessoais são fatores que integram o conforto emocional. As parturientes que se sentem emocionalmente confortáveis são mais passíveis de participarem em atividades de promoção da recuperação e sentir um maior senso de empoderamento e envolvimento (Williams et al., 2017). Ainda nesta visão holística dos contextos em que o conforto é vivenciado, surge o conforto físico, parte integrante das sensações do corpo, o ambiental que diz respeito ao meio envolvente, às circunstâncias e influências externas, o conforto social que pertence às relações interpessoais, familiares e sociais (Kolcaba, 1994; Dowd, 2018).

As mulheres que não frequentam preparação para o parto e nascimento podem não ter consciência das opções para manter o conforto durante o trabalho de parto. A satisfação materna depende de um trabalho de parto mais indolor e está dependente de múltiplos fatores, incluindo o controlo materno e o apoio das preferências maternas pelo trabalho de parto e nascimento. A literatura fornece provas de que as medidas de conforto aumentam a confiança nos profissionais de saúde, reduzem a ansiedade, o stresse e os medos. Os efeitos positivos do conforto na dor durante o trabalho de parto estão bem documentados e a necessidade de disponibilidade e utilização de métodos não farmacológicos para promover o conforto é primordial porque a satisfação que uma mulher experimenta com o trabalho de parto está diretamente relacionada com a forma como as suas preferências de parto são apoiadas durante o trabalho de parto e o seu sentido de controlo durante o parto.

Por conseguinte, é importante promover a satisfação materna com a experiência do trabalho de parto e apoiar as suas preferências de parto, fornecendo educação sobre as opções disponíveis para a promoção do seu conforto (Garlock et al., 2017).

3. Métodos

Uma revisão integrativa é uma metodologia que resume a literatura empírica ou teórica existente para fornecer uma compreensão mais abrangente de um determinado fenómeno ou problema de saúde. As revisões integrativas, portanto, têm o potencial de construir a ciência da enfermagem, dando informações sobre pesquisas, práticas e iniciativas de políticas. O método da revisão integrativa permite a inclusão de diversas metodologias, isto é, pesquisa experimental e não experimental (Dela & Gross, 2017).

A revisão integrativa da literatura tem muitos benefícios para a enfermagem, incluindo a avaliação da força das evidências científicas, identificando lacunas na pesquisa atual e a necessidade de pesquisas futuras, fazendo a ponte entre áreas de trabalho relacionadas, identificando questões centrais numa área, gerando uma questão de pesquisa, identificando uma estrutura teórica ou conceitual e explorando quais os métodos de pesquisa a serem usados (Russell, 2015). De acordo com o mesmo autor, o processo de revisão integrativa inclui: (1) a formulação do problema, (2) a recolha de dados ou pesquisa bibliográfica, (3) a avaliação dos dados, (4) a análise dos dados, (5) a apresentação e interpretação dos resultados. A metodologia de revisão integrativa deve envolver um trabalho detalhado e criterioso, cujo resultado pode ser uma contribuição significativa para um determinado corpo de conhecimento e, conseqüentemente, para a prática.

Decorrente do exposto, a presente revisão integrativa da literatura tem como objetivo validar a evidência científica sobre os efeitos da aromaterapia durante a fase ativa do trabalho de parto.

Formulação do problema e critérios de inclusão

Para se poder operacionalizar a seleção dos estudos, recorreu-se, como já referido, ao método PI[C]OD: *participants* – parturiente na fase ativa do parto [P]; *interventions* - aromaterapia [I]; *comparators* – não se aplicou [C]; *outcomes* – efeitos da aromaterapia durante a fase ativa do trabalho de parto [O]. Tendo por referencial estes indicadores, definiram-se como critérios de elegibilidade (inclusão) os descritos na tabela 1.

Tabela 1. Critérios de inclusão para a seleção dos estudos

PI[C]O	Critérios de Seleção
[P] Participantes	Parturiente na fase ativa do parto
[I] Intervenção	Aplicação de aromoterapia
[C] Comparações/contexto estudo	-
[O] Resultados	Efeitos da aromoterapia durante a fase ativa do trabalho de parto
Data de publicação	2017-2022
Línguas	Português, Inglês
Disponibilidade do artigo	Full-text

Considerando os critérios definidos, foi formulada a seguinte questão de investigação: “Quais os efeitos da aromaterapia durante a fase ativa do trabalho de parto?”

Estratégia de busca dos estudos

Para se poderem identificar os estudos relevantes, tendo por base os critérios de inclusão e de exclusão pré-definidos, realizaram-se pesquisas que compreendessem estudos no friso temporal de 2017 a 2022, nos idiomas português e inglês, nas seguintes plataformas eletrônicas de bases de dados: Pubmed/Medline e Web of Science. Foram utilizados os seguintes termos MeSH, após consulta no MeSH Descriptor Data 2021 (<https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D012046>): (“aromatherapy”[MeSH Terms], “labor, obstetric” [MeSH Terms], “ Labor Onset” [MeSH Terms]); (“Labor Stage, active Phase” [MeSH Terms])). Todos estes descritores foram conjugados com os operadores booleanos AND e OR.

Seleção dos estudos

A expressão de pesquisa booleana foi ajustada de acordo com as pesquisas efetuadas nos vários motores de busca, tendo como matriz de pesquisa as conjugações apresentadas no seguinte quadro.

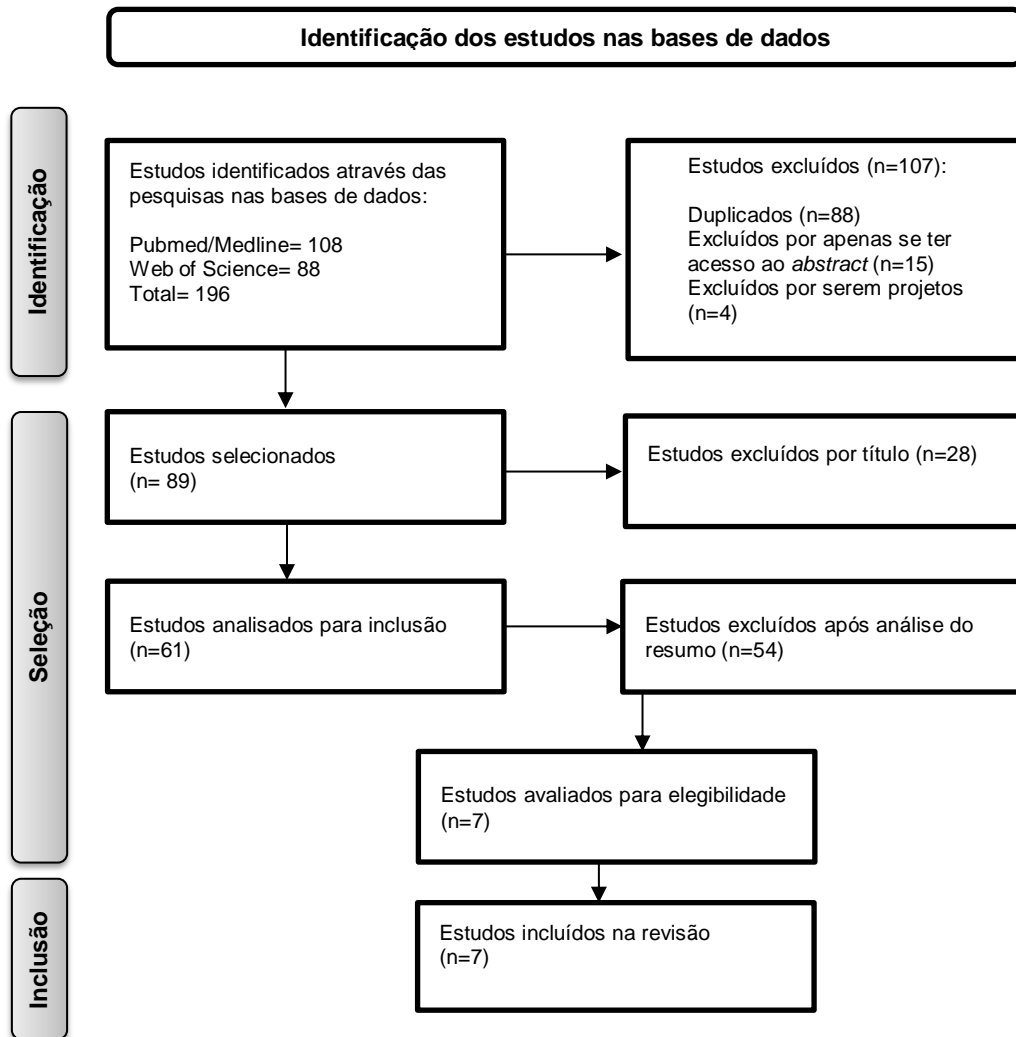
Quadro 2. Estudos identificados a partir da introdução dos descritores nas bases de dados

	Query	Results
Pubmed/Medline	((Aromatherapy) OR (Labor, Obstetric) AND (Labor Onset) AND (Labor Stage, active Phase))	108
Web of science	((Aromatherapy) OR (Labor, Obstetric) AND (Labor Onset) AND (Labor Stage, active Phase))	88
Total		196

4. Resultados

Foram selecionados os artigos publicados em texto integral entre 2017-2022. A escolha deste filtro cronológico deveu-se ao facto de ser objetivo verificar o que tem sido escrito mais recentemente sobre o tema em estudo. Realizou-se a pesquisa com o cruzamento das palavras-chave, de onde resultaram 196 estudos, dos quais 107 foram excluídos pelos seguintes motivos: 88 estavam duplicados nas bases de dados; 15 por só se ter acesso ao *abstract*; 4 por serem projetos de revisões sistemática das literaturas, tendo, assim, transitado para a fase seguinte 89, dos quais 28 foram excluídos pelo título. Dos 61 artigos que transitaram para a fase seguinte, 54 foram excluídos após a leitura do resumo, ficando para elegibilidade 7 artigos, os quais transitaram para a inclusão. Depois deste percurso metodológico, realizou-se a leitura dos títulos, seguindo-se a leitura dos resumos e, deste modo, foi realizada a pré-seleção final dos estudos. Após esta etapa, procedeu-se à leitura integral do conteúdo dos referidos estudos, tendo sido apurados os artigos finais em conformidade os critérios de inclusão definidos, cujo processo se apresenta a seguir no Fluxograma PRISMA (cf. figura 1).

Figura 1. Fluxograma PRISMA



Segundo-se as orientações de Russell (2015), numa revisão integrativa da literatura os resultados são apresentados em tabelas, como forma de enquadrar os resultados obtidos com a questão da revisão (cf. tabela 2).

Tabela 2. Síntese dos estudos

Autores/ano de publicação	Nome do artigo	Desenho do estudo/objetivo	Participantes	Principais conclusões do estudo
E1 – Bertone & Dekker (2020)	<i>Aromatherapy in Obstetrics: A Critical Review of the Literature</i>	Revisão integrativa da literatura Apresentar evidências sobre os efeitos da aromaterapia durante a fase ativa do trabalho de parto.	Parturientes na fase ativa do parto	Foi demonstrado que a aromaterapia reduz a dor latente e ajuda na dilatação na fase ativa do parto. A lavanda era o óleo mais comum utilizado nos ensaios controlados randomizados. O grupo de parturientes na fase ativa do parto sujeitas à aromaterapia relatou resultados de redução da dor, ansiedade e mais contrações [MD: -0,82 (-1,55 a -0.09), p=0.03]. O óleo de lavanda tem poder analgésico.
E2 - Cruz, Matias & Rivero-Wendt (2021)	<i>The aromatherapy use's during labor: characterization of nurses' knowledge</i>	Caracterizar o conhecimento sobre a aromaterapia (uso dos óleos essenciais) durante o trabalho de parto, particularmente na fase ativa, através de um questionário aplicado a enfermeiras das Maternidades Cândido Mariano e do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP)	Enfermeiras e parturientes em fase ativa do parto	Todas as enfermeiras utilizam o óleo essencial de lavanda e 61,5% aplicam o óleo de canela nas parturientes em fase ativa. De acordo com as enfermeiras, as parturientes a quem foi usada a aromaterapia, durante a fase ativa do parto, partilharam que os óleos essenciais têm eficácia analgésica e redução da ansiedade. As enfermeiras ressaltaram a importância da utilização dos óleos essenciais através da aromaterapia no trabalho de parto e destacaram a sua aplicação na fase ativa, tendo em conta o relato das parturientes.
E3 - Hamdamin, Nazarpour, Simbar, Hajian, Mojab & Talebi (2018)	<i>Effects of aromatherapy with Rosa damascena on nulliparous women's pain and anxiety of labor during first stage of labor</i>	Ensaio clínico aleatório. Avaliar os efeitos da aromaterapia com rosa damascena na dor e ansiedade na fase ativa do trabalho de parto entre as mulheres nulíparas.	110 mulheres nulíparas. As participantes elegíveis foram designadas aleatoriamente para dois grupos: um com aromaterapia e outro de controlo numa maternidade iraniana. As participantes receberam 0,08 mL de essência de rosa damascena no grupo de aromaterapia e 0,08 mL de soro fisiológico normal no grupo de controlo, a cada 30 min.	Uso do óleo de rosa damasco reduziu a severidade da dor e a ansiedade das parturientes durante a fase ativa do trabalho de parto. Foi mais importante durante o período de dilatação (mais contrações), uma vez que as mulheres sentiram mais contrações e esta terapia ajudou a avançar o trabalho de parto e relaxou-as mais. Os níveis de ansiedade foram também significativamente mais baixos no grupo de tratamento do que no grupo de controlo após o tratamento em cada momento de avaliação.
E4 - Manaf, Yuniwati, Dewi & Harahap (2020).	<i>The Effect of Lavender and Rose Aromatherapy on the Intensity of Active Phase Childbirth Pain in the Manyak Payed Community Health Center, Aceh Tamiang Regency, Indonesia</i>	Estudo quase-experimental com um estudo de coorte prospetivo com desenho de grupo de controlo pós-teste Analisar o efeito da aromaterapia com lavanda e flor de rosa na intensidade da dor no parto em parturientes em Manyak Payed Community Health Center, Aceh Tamiang Regency, Indonésia.	54 parturientes (técnica de amostragem acidental) foram selecionadas e divididas em três grupos. Cada grupo contava com 18 parturientes.	Redução das dores de parto no grupo com óleo de lavanda por inalação (M=18,83), no grupo da flor de rosa (M=26,21), grupo de controlo (M=37,06). Os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente significativas na eficácia da redução da intensidade da dor no parto na fase ativa. Os grupos com inalação do óleo de lavanda e de flores de rosa viram mais reduzida a intensidade da dor. As parturientes preferiram a inalação em detrimento da massagem lombar, considerando que esta

				provocava mais dor durante as contrações. Ambos os óleos essenciais reduzem a dor e trazem sensação de tranquilidade.
E5 – Silva, Medina, Oliveira & Valverde (2019)	<i>A aplicação da aromaterapia como método de alívio da dor em gestantes: uma revisão integrativa</i>	Revisão integrativa da literatura para identificar a ação analgésica do óleo essencial de lavanda, a ser aplicado em parturientes, assim como descrever os resultados deste cuidado.		Os resultados revelam que a utilização em mulheres durante trabalho de parto em fase ativa do óleo essencial de lavanda é o mais utilizado, devido às suas ações ansiolítica e analgésica. Ensaio clínico mostra que foi administrado o óleo essencial de lavanda por via inalatória em 60 parturientes durante a fase ativa do trabalho de parto, o grupo de controlo recebeu água destilada. Ambos os grupos realizaram técnicas respiratórias. A intensidade da dor foi avaliada pela escala de analogia visual. Os resultados indicam melhores respostas ao score de dor nas parturientes que inalaram lavanda. Ensaio clínico onde 60 mulheres foram distribuídas em dois grupos iguais, metade recebeu massagem lombar e a outra metade massagem com uso do óleo essencial de lavanda. A intensidade da dor foi avaliada pela escala de analogia visual. A dor foi menos intensa nas parturientes que receberam massagem lombar e óleo de lavanda, durante as fases passiva e ativa do trabalho de parto. Elas também tiveram o primeiro e o segundo estádios do trabalho de parto mais curtos.
E6 – Silva, Sombra, Silva et al. (2019)	<i>Aromaterapia para alívio da dor durante o trabalho de parto.</i>	Estudo descritivo, do tipo revisão integrativa para analisar a utilização da aromaterapia no alívio da dor durante o trabalho de parto.	Parturientes	A aromaterapia tem um conjunto de variedades com propriedades específicas, revela-se como um método excelente para o alívio da dor e/ou diminuição da ansiedade e medo, auxiliando as contrações e a redução do tempo de trabalho de parto na fase ativa, com destaque para o óleo de lavanda.
E7 – Rahimi, Goli, Soltani, Rezaei & Amouzeschi (2018)	<i>Effects of Complementary Therapies on Labor Pain: A Literature Review</i>	Estudo de revisão integrativa da literatura para mapear as evidências de ensaios clínicos no Irão, bem como noutros países, sobre os efeitos da acupressão, aromaterapia, e massagem terapêutica no trabalho de parto.	Parturientes	A maioria dos estudos relatou os efeitos positivos da aromaterapia nas dores na fase ativa do trabalho de parto. As terapias mais frequentemente utilizadas foram a aromaterapia com óleo essencial de lavanda e a acupressão. O óleo essencial de lavanda, na fase ativa do parto, contribuiu para mais concentração da parturiente; funcionou como analgésico; atuou como calmante; diminuiu o tempo do trabalho de parto e afetou positivamente a sua progressão.

5. Discussão

A aromaterapia como medicina complementar é um método bem conhecido para reduzir os sintomas de vários processos fisiológicos, tais como a experiência do trabalho de parto. Tendo em conta o objetivo deste estudo, que era rever as evidências mais atuais e disponíveis para avaliar o efeito da aromaterapia durante a fase ativa do trabalho de parto, concluiu-se que todos os estudos incluídos na presente revisão integrativa da literatura (N=7) referem que esta contribui para a gestão da dor, ansiedade do parto, aumentam a sensação de tranquilidade, as mulheres sentem mais contrações e esta terapia ajudou a avançar o trabalho de parto e relaxou-as mais. Estes resultados corroboram estudos anteriores. Num estudo observacional levado a cabo numa maternidade no Reino Unido com um grupo de 8053 participantes, a utilização da aromaterapia na fase ativa do trabalho de parto, independentemente do grupo ou tipo de indução de trabalho (espontânea *versus* induzida), as mulheres identificaram consistentemente a aromaterapia como um complemento valioso à sua experiência relativa ao trabalho de parto, com o grupo das parturientes com a aromaterapia a apresentarem um nível de epidural inferior (Burns et al., 2010).

Os óleos essenciais utilizados nos estudos incluídos foram a lavanda (E1 – Bertone & Dekker, 2020; E2 – Cruz et al. 2021; E4 - Manaf et al., 2020; E5 – Silva et al., 2019; E6 – Silva et al., 2019; E7 – Rahimi et al., 2018), o óleo de rosa damascena (E3 - Hamdamian et al., 2018), óleo de flores de rosa (E4 - Manaf et al., 2020) e o óleo de canela (Cruz et al. 2021), sendo administrados, maioritariamente, através de inalação, através de inalador, e massagem lombar, com preferência por parte das mulheres pela inalação. Não foram relatados efeitos secundários negativos nos estudos incluídos. Dois estudos anteriores confirmaram a eficácia da aromaterapia inalatória com óleo essencial de rosas e de roda damascena na redução da intensidade da dor (Safarzadeh et al., 2008; Hamdamian et al., 2014). Todavia, Nehbandani et al. (2018) mostraram que a aromaterapia com óleo essencial de lavanda, em comparação com o óleo essencial de rosa, resultou numa redução mais significativa das dores na fase ativa de trabalho de parto. Kheirkhah et al. (2014) concluíram a inalação com óleos essenciais de rosa e de lavanda são eficazes na redução da ansiedade, sendo esta eficácia da aromaterapia apoiada pelos estudos da presente revisão integrativa da literatura.

O óleo de lavanda é um importante óleo essencial polivalente. Devido às suas propriedades analgésicas, pode ser utilizado para aliviar a dor em diferentes condições, tais como no trabalho de parto. O componente de acetato de linalyl de lavanda pode relaxar os músculos lisos (Mohamed et al., 2015), sendo o principal ingrediente ativo que desempenha um papel na redução da ansiedade (relaxante). De acordo com as evidências de estudos

(Janula & Manipal, 2015; Makvandi et al., 2016), a aromaterapia com aplicação de óleo essencial de lavanda é benéfica na redução das dores do trabalho de parto.

Esta eficácia também foi comprovada no estágio realizado no bloco de partos, tendo-se desenvolvido atividades relacionadas com o alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto, onde se recorreu à aromaterapia, mais concretamente à inalação através de inalador de óleo de lavanda e óleo de *clarysage*, bem como através de massagem lombar. Entrevistaram-se, de forma informal, duas mulheres que foram sujeitas a aromaterapia na fase ativa do parto, uma com 27 anos, com três gravidezes e três partos, sem vigilância da gravidez e sem preparação para o parto e nascimento, tendo como acompanhante uma amiga. Nesta parturiente utilizou-se o óleo de lavanda, através de massagem lombar, tendo a mesma referido que não tinha conhecimento sobre a existência/utilização da aromaterapia. Descreveu a experiência de forma bastante positiva, alegando *“Ajudou muito, fez com que me acalmasse mais...”*, relatando que a aromaterapia foi mais importante *“Principalmente quando as dores foram mais intensas...”*. A outra parturiente tinha 22 anos, com uma gravidez e um parto, de igual modo sem vigilância da gravidez e não realizou preparação para o parto e nascimento. Neste caso foi também utilizado o óleo de lavanda e óleo de *clarysage*, através de massagem lombar e inalação através de inalador, tendo descrito a sua experiência com a utilização da aromaterapia durante a fase ativa do trabalho de parto também positivamente: *“Gostei muito quando foi utilizado através do inalador. Através da massagem não gostei porque provocava mais dor durante as contrações...”*. Ambas relataram que a aromaterapia foi mais importante durante o período de dilatação, porque sentiram mais contrações o que as ajudou a avançar o trabalho de parto. As duas parturientes relataram benefícios na utilização da aromaterapia, favorecedora da progressão do trabalho de parto, controlo da dor, conforto e relaxamento, redução do medo, stresse e ansiedade, tendo ambas referido que, se tiverem outro filho, repetiriam a experiência com a aromaterapia.

Face a estes resultados, pode dizer-se que é importante o recurso a métodos não farmacológicos para proporcionar uma melhor vivência do trabalho de parto, procurando alívio da dor e redução da ansiedade e do stresse. Neste sentido, a aromaterapia é um importante coadjuvante para o alívio da dor durante o parto, favorecedora da progressão do trabalho de parto, e a sua utilização propicia um parto mais humanizado, o que é consensual na literatura científica, cujas evidências mostram que a aromaterapia, ou seja, a aplicação de óleos essenciais concentrados ou de essências destiladas de plantas que possuem propriedades terapêuticas, pode ser ministrada de diferentes maneiras: pela pele através das massagens lombares, inalação e através de compressas e banhos. No entanto, a forma mais utilizada é a inalação (Türkmen & Turfan, 2019; Pereira et al., 2020).

Conclusão

O presente estudo permitiu dar resposta à questão de investigação, tendo-se analisado os sete estudos a partir de uma leitura exploratória, cujas principais conclusões demonstram que a aromaterapia detém um conjunto de variedades com propriedades próprias e que é um método eficaz no alívio da dor e/ou diminuição da ansiedade, stresse e medo, como também ajuda nas contrações e na diminuição do tempo de trabalho de parto. Como tal, recomenda-se o aumento de conhecimentos concernentes aos benefícios da aromaterapia na fase ativa do trabalho de parto por parte dos profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros que são os profissionais que acompanham continuamente a mulher. Entende-se a aromaterapia, neste contexto, na aplicação terapêutica de óleos essenciais com finalidade terapêutica. Os óleos essenciais podem ser absorvidos através da inalação, uso tópico na pele - massagem lombar, para se poder promover o bem-estar físico e mental da parturiente. Os estudos selecionados apoiam a efetividade da aromaterapia na fase ativa do parto e reforçam a relevância da sua utilização. As mais frequentes indicações da prática da aromaterapia foram: alívio da dor, relaxamento e redução da ansiedade, stresse e medo, seguidas de satisfação materna, diminuição da duração da fase ativa do parto.

Assim, conclui-se que a aromaterapia, quando usada com os óleos essenciais citados na presente revisão promove efeitos físicos e psicológicos positivos na saúde materna na fase ativa do trabalho de parto. Como tal, sugere-se uma maior implementação desta prática complementar, tendo em conta também que é uma estratégia com eficácia comprovada por estudos com nível de evidência científica, possui baixo custo e de fácil aplicação, sendo uma prática não-invasiva.

Considerando-se a pertinência desta prática, a aromaterapia representa uma valiosa ferramenta na prática profissional do EESMO, assumindo-se como um método não farmacológico que pode proporcionar benefícios na mulher durante a fase ativa do trabalho de parto. Salienta-se que, tendo em conta a sua crescente utilização, é importante a realização de novos estudos, no caso estudos primários de elevada qualidade metodológica, que reconheçam os efetivos benefícios da utilização da aromaterapia na fase ativa do trabalho de parto. A dor é uma experiência subjetiva e não existem formas objetivas para avaliá-la. Sempre que possível, a existência e a intensidade da dor devem ser mensuradas pelo autorrelato da mulher, obedecendo à definição de que a dor é tudo o que a pessoa que a experimenta diz que é, existindo sempre que ela disser que sim. O tratamento da dor é, assim, necessário, para além do tratamento farmacológico, as intervenções não farmacológicas que merecem especial atenção, uma vez que complementam a terapêutica farmacológica, instituindo-se como intervenções autónomas de enfermagem.

No decorrer deste estudo foram encontradas algumas limitações: o número reduzido de estudos primários; a limitação do idioma escrito (português e inglês) que se refletiu na tradução dos descritores; a obtenção de artigos completos e hipoteticamente relevantes. Porém, estas limitações encontradas correspondem, na sua essência, às que muitos investigadores encontram na matriz das suas revisões, o que não supre o valor do trabalho realizado, sobretudo, porque as evidências dos estudos proporcionam novas atualizações de natureza técnico-científica a serem aplicadas futuramente nos cuidados humanizados a prestar à parturiente na fase ativa do parto.

Implicações para a prática clínica

Denota-se a extrema importância da utilização dos métodos não farmacológicos para alívio de sintomas desagradáveis durante a fase ativa de trabalho de parto. A aromaterapia consiste na utilização de óleos essenciais através das diversas formas de aplicabilidade, com o intuito da prevenção ou diminuição de sintomas. Como os estudos indicam verifica-se que a aromaterapia ajuda na diminuição da dor e outros sintomas, durante a fase ativa de trabalho de parto, promovendo assim o bem-estar e a qualidade de vida da grávida num momento tão importante e especial.

Os principais objetivos deste estudo foram identificar quais os benefícios da aromaterapia na fase ativa de trabalho de parto, objetivos que foram atingidos, uma vez que se verifica um conjunto de benefícios associados à utilização da aromaterapia. Por sua vez, este objetivo irá dotar o EESMO de competências e saberes essenciais, de modo a adotar uma intervenção adequada a cada grávida, utilizando a Aromaterapia, na gestão da dor e bem-estar durante a fase ativa do trabalho de parto.

Assim, é fundamental que os EESMO sejam instruídos nas formas de aplicação dos óleos essenciais, quais os óleos essenciais mais adequados a utilizar em certas situações e quais os seus benefícios, tendo sempre em consideração a individualidade de cada grávida e a sua escolha da utilização ou não da técnica.

De modo a existirem cuidados personalizados e de excelência para cada grávida e com o intuito dos EESMOS aderirem a execução desta prática, torna-se fulcral o desenvolvimento de mais estudos sobre este tema, a propagação e transmissão de informações sobre a sua eficácia e respetivos benefícios.

Referências bibliográficas

- Alavi A, Askari M, Nejad ED, Bagheri P. 2017. Study the effect of massage with jasmine oil in comparison to aromatherapy with jasmine oil on childbirth process in hospitals of Abadan city in 2013. *Annals of Tropical Medicine and Public Health* 10:904–909.
- Almeida, E., Nelas, P., & Duarte, J. (2016). Visita Domiciliária no Pós-Parto. *Millenium*, 50 (jan/jun), 267-281.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2009). Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation and general management principles. Practice bulletin 106. *Obstet Gynecol.*; 114(1), 192–202.
- Andrews, G. (2016). *Contraceção: o que é que mudou na última década?* *Nursing*, 153, 23-30.
- Apolinário, L.M., Santos, P.G., & Ribeiro, T.J.S. (2015). Assistência de enfermagem no pré e pós operatório à mulher submetida a mastectomia. 15º Congresso de Iniciação Científica. CONISC/SEMESP. Acedido em <http://conic-semesp.org.br/anais/files/2015/trabalho-1000019890.pdf>
- Areal, A., Nunes, S., Moreira, M., Faustino, M.A., Cardoso, L., & Sá, C. (2010). Infecção perinatal por *Streptococcus agalactiae* pode ser evitada: Prevalência da colonização em parturientes no Hospital São Marcos, factores de risco e a sua relação com a infecção perinatal. *Acta Pediátrica Portuguesa Sociedade Portuguesa de Pediatria*; 41(1), 16-21. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3510/1/A%20infec%C3%A7%C3%A3o%20peri-natal%20por%20Streptococcus%20agalactiae%20pode%20ser%20evitada.pdf>
- Arun M, Satish S, Anima P. Phytopharmacological Profile of *Jasminum grandiflorum* Linn. (Oleaceae). *Chin J Integr Med*. 2016; 22(4):311-20.
- Associação de Planeamento Familiar (2014). *Planeamento Familiar (PF)*. Acedido em <http://www.apf.pt/metodos-contracetivos>
- Associação para o Planeamento da Família (s.d.). *Dispositivo intrauterino e Sistema intrauterino*. Acedido em <http://www.apf.pt/metodos-contracetivos/dispositivo-intrauterino-e-sistema-intrauterino>
- Aveiro, C. (s.d.) *A Dor em obstetrícia*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalNelioMendonca_Dor_Obstetricia_Madeira.pdf

- Azevedo, V.M., Xavier, C.C., & Gontijo, F. de O. (2012). Safety of kangaroo mother care in intubated neonates under 1500g. *J Trop Pediatr*, 58:38-42.
- Barcelona De Mendoza V, Harville E, Savage J, Giarratano G. 2016. Association of complementary and alternative therapies with mental health outcomes in pregnant women living in a postdisaster recovery environment. *Journal of Holistic Nursing* 34:259–270.
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Barros, L. (2006). A unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção de desenvolvimento. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (297-316). Coimbra: Quarteto.
- Beltrán, S.O.A. (2016). The meaning of humanized nursing care for those participating in it: Importance of efforts of nurses and healthcare institutions. *Invest Educ Enferm.*; 34(1),18-28. doi: 10.17533/udea.iee.v34n1a03.
- Bertone, A.C., & Dekker, R.L. (2020). Aromatherapy in Obstetrics: A Critical Review of the Literature. *Clinical Obstetrics and Gynecology*; Vol. 0, 00, 1-17.
- Bertone, A.C., & Dekker, R.L. (2021). Aromatherapy in Obstetrics: A Critical Review of the Literature. *Clinical Obstetrics And Gynecology*; Volume 00, Number 00, 000–000
- Bø, K. (2012). Pelvic floor muscle training in treatment of female stress urinary incontinence, pelvic organ prolapse and sexual dysfunction. *World Journal of Urology*; 30(4), 437-443.
- Bø, K. e Hilde, G. (2013). Does it work in the long term?—A systematic review on pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*; 3(32), 215-223.
- Bueno, M., Costa, P., Oliveira, A.A.S., Cardoso, R., & Kimura, AF. (2013). Tradução e adaptação do Premature Infant Profile para língua portuguesa. *Texto Contexto Enferm.*; 22(1):29-35.
- Burns EE, Blamey C, Ersser SJ, Barnetson L, Lloyd AJ. An investigation into the use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice. *T J Altern Complement Med*. 2010; 6(2):141-7. 58.
- Chen SF, Wang CH, Chan PT, Chiang HW, Hu TM, Tam KW, Loh EW. 2018. Labor pain control by aromatherapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Women and Birth* 32(4):327–335.

- Chen, S.-F., Wang, C.-H., Chan, P.-T., Chiang, H.-W., Hu, T.-M., Tam, K.-W., & Loh, E.-W. (2018). *Labor pain control by aromatherapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. Women and Birth*. doi:10.1016/j.wombi.2018.09.010
- Chora, M. A., & Alves, N. M. (agosto de 2018). A amamentação como estratégia de alívio da dor no lactente: *Revisão sistemática*. 4(2), 1430-1441. Acedido em http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/245/40
- Colliere, M. (1999). *Promover a Vida - Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Costa A. (2011). *Massa pélvica. Manual de ginecologia*. Acedido em http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_09.pdf
- Costa, A.R.R. (2014). *Expetativas e experiência das parturientes relativas aos cuidados de Enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16331/1/RELAT%C3%93RIO%20Ana%20Raquel%20Costa.pdf>
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Craig, J.W., Glick, C., Phillips, R., Hall, S., Smith, J., & Browne, J. (2015). Recommendations for involving the family and developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology*, 35(1), S5-S8.
- Cruz, K. M. d., Matias, R., & Rivero-Wendt, C. L. G. (2021). O uso da aromaterapia durante o trabalho de parto: Caracterização do conhecimento do enfermeiro. *Research, Society and Development*, 10(11), 1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19417>
- Cruz, K.M., Matias, R., & Rivero-Wendt, C.L.G. (2021). The aromatherapy use's during labor: characterization of nurses' knowledge. *Research, Society and Development*, v. 10, 11, e68101119417, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19417>
- Dillaway, H. (2020). Living in Uncertain Times: Experiences of Menopause and Reproductive Aging (Capítulo 21). C. Bobel et al. (eds.). *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies* (pp. 253-268). https://doi.org/10.1007/978-981-15-0614-7_21
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da...de.../por-serie-880762-pdf.aspx?..>

- Direção-Geral da saúde (DGS) (2001). *Sexualidade, Planeamento Familiar e Reprodução – Coleção Informar as Mulheres n.º 14*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº: 9/SR, de 21/06/07. Interrupção Medicamentosa da Gravidez. Acedido em https://www.spdc.pt/files/legix/11268_3.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Norma 014/2010. Acedido em https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACA O%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- Dowling, D.A., Meier, P.P., Difiore, J.M., Blatz, M.A., & Martin, R.J. (2002). Cup-feeding for preterm infants: mechanics and safety. *J Hum Lact.*; 18: 13-20.
- Duarte, S.J.H., Matos, K.F., Oliveira, P.J.M., Matsumoto, A.H., & Morita, L.H.M. (2011). Fatores de risco para câncer cervical em mulheres assistidas por uma equipe de saúde da família em Cuiabá, MT, Brasil. *Ciencia Y Enfermeria*; XVII (1), 71-80. Acedido em https://scielo.conicyt.cl/pdf/cient/v17n1/art_08.pdf
- Félix, A.R.C. (2016). *Fatores que influenciam a escolha da via vaginal para a realização da histerectomia em patologia ginecológica benigna*. (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior. Ciências da Saúde. Acedido em https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/5303/1/4799_9598.pdf
- Félix, H. C. R., Corrêa, C. C., Matias, T. G. da C., Parreira, B. D. M., Paschoini, M. C., & Ruiz, M. T. (2019). *The Signs of alert and Labor: knowledge among pregnant women*. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 19(2), 335–341. doi:10.1590/1806-93042019000200005
- Ferraz, L. P. L. (2017). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Acedido em <http://web.esenfc.pt/?url=Jt66xDHu>
- Ferraz, L., Schneider, L.R., Pereira, R.P.G., & Pereira, A.M.R.C. (2020). Ensino e aprendizagem da prática baseada em evidências nos cursos de Enfermagem e Medicina. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 101(257), 237-250. <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.101i257.4424>
- Ferreira, M.P. (2017). *Reabilitação da mulher mastectomizada da informação à capacitação*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Acedido em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1959/1/Marilia_Ferreira.pdf

- Ferreira, S.M. de A., Panobianco, M.S., Gozzo, T.H. de O., & Almeida, A.M. de (2103). A sexualidade da mulher com câncer de mama: análise da produção científica de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis; 22(3): 835-842. Acedido em <https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a33.pdf>
- Figueiredo, N.M.A., & Viana, D.L. (2008). *Tratado Prático de Enfermagem*. São Paulo: Yendis.
- Garlock, A. E., Arthurs, J. B., & Bass, R. J. (2017). Effects of Comfort Education on Maternal Comfort and Labor Pain. *The Journal of perinatal education*, 26(2), 96–104. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.26.2.96>
- Gee Youn G, Hyojung P. 2017. Effects of aroma inhalation therapy on stress, anxiety, depression, and the autonomic nervous system in high-risk pregnant women. *Korean Journal of Women Health Nursing* 23:33–41
- Graça, L.M. da (2012). *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa-Porto: Lidel.
- Guerreiro, C. (2012). *VIH, gravidez e saúde da mulher*. GAT. Acedido em https://www.gatportugal.org/public/uploads/publicacoes/brochuras/03Gravidez_FINAL_site.pdf
- Guia Orientador dos Estágios do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (2018). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Hamdamian S, Nazarpour S, Simbar M, Hajian S, Mojab F, Talebi A. 2018. Effects of aromatherapy with *Rosa damascena* on nulliparous women's pain and anxiety of labor during first stage of labor. *Journal of Integrative Medicine* 16:120–125.
- Hamdamian S, Ojab F, Hajian S, Talebi. Investigation of efficacy of *rosa amascene* aroma on intensity of pain and anxiety in first stage of labor on primiparous in Jajarm javadolame hospital in 2013. [Master Thesis]. Tehran, Iran: Faculty of Nursing and Midwifery of Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2014. (Persian).
- Hamdamian, S., Nazarpour, S., Simbar, M., Hajian, S., Mojab, F., & Talebi, A. (2018). Effects of aromatherapy with *Rosa damascena* on nulliparous women's pain and anxiety of labor during first stage of labor. *Journal of Integrative Medicine*, 16(2), 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.joim.2018.02.005>
- Hintz, H. C. & Baginski, P. H. (2012). Vinculo Conjugal e Transição para a Parentalidade: Fragilidades e possíveis Superações. *Revista Brasileira de Terapia Familiar*. 4 (1), 10-22. Acedido em <http://www.abratef.org.br/2016/Revista-vol4/RevistaAbratef-V4-pag-10-22.pdf>

- HPA Saúde (2020). *Consulta de Doenças Autoimunes*. Acedido em <https://www.grupohpa.com/pt/especialidades-e-consultas/consulta-de-doencas-autoimunes/>
- Iranpour, R., Armanian, A-M., Abedi, A-R. et al.(2019). Nasal high-frequency oscillatory ventilation (nHFOV) versus nasal continuous positive airway pressure (NCPAP) as an initial therapy for respiratory distress syndrome (RDS) in preterm and near-term infants. *BMJ Paediatrics Open*; 3:e000443. doi:10.1136/ bmjpo-2019-000443
- Jangaard, K.A., & Allen, A.C. (2012). Changes in practice patterns for treatment of hyperbilirubinemia in healthy, full term infants in Nova Scotia, Canada following the AAP practice parameters. *Pediatr Res.*; 51:34A.
- 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. *Journal of Reproduction and Infertility* 19:32–38.
- Judha., Mohamad., et al. (2015). *Teori Pengukuran Nyeri & Nyeri Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kaunitz, A. M., & Manson, J. E. (2015). Management of Menopausal Symptoms. *Obstetrics and gynecology*; 126(4), 859–876. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001058>
- Kheirkhah M, Pour NSV, Nisani L, Haghani H. Comparing the effects of aromatherapy with rose oils and warm foot bath on anxiety in the first stage of labor in nulliparous women. *Iran Red Crescent Med J*. 2014; 16(9):e14455
- Knez, J., Day, A., & Jurkovic, D. (2014). Ultrasound imaging in the management of bleeding and pain in early pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*; 28(5), 621–36. Acedido em <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521693414000601>
- Kolcaba, K.Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs*; 19, 1178–1184.
- Kolcaba, K.Y., & Fisher, E.M. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Crit Care Nurs Q*; 18, 66–76.
- Kolcaba, K.Y., & Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *J Holist Nurs*; 18, 46–62.
- Konlan, K. D., Afaya, A., Mensah, E., Suuk, A. N., & Kombat, D. I. (2021). *Non-pharmacological interventions of pain management used during labour; an exploratory descriptive qualitative study of puerperal women in Adidome Government*

Hospital of the Volta Region, Ghana. Reproductive Health, 18(1). doi:10.1186/s12978-021-01141-8

- Lamadah SM, Nomani I. 2016. The effect of aromatherapy massage using lavender oil on the level of pain and anxiety during labour among primigravida women. *American Journal of Nursing Science* 5:37–44
- Liao CC, Lan SH, Yen YY, Hsieh YP, & Lan SJ. (2021). Aromatherapy intervention on anxiety and pain during first stage labour in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol.*;41(1):21-31. doi: 10.1080/01443615.2019.1673707.
- Lima, J.V.F., Guedes, M.V.C., Silva, L.F., Freitas, M.C., & Fialho, A.V.M. (2016). Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. *Rev Gaúcha Enferm.*; 37(4), 1-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.65022>.
- Magalhães, F.J., Rolim, K.M.C., Pinheiro, I.O., Fernandes, H.I.V., Santos, M.S.N., Albuquerque, F.H.S., & Aragão, B.F.F. (2020). Eficácia da sacarose no alívio da dor de recém-nascidos: revisão integrativa da literatura. *Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde.*; 5(2), 125-134. DOI:<https://doi.org/10.5935/2446-5682.20200022>
- Mahbubeh, T. & Hamed, M. 2020. The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. *Ethiop J Health Sci.*; 30(3):449.doi:<http://dx.doi.org/10.4314/ejhs.v30i3.16>
- Maia, M., Da Roza, T., & Mascarenhas, T. (2015). O pavimento pélvico da mulher atleta – perspectiva uroginecológica. *Acta Obstétrica Ginecológica Portuguesa*; 9(1), 56-64.
- Makvandi S, Mirteimoori M, Najmabadi KM, Sadeghi R. 2016. A review of randomized clinical trials on the effect of aromatherapy with lavender on labor pain relief. *Nursing & Care Open Access Journal* 1:42–47.
- Makvandi, Somayeh., Mirteimoori, Masoumeh., Najmabadi, K. M., & Sadeghi, R. (2016). A randomized clinical trial review of influence aromatherapy with lavender in labor pain relief. *Medcrave Nursing & Care Open Access Journal*, 1(3), 42–47
- Manaf SA, Yuniwati C, Dewi S, Harahap LK. The Effect of Lavender and Rose Aromatherapy on the Intensity of Active Phase Childbirth Pain in the Banyak Payed Community Health Center, Aceh Tamiang Regency, Indonesia. *Open Access Maced J Med Sci* [Internet]. 2020 Aug. 25 [cited 2022 Mar. 24];8(E):494-7. Available from: <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/4744>

- Mohamed M., Hadayat A., Ragaa A., Sally A. (2015). Effectiveness of Aromatherapy with Lavender Oil in Relieving Post Caesarean Incision Pain: *Journal of Surgery*; 3(2-1): 8-13
- Nehbandanii Z, Rezayee Kahkha Galeh M, Bordbari M, Koochakzai M. Comparison the effects of aromatherapy with rose extract and lavender on the pain of the active phase of labor in primipara women. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2018; 23(5):45- 54.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Observatório Nacional da Diabetes (2016). *Diabetes: Factos e Números 2015: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 12/2016*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Acedido em <http://www.apdp.pt/comunicacao/revista-apdp/Publication/43-Diabetes-Factos-e-Numeros-2016>
- Oliveira, P. (2020). *Pernas inchadas na gravidez*. Acedido em <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/guia-de-saude/saude-e-bem-estar/187/pernas-inchadas-gravidez>
- Oliveira, T.C., Silva, A.L.L., Oliveira, J.F.S., Pereira, E.A.T. & Trezza, M.C.S.F. (2018). A assistência de enfermagem obstétrica à luz da teoria dos cuidados de Kristen Swanson. *Enferm. Foco*; 9 (2), 3-6. Acedido em <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/1138/434>
- OMS. (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar: resumen de orientación. Acedido em <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/272435>
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Assegurar a qualidade dos cuidados na área da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica a que os cidadãos têm direito. Parecer nº45/2014, 2014.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 30.05.2018. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LivroBolso_EE_SMO.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: OE.

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019) Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da Republica, 2ª série – Nº 26 – 6 de Fevereiro de 2019. Acedido em 30 de maio de 2021, em <https://dre.pt/application/file/a/119189160>
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Postnatal Care for Mothers and Newborns- Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines*. Acedido em World wealth Organization: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/publications/WHOMCA-PNC-2014-Briefer_A4.pdf?ua=1
- Ozgolli G, Saei Ghare Naz M. Effects of complementary medicine on nausea and vomiting in pregnancy: a systematic review. *Int J Prev Med*. 2018;9:75.
- Palma, S.E.C. (2017). *Interrupção Voluntária de Gravidez: o porquê desta escolha...* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20992/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20IVG%20-Sara%20FINALISSIMA2.pdf>
- Parecer n.º 04/2011. *Competência para auscultação de batimentos cardíacos fetais e avaliação da altura de fundo uterina*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Parecer4_MCEESMO.pdf
- Paviani, A.B., Trigueiro, T.H., & Gessner, R. (2019). O uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto: revisão de escopo. *REME – Rev Min Enferm.*; 23:e-1262. DOI: 10.5935/1415-2762.20190110.
- Pereira, M.I.F.L. (2012). *A necessidade de visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=101666>.
- Posner, G. D., Dy, J., Black, A. Y., & Jones, G. (2014). *Trabalho de parto e parto de Oxorn e Foote* (6a ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Probo, A., Soares, N., Silva, V., & Cabral, P. (2016). Níveis dos sintomas climatéricos em mulheres fisicamente ativas e insuficientemente ativas. *Revista Brasileira de*

Atividade Física & Saúde; 21(3), 246–254. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.21n3p246-254>

Rashidi-Fakari F, Tabatabaeichehr M, Mortazavi H. 2015. The effect of aromatherapy by essential oil of orange on anxiety during labor: a randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 20:661–664.

Redol, F., Rocha, C. (2016). Avaliação da Função Eliminação. In Cristina Marques-Vieira, Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 189-202) Loures: Lusodidacta.

Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República: 2ª série, Nº 26, 6/02, p. 4744-4750*. Acedido em <https://www.dre.pt>

Regulamento n.º 391/2019 Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019*. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>

Regulamento n.º 391/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019*. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>

Rodrigues, L.P.S. (2014). *Efeitos no feto da ingestão de álcool durante a gravidez*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando. Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde. Acedido em https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4859/1/PPG_26299.pdf

Rosa, R.L.L. (2018). *Cardiotocografia vs STAN: as diferenças nos partos no Centro Hospitalar Cova da Beira entre 2015 e 2016*. (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior. Ciências da Saúde. Acedido em https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8900/1/6078_12740.pdf

Russell, C.L. (2015). An overview of the integrative research review. *Prog Transplant.*; 15(1), 8-13. PMID: 15839365.

Safarzadeh A, Khodakarami N, Fathizadeh N, Safdari F. The effect of massage therapy on the severity of labor in primiparous women. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2008; 9 (4): 20-25

Sahile, E., Yemaneh, Y., Alehegn, A., Nigussie, W., Salahuddin, M., Yekoye, A., & Gebeyehu, N. (2017). *Practice of Labour Pain Management Methods and Associated Factors among Skilled Attendants Working at General Hospitals in Tigray Region*,

- North Ethiopia: Hospital Based Cross-Sectional Study Design. Health Science Journal, 11(4).* doi:10.21767/1791-809x.1000516
- Santo, S., Ayres-de-Campos, D., Costa-Santos, C., Schnettler, W., Ugwumadu, A., & Da Graça, L. M. (2017). Agreement and accuracy using the FIGO, ACOG and NICE cardiotocography interpretation guidelines. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 96(2)*, 166–175. doi:10.1111/aogs.13064
- Santo, S.F. (2018). *Avaliação da concordância e da fiabilidade das normas de orientação da FIGO, ACOG e NICE para a interpretação da cardiotocografia*. Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina. Acedido em https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/38764/1/ULSD733056_td_Susana_Santo.pdf
- Santos, C.I.P. (2014). *Tradução, adaptação cultural e validação da Parental Stress Scale Neonatal Intensive Care Unit para a população Portuguesa*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Scarpelini, P., Freitas, A.O., Silva, G.C., & Haddad, C.A.S. (2014). Protocolo de ginástica hipopressiva no tratamento da incontinência urinária pós-prostatectomia: relato de caso. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*; Vol. 11, 23. Acedido em <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/viewFile/183/u2014v11n23e183>
- Scott, MD., Kelly, M. (2014). Pelvic Floor Rehabilitation in the Treatment of Fecal Incontinence. *Clinics in Colon and Rectal Surgery, 27*, 99-105. Acedido em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4174224/>
- Serviço Nacional de Saúde (2021). *Etapas no Acesso à IVG Segura em Portugal*. Acedido em <http://www.hospitaldeguimaraes.min-saude.pt/2020/11/24/ivg/>
- Silva, S.C.S.B., Medina, E.T., Oliveira, T.B., & Valverde, S.S. (2018). A aplicação da aromaterapia como método de alívio da dor em gestantes: uma revisão integrativa. *Vitalle – Revista de Ciências da Saúde*; v. 31, 1, 61-73. <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/7875/VITTALLE08.pdf?sequence=1>
- Silva, T.M.C. de, & Lopes, M.I. (2020). A expectativa do casal sobre o plano de parto. *Revista de Enfermagem Referência*; 5(2), 1-8. Doi: 10.12707/RIV19095.
- Smith, L.K., Dickens, J., Bender, R.A., Bevan, C., Fisher, J., & Hinton, L. (2020). Parents' experiences of care following the loss of a baby at the margins between miscarriage, stillbirth and neonatal death: a UK qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics*; 868-874. DOI: 10.1111/1471-0528.16113
- Soares, D.M. (2018). *Interrupção de Gravidez no Centro Materno Infantil do Norte: Análise descritiva no ano de 2017*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências

Biomédicas Abel Salazar, Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/115386/2/283283.pdf>

Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2017). *Consenso Nacional sobre Miomas Uterinos*. Capítulo 3, 35-39. Acedido em www.spginecologia.pt/uploads/Consensos-sobre-miomas-2017-165x220-V12.pdf.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018a). *Nutrição Parentérica Neonatal: Atualização da Recomendação da Sociedade Portuguesa de Neonatologia – 2018*. Acedido em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/10/Recomenda%C3%A7%C3%B5es-NP-neonatal-2018.pdf>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018b). Consenso Clínico “A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro”. Edição n.º 2/2018

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018c). Consenso Clínico “O Som na Unidade de Neonatologia”. Edição n.º 1 / 2018

Sriasih NGK, Ariyani NW, Mauliku J, Budiani NN, Mallongi A. 2018. Frangipani aromatherapy oil in the massage of labor first stage reduced events perineum ruptur spontan at the labo. *Indian Journal of Public Health Research & Development* 9:1477–1482.

Tabatabaeichehr, M., & Mortazavi, H. (2020). The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. *Ethiopian journal of health sciences*, 30(3), 449–458. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i3.16>

Tanvisut R, Traisrisilp K, Tongsong T. 2018. Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 297:1145–1150

Türkmen H, & Turfan EÇ. (2019). The effect of acupressure on labor pain and the duration of labor when applied to the SP6 point: Randomized clinical trial. *Japan Journal Of Nursing Science*; 17(1): 1-9.

Unidade de Nutrição e Dietética Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (2018). *Recomendações gerais na gravidez*. Acedido em https://www.chuc.min-saude.pt/media/Unidade_Nutricao_Dietetica/Diabetes_Gestacional_UND_2018.pdf

Van der Gucht, N., & Lewis, K. (2015). Women’s experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research. *Midwifery*; 31, 349-358.

Vaz. A.M.B.O.D.M. (2017). *Comportamentos e atitudes dos estudantes do ensino superior em relação à sexualidade*. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/320560461_COMPORAMENTOS_E_ATIT

UDES_DOS_ESTUDANTES_DO_ENSINO_SUPERIOR_EM_RELACAO_A_SEXUALIDADE

- Vaziri F, Shiravani M, Najib FS, Pourahmad S, Salehi A, Yazdanpanahi Z. 2017. Effect of lavender oil aroma in the early hours of postpartum period on maternal pains, fatigue, and mood: a randomized clinical trial. *International Journal of Preventive Medicine* 8:29.
- Veloso, P.C.G.M. (2019). *A Deambulação na Evolução do Primeiro Estádio do Trabalho de Parto: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Santarém.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Williams, A.M., Lester, L., Bulsara, C et al. (2017). Patient Evaluation of Emotional Comfort Experienced (PEECE): developing and testing a measurement instrument. *BMJ Open*; 7, 1-9. e012999. doi:10.1136/bmjopen-2016- 012999
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: Autor. Disponível em <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Yazdkhasti M, Pirak A. 2016. The effect of aromatherapy with lavender essence on severity of labor pain and duration of labor in primiparous women. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 25:81–86.
- Zacarias, V.I.M. (2011). *A arte da enfermagem comunitária na transição para a parentalidade*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9413/1/RELATORIO.pdf>