

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

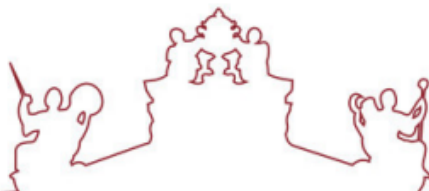
Medidas não Farmacológicas no Trabalho de Parto: Níveis de Dor e Ansiedade

Filipa Daniel Coelho

Orientador(es) | Ana Maria Aguiar Frias

Évora 2021





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

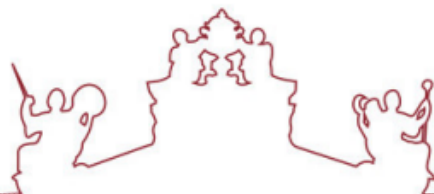
Medidas não Farmacológicas no Trabalho de Parto: Níveis de Dor e Ansiedade

Filipa Daniel Coelho

Orientador(es) | Ana Maria Aguiar Frias

Évora 2021





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus:

Presidente | M. Sim-Sim (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Maria Aguiar Frias (Universidade de Évora) (Orientador)
Paula Bilo (Universidade de Évora) (Arguente)

Évora 2021





“A possibilidade de realizarmos um sonho é o que torna a vida interessante”

Paulo Coelho



Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer à Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias por todo o apoio, disponibilidade, empenho e por todos os ensinamentos que possibilitaram a realização deste trabalho.

A caminhada foi longa, contudo, as orientações fornecidas e os saberes transmitidos foram peças-chave na realização do mesmo.

Quero agradecer também a todo o pessoal docente que me ajudou, transmitindo-me os conhecimentos necessários para chegar ao fim desta jornada;

À minha família pelo apoio e incentivo persistente e por acreditarem sempre que eu era capaz;

Ao meu marido pela motivação, compreensão e colaboração prestada no decorrer do desenvolver desta caminhada;

Às colegas do Serviço de Obstetrícia que sempre colaboraram comigo, me apoiaram e incentivaram a nunca desistir, e em particular à minha colega e companheira Cora Moreira, que foi para mim sempre um grande apoio ao longo destes dois anos.

A todos os meus sinceros agradecimentos.



Resumo

Título: Medidas não Farmacológicas no Trabalho de Parto: Níveis de Dor e Ansiedade

Introdução: No Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora, desenvolve-se o Estágio de Natureza Profissional, que tem como finalidade adquirir competências específicas referentes ao enfermeiro especialista.

Objetivo: Descrever através do relatório o processo de aquisição de competências nas várias áreas da Saúde Materna e Obstétrica. **Metodologia:** Descrição e análise das diversas vivências ocorridas durante o estágio. Apresentação dos resultados sobre os sentimentos da mulher durante o trabalho de parto e da aplicação do uso de medidas não farmacológicas. **Resultados:** Adquiridas as competências comuns e específicas. A aplicação de medidas não farmacológicas foi inferior à desejada. O uso deste tipo de medidas não é, de todo, frequente nas instituições de saúde. **Conclusão:** A diversidade de experiências permitiram o desenvolvimento de competências clínicas e de Investigação. Os resultados do estudo demonstram a importância das técnicas não farmacológicas.

Palavras-Chave: Trabalho de parto; Dor do parto; Enfermagem obstétrica; Parto normal; Parto humanizado.



Abstract

Title: Non-Pharmacological Measures in Childbirth: Levels of Pain and Anxiety

Introduction: In the Masters in Maternal and Obstetric Health Nursing at the University of Évora, the Professional Nature Internship is developed, which aims to acquire specific skills related to the specialist nurse. **Objective:** To describe through the report the process of acquiring skills in the various areas of Maternal and Obstetric Health. **Methodology:** Description and analysis of the different experiences that occurred during the internship. Presentation of the results about the woman's feelings during labor and the application of the use of non-pharmacological measures. **Results:** Common and specific skills acquired. The application of non-pharmacological measures was less than desired. The use of this type of measures is not at all frequent in health institutions. **Conclusion:** The diversity of experiences allowed the development of clinical and research skills. The results of the study demonstrate the importance of non-pharmacological techniques.

Key words: Labor; Labor pain; Obstetric nursing; Normal birth; Humanized birth.



Índice do Relatório de Estágio

1 – INTRODUÇÃO	10
2 – CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	13
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO	13
2.2 – METODOLOGIA	23
3 – CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	28
3.1 – CONCETUALIZAÇÃO.....	28
3.2 – METODOLOGIA	32
3.3 – RESULTADOS.....	34
4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	44
4.1 – COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS	44
4.2 – ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	47
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	65
ANEXO A - Sub-Escala.....	66
APÊNDICES	68
APÊNDICE A – Plano	69
APÊNDICE B - Cronograma	71
APÊNDICE C - Pedido de autorização do instrumento de recolha de dados - Autores	73
APÊNDICE D - Consentimento informado	75
APÊNDICE E – Pedido de Autorização para Pesquisa	77
APÊNDICE F - Sessão de Educação para a Saúde	79
APÊNDICE G – Guião sobre a Segurança Rodoviária do RN	89



Índice de Figuras

Figura 1. Gráfico do n.º de Partos, nos anos 2017, 2018 e 2019, em Évora	14
Figura 2. Gráfico do Tipo de Partos, nos anos 2017, 2018 e 2019, em Évora	15
Figura 3. Gráfico de n.º de Partos, nos anos 2017, 2018 e 2019, em Beja.....	16
Figura 4. Gráfico de Tipo de Partos, nos anos 2017, 2018 e 2019, em Beja	17
Figura 5. Gráfico de n.º de Partos, nos anos 2017, 2018 e 2019, em Portimão	21
Figura 6. Gráfico de Tipo de Partos, nos anos 2017, 2018 e 2019, em Portimão	21
Figura 7. Quadro de experiências clínicas	26
Figura 8. Quadro de alfa de Cronbach.....	35
Figura 9. Gráfico de Frequência relativa da variável Tensa_Irritada	36
Figura 10. Gráfico de Frequência relativa da variável Assustada_Medo.....	37
Figura 11. Gráfico de Frequência relativa da variável Preocupada.....	38
Figura 12. Gráfico de Frequência relativa da variável Relaxar	39
Figura 13. Gráficos de Frequência relativa da variável Assustada_Borboletas	40
Figura 14. Gráfico de Frequência relativa da variável Não_Sossegada.....	41
Figura 15. Gráfico de Frequência relativa da variável Pânico	42



1 – INTRODUÇÃO

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus-Universidade de Évora, confere o título de especialista reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), tendo como objetivo especializar enfermeiros para cuidar a mulher, família e comunidade, no ciclo gravídico-puerperal assim como na área da saúde sexual e reprodutiva (OE, 2019b). Este Mestrado confere também o grau académico de Mestre que será obtido após a realização e aprovação das provas públicas com a discussão do relatório aqui desenvolvido.

Cabe ao enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica assumir no exercício das suas funções, em situações de baixo risco, as intervenções autónomas em que estão envolvidos processos fisiológicos e de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher. Em situações de médio e alto risco deve assumir as intervenções autónomas e interdependentes em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019b).

O atual Mestrado teve a duração de 2 anos, sendo que o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final ocorreu no 2.º ano do mesmo. O estágio efetuado é de natureza profissional e teve como objetivo adquirir, desenvolver e sedimentar competências comuns aos Enfermeiros Especialistas e Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Foi realizado um Relatório Final de carácter crítico e reflexivo, com o objetivo de descrever e analisar as competências desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, das diversas áreas da Saúde Materna e Obstétrica e desenvolver o tema: o uso das medidas não farmacológicas no trabalho de parto e a sua relação com os níveis de dor e ansiedade, de forma a apresentar os contributos que visem melhorar as intervenções dos EEESMO.

Segundo Gallo et al. (2011), o reforço da autonomia da parturiente, é a principal vantagem na utilização de recursos não farmacológicos (deambulação, exercícios respiratórios, bola suíça, banho de imersão e de chuveiro, técnicas de relaxamento, entre



outros). Este reforço proporciona assim uma participação ativa da mulher e seu acompanhante, durante o parto e nascimento, e são poucas as suas contraindicações e efeitos colaterais, promovendo assim benefícios para a parturiente.

O parto, para a maioria das mulheres, produz ansiedade sendo a dor uma das principais preocupações das parturientes durante o trabalho de parto (Davim, Torres & Melo, 2007). Algumas mulheres, referem-na como uma dor bastante intensa, desgastante, sofrida e aterrorizante (Ruano, Prohaska, Tavares & Zugaib, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) existem condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas, entre as quais a não utilização, para alívio da dor, de métodos invasivos e de métodos farmacológicos durante o trabalho de parto e privilegiar o uso de métodos como a massagem e as técnicas de relaxamento. Nem todos os métodos não farmacológicos são eficazes no alívio da dor, no entanto, estes reduzem a ansiedade e o stress da parturiente, fazendo com que sintam satisfação (Gayeski & Bruggemann, 2010).

O tema abordado neste relatório e sobre o qual recaiu o interesse ao longo do estágio, Medidas não Farmacológicas no Trabalho de Parto: Níveis de Dor e Ansiedade, foi escolhido para conhecer e dar a conhecer a relação entre o nível de dor e ansiedade durante o trabalho de parto e o uso das medidas não farmacológicas com a finalidade de se implementar algumas destas medidas no Serviço de Obstetrícia do Hospital José Joaquim Fernandes em Beja, serviço esse onde se utilizam poucos métodos não farmacológicos para o alívio da dor e da ansiedade durante o trabalho de parto.

É proposto o uso dos métodos não farmacológicos para substituir os anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto e também com a finalidade de tornar o parto o mais natural possível, diminuindo assim todas as possíveis intervenções (Silva, Strapasson & Fischer, 2011). É um tema pouco aprofundado pelos profissionais de saúde e espera-se com este estudo conseguir-se colocar esta prática em ação.

Futuramente, enquanto EEESMO, a intervenção é fundamental ao longo de toda a gravidez, parto e puerpério. Há um conjunto de competências que permitem analisar todo



o ambiente envolvente das grávidas / parturientes / puérperas no decorrer de todas estas fases, e assim puder atuar com autonomia.

O presente trabalho está escrito de acordo com as normas da American Psychological Association (APA, 2019) e em conciliação com o Novo Acordo Ortográfico. O texto está organizado em títulos e subtítulos de acordo com o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Inicialmente constituído pela presente introdução, seguindo-se o contexto clínico do Estágio de Natureza Profissional, o contributo para a melhoria da assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências comuns dos enfermeiros especialistas e Especificas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, as considerações finais, as referências bibliográficas e por fim os respetivos anexos e apêndices.



2 – CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

No decorrer do 2.º semestre do 2.º ano do curso, foram realizados vários ensinamentos clínicos, divididos por semestres, constituindo o estágio. No 1.º semestre os ensinamentos clínicos desenvolveram-se nas seguintes áreas: Ginecologia e Grávidas Patológicas, Cuidados de Saúde Primários e Bloco de Partos, com a duração de 6 semanas cada um. No 2.º semestre os ensinamentos clínicos desenvolveram-se nas áreas de Bloco de Partos diferenciado, Puerpério e Bloco de Partos, com a duração de 18 semanas no total.

Três ensinamentos clínicos foram realizados no serviço de Obstetrícia do Hospital José Joaquim Fernandes (HJF), em Beja, serviço esse onde exerce funções. Este integra a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA). Os restantes ensinamentos clínicos foram realizados no serviço de Obstetrícia/Ginecologia do Hospital Espírito Santo de Évora (HESE), na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) em Beja e no Hospital do Barlavento Algarvio, em Portimão.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

Segundo Evangelista & Ivo (2014) é durante a execução do estágio que encontramos a oportunidade para adquirir novos conhecimentos, conseguindo assim ajustar os teóricos aos práticos. É este o período que o estudante tem a hipótese de desenvolver competências profissionais através da aquisição de conhecimentos (Bernardes et al., 2018; Evangelista & Ivo, 2014). O estágio é, assim, um bom método para auxiliar na formação do aluno dando origem a uma aprendizagem significativa devido ao desenvolvimento de competências e habilidades, colaborando para a formação de profissionais mais competentes, enfrentando assim as exigências e os desafios de todo o contexto profissional (Lima & Negreiros, 2018).

Foram seis os contextos clínicos onde houve a oportunidade de contactar e conhecer as diversas formas de trabalho. É certo que cada serviço trabalha de sua forma



e todos eles com realidades diferentes daquelas com que estamos familiarizados. Estes seis contextos clínicos decorreram em 6 áreas geográficas distintas.

O ensino clínico de Ginecologia e Grávidas Patológicas desenvolveu-se no serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE.

Atualmente Évora é constituída por cerca de 152.299 habitantes (PORDATA, 2020). O HESE tem capacidade de resposta para toda a região do Alentejo. Trata-se de um hospital central (Sistema Nacional de Saúde (SNS), 2020). No que diz respeito aos dados estatísticos (HESE, 2019), verifica-se que o número de partos tem vindo a sofrer um decréscimo (Figura 1).

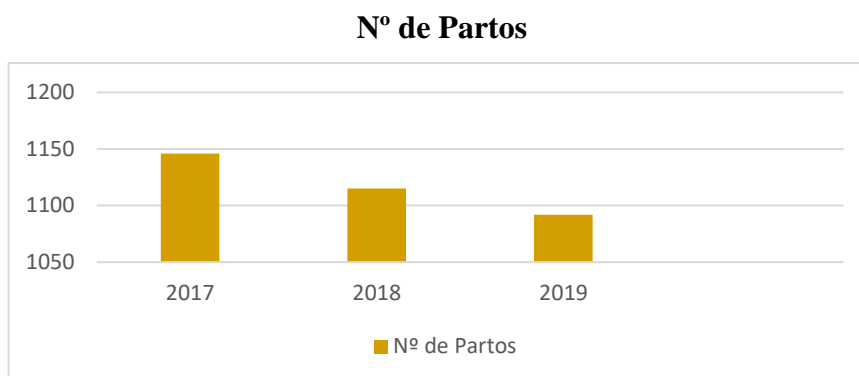
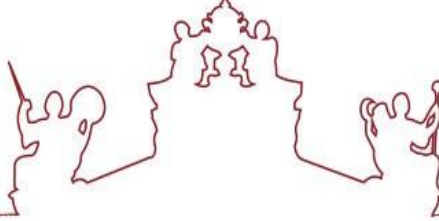


Figura 1. Gráfico do n.º de Partos, nos anos 2017, 2018 e 2019, em Évora

Em 2017 foram realizados no HESE, 1146 partos enquanto que em 2019 o número de partos desceu para 1092. Estes números contrariam a tendência a nível nacional, uma vez que em 2017 foram realizados 85315 partos e em 2019 um total de 85963 (PORDATA, 2020), provavelmente reflexo da interioridade e do envelhecimento da população no Alentejo.

Relativamente ao tipo de partos, verifica-se que os partos eutócicos se mantêm, as cesarianas tendem a aumentar gradualmente, as ventosas diminuíram desde 2017 e os fórceps também diminuíram ligeiramente desde 2017 (Figura 2).



Considera-se a diminuição do uso de fórceps e ventosas um aspeto positivo. No entanto, o aumento do número de cesarianas pode significar um abuso da técnica, principalmente se forem planeadas. Demonstra também, muitas vezes, o desconhecimento dos benefícios do parto eutócico para a mãe e bebé (Melchiori et al. 2009).

Tipo de Partos

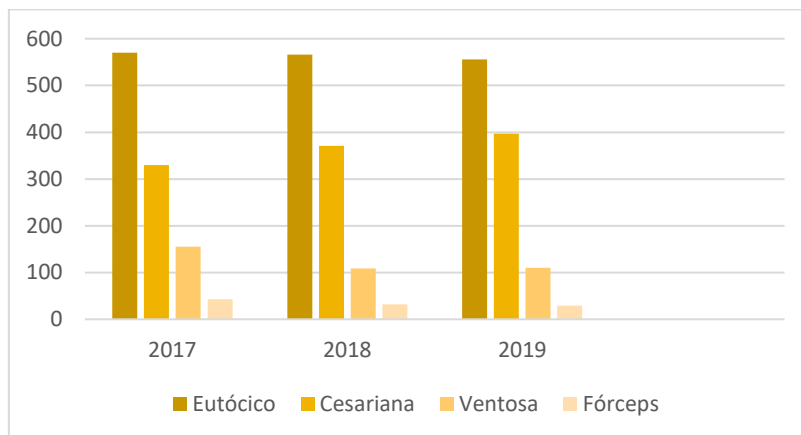
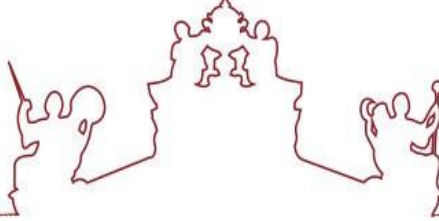


Figura 2. Gráfico do Tipo de Partos, nos anos 2017, 2018 e 2019, em Évora

O serviço de Obstetrícia/Ginecologia encontra-se situado no 3.º piso do edifício. O serviço de Ginecologia, Gravidez Patológica, Parto e Puerpério deste Hospital, na área de Ginecologia/Obstetrícia, assiste a mulher grávida (e sua família) ao longo de todos os estádios da gravidez e nascimento. Este serviço integra a rede nacional de Hospitais de apoio perinatal diferenciado. Dele fazem parte: 30 enfermeiros, 8 médicos especialistas, 2 internas da especialidade, 11 assistentes operacionais, 3 administrativas e 1 segurança. Este serviço é composto por Receção, uma sala de admissões e 4 gabinetes (Gabinete de Consulta de Diagnóstico pré-natal, Gabinete do Diretor de Serviço, Sala de Reuniões, Gabinete Médico, Gabinete de Enfermagem e Gabinete de Triagem de Recém-Nascidos).



Dispõe ainda de 12 enfermarias, 7 com três camas cada e 5 com duas camas cada. Existe, ainda, sala de testes auditivos, sala de tratamentos, 5 wc (1 deles com duche), zona de sujos, zona restrita para o pessoal de serviço, arrecadação, vestiário, copa, sala de esvaziamento mamário e sala do cantinho da amamentação. O cantinho da amamentação é um espaço reservado única e exclusivamente à amamentação e nele é feito um acompanhamento às mães quando surgem dificuldades nos primeiros dias de amamentação. Segundo Barbosa et al. (2017), uma má técnica dificulta o esvaziamento da mama, e isto pode afetar a produção do leite, levando ao abandono da amamentação.

O estágio de Cuidados de Saúde Primários desenvolveu-se na UCSP em Beja. Os cuidados de saúde primários compõem o centro de gravidade de qualquer sistema de saúde e também a do SNS. Por isso, a sua evolução é de importância fundamental para o bom desempenho do SNS (Lopes & Sakellarides, 2021).

Atualmente Beja, com cerca de 126.692 habitantes (PORDATA, 2020), estendendo-se por 14 concelhos: Almodôvar, Aljustrel, Odemira, Alvito, Barrancos, Beja, Castro-Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Vidigueira e Serpa.

No que diz respeito aos dados estatísticos (ULSBA, 2019), verifica-se que em Beja também o número de partos tem vindo a sofrer um decréscimo (Figura 3).

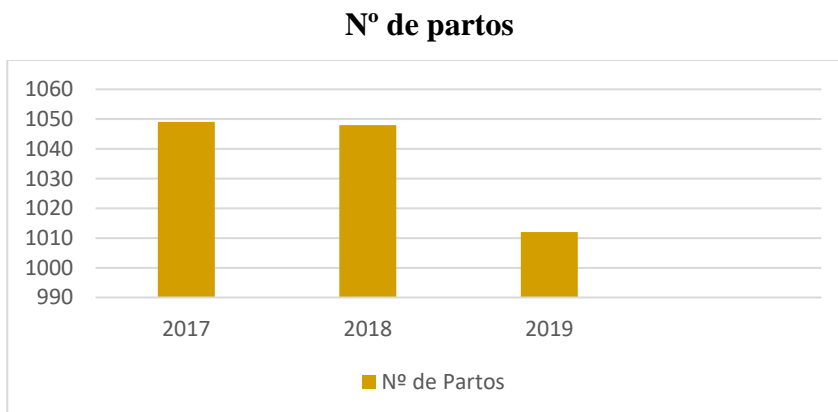
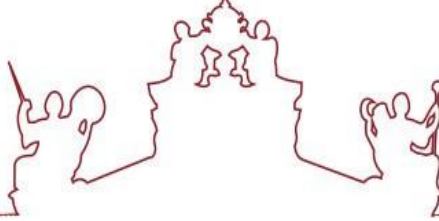


Figura 3. Gráfico de n.º de Partos, nos anos 2017, 2018 e 2019, em Beja



Quanto ao tipo de partos, conclui-se pela análise da Figura 4, que os partos eutócicos aconteceram em maior número face aos restantes tipos de parto, verificando-se uma diminuição nos partos distócicos.

Tipo de Partos

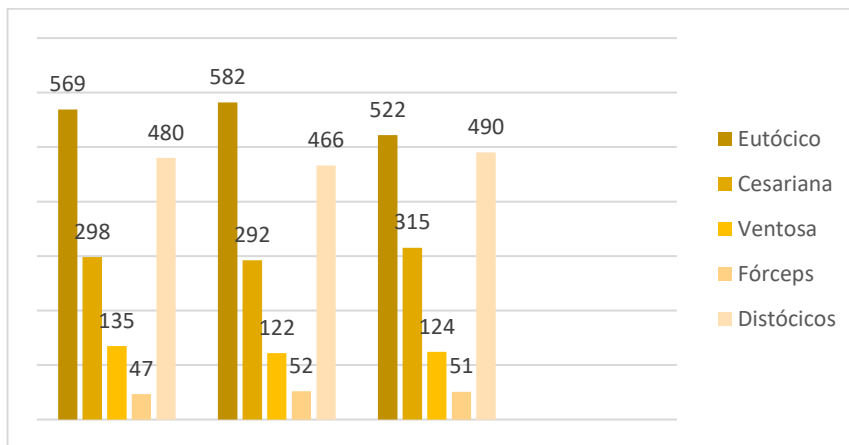


Figura 4. Gráfico de Tipo de Partos, nos anos 2017, 2018 e 2019, em Beja

O departamento de Saúde Materna encontra-se situado no piso 0 do edifício. No que diz respeito aos recursos materiais, esta unidade é dispõe de um cardiotocógrafo, um detetor de batimentos cardio-fetais, uma marquesa, uma cadeira de rodas, uma balança, um monitor de tensão arterial, material informático, pósteres, folhetos informativos e material de apoio à amamentação. Deste departamento também se desenvolvem as sessões de preparação para o parto, 2 vezes por semana, com os seguintes temas: trabalho de parto (teoria e filme), exercícios de respiração, cuidados ao recém-nascido (RN) e puerpério. As aulas de preparação para o parto são sem dúvida uma mais valia para as grávidas/família, pois são nestes momentos de ensino que elas expõem todas as dúvidas e lhes é explicado detalhadamente o que fazer em cada situação que pode ocorrer. Tornando-as mais confiantes e seguras preparando-as para a Parentalidade (Frias & Damas, 2019; Frias, Sousa & Ferreira, 2020).



A UCSP é constituída pela sede, sediada na cidade, e 10 extensões rurais (Trindade, Mina da Juliana, Mombeja, Trigaches, São Matias, Santa Vitória, Salvada, Albernoa, Beringel e Cabeça Gorda). A sede da UCSP de Beja localiza-se na freguesia de Salvador. As valências presentes nesta unidade estão distribuídas pelos 3 pisos do edifício, da seguinte forma:

O piso -1 é composto por Arrecadações, Lavandaria, Aprovisionamento, Bar, Sala de Esterilização e WC com chuveiro. O piso 0 por Área de atendimento aos utentes; 2 gabinetes médicos, 1 sala de enfermagem, WC, atendimento administrativo e sala de espera; 2-3 gabinetes médicos, 2 gabinetes de enfermagem, 1 sala de tratamentos, 1 área administrativa comum; 1 gabinete médico, 1 gabinete de enfermagem, 1 sala de tratamentos, 2 salas onde funcionam as consultas de nutrição e de higiene oral; 2 gabinetes médicos, 2 gabinetes de enfermagem, 1 gabinete de planeamento familiar, atendimento administrativo, 1 gabinete de enfermagem dirigido à Saúde Materna, com uma enfermeira especialista; 1 gabinete de ortóptica, 1 gabinete médico, 1 sala de tratamento do pé-diabético, atendimento administrativo e WC. Por fim o piso 1 compõe-se por Atendimento Social, Serviços administrativos, Sala de reuniões, Gabinetes de chefias, Gabinetes de consulta de Psicologia, Gabinetes de Cuidados Continuados, Biblioteca, Laboratório de análises clínicas e de saúde pública, Telefonista e WC.

A UCSP de Beja tem atendimento ao público das 8h às 20h, todos os dias do ano, incluindo fins de semana e feriados. Nas extensões rurais o horário é dependente do médico que lá trabalha.

Relativamente à equipa multidisciplinar, a UCSP de Beja é composta por 83 elementos: 14 Médicos, 7 Internos, 20 Enfermeiros, 11 Enfermeiros da Unidade de Cuidados Continuados, 15 Administrativos, 7 Assistentes Operacionais, 1 Nutricionista, 2 Assistentes Sociais, 1 Higienista Oral, 1 Optometrista, 1 Fisioterapeuta e 3 Psicólogos. Os médicos e os enfermeiros estão distribuídos por equipas e são responsáveis pelas consultas de planeamento familiar, vigilância de hipertensos e diabéticos, cuidados em



doença aguda, programas de vacinação, saúde materna, saúde infantil e juvenil e visitação domiciliária.

O 1.º estágio de Bloco de Partos, assim como o estágio de puerpério e o estágio final de Bloco de Partos, desenvolveram-se no Serviço de Obstetrícia do HJJF em Beja.

O HJJF foi construído em 1490 por D. Manuel, Duque de Beja, inicialmente designado por Hospital Grande de Nossa Senhora da Piedade. O edifício central do HJJF é constituído por sete pisos, estando situado o Serviço de Obstetrícia no 5.º piso do mesmo, ala direita. Nele estão inseridas 3 valências: Urgência de Ginecologia/Obstetrícia, Sala de Partos e Puerpério. Na sala de urgência é feita a admissão de qualquer utente, sendo depois encaminhada para o respetivo local dependendo das características observadas. Sala de partos se já estiver na fase ativa do trabalho de parto ou enfermaria de grávidas se ainda estiver na fase latente do mesmo. Após o parto as puérperas são transferidas para as enfermarias, juntamente com os recém-nascidos, onde permanecem juntos até ao momento da alta. O tempo de internamento no puerpério varia de acordo com o tipo de parto. Em média o internamento após um parto por via vaginal é de 48h. No caso das cesarianas o internamento é de 72h. Deste serviço fazem parte: 5 médicos especialistas, 2 médicas internas da especialidade, 8 médicos externos à instituição, 15 enfermeiras especialistas, 7 enfermeiras generalistas, 9 assistentes operacionais e 1 administrativa.

Relativamente aos horários e recursos humanos, geralmente prestam cuidados no turno da manhã quatro enfermeiras (duas especialistas, uma para a sala de admissão/urgência e outra para a sala de partos, e duas generalistas para o puerpério). A distribuição dos recursos humanos do turno da tarde é igual à do turno da manhã, com exceção do fim-de-semana que apenas tem uma enfermeira no puerpério. No turno da noite prestam cuidados três enfermeiras (duas especialistas, uma para a sala de admissão/urgência e outra para a sala de partos, e uma enfermeira generalista para o puerpério). O serviço encontra-se equipado, de um modo geral, com todos os materiais

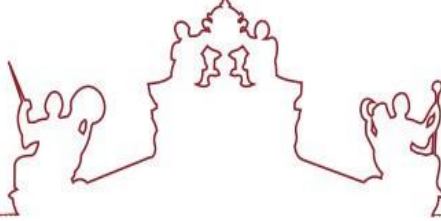


indispensáveis a uma apropriada vigilância da gravidez, trabalho de parto e realização do parto e adaptação do RN à vida extrauterina. No puerpério também existem diversos materiais de apoio ao aleitamento materno, como a bomba elétrica de extração de leite materno, almofadas de amamentação, entre outros. Segundo a OMS (2001), o aleitamento materno deve ser exclusivo até aos 6 meses. A partir desta idade, devem manter o aleitamento materno juntamente com alimentos complementares. As crianças devem continuar a ser amamentadas até aos 2 anos de idade (Victora et al., 2016).

O serviço de Obstetrícia é constituído por 1 sala de espera exterior, 1 sala de admissões/urgência, 2 salas de partos, 1 enfermaria de grávidas (com 3 camas), 1 quarto para internamentos de grávidas patológicas (de 2 camas), 1 sala polivalente (disponível para a realização de exames de diagnóstico, cardiotocogramas, partos e outros), 5 enfermarias (4 delas dispõem de 3 camas e 1 com 2 camas), 1 gabinete médico, 1 gabinete destinado ao registo dos recém-nascidos, 1 sala de desinfeção, 1 WC destinada às utentes, com 3 divisões, 2 delas com duche, 1 WC destinada aos funcionários do serviço, 1 balcão administrativo, 1 copa, 1 gabinete de enfermagem e 1 vestiário para os funcionários do serviço.

O estágio de Bloco de Partos de 4 semanas, desenvolveu-se no Hospital do Barlavento Algarvio, em Portimão. Atualmente Portimão com cerca de 130.000 habitantes (PORDATA, 2020), estende-se por 7 concelhos: Lagos, Portimão, Silves, Lagoa, Monchique, Aljezur e Vila do Bispo.

No que diz respeito aos dados estatísticos (Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), 2020), verifica-se que o número de partos aumentou de 2017 para 2018, mas de 2018 para 2019 sofreu um decréscimo (Figura 5).



Nº de Partos

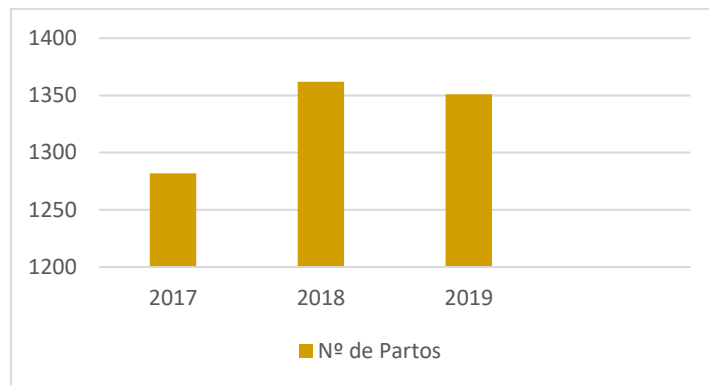


Figura 5. Gráfico de n.º de Partos, nos anos 2017, 2018 e 2019, em Portimão

Quanto ao tipo de partos, conclui-se pela análise da Figura 6, que os partos eutócicos sucederam em maior número face aos restantes tipos de parto, verificando-se um aumento das cesarianas.

Tipo de Partos

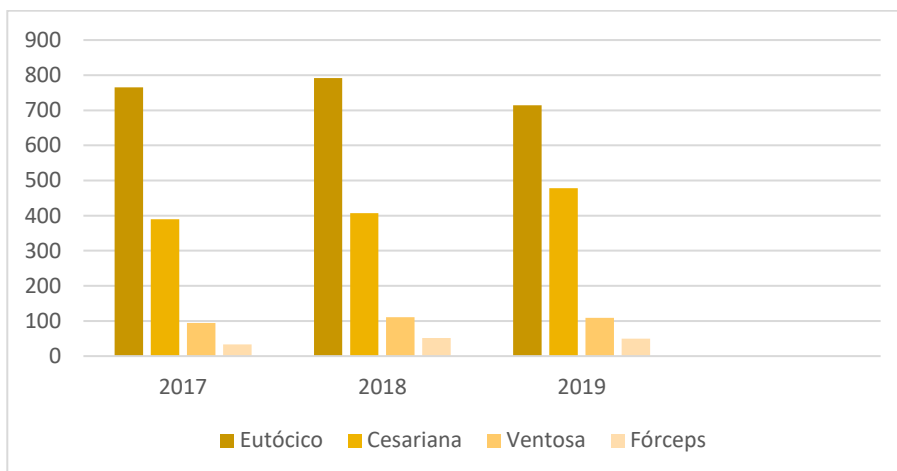


Figura 6. Gráfico de Tipo de Partos, nos anos 2017, 2018 e 2019, em Portimão

O Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia/Bloco de Partos (UOG/BP) em Portimão, compreende a urgência Obstétrica e Ginecológica, o Bloco de Partos e o



Bloco Operatório, para urgências obstétricas e ginecológicas. Está localizada no 2.º piso do Hospital de Portimão, CHUA, onde todos os serviços que se encontram neste piso são do Departamento Materno-Infantil, com exceção da Urgência Pediátrica, que fica no 1.º piso.

A Urgência Obstétrica e Ginecológica é composta por: 1 sala de espera, 4 sanitários, admissão de doentes, 1 gabinete médico, 1 gabinete de pessoal, gabinete da Enfermeira Chefe, zona de sujios, rouparia, vestiários para utentes, vestiários de pessoal, duas salas de observação/admissão para Obstetrícia, uma sala de observação/admissão para Ginecologia e uma sala para cardiocotografia. Este exame baseia-se na análise dos padrões da frequência cardíaca fetal (FCF), sendo esta análise realizada pelo cardiocotógrafo, dispositivo este que regista em traçados próprios a FCF e a contratilidade uterina (Nomura et al., 2002).

No Bloco de Partos existem 5 salas de dilatação/parto individualizadas, estruturadas de forma a proporcionar um ambiente promotor de tranquilidade, conforto e intimidade, 5 sanitários, 1 sala de trabalho de Enfermagem, 1 sala de registos, 1 sala de preparação de fetos para estudo de anomalias congénitas/placentas, 1 arrecadação e 2 salas de vigilância pós-parto/pós-cirurgia.

O Bloco Operatório possui 1 sala cirúrgica, 1 sala de apoio e reanimação de recém-nascidos, 2 sanitários, zona de lavagem e desinfeção das mãos, zona de *transfer* e arrecadação.

O serviço de UOG/BP dispõe de uma equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais fixas, sendo que os restantes elementos (Obstetras, Pediatras e Anestesistas), pertencem à escala de Urgência da Instituição. A equipa de Enfermagem é composta por 30 Enfermeiros, das quais 20 são especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, incluindo a Enfermeira Chefe.



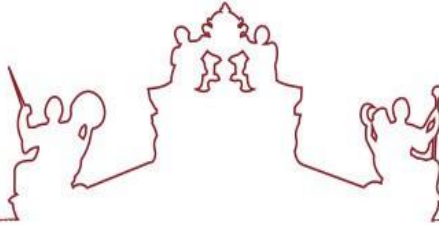
2.2 – METODOLOGIA

Para obter aquisição de competências específicas do EEESMO e seu desenvolvimento, este estágio, seguiu as orientações do Nursing and Midwives Council, da Internacional Confederation of Midwives e da Comunidade Europeia, tendo decorrido em vários contextos clínicos. Neste estágio foram realizadas experiências práticas que permitiram adquirir e desenvolver competências específicas da área da especialidade e competências comuns aos enfermeiros especialistas. Além dessas competências foram, ainda, adquiridas e desenvolvidas competências de investigação. Este estágio realizou-se em regime de supervisão clínica, participando neste percurso de ensino/aprendizagem os profissionais da prática clínica na área da Saúde Materna e a docente da escola. Esta metodologia promoveu o desenvolvimento de competências várias entre elas o raciocínio clínico. O estudo na procura do saber, o debate, a partilha e a crítica foram suportes essenciais para a formação.

Objetivos

Os Objetivos estão de acordo com os vários contextos clínicos que constituem o Estágio de Natureza Profissional. Em concordância com o plano de estudos, era esperado que os seguintes objetivos curriculares fossem atingidos:

- Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade (no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional; no período pré-natal; no âmbito da saúde sexual e reprodutiva; nos vários estádios do trabalho de parto em situação de saúde/desvio de saúde; no período puerperal em situação de saúde/desvio de saúde; durante o período pós-natal; a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; demonstrando responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais);



- Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de projeto, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência;
- Defender através de um Relatório apresentando em provas públicas, a sua atuação no Estágio de Natureza Profissional.

No plano de estudos estão também inseridas as seguintes competências:

- Evidenciar conhecimento nas vertentes de cuidados especializados e de investigação (capacidade de reflexão crítica sobre as práticas; fundamentação de escolhas com base na teorização; capacidade para utilizar investigação e evidência científica; capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios subjacentes, quer a especialistas e a não especialistas de forma clara);
- Habilidades para desenvolver aprendizagem ao longo da vida, de modo fundamentalmente autónomo em favor da área SMO (Saúde Materna e Obstétrica).

Além dos objetivos acima citados, também, outros objetivos foram desenvolvidos no âmbito da investigação de forma a adquirir e desenvolver competências de pesquisa, na área temática em estudo: medidas não farmacológicas e a sua relação com os níveis de dor e ansiedade no trabalho de parto, e contribuir para a melhoria dos cuidados na área da SMO:

- Adquirir competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados, relativamente à utilização das medidas não farmacológicas, para reduzir o nível de dor e ansiedade à mulher em trabalho de parto;



- Investigar como o uso das medidas não farmacológicas se relacionam com a dor e ansiedade no trabalho de parto;
- Trazer benefícios para a parturiente relativamente ao alívio da dor e redução dos níveis de ansiedade.

População-Alvo

A população-alvo, no decorrer do estágio de natureza profissional, engloba as mulheres, família e recém-nascidos, que de alguma forma careceram de cuidados de enfermagem, e às quais houve oportunidade de lhes prestar cuidados, desde a idade fértil até ao climatério, mais especificamente no HESE, de 17 de setembro a 24 de outubro, na UCSP de Beja, de 28 de outubro a 5 de dezembro, no HJJF em Beja, de 9 de dezembro a 31 de janeiro, de 1 a 26 de junho e de 29 de junho a 21 de agosto, e no UOG/BP em Portimão, de 10 de fevereiro a 6 de março.

Método de Aprendizagem

De acordo com o Regulamento das Competências do EEESMO, da OE (2018), foram desenvolvidas competências relacionais e instrumentais na prática clínica (Figura7). Este quadro mostra as experiências práticas realizadas ao longo dos ensinamentos clínicos, bem como o cumprimento da Diretiva Europeia, transportada para a lei portuguesa através da Lei nº9/2009 de 4 de março e atualizada pela Lei n.º 26/2017 de 30 de maio.

Além dos conteúdos clínicos, foi recebida orientação individual para a metodologia de investigação e redação do relatório. O estágio foi supervisionado exclusivamente por EEESMO.



1 – Vigilância e prestação de cuidados à grávida <ul style="list-style-type: none"> • Exames pré-natais (100) 	225
2 – Vigilância e prestação de cuidados à parturiente <ul style="list-style-type: none"> • Partos eutócicos (40) • Participação ativa em partos pélvicos • Participação ativa em partos gemelares • Participação ativa noutros partos • Episiotomia • Episiorrafia / Perineorrafia 	50 - - 16 13 33
3 – Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40) <ul style="list-style-type: none"> • Gravidez • Trabalho de parto • Puerpério 	39 10 10
4 – Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	197
5 – Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	125
6 – Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	9
7 – Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afeções ginecológicas	56

Figura 7. Quadro de experiências clínicas

Como verificado na Figura 7, as experiências ultrapassaram os mínimos preconizados e os objetivos foram atingidos, ao longo de todo o estágio.



Ao longo do estágio, em todos os contextos clínicos, foram efetuadas reuniões intermédias e finais, onde estiveram sempre presentes a estudante, a Professora Orientadora e a Supervisora Clínica, o que foi bastante importante para um bom desempenho. A Procura de mais conhecimento foi uma constante de forma a prestar cuidados à população-alvo de forma mais autónoma e segura.

Surgiu também a oportunidade de desenvolver uma sessão de educação para a saúde (Apêndice F), no ensino clínico da UCSP em Beja, sobre as Medidas Não Farmacológicas no Trabalho de Parto: Níveis de Dor e Ansiedade. Foi um tema bastante interessante para a população em questão, pois é uma temática pouco aprofundada e existem sempre algumas dúvidas no que lhe diz respeito.



3 – CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A procura de saberes na área da saúde materna é fundamental para a melhoria da assistência. A procura de evidência científica, de recomendações internacionais melhoram a prestação de cuidados que foi variada ao longo do estágio.

Neste capítulo será apresentada a revisão da literatura realizada para aprofundar o tema de interesse e em estudo.

3.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO

Revisão da Literatura

A revisão da literatura, desde que baseada em evidências, é um recurso importante, pois é uma síntese dos resultados de pesquisas já efetuadas e que se relacionaram com uma questão específica (Galvao, Sawada & Trevizan, 2004). Neste sentido e durante o estágio, foram feitas pesquisas sobre o tema proposto, utilizando as bases de dados PEDro, MedLine, Scielo, biblioteca Cochrane, Bireme e PubMed, no espaço temporal de 2007 a 2019. As palavras chave utilizadas foram: Trabalho de parto; Dor do parto; Enfermagem obstétrica; Parto normal; Parto humanizado. Dessas pesquisas surgiu a conceptualização do tema que se apresenta de seguida, baseada em vários estudos pesquisados. Pretende-se continuar a desenvolver o tema e quando seguidos todos os procedimentos preconizados, realizar uma revisão integrativa com a finalidade de ser publicada.

A dor do parto é um fenómeno fisiológico (Mafetoni & Shimo, 2014), que todas as mulheres sentem, com maior ou menor intensidade, havendo vários níveis de dor. A ansiedade e o medo da dor, levam muitas mulheres a preferirem o parto por cesariana. No



entanto existem métodos não farmacológicos que são eficazes, reduzem a dor e a ansiedade e não têm efeitos colaterais (Pilewska-Kozak, et al., 2017).

Seja qual for o método usado para alívio da dor, durante o trabalho de parto, ele deve ser seguro, eficaz e não prejudicar a mobilidade da parturiente.

A maioria das mulheres associam o parto a dor e sofrimento (Frias et al 2020; Gallo, et al., 2011). O trabalho de parto caracteriza-se por alterações de carácter hormonal e mecânicas, que levam a contrações uterinas, dando origem à descida fetal e dilatação do colo uterino (Gallo, et al., 2011; Lowdermilk, et al., 2013). Durante a dilatação a dor é aguda e visceral, é uma sensação subjetiva e durante a descida fetal, a dor é diferente: é somática e mais nítida e é contínua (Graça, 2017). Essa dor pode aumentar devido a fatores ambientais e principalmente ao estado emocional da mulher (Lowdermilk, et al., 2013).

Acredita-se que a dor deve ser aliviada durante o parto para não prejudicar a criança e a mãe. A assistência obstétrica humanizada garante à parturiente a escolha dos recursos a utilizar para alívio da dor. Esses recursos podem ser farmacológicos e não farmacológicos.

Na literatura científica está demonstrado que as técnicas, usadas em obstetrícia, utilizando os recursos não farmacológicos para alívio da dor e da ansiedade, trazem benefícios para a parturiente (Ferreira, et al., 2019). Os autores citados destacam no seu estudo a importância da preparação para a vivência do parto normal, com escuta ativa e oferta de informações qualificadas que possibilitem a redução do medo, esclarecimentos de direitos, como a presença do acompanhante e o incentivo à utilização de métodos não farmacológicos e não invasivos para o alívio dos desconfortos gerados durante o trabalho de parto. São os seguintes os recursos que podem ser utilizados: mobilidade materna, exercícios respiratórios, uso da bola suíça, banho de chuveiro e de imersão, técnicas de relaxamento, deambulação, estimulação elétrica transcutânea (TENS), entre outros.

Com a utilização dos métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto, a dor provocada pelas contrações uterinas diminui e aumenta a satisfação materna,



diminuindo a ansiedade (Frias, 2011). Durante a utilização destes métodos, a mulher pode ter junto de si um acompanhante e pode usufruir da liberdade de movimentos. A OMS (1996) recomenda o uso da bola obstétrica. Ela melhora a postura da parturiente e permite-lhe mudar de posição, apoiar a região pélvica e tornar mais fácil a descida do feto. A utilização desses recursos ainda não é muito utilizada, talvez porque alguns profissionais da saúde os desconhecem.

Há profissionais de saúde já familiarizados com os métodos não farmacológicos, embora reconheçam que muitas técnicas necessitam de um treino especial. Muitas enfermeiras obstetras recomendam o uso da bola obstétrica para alívio da dor e da ansiedade durante o trabalho de parto (Oliveira & Cruz, 2014).

Das seis estratégias não farmacológicas apresentados (relaxamento muscular, massagem lombossacral, deambulação, banho de chuveiro, balanço pélvico e exercícios respiratórios) o balanço pélvico e a deambulação não foram selecionados por não aceitarem o critério de aceitação que havia sido estabelecido (Davim, et al., 2007).

Num estudo de revisão da literatura sobre as estratégias não farmacológicas para alívio da dor e da ansiedade durante o trabalho de parto, foi proposto um protocolo assistencial para que esses recursos pudessem ser utilizados (Davim, et al., 2007).

Estratégias não farmacológicas de conforto e alívio da dor, durante o parto, são na maior parte das vezes utilizadas por enfermeiras obstetras. Em revisão da literatura científica verificou-se que a movimentação e o posicionamento materno, facilitam a descida da apresentação, assim como o seu encaixe (Silva et al., 2011). Segundo Hodnett et al. (2008), as técnicas não farmacológicas oferecem um sem número de benefícios no trabalho de parto: baixo custo, sem efeitos adversos, não intensivos, não invasivos, simples e eficazes.

Há estudos (Oliveira & Cruz, 2014), que mostram que os métodos mais comuns são as técnicas de respiração e mudança de posição. Outros estudos mostram que as mais comuns são o banho de imersão, a massagem e os métodos respiratórios (Davim, et al,



2007). Estes estudos revelaram que em relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, o benefício mais importante é a falta de efeitos colaterais.

A humanização do trabalho de parto é recomendada pela OMS. No caso dos métodos naturais, quem escolhe o método a utilizar é a parturiente.

Um estudo qualitativo e de natureza exploratória efetuado no Centro Obstétrico de uma maternidade de Curitiba (Oliveira & Cruz, 2014), provou que a bola suíça é uma das técnicas de cuidados não farmacológicos mais aceites pela equipa de enfermagem e pelas parturientes. Foi, assim, proposto um protocolo assistencial para a utilização dos recursos não farmacológicos, em que sobressai o quanto é importante o trabalho interdisciplinar e destacada a falta de conhecimentos de muitos profissionais de saúde, na área da humanização do parto. Esta falta de conhecimento é devida à ausência dessa temática na formação académica desses profissionais. Numa pesquisa qualitativa realizada numa maternidade pública do Rio de Janeiro, revela que a humanização do parto já faz parte do “dia a dia” da maternidade (Oliveira & Cruz, 2014). Também o estudo transversal (Davim et al., 2007) efetuado num Centro e Parto Normal em São Paulo, mostrou uma elevada percentagem no uso das estratégias não farmacológicas

Podemos concluir que sobre o tema estratégias não farmacológicas, há necessidade de mais estudos científicos. Os estudos realizados nesta revisão indicam que as parturientes devem ter acesso aos recursos não farmacológicos, porque além de influenciarem positivamente o trabalho de parto, diminuem a dor e a ansiedade.

Chegou-se à conclusão que é necessário efetuar vários ensaios clínicos, sobre a utilização da bola suíça. Essa investigação irá aumentar os conhecimentos sobre essa prática, que não é convencional e servirá para avaliar os efeitos dessa utilização ao mesmo tempo que serão elaboradas novas orientações, para ajudar com mais certezas o seu uso.

A bola suíça dá um grande contributo para promover o parto humanizado, embora os profissionais de saúde envolvidos no parto precisem de uma maior sensibilização para



lidar com a assistência humanizada durante todo o trabalho de parto. Há muitas barreiras que impedem o uso das estratégias não farmacológicas. É importante aumentar a consciencialização dos profissionais de saúde e da própria comunidade sobre os métodos não farmacológicos durante o parto.

Entre as estratégias não farmacológicas, para alívio da dor e ansiedade, identificadas na base de dados, foram rejeitadas duas: balanço pélvico (método usado no trabalho de parto auxiliando a parturiente na manutenção de uma posição vertical sentada) e deambulação, pois estas não apresentavam a percentagem exigida por parte das parturientes.

Essa investigação reforça o quanto é importante a busca da humanização no processo de assistência às mulheres que estão em trabalho de parto.

Sugere-se mais investigação dos recursos não farmacológicos e a partir da análise desses estudos propõem-se a elaboração de um protocolo assistencial, para poder demonstrar a utilidade dos recursos não farmacológicos para alívio da dor e ansiedade, durante todo o trabalho de parto.

3.2 – METODOLOGIA

O objetivo geral do atual estudo (Medidas não Farmacológicas no Trabalho de Parto: Níveis de Dor e Ansiedade), foi conhecer os sentimentos das mulheres durante o trabalho de parto.

O estudo efetuado classifica-se como método de investigação quantitativo, a sua principal finalidade foi caracterizar variáveis. Dentro da abordagem quantitativa o estudo é de carácter descritivo, ou seja, apresenta informações de forma organizada. O projeto enviado e aprovado pela Comissão de Ética para a investigação clínica em áreas da saúde humana e bem-estar da Universidade de Évora e à Comissão de ética do Hospital José Joaquim Fernandes, em Beja. Realizada a pesquisa no serviço de Obstetrícia. Foi também



pedida autorização aos autores da Sub-Escala "Ansiedade e Depressão na Gravidez" (Jomeen & Martin, 2004).

Após autorização das várias partes envolvidas (Apêndice C e Apêndice E), foi entregue o consentimento informado a todas as parturientes, de forma a garantir a confidencialidade e anonimato de todos os dados fornecidos (Apêndice D).

A colheita de dados foi realizada através de questionário, instrumento com um número limitado de perguntas que foram respondidas, neste caso, pelas parturientes durante o trabalho de parto, período este em que os níveis de dor e ansiedade são atingidos com maior intensidade, dado o momento em questão.

Os dados foram recolhidos durante o estágio de natureza profissional, em Bloco de Partos, entregues em mãos à parturiente, que seriam posteriormente preenchidos ao esta iniciar trabalho de parto. Depois de recolhidos os dados, foram tratados no programa informático no *Software IBM® SPSS® Statistic*, versão 24.

Foi usado um questionário de preenchimento rápido, cerca de 5 minutos. Este questionário é constituído por 2 partes: 1) sociodemográfica e 2) pela sub-escala "Ansiedade e Depressão na Gravidez" (Jomeen & Martin, 2004), que é composta por 7 itens: (1) Sinto-me tensa ou irritada; (2) Sinto-me assustada, com medo que algo de mal vá acontecer; (3) Pensamentos preocupantes passam-me pela cabeça; (4) Consigo sentar-me descansada e relaxar; (5) Sinto medo e assustada, com borboletas na barriga; (6) Não consigo estar sossegada, como se tivesse que estar sempre a mexer; (7) Tenho sentimentos repentinos de pânico, cujas respostas podem ir de 0 a 3, onde 0 corresponde a "Ausente" e 3 a "Muito Freqüente" (Anexo A). O objetivo da aplicação desta escala foi conhecer os sentimentos da mulher durante o trabalho de parto.

Nas várias fases do estudo nunca foram identificadas as parturientes. Todas as respostas ficaram em anonimato e foi transmitida a possibilidade de desistência em qualquer momento, sem qualquer consequência ou dano. Foi sempre salvaguardada a integridade das parturientes bem como a sua vida privada. Os princípios éticos da declaração de Helsínquia e da convenção de Oviedo foram tidos em conta.



3.3 – RESULTADOS

A amostra foi constituída por 100 parturientes, escolhidas de forma aleatória e representativa, com nacionalidade portuguesa, raça caucasiana e média de idades de 33,3 anos de idade. Relativamente ao estado civil podemos referenciar que 40% eram casadas, 30% eram solteiras e 30% viviam em união de fato. No que respeita a habilitações académicas verificou-se que a maioria tinha entre o 9.º e o 12.º ano de escolaridade.

O estudo foi composto por 40 primíparas e 60 multíparas. As multíparas tinham 2 filhos ou mais. Quanto ao tipo de parto a maioria das parturientes teve partos eutócicos. Todas tiveram partos de termo (entre as 37 e as 41 semanas) e os RN todos com peso superior a 2,500Kg.

Para verificar a consistência interna da escala, recorreu-se ao coeficiente *alpha de Cronbach*, que foi apresentado por Lee Cronbach (1951), como uma forma de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado numa pesquisa. Neste método, para cada um dos fatores, bem como para a escala global, existe um coeficiente *alpha de Cronbach*, que é indicador da confiabilidade na consistência interna deste instrumento. Os critérios para interpretação destes valores estão definidos do seguinte modo (Prieto & Muñiz, 2000):

- Superior a 0,9 – consistência muito boa;
- Entre 0,8 e 0,9 – consistência boa;
- Entre 0,7 e 0,8 – consistência razoável;
- Entre 0,6 e 0,7 – consistência fraca;
- Inferior a 0,6 – consistência inadmissível.



No caso de estudo, para a escala no seu global, o coeficiente α de Cronbach é de 0,886, o que indica uma boa confiabilidade, sendo que o método tem estabelecido um $\alpha=0.895$, logo podemos considerar que a escala é consistente (Prieto & Muñiz, 2000). É também possível verificar o coeficiente, para cada um dos fatores, como se apresenta na seguinte Figura 8.

Itens	<i>Alfa de Cronbach</i> (item excluído)
Tensa_Irritada	0.865
Assustada_Medo	0.856
Preocupada	0.845
Relaxar	0.895
Assustada_ Borboletas	0.865
Não_Sossegada	0.879
Pânico	0.877

Figura 8. Quadro de alfa de Cronbach

Verificamos que o valor do α de Cronbach dos vários itens varia entre 0.845 (preocupada) e 0.95 (relaxada). Mantendo valores de boa consistência.

Após a determinação do *Alfa de Cronbach*, procedeu-se ao processo de interpretação dos valores obtidos das respostas dadas pelas parturientes à Sub-Escala.

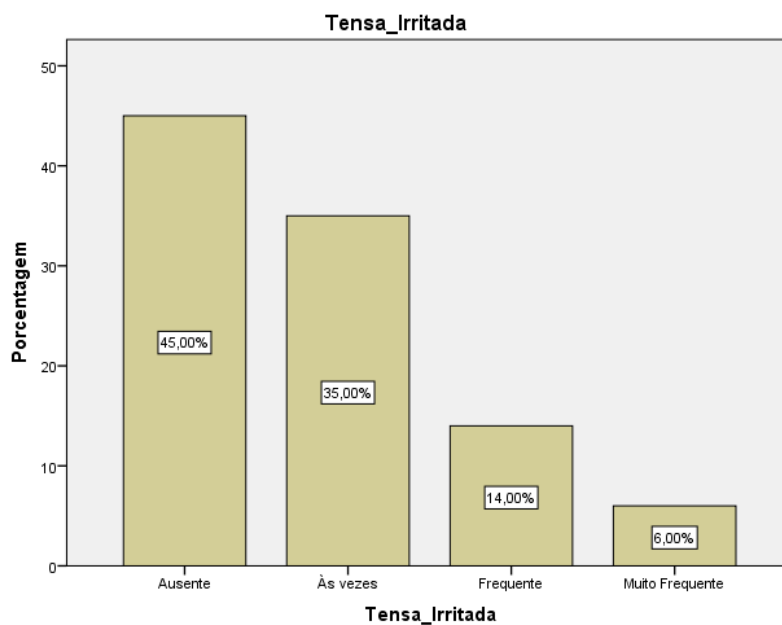
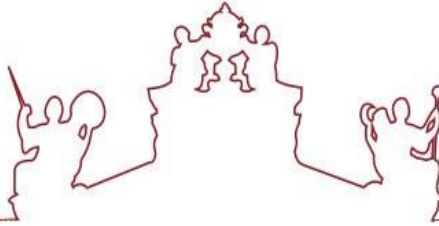


Figura 9. Gráfico de Frequência relativa da variável Tensa_Irritada

Quando questionadas sobre se: “sentem-se tensas ou irritadas”, 45% das parturientes afirma não ter qualquer sentimento dessa índole. No entanto 35% considera que por vezes possa sentir tensão ou irritação.

São estes sentimentos que levam muitas vezes as parturientes a optar por medidas farmacológicas para a dor sentida ou mesmo a cesariana. Será nestas situações, que ainda surgem num número significativo, que o profissional deve atuar, sendo que o trabalho de relaxamento já deve existir durante a gravidez, para que o momento do parto se torne o mais natural possível.

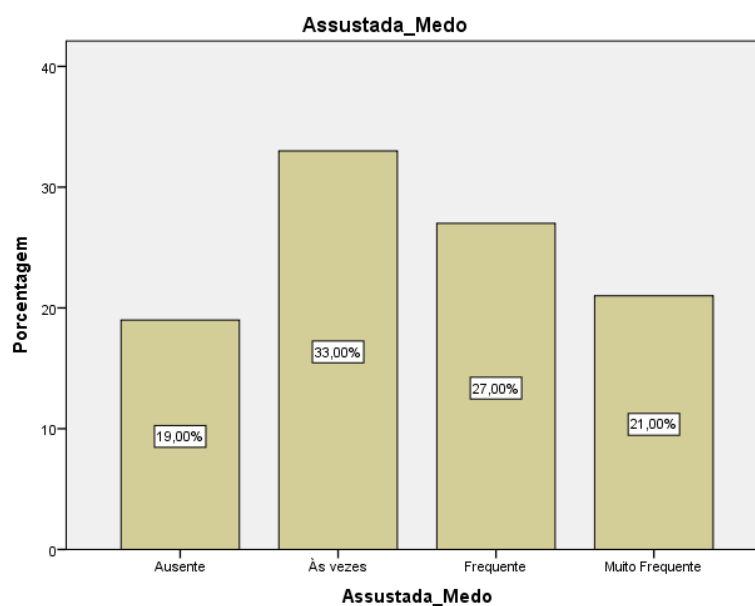
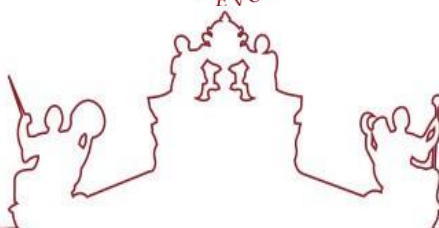


Figura 10. Gráfico de Frequência relativa da variável Assustada_Medo

Sobre o item “sente assustada, com medo que algo de mal vá acontecer”, 33% afirma que às vezes se sente dessa forma e 27% afirma que é frequente ter esses pensamentos.

Pode-se observar que a maioria das mulheres sente medo em alguma parte do processo. Apenas 19% afirma que nunca o sentiu. Este sentimento é bastante normal pois para muitas é o sentimento em relação ao desconhecido e para todas será, certamente, o medo de que o bebé tenha algum problema (Frias, et al., 2020). Embora com todas as técnicas existentes atualmente, para o acompanhamento da gravidez, a verdade é que existe sempre o receio de que algo não seja exatamente como lhes foi dito.

Outro medo comum, é o medo de falhar, a parturiente sente uma enorme responsabilidade e dever, muitas vezes acompanhado pelo medo da perda de controlo e autonomia (Frias et al., 2020).



Mais uma vez, salientamos que estas situações podem melhorar utilizando técnicas não farmacológicas e com a devida preparação para o parto.

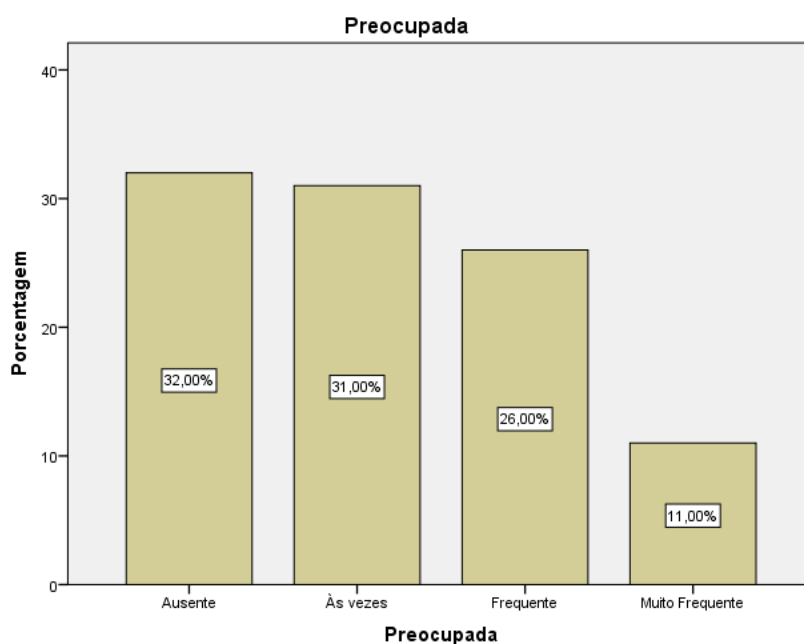
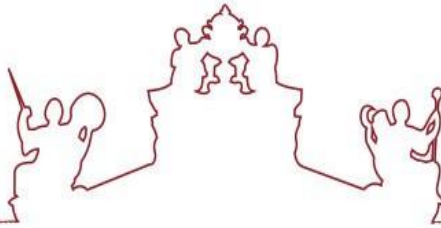


Figura 11. Gráfico de Frequência relativa da variável Preocupada

No terceiro item da escala as parturientes foram questionadas sobre se “têm pensamentos preocupantes”, e embora 32% afirme que não tem qualquer tipo de preocupação, 31% admite que às vezes e 26% diz mesmo estar preocupada com frequência e 11 % diz que é muito frequente ter pensamentos preocupantes.

Embora numa percentagem menor que o “medo”, a maior parte das parturientes, em diferentes escalas, apresenta-se preocupada com o trabalho de parto. Esta preocupação é normal e comum, mas deve ser trabalhada e diminuída, recorrendo a métodos não farmacológicos. O sentimento de medo surge, potencialmente, por influência de terceiros, dificultando assim o parto (Bezerra & Cardoso, 2006). Também nesta situação o trabalho deve começar a ser realizado durante a gravidez. É importante que a mulher sinta que o



parto é uma situação natural, que o corpo humano, salvo algumas exceções, está preparado para ele, e que existe um acompanhamento adequado por parte dos profissionais durante todo o processo.

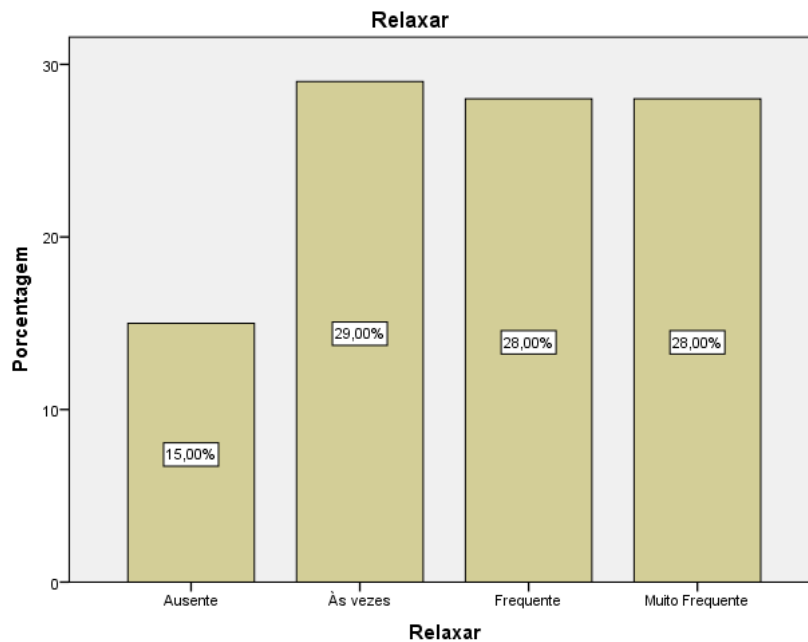
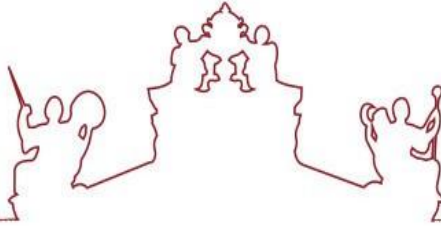


Figura 12. Gráfico de Frequência relativa da variável Relaxar

Quando questionadas sobre se “conseguem sentar-se descansada ou relaxar”, 29% das inquiridas afirma que às vezes, 28% com frequência e também 28% com muita frequência. De salientar que apenas 15% não consegue relaxar.

De salientar que a preparação para o parto trabalha estas técnicas de relaxamento com as mulheres, com diferença na frequência com que o conseguem fazer a maior parte consegue dominar algumas técnicas que lhe permitem relaxar, sentar ou descansar durante o trabalho de parto.



A preparação para o parto é importante e deve continuar a ser feita, até que todas as parturientes consigam controlar as suas emoções e relaxar, para que o parto seja um momento de felicidade e alegria (Lee & Holroyd, 2009; Morgado et al., 2010) e não uma recordação de uma experiência dolorosa ou desagradável.

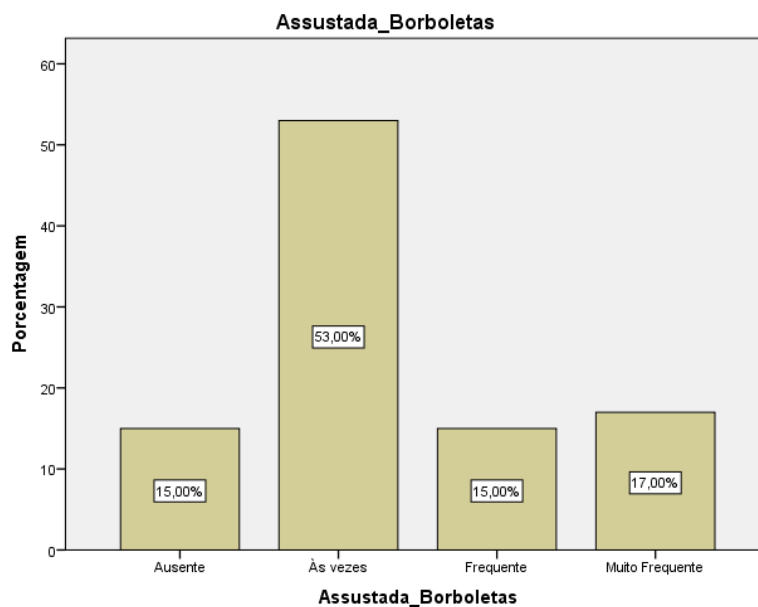
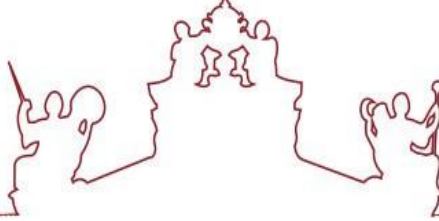


Figura 13. Gráficos de Frequência relativa da variável Assustada_Borboletas

De seguida as inquiridas responderam à questão se “se sentem com medo e assustadas, com borboletas na barriga”. 53% responderam que às vezes sentem-se desta forma.

Este sentimento é resultante de todas as razões apresentadas anteriormente e pode ser contornado utilizando os métodos também já apresentadas.

Também os resultados desta questão vêm corroborar a importância das técnicas não farmacológicas e como estas podem fazer a diferença durante todo o trabalho de



parto. Cabe ao profissional alertar para a existência e importância destas técnicas e sempre que possível mostrar todos os seus benefícios.

A verdade, é que a maioria das complicações que surgem advém de problemas emocionais e não fisiológicos, daí a importância de trabalhar e promover as estratégias não farmacológicas.

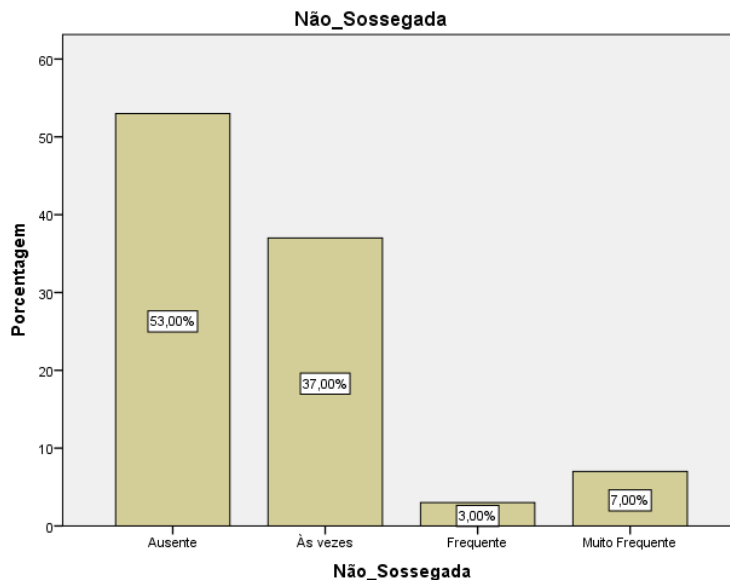


Figura 14. Gráfico de Frequência relativa da variável Não_Sossegada

Quanto ao facto de não conseguirem estar sossegadas, como se tivessem que estar sempre a mexer, 53% das parturientes não tem esse tipo de sentimento e apenas 7% afirma que é muito frequente sentir essa agitação.

É fácil perceber que não é um sentimento muito frequente, embora possa acontecer. Em qualquer uma das situações as estratégias não farmacológicas podem trazer imensos benefícios para a parturiente e para o bebé e podem e devem ser trabalhadas as diferentes técnicas de relaxamento.



Reforça-se a ideia de que parturientes diferentes podem reagir melhor a técnicas diferentes, devendo o profissional munir-se de todas as ferramentas que podem ser utilizadas nesta situação.

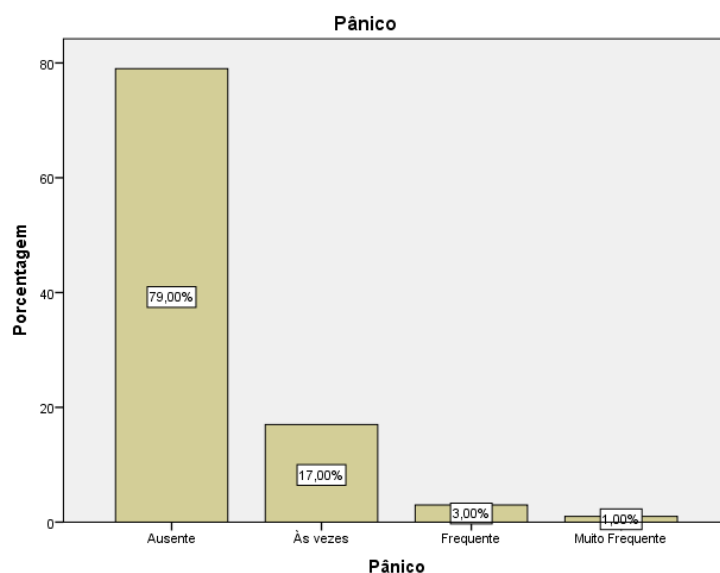


Figura 15. Gráfico de Frequência relativa da variável Pânico

Quando questionadas sobre sentimentos de “pânico”, 79% das inquiridas afirma não ter qualquer sentimento dessa natureza e apenas 1% afirma que com frequência sente repentinamente pânico.

O pânico é verdadeiramente o maior inimigo em qualquer situação, e também no trabalho de parto não será diferente. A dor, a ansiedade, o medo e outros fatores psicológicos podem ter efeitos desgastantes e de stress, na mulher, sobre o momento do parto (Tostes & Seidl, 2016). Ao chegar a este ponto será difícil aplicar qualquer estratégia não farmacológica, pois a parturiente terá até dificuldade em ouvir ou concentrar-se naquilo que o profissional poderá dizer-lhe. Deve de todas as formas evitar-



se chegar a este estágio de ansiedade. Felizmente, a maior parte das mulheres não tem sentimentos de pânico, o que significa que as estratégias podem ser utilizadas na maioria das situações.

Sendo assim, podemos dizer, que na maioria das vezes as parturientes da amostra não se sentem nem tensas nem irritadas, embora por vezes se sintam assustadas, com medo de que algo de mal vá acontecer. Não lhes passam pensamentos preocupantes pela cabeça, às vezes conseguem relaxar, mas também por vezes sentem medo e estão assustadas, com borboletas na barriga. Conseguem estar sossegadas e não têm ataques de pânico repentinos.

Estes sentimentos descrevem o que as mulheres sentem antes do parto. E tal como a bibliografia defende a seguir pretende-se que a parturiente aceite a dor, pois ela faz parte e é necessária a todo o processo (Pilewska-Kozak et al., 2017), e utilize métodos não farmacológicos, como técnicas de relaxamento, massagens, entre outros, de forma a aliviar a dor e ansiedade sentida.



4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Segundo Resende (2000), quando um indivíduo tem conhecimento e experiência e não sabe utilizá-los, não é competente, pois para o ser ele teria que transformar os seus conhecimentos, as suas aptidões e habilidades em resultados práticos e reais. A competência é o resultado da união dos comportamentos com os conhecimentos.

Durante o Estágio, foram adquiridas e mobilizadas competências já anteriormente adquiridas. Elas contribuíram para a promoção da saúde e compreensão das práticas existentes. Através da aquisição dessas competências, foram mobilizados conhecimentos, capacidades e habilidades, que em contexto de prática clínica, serviram para avaliar melhor as necessidades de saúde da população-alvo.

4.1 – COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

Segundo o Regulamento nº140/2019 (OE, 2019a), são competências comuns do enfermeiro especialista as seguintes:

- a)** Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b)** Melhoria contínua da qualidade;
- c)** Gestão dos cuidados;
- d)** Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

a) Responsabilidade profissional, ética e legal;

- Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;



- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

No que respeita a estas competências acima descritas, foi sempre tido em atenção a tomada de decisão em parceria com a utente, e muitas foram tomadas em equipa. Houve sempre o cuidado de respeitar os valores, crenças, costumes e práticas específicas de cada indivíduo/família e foi sempre assegurada a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral enquanto profissional em suma em cada atuação esteve sempre presente a responsabilidade Ética-Deontológica, respeitando os princípios fundamentais.

b) Melhoria contínua da qualidade;

- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Foram realizadas sessões de educação para a saúde a grávidas sobre as medidas não farmacológicas no trabalho de parto, onde foi possível esclarecer todas as dúvidas e elucidá-las para os benefícios destas medidas, e sessões de educação acerca da segurança rodoviária do RN, baseadas num guião (Apêndice G) efetuado no âmbito da disciplina de Parto e Puerpério do 1.º ano / 2.º semestre do presente Mestrado. O Enfermeiro, como agente de mudança, tem responsabilidades sobre a promoção da segurança e prevenção de acidentes (Bernardo, et al., 2011). Foi sugerido à Enfermeira Chefe, e a toda a equipa do serviço de obstetrícia da ULSBA, a aquisição de uma cadeira de automóvel de RN,



com a finalidade de treino e instrução direcionado a todas as puérperas, admitindo assim uma alta com segurança e confiança tanto para a mãe como para o RN. Esta sugestão foi registada e encontra-se a aguardar orçamento e condições físicas/materiais para aprovação e sua posterior aquisição. Foi sempre tida em atenção a promoção de um ambiente terapêutico e seguro.

c) Gestão dos cuidados;

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

No que respeita a estas competências acima descritas, houve sempre colaboração nas decisões da equipa de saúde; foi sempre reconhecido quando se deve referenciar a utente/família para outros profissionais de saúde; tentou-se sempre criar um ambiente positivo e favorável a cada prática e reconhecidos os papéis e funções de todos os membros de cada equipa.

d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais;

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.



No que respeita a estas competências acima descritas, houve a preocupação de gerir sentimentos e emoções, com o fim de dar sempre uma resposta eficiente à utente/família; foram sempre reconhecidos os recursos e limites pessoais e profissionais e houve sempre a revelação de conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. A prática clínica permitiu alcançar estas competências na prestação de cuidados e na mobilização dos conhecimentos adquiridos durante o 1^a ano do curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica. A pesquisa de literatura científica permitiu basear a praxis especializada em evidência científica. O tema em questão, Medidas Não Farmacológicas no Trabalho de Parto: Níveis de Dor e Ansiedade, despertou interesse para se aprofundar conhecimentos sobre os sentimentos da mulher durante o trabalho de parto e se estas medidas iriam ou não atenuar esta sintomatologia. Esta temática apresenta-se fundamentada, com base científica, no capítulo 3.1 do atual relatório. Toda esta investigação contribuiu para uma melhoria da prática de enfermagem, baseada nos resultados do estudo efetuado.

4.2 – ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

De acordo com o regulamento das competências da EEESMO, é da competência da EEESMO cuidar da mulher durante o período pós-natal, de forma a promover a saúde da díade, puérpera-RN, e dar apoio no processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, 2010).

Segundo o Regulamento n.º391/2019 (OE, 2019b). várias são as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, entre elas saliento:

a) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;



Segundo o regulamento das competências específicas, devem ser estabelecidos e implementados programas de intervenção e de educação para a saúde tendo como finalidade formar famílias saudáveis e gravidezes planeadas, vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

Desta competência fazem parte 3 unidades de competência:

- Promoção da saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- Diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- Prestação de cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis. Segundo Oliveira (2019), as infeções sexualmente transmissíveis são causadas por vírus, bactérias, fungos e protozoários. Elas são transmitidas por contacto sexual, podendo também sê-lo por via sanguínea. Neste contexto houve a oportunidade de abordar as mulheres sobre os métodos contraceptivos a utilizar, de acordo com cada situação em particular.

No que respeita a outras competências acima descritas, foram realizadas consultas de enfermagem e ensinamentos no âmbito do ensino clínico de Cuidados de Saúde Primários. Todos estes ensinamentos foram desenvolvidos nas consultas de saúde materna, apoiando sempre a mulher em qualquer decisão.

b) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;

Segundo o regulamento das competências específicas, ao mesmo tempo que promove o seu bem-estar materno-fetal, o enfermeiro tem que detetar e tratar as complicações que vão surgindo.

Desta competência fazem parte 3 unidades de competência:

- Promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;



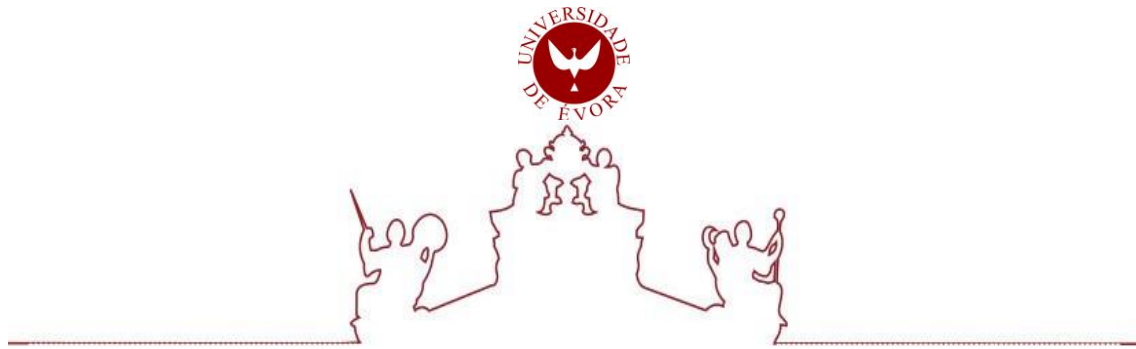
- Diagnóstico precoce e prevenção de complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;
- Prestação de cuidados à mulher facilitando a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.

No que respeita a estas competências acima descritas, foram realizados ensinamentos, sempre com a finalidade de informar e orientar a grávida para estilos de vida saudáveis de forma a potenciar uma gravidez saudável (exercício físico, alimentação e outros). Segundo Bernardino (2018), na prevenção de complicações gestacionais, é muito importante a utilização de um estilo de vida saudável durante a gravidez. O papel do enfermeiro é muito importante durante esse período, cabendo-lhe orientar a grávida, para prevenir complicações. No entanto optar por um estilo de vida saudável é sempre individual. No período Pré-Natal a mulher preocupa-se com a sua saúde e modifica com facilidade os seus hábitos alimentares e de atividade física (Nichols et al., 2019), valorizando a sua saúde e a do seu bebé.

Foram sempre facultadas informações sobre os recursos disponíveis na comunidade para as diversas situações; foi sempre feito o alerta para os sinais e sintomas de risco, assim como sempre feita uma monitorização da gravidez através da avaliação materno-fetal por meio dos recursos apropriados; foi promovido sempre o aleitamento materno; o plano de parto foi também sempre promovido, aconselhando sempre e apoiando a mulher em qualquer decisão. Segundo Silva et al. (2017), o plano de parto permite à mulher o direito à informação e ao mesmo tempo é a ela que pertence decidir. Esse plano deve ser utilizado permitindo à parturiente uma assistência de enfermagem humanizada.

Em consultas de saúde materna foi sempre falado no desenvolvimento embrionário e na adaptação à gravidez, assim como os desconfortos que possam surgir e como aliviá-los.

O acompanhamento ao pré-natal é formado por um conjunto de procedimentos clínicos e educativos, que visam vigiar a evolução da gravidez assim como orientar a



mulher/família sobre o parto e os cuidados com o RN. É importante detetar com antecedência as intercorrências mais frequentes (Santos et al., 2018).

c) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;

Segundo o regulamento das competências específicas, o parto deve ser efetuado em ambiente seguro no sentido de promover a saúde da parturiente e do RN, tendo em atenção a adaptação deste à vida extrauterina.

Desta competência fazem parte 3 unidades de competência:

- Promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;
- Diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do RN;
- Prestação de cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto.

No que respeita a estas competências acima descritas, foi garantido um ambiente seguro durante o trabalho de parto e este foi sempre identificado e monitorizado. Houve sempre a oportunidade de aprender e observar as diversas formas de trabalho no que respeita à técnica do parto, construindo assim o perfil profissional e sempre que ocorreram desvios ao padrão normal, foi solicitada ajuda e feita cooperação com outros profissionais quando as situações iam para além da área de atuação. No que diz respeito à promoção, prevenção e controlo da dor, tentou-se sempre pôr em prática as medidas não farmacológicas para controlo da dor e ansiedade, apesar de não se ter obtido grandes resultados, pois a maioria das parturientes tem pouca tolerância à dor, preferindo assim optar por medidas farmacológicas para aliviá-la, dado ser mais rápido o efeito pretendido. No que diz respeito à reanimação do RN, essa ação foi sempre assegurada em situações de emergência.



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

Segundo o regulamento das competências específicas, deve apoiar-se o processo de transição e adaptação à parentalidade, com o fim de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, não só em meio hospitalar como também no domicílio.

Desta competência fazem parte 3 unidades de competência:

- Promoção da saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal;
- Diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal;
- Prestação de cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.

No que respeita a estas competências acima descritas, a mulher foi orientada relativamente à adaptação ao puerpério; foi alertada sobre sinais e sintomas de alarme no RN e sempre orientada nos cuidados a ter com o mesmo. Houve a preocupação sobre informar e orientar a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto; a mulher foi sempre alertada para complicações pós-parto, assim como feito o encaminhamento sempre que necessário para outros profissionais, quando as situações estiverem para além da nossa área de atuação. Relativamente ao suporte emocional foi sempre dado apoio psicológico, assim como medidas de suporte; em caso de morte fetal/neonatal, durante o período de luto, foi dado apoio à mulher e família. Após o nascimento é de extrema importância o apoio à mãe, ao RN e à família. Se algo de mal acontece, a qualquer destes elementos, a saúde da criança é afetada. O papel das mães e da família é importante, no desenvolvimento da criança, pois este vai influenciá-lo diretamente (Andrade et al., 2015).



e) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;

Segundo o regulamento das competências específicas, apoiou-se sempre o processo de transição e adaptação à menopausa, com o fim de potenciar a saúde da mulher/família.

Desta competência fazem parte 3 unidades de competência:

- Promoção da saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa;
- Diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério;
- Prestação de cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.

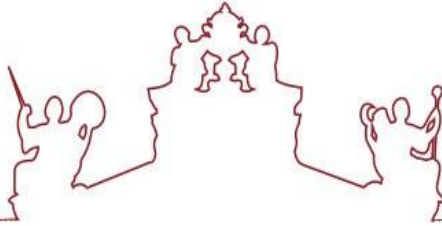
No que respeita a estas competências acima descritas, A mulher/família foi informada e orientada no que diz respeito às alterações relacionadas com o climatério, assim como sobre recursos disponíveis na comunidade; foi esclarecida sobre o potencial risco das doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica e dado suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas. Segundo Silva, Araújo e Silva (2003), o período de transição entre os anos reprodutivos da mulher e os não reprodutivos, denominado climatério, aparece na meia-idade. Alterações metabólicas e hormonais surgem nessa altura, podendo aparecer mudanças que vão alterar o contexto psicossocial (Valença, Filho & Germano, 2009).

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

Segundo o regulamento das competências específicas, no sentido de potenciar a saúde, cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

Desta competência fazem parte 3 unidades de competência:

- Promoção da saúde ginecológica da mulher;



- Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho geniturinário e/ou mama;
- Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho geniturinário e ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.

No que respeita a estas competências acima descritas, a mulher/família foi orientada sobre a saúde ginecológica; foi também esclarecida para o risco de afeções do aparelho geniturinário e problemas da mama; no que diz respeito ao tratamento destas afeções, foi sempre dado suporte emocional e psicológico à mulher/família; foram prestados cuidados à mulher em situações de complicações pós-cirúrgicas de afeções do aparelho geniturinário e da mama. Foi no Serviço de Ginecologia, do HESE, que foi possível atingir as competências da saúde/doença ginecológica.

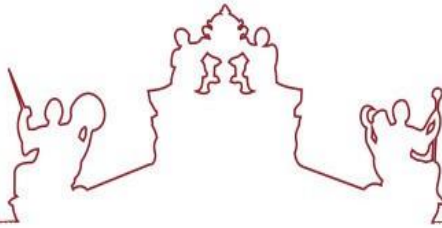
g) Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade;

Segundo o regulamento das competências específicas, foram promovidos cuidados de qualidade culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

Desta competência fazem parte 3 unidades de competência:

- Promoção da saúde do grupo alvo;
- Diagnóstico precoce e intervenção no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva;
- Intervenção na minimização das causas de morbimortalidade materno-fetal.

No que respeita a estas competências acima descritas, foram tidos em consideração os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte, caso fossem necessários; foi sempre avaliado e monitorizado o estado de saúde das mulheres que se encontravam em idade fértil; foram identificadas as necessidades relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva; foram valorizadas as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas em mulheres que se



encontravam em idade fértil; foi sempre dado ênfase à importância da vacinação e informadas as mulheres/família sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.



5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor do parto não está associada a qualquer patologia, mas sim ao ciclo reprodutivo da mulher. Essa dor é muito variável e está sujeita a vários fatores. Por esse motivo, os métodos para aliviá-la, são sempre importantes para a parturiente.

Segundo a OMS, uma das intervenções prioritárias da EEESMO é ajudar a mulher a suportar a dor no trabalho de parto e isto também pode ser alcançado através dos métodos não farmacológicos. No ensino clínico foram dadas orientações nas aulas de preparação para o parto, de forma a que a parturiente ficasse familiarizada com estes métodos, podendo ainda escolher um acompanhante para apoiá-la.

O uso das medidas não farmacológicas exige da mulher um maior controlo sobre o seu corpo e sobre as suas emoções. Neste projeto chegou-se à conclusão de que esses fatores nem sempre estão presentes, e isto faz com que nem sempre o uso dessas medidas seja eficaz. De acordo com o que foi observado durante o ensino clínico, a maioria das parturientes preferiram o uso das medidas farmacológicas, pois o seu nível de atuação é mais rápido.

Durante o ensino clínico, foi sempre tido em consideração o alívio da dor e a satisfação da parturiente. Através do planeamento das intervenções que se julgaram necessárias, de maneira às parturientes aderirem às medidas não farmacológicas, achou-se que se contribuiu para o desenvolvimento de competências, que também estão correlacionadas com a EEESMO.

Todo o processo ensino/intervenção no serviço de Obstetrícia, traz mais valias não só para as parturientes, como para o crescimento profissional como futura enfermeira especialista. Para o sucesso deste processo, é necessário que a parturiente se sinta segura e confie na atuação da enfermeira. Esta deve tirar as dúvidas que vão surgindo, explicar o que vai ser feito e falar das vantagens da utilização das medidas não farmacológicas como alívio da dor. A informação cedida deve ser assertiva e rigorosa, e de acordo com cada situação.



Para que haja satisfação por parte da parturiente, é necessário que se estabeleçam parâmetros de aplicação de cada método. Os métodos não farmacológicos para alívio da dor, durante o trabalho de parto, envolvem conhecimentos estruturados no desenvolvimento da prática da EEESMO. São utilizados estes métodos com o intuito de desenvolver ações que possam diminuir o stress e a ansiedade da mulher. O equilíbrio emocional durante esse trabalho é fundamental.

Relativamente ao desenvolvimento pessoal/profissional foram adquiridas, no geral, competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica e em particular competências relacionadas com as medidas não farmacológicas, para reduzir o nível de dor e ansiedade à mulher em trabalho de parto. Foi considerado o uso das medidas não farmacológicas e a influência na dor do trabalho de parto tentado trazer sempre benefícios para a parturiente relativamente ao alívio da dor e redução dos níveis de stress e ansiedade.

O estágio de natureza profissional e o relatório contribuíram para aumentar o conhecimento sobre o tema e para o desenvolvimento das estratégias a utilizar futuramente.

Em termos de Investigação a relação das técnicas não farmacológicas com a dor e ansiedade não foi realizada através do uso de escalas, apenas com o que foi observado, por escassez de tempo e tendo em conta as condicionantes provocadas pela pandemia Covid-19. Das medidas não farmacológicas que foram utilizadas, conseguiu-se observar e perceber que existe uma relação destas com a dor e a ansiedade, dadas as reações e atitudes das parturientes.



6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, R., Santos, J., Maia, M. & Mello, D. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança, *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 19 (1).

APA (2019). Normas para a realização de citações e referências bibliográficas, segundo o estilo científico da APA-American Psychological Association (6ª ed.).

Barbosa, G., Silva, V., Pereira, J., Soares, M., Filho, R., Pereira, L., Pinho, L. & Caldeira, A. (2017). Dificuldades Iniciais com a Técnica da Amamentação e Fatores Associados a Problemas com a Mama em Puérperas, *Rev. Paul. Pediatr.* Vol.35 no.3 São Paulo, Epub.

Bernardes, A., Gabriel, C., Moura, A., Rigobello, J., Spiri, W., & Zanetti, A. (2018). Estágio Curricular Supervisionado e o desenvolvimento das competências gerenciais: a visão de egressos, graduandos e docentes. *Escola Anna Nery*, 1-2. doi:dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0298.

Bernardo, A., Cardoso, M., Cardoso, N., Henrique, I., Santos, J. & Ramos, A. (2011). Segurança Rodoviária – Momento de Agir, *Revista Percursos*, nº20.

Bernardino, S. F. (2018). Determinantes da adesão a hábitos e estilos de vida saudáveis na gravidez. *Repositório Instituto Politécnico de Viseu*.

Bezerra, M. & Cardoso, M. (2006). Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto, *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.14 no.3 Ribeirão Preto.



CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Acedido a 30 de Setembro de 2020, disponível em: <http://www.chualgarve.min-saude.pt/>

Cronbach, L. (1951). Coefficient alfa and the internal structure of tests. *Psychometrika*, vol. 16, issue 3, 297-334.

Davim, R., Torres, G. & Melo, E. (2007). Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento, *Rev Latino-am Enfermagem*.

Evangelista, D., & Ivo, O. (2014). Contribuições do Estágio Supervisionado para a Formação do Profissional de Enfermagem. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 3(2), 123-130. Obtido de www.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem.

Ferreira, C., Medeiros, R., Dalprá, L. & Corrêa, A. (2019) Planear o parto normal: necessidades e expectativas das grávidas, *Pensar Enfermagem*, 23(1), 73-90.

Frias, A. (2011). Preparação Psicoprofilática e a Percepção da Experiência do Nascimento. *International journal of development and educational psychology, INFAD Revista de Psicologia*, 1(1), 409-416. ISSN Impreso: 0214-9877; ISSN digital: 2603-5987.

Frias, A. & Damas, F. (2019). Preocupações Maternas no Momento da Alta Hospitalar. (artigo de Investigação). *Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento RIASE*; v. 5, n. 2. p.1846-1860. ISSN 2183-6663.
http://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/371
<http://hdl.handle.net/10174/27766>



Frias, A., Sousa, L., & Ferreira, A. (2020). Medo do Parto: Avaliação em um grupo de grávidas in Silene Barbosa (Org). A enfermagem e o gerenciamento do cuidado integral 3. (pp.187-198). Ponta Grossa- Paraná: Atena Editora, ISBN 978-65-5706-670-6. DOI 10.22533/at.ed.706200812.

<https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/ebookPDF/3719>

Gallo, R., Santana, R., Marcolin, A., Ferreiriira, C., Duarte, G. & Quintana, S. (2011). Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. FEMINA. Vol. 39 (1).

Galvao, C., Sawada, N. & Trevizan, M. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Vol.12, n.3, pp.549-556. ISSN 1518-8345.

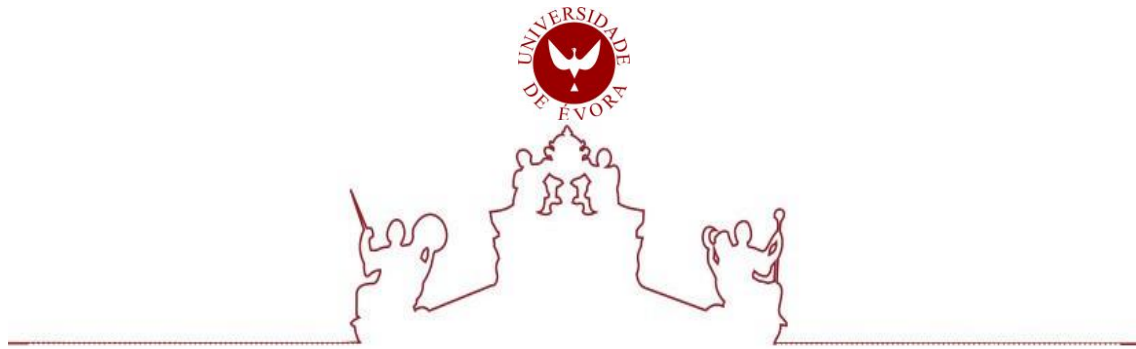
Gayeski, M. E. & Bruggemann, O. M. (2010). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. Vol.19 no.4 Florianópolis, Scielo.

Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. (5.^a ed). Lisboa: Lidel.

HESE – Hospital Do Espírito Santo em Évora (2019) – Acedido a 3 de Outubro de 2020, disponível em: <https://www.hevora.min-saude.pt/>

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. & Sakala, C. (2008). Apoyo continuo para las mujeres durante el parto, Cochrane Plus, Número 2.

Jomeen, J. & Martin, C. R. (2004). Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (Hads) a Reliable Screening Tool In Early Pregnancy? Psychology and Health December, Vol. 19, No. 6, pp. 787–800.



Lee, L. & Holroyd, E. (2009). Evaluating the effect of childbirth education class: a mixed-method study. *International Nursing Review*, 56(3), 361-368. doi: 10.1111/j.1466-7657.2008.00701.x.

Lima, V., & Negreiros, R. (2018). Importância do Estágio Supervisionado para o Acadêmico de Enfermagem no Hospital: Compartilhando Experiências Vivenciadas com a Equipe de Trabalho. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 16(2), 1-7. doi:dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v16i2.4359.

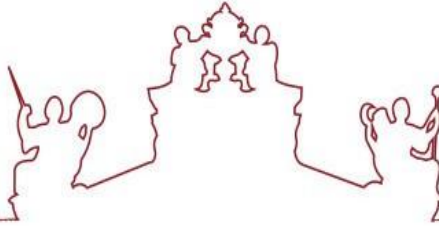
Lopes, M. e Sakellarides, C. (2021). *Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo: contributos para a Gestão da Mudança*, Editor: Imprensa da Universidade de Évora.

Lowdermilk, D., Perry, S., Kitty, C. & Kathryn, A. (2013). *Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica*. (10ª ed). Brazil: Editora Elsevier Health Sciences.

Mafetoni, R. R. & Shimo, A. K. (2014). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: Revisão Integrativa. *Rev Min Enferm*. 18(2): 505-512.

Melchiori, L. E., Maia, A. C. B., Bredariolli, R. N. & Hory, R. I. (2009). Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano, Universidade Estadual de São Paulo, *Interação em Psicologia*, 13(1), p. 13-23.

Morgado, C. M., Pacheco, C. O., Belém, C. M. & Nogueira, M. F. (2010). Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. *Revista Referência*, II Série, n.º12, 17-27.



Nichols, S. F., Galesloot, S., Bondarianzadeh, D., & Buhler, S. (2019). Dietary Changes Albertan Women Make During Pregnancy: Thematic Analysis of Self-reported Changes and Reasons. *Can J Diet Pract Res*, 80(1), 39-43.

<https://doi.org/10.3148/cjdpr-2018-031>

Nomura, R. M. Y., Francisco, R. P. V., Steinman, S., Miyadahira, S. & Zugaib, M. (2002). Análise Computorizada da Cardiotocografia Anteparto em Gestações de Alto Risco. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* vol.24 no.1 Rio de Janeiro.

OE (2010) Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

OE (2018). Diário da República, 2.^a série, N.º 113 de 14 de junho de 2018, 16656-16663.

OE (2019a). Regulamento, nº 140/2019. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.^a série, N.º 26, de 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750.

OE (2019b). Regulamento, nº 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, de 3 de maio de 2019, 13560-13565.

Oliveira, L. C. M. (2019). Razões das mulheres para tratamento e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem.

Oliveira, L. & Cruz, A. (2014). A Utilização da Bola Suíça na Promoção do Parto Humanizado. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. Vol. 18, (2).



OMS (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.

Pilewska-Kozak, A., Klaudia, P., Celina, L., Beata, D., Grażyna, S. & Magdalena, B. (2017). Non-Pharmacological Methods of Pain Relief in Labor in the Opinion of Puerperae – A Preliminary Report. Remedy Publications LLC. Vol. 1.

PORDATA – Base de dados Portugal Contemporâneo. População residente. Acedido a 1 de Outubro de 2020, disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente++estimativa+s+a+31+de+Dezembro-120>

Prieto, G. & Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, nº77, pp. 65-75.

Resende, E. (2000). *O Livro das Competências – Desenvolvimento das Competências: a Melhor Auto-Ajuda para Pessoas, Organizações e Sociedade*. Qualitymark. Rio de Janeiro.

Ruano, R., Prohaska, C., Tavares, A. L. & Zugaib, M. (2007). Dor do parto: sofrimento ou necessidade? *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol.53 no.5 São Paulo.

Santos, L., Lara, M., Lima, R., Rocha, A., Rocha, E., Glória, J. & Ribeiro, G. (2018). História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc. saúde colet.* 23 (2), Scielo.



Silva, R. M., Araújo, C. B. & Silva, A. R. V. (2003). Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. *Revista Brasileira em Promoção à Saúde*, Fortaleza, v. 16, n. 1/2, p. 28-33.

Silva, A., Neves, A., Sgarbi, A. & Souza, R. (2017). Plano de Parto: Ferramenta para o Empoderamento de Mulheres Durante a Assistência de Enfermagem, *Rev Enferm UFSM* 7(1): 144-151.

Silva, L., Oliveira, S., Silva, F. & Alvarenga, M. (2011). Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta Paul Enferm*.

Silva, E. F., Strapasson, M. R. & Fischer, A. C. S. (2011). Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto, *R. Enferm UFSM*; 1(2): 261-271.

SNS – Serviço Nacional de Saúde (2020). Acedido a 3 de Outubro de 2020, disponível em: <http://www.hevora.min-saude.pt/2019/12/27/o-hospital/>

Tostes, N. A. & Seidl, E. M. F. (2016). Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas psicol.* vol.24 no.2 Ribeirão Preto.

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (2019) – Intranet – Dados caderno estatístico. Acedido a 27 de Setembro de 2020, disponível em: http://intranet/ASuporte/statistics/Cadernos%20Estatsticos%20Geral/Caderno%20Estat%20C3%ADstico%20Jan%20a%20Jun%202019_2020_Final.pdf

Valença, C. Filho, J. & Germano, R. (2009). *Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade*, Scielo.



Victora, C. G., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Bahl, R., Rollins, N. C., Horton, S., ... Walker, N. (2016). Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos e efeitos ao longo da vida, Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília.

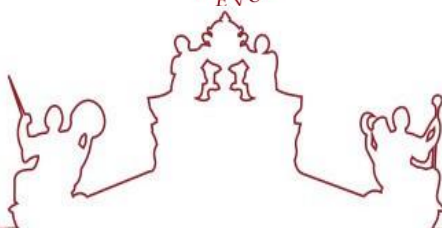
World Health Organization (2001). The optimal duration of exclusive breastfeeding – Report of an Expert Consultation – Geneva, Switzerland.



ANEXOS



ANEXO A - Sub-Escala



SUB-ESCALA

Aniedade e Depressão na Gravidez, Julie Jormeen & Colin R. Martin

	0 (ausente)	1	2	3 (muito frequente)
(1) Sinto-me tensa ou irritada				
(2) Sinto-me assustada, com medo que algo de mal vá acontecer				
(3) Pensamentos preocupantes me passam pela cabeça				
(4) Consigo sentar-me descansada e relaxar				
(5) Sinto medo e assustada, com borboletas na barriga				
(6) Não consigo estar sossegada, como se tivesse que estar sempre a mexer				
(7) Tenho sentimentos repentinos de pânico				

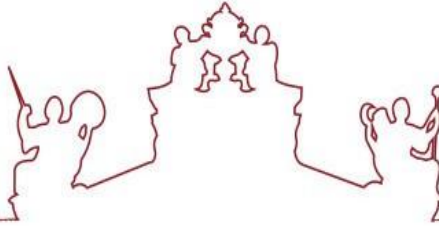
Respostas: 0 a 3 – de ausente a muito frequente



APÊNDICES



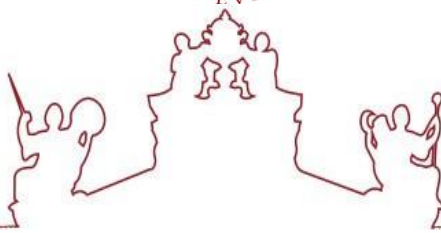
APÊNDICE A – Plano



Local	Competências	Objetivos	Atividades	Processo de Avaliação
<p>Serviço de Obstetrícia do Hospital José Joaquim Fernandes, Beja e Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão</p>	<p>a) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;</p> <p>b) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;</p> <p>c) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;</p> <p>d) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;</p> <p>e) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;</p> <p>f) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;</p> <p>g) Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.</p>	<p>- Adquirir competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados relativamente à utilização das medidas não farmacológicas, para reduzir o nível de dor e ansiedade à mulher em trabalho de parto;</p> <p>- Investigar como o uso das medidas não farmacológicas influenciam a dor do trabalho de parto;</p> <p>- Trazer benefícios para a parturiente relativamente ao alívio da dor e redução dos níveis de stress e ansiedade.</p>	<p>- Promover a deambulação, sempre que possível;</p> <p>- Instruir o uso da bola suíça;</p> <p>- Realizar exercícios respiratórios;</p> <p>- Promover o banho de chuveiro;</p> <p>- Realizar técnicas de relaxamento (massagens);</p> <p>- Aplicar questionários às mulheres em trabalho de parto, identificando os níveis de dor e ansiedade de cada parturiente.</p>	<p>- Recolha e tratamento de dados no programa informático IBM SPSS Statistics.</p>



APÊNDICE B - Cronograma



	Mês / Ano										
AÇÕES	09/2019	10/2019	11/2019	12/2019	01/2020	02/2020	03/2020	04/2020	05/2020	06/2020	07/2020
Realização do Estágio											
Realização de Reuniões											
Pesquisa bibliográfica											
Elaboração do Projeto											
Preparação dos instrumentos de colheita de dados											
Elaboração do relatório final											



APÊNDICE C - Pedido de autorização do instrumento de recolha de dados - Autores



Eu, Filipa Daniel Coelho, Enfermeira no Hospital José Joaquim Fernandes em Beja, mestranda do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus em Évora, encontro-me a desenvolver um projeto de mestrado: “Relação entre o nível de ansiedade durante o trabalho de parto e o uso das medidas não farmacológicas”. Após a realização de pesquisas, surgiu o interesse pela escala de vossa autoria. De forma a poder realizar este trabalho venho solicitar a V. Ex.as Jomeen, J. et Martin, C. R., que se dignem a autorizar o uso da mesma.

I, Filipa Daniel Coelho, Nurse at the José Joaquim Fernandes Hospital in Beja, Master's degree student in Nursing in Maternal and Midwifery, at the S. João de Deus Nursing School in Évora, I find myself developing a master's project: "Relationship between the level of anxiety during labor and the use of non-pharmacological measures". After conducting research, there was interest in the scale of your authorship. In order to be able to carry out this work, I would like to request your Excellencies Jomeen, J. et Martin, C. R., to deign to authorize the use of it.



APÊNDICE D - Consentimento informado



**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO, PARA PARTICIPAR EM
INVESTIGAÇÃO
DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA E A CONVENÇÃO DE OVIEDO**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do Estudo: Medidas não Farmacológicas no Trabalho de Parto: Níveis de Dor e Ansiedade.

Enquadramento: Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias.

Explicação do Estudo: O presente estudo pretende relacionar o nível de dor e ansiedade durante o trabalho de parto e o uso das medidas não farmacológicas.

Confidencialidade e Anonimato: Os dados obtidos neste estudo serão totalmente confidenciais e usados exclusivamente para o mesmo, não havendo a identificação de nenhum dos participantes, garantindo assim o anonimato dos mesmos. Caso o participante deseje abandonar o estudo durante o período de investigação, não sofrerá qualquer consequência.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para a participação neste estudo, contribuindo para o desenvolvimento da área científica.

Investigador: Filipa Daniel Coelho

Contactos: filipa_coelho_12@hotmail.com; 924148871

Data ____/____/____

Data ____/____/____

Rubrica da participante

Filipa Coelho

Este consentimento é assinado pelo investigador e pelo participante, em duplicado, ficando na posse de cada, um exemplar.



APÊNDICE E – Pedido de Autorização para Pesquisa



SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NO HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES, BEJA

Évora, ____ de Maio de 2019

Exmº Sr. Enfermeiro Diretor
Joaquim Brissos

Eu, Filipa Daniel Coelho, aluna do Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Saúde João de Deus em Évora, responsável pelo projeto de investigação sobre a “Relação entre o nível de dor e ansiedade durante o trabalho de parto e o uso das medidas não farmacológicas” no Hospital José Joaquim Fernandes em Beja, venho pelo presente, solicitar, através de vossa Excelência, autorização para realizar pesquisa no serviço de Obstetrícia, com o objetivo de determinar qual a relação entre o nível de ansiedade durante o trabalho de parto e o uso das medidas não farmacológicas. O presente projeto é orientado pelo Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias.

Após a aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa, a colheita de dados deste projeto será iniciada, atendendo a todas as solicitações administrativas da Direção.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

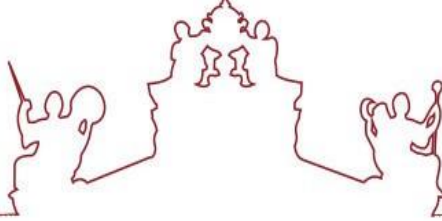
Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador

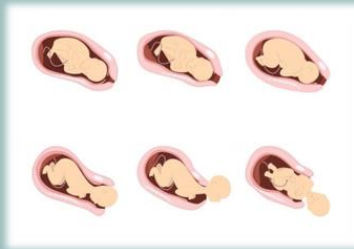
Assinatura do Orientador da Pesquisa



APÊNDICE F - Sessão de Educação para a Saúde



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica



MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO TRABALHO DE PARTO: NÍVEIS DE DOR E ANSIEDADE

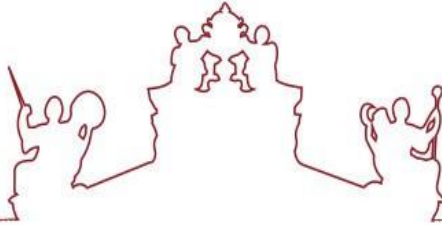
UNIVERSIDADE DE ÉVORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Realizado por:
Aluna ESMO Filipa Coelho
Nº 43293

OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo tem como objetivos conhecer e dar a conhecer a eficácia dos métodos não farmacológicos no alívio da dor e ansiedade durante o trabalho de parto.





OBJETIVOS DO ESTUDO

Geral:

- Investigar como o uso das medidas não farmacológicas influenciam a dor do trabalho de parto.

Específicos:

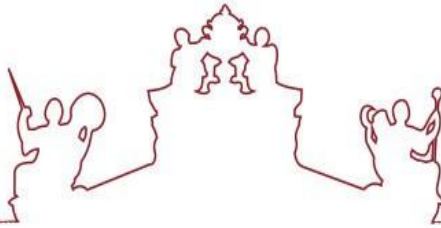
- Relacionar o nível de dor e ansiedade durante o trabalho de parto e o uso das medidas não farmacológicas;
- Trazer benefícios para a parturiente relativamente ao alívio da dor e redução dos níveis de stress e ansiedade.

RECOLHA DE DADOS

A metodologia escolhida foi a colheita de dados através de questionários, instrumento de recolha de dados por meio de um número limitado de perguntas que irão ser respondidas, neste caso, pelas parturientes durante o trabalho de parto.

Todos estes dados serão recolhidos durante o estágio de natureza profissional, em Bloco de Partos.

Depois de recolhidos os dados, serão posteriormente tratados no programa informático IBM SPSS Statistics.



RECOLHA DE DADOS

O objetivo da aplicação desta escala será identificar possíveis ou prováveis casos de transtornos de depressão e/ou ansiedade leves.

Será um questionário de preenchimento rápido, 5 minutos serão suficientes para o seu preenchimento.

Não será necessária a identificação das parturientes. Todas as respostas ficarão em anonimato e é transmitida a possibilidade de desistência em qualquer momento, sem quaisquer consequência ou dano.

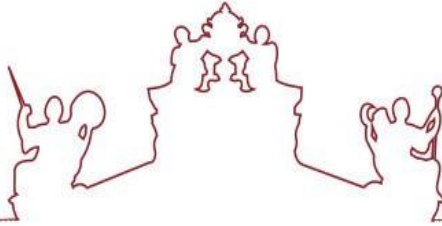
QUESTIONÁRIO

SUB-ESCALA

Ansiedade e Depressão na Gravidez, *Julie Joazeiro, & Colin R. Martin*

	0 (ausente)	1	2	3 (muito frequente)
(1) Sinto-me tensa ou irritada				
(2) Sinto-me assustada, com medo que algo de mal vá acontecer				
(3) Pensamentos preocupantes me passam pela cabeça				
(4) Consigo sentar-me descansada e relaxar				
(5) Sinto medo e assustada, com borboletas na barriga				
(6) Não consigo estar sossegada, como se tivesse que estar sempre a mexer				
(7) Tenho sentimentos repentinos de pânico				

Respostas: 0 a 3 – de ausente a muito frequente

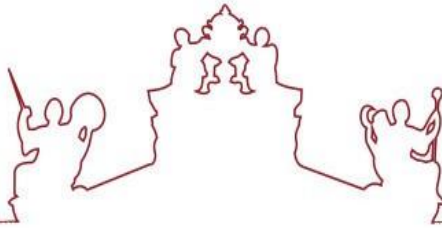


MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO TRABALHO DE PARTO: NÍVEIS DE DOR E ANSIEDADE

Estudos ([Gallo](#), [Santana](#), [Marcolin](#), [Ferreira](#), [Duarte](#), & [Quintana](#), 2011) demonstram que as medidas não farmacológicas para alívio da dor (deambulação, exercícios respiratórios, bola suíça, banho de imersão e de chuveiro, técnicas de relaxamento, *etc*), promovem benefícios para a parturiente.

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO TRABALHO DE PARTO: NÍVEIS DE DOR E ANSIEDADE

“A principal vantagem na utilização de recursos não-farmacológicos é o reforço da autonomia da parturiente, proporcionando sua participação ativa e de seu acompanhante durante o parto e nascimento, estando associados a poucas às contraindicações ou aos efeitos colaterais” ([Gallo](#), [Santana](#), [Marcolin](#), [Ferreira](#), [Duarte](#), & [Quintana](#), 2011).

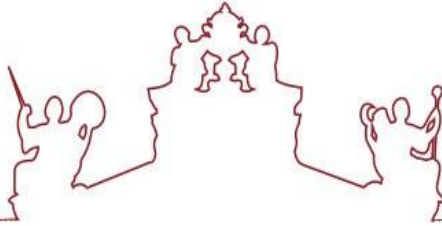


MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO TRABALHO DE PARTO: NÍVEIS DE DOR E ANSIEDADE

O parto, para a maioria das mulheres, produz ansiedade sendo a dor uma das principais preocupações das parturientes durante o trabalho de parto. Segundo a OMS (1996) existem condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas: A)11 “Não utilizar métodos invasivos, nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento”.

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO TRABALHO DE PARTO: NÍVEIS DE DOR E ANSIEDADE

“Nem todos os métodos são eficazes no alívio da dor, mas reduzem os níveis de estresse e ansiedade da parturiente e promovem satisfação” (Bruggemann, & Gayeski, 2010).



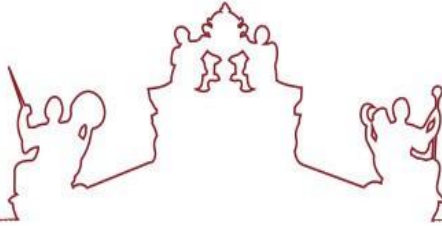
EXEMPLOS DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- Deambulação;
- Exercícios respiratórios;
- Uso da bola suíça (pilates);
- Banho de imersão e de chuveiro;
- Técnicas de relaxamento (massagens);
- Etc ...

EXEMPLOS DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Exercícios respiratórios: reduzem a sensação dolorosa, proporcionam relaxamento e diminuem a ansiedade.

Uso da bola suíça (pilates): ajuda na descida do bebé e alivia a dor.



EXEMPLOS DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

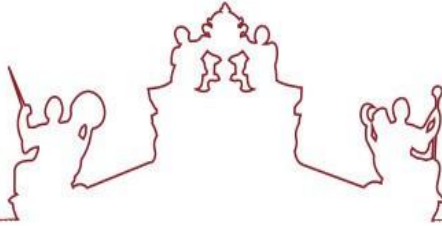
Banho de imersão e de chuveiro: promove relaxamento muscular e reduz a ansiedade.

Técnicas de relaxamento (massagens): promove alívio da dor, além de proporcionar contato físico com a parturiente, diminuindo o estresse emocional e potencializando o efeito de relaxamento.

CURIOSIDADE ...

Este tema foi escolhido para conhecer e dar a conhecer a relação entre o nível de dor e ansiedade durante o trabalho de parto e o uso das medidas não farmacológicas e, assim, se puder implementar algumas destas medidas no Serviço de Obstetrícia do Hospital José Joaquim Fernandes em Beja, serviço esse onde se utilizam poucos métodos não farmacológicos para o alívio da dor e ansiedade durante o trabalho de parto.

É um tema pouco aprofundado pelos profissionais de saúde e espera-se com este estudo conseguir-se pôr esta prática em ação.

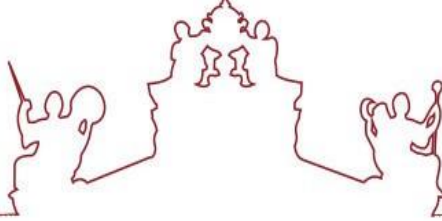


COMPETÊNCIAS ESMO – OE 2010

- a) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;

COMPETÊNCIAS ESMO – OE 2010

- e) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

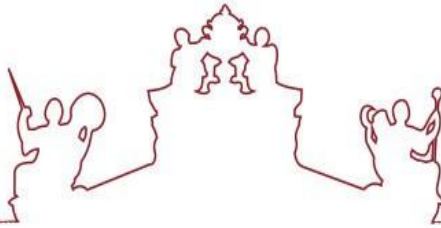
- Almushait, M. & Ghani, R. (2014). Perception toward Non-Pharmacological Strategies in Relieving Labor Pain: An Analytical Descriptive Study. *Journal of Natural Sciences Research*, Vol. 4, No 2.
- Choudhary, S., Prakash, K., Mahalingam, G., & Mahala, P. (2018). Effectiveness of labor support measures on the pain perception of mothers in labor. *International Journal of Medical Science and Public Health*, Vol. 7.
- Davim, R., Torres, G. & Melo, E. (2007). Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. *Rev Latino-am Enfermagem*.
- Faro, A. (2015). Análise Fatorial Confirmatória e Normalização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psic. Teor. e Pesq.*, vol. 31 no 3 Brasília July/Sept.
- Fortin, M. (1999). O Processo de Investigação da concepção à realização. Lusociência.
- Gallo, R., Santana, R., Marcolin, A., Ferreira, C., Duarte, G. & Quintana, S. (2011). Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *FEMINA*, Vol. 39, No 1.
- Hanum, S., Mattos, D., Matão, M. & Martins, C. (2017). Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sob a ótica da parturiente. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, 11 (Supl. 8).
- Jameen, J. & Martin, C. (2004). C. R. IS The hospital anxiety and depression scale (HADS) a reliable screening tool in early pregnancy?. *Psychology and Health*, Vol. 19, No 6.
- Oliveira, L., Bonilha, A. & Telles, J. (2012). Indicações e repercussões do uso da bola obstétrica para mulheres e enfermeiras. *Cienc Cuid Saude*, 11(3):573-580.

OBRIGADA 😊





APÊNDICE G – Guião sobre a Segurança Rodoviária do RN



Segurança Rodoviária do Recém-nascido

Nome: _____ Idade: _____ Contacto Telf: _____

1. Data do Parto: ___/___/___ (dia/mês/ano) 2. Idade do RN no dia da alta hospitalar: ___ (dias)

3. Conhecimentos da temática

Tem conhecimentos acerca da segurança rodoviária do recém-nascido?	0 – Sim	
	1 – Não	
	2 – Alguns	

4. Conhecimentos acerca da colocação / fixação do RN no ovinho

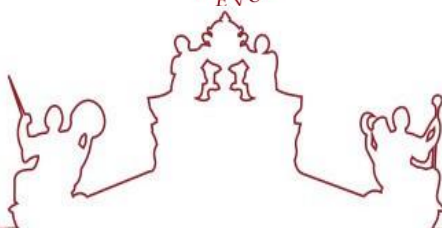
Retira casacos de maior volume antes de colocar o RN no ovinho?	0 – Sim	
	1 – Não	
Alinha o corpo do RN?	0 – Sim	
	1 – Não	
Tranca e aperta o cinto do ovinho?	0 – Sim	
	1 – Não	
	2 – Sim. Em curtas distâncias	
	3 – Sim. Em grandes distâncias	

5. Conhecimentos acerca da colocação/orientação do ovinho no banco do veículo

Coloca o ovinho virado para trás?	0 – Sim	
	1 – Não	

6. Conhecimentos acerca da fixação do ovinho no veículo

Fixa o amês (Cinto) na base do banco do veículo?	0 – Sim	
	1 – Não	
	2 – Às vezes	



Passa e fixa o amês pela parte de trás do ovinho em peça específica?	0 – Sim	
	1 – Não	
	2 – Passo o <u>amês</u> mas não o fixo na peça específica	
	3 – Às vezes	
Aperta o amês, deixando o ovinho fixo ao banco do veículo	0 – Sim	
	1 – Não	
	2 – Às vezes	

7. Consultas de vigilância no Centro de Saúde

Frequenta a consulta de Enfermeiro(a) de Família?	0 – Sim	
	1 – Não	
Frequenta a consulta de Médico(a) de Família?	0 – Sim	
	1 – Não	

Demonstração

8. Colocação / fixação do RN no ovinho

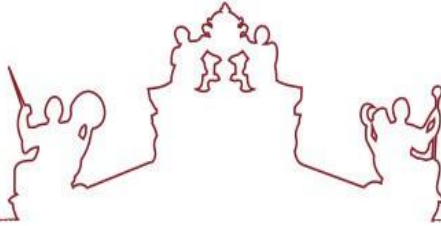
Retira casacos de maior volume antes de colocar o RN no ovinho	0 – Sim	
	1 – Não	
Alinha o corpo do RN	0 – Sim	
	1 – Não	
Tranca e aperta o cinto do ovinho	0 – Sim	
	1 – Não	
	5 – Tranca, mas deixa-o largo	
	6 – Tranca, mas deixa-o demasiado apertado	
	7 – Tranca, mas deixa-o dobrado	

9. Orientação do ovinho no veículo

Coloca o ovinho virado para trás	0 – Sim	
	1 – Não	

10. Fixação do ovinho no veículo

Fixa o amês (Cinto) na base do banco do veículo <u>correctamente</u>	0 – Sim	
	1 – Não. Deixa o amês largo	
	2 – Não. Deixa o amês demasiado apertado	
	3 – Não. Deixa o amês dobrado	
Passa / fixa o amês pela parte de trás do ovinho em peça específica	0 – Sim	
	1 – Não. Passa o <u>amês</u> mas não o fixa na peça específica	



Instrumento construído com fins pedagógicos de mestrados SMO LIEESESJD

Aperta o amês, deixando o ovinho fixo, com segurança ao banco do veículo	0 - Sim	
	1 - Não. Deixa o amês largo	
	2 - Não. Deixa o amês demasiado apertado	

11. Ensinos

Ensinos realizados por:	Local	
	Data	

Observações:
