



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**Medidas não farmacológicas durante o trabalho de parto:
controlo da dor e ansiedade**

Catarina Maria Pinto Henriques

Orientador(es) | A. Frias

Évora 2024



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**Medidas não farmacológicas durante o trabalho de parto:
controlo da dor e ansiedade**

Catarina Maria Pinto Henriques

Orientador(es) | A. Frias

Évora 2024



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

Presidente | Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora)

Vogais | A. Frias (Universidade de Évora) (Orientador)
Susana Delgado (Universidade de Évora) (Arguente)

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora de estágio, Professora Doutora Ana Frias, por toda a disponibilidade, apoio e incentivo ao longo deste percurso.

Às professoras do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pelos conhecimentos transmitidos.

Às Enfermeiras Supervisoras, Sandra, Graça, Bárbara, Mónica, Nilza, Carla, Catarina e Lígia, pela disponibilidade e dedicação e pelos conhecimentos transmitidos. Contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

À Débora, Leandro e Vanda, por toda a amizade, motivação e partilha. Foram sem dúvida um pilar durante este percurso!

À minha família, por compreenderem os períodos de ausência, por me ajudarem a enfrentar os obstáculos e pela força e apoio incondicionais.

Ao meu avô António!

RESUMO

TÍTULO: Medidas não farmacológicas durante o trabalho de parto: controlo da dor e ansiedade

Introdução: O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica exige a aquisição de conhecimentos teórico-práticos específicos do Enfermeiro Especialista, e a sua descrição através do Relatório Final. **Objetivo:** Documentar as atividades desenvolvidas no processo de aquisição de competências durante o estágio de natureza profissional. **Metodologia:** Estágio realizado sob a metodologia de supervisão clínica. Descrição e reflexão das experiências clínicas e aprofundamento do tema “Medidas não farmacológicas durante o trabalho de parto: controlo da dor e ansiedade”. **Resultados:** Aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. O aprofundamento da temática elegida e a base teórica de Dorothea Orem, contribuíram para a consolidação de conhecimentos e melhoria dos cuidados prestados. **Conclusões:** Os objetivos inicialmente propostos foram atingidos. Os conhecimentos e competências adquiridos incentivam a prestação de cuidados humanizados e a formação contínua.

Descritores (DeCS): Enfermagem obstétrica; dor do parto; parto humanizado; terapias complementares; trabalho de parto;

ABSTRACT

TITLE: Non-Pharmacological measures during childbirth: pain and anxiety control.

Introduction: The Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing requires the acquisition of specific theoretical-practical knowledge of the Specialist Nurse, and its description through the Final Report. **Objective:** To document the activities developed in the process of acquiring skills during the internship of a professional nature. **Methodology:** Internship performed under the methodology of clinical supervision. Description and reflection of the clinical experiences and deepening of the theme "Non-pharmacological measures during labor: pain and anxiety control". **Results:** Acquisition and development of common and specific competencies of the specialist nurse. The deepening of the chosen theme and the theoretical basis of Dorothea Orem, contributed to the consolidation of knowledge and improvement of the care provided. **Conclusions:** The initially proposed objectives were achieved. The knowledge and skills acquired encourage the provision of humanised care and continuing training.

Descriptors (MeSH): Obstetric nursing; labor pain; labor; complementary therapies; humanizing Delivery

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	11
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO A	12
1.1.1 Serviço de Ginecologia – Unidade II	14
1.1.2 Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Unidade I.....	15
1.1.3 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – Unidade I.....	18
1.1.4 Serviço de Internamento de Puerpério – Unidade I	19
1.1.5 Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Unidade II	21
1.2 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO B	23
1.3 METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	26
2. CONTRIBUTO PARA A ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	30
2.1 REVISÃO DA LITERATURA.....	30
2.1.1 Metodologia	31
2.1.2 Resultados	32
2.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA	35
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	53
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	53
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	56
CONCLUSÕES	69
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICES.....	92
Apêndice A: Panfleto “Náuseas e vômitos na gravidez”	93
Apêndice B: Apresentação “Dor em Obstetrícia”	94
Apêndice C : Apresentação “Pós-parto”	105
Apêndice D: Apresentação do Relato de Caso “Hemorragia Pós-Parto”	116
Apêndice E: Resumo do Pôster “Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Um Relato de Caso”	125
Apêndice F: Fluxograma Prisma – Processo de seleção de artigos	126
Apêndice G: Quadro de resumo da análise dos artigos.....	127

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Campos Clínicos.....	11
Tabela 2. Formulação da pergunta PICOT.....	32
Tabela 3. Assistência realizada no Bloco de Partos	36
Tabela 4. Utilização de analgesia durante o TP	42
Tabela 5. Utilização das MNF de acordo com o alívio da dor e da ansiedade.....	44
Tabela 6. Medidas não farmacológicas utilizadas.....	45
Tabela 7. Duração do TP de acordo com a utilização de MNF.....	47
Tabela 8. Duração do TP de acordo com a realização de analgesia epidural e a utilização de MNF	47
Tabela 9. Utilização de MNF antes e após a analgesia epidural	48
Tabela 10. Utilização de MNF de acordo com o tipo de cardiotocógrafo	48
Tabela 11. Lesão perineal de acordo com a utilização de MNF	49
Tabela 12. Incentivo dos profissionais para o uso de MNF	50
Tabela 13. Utilização de MNF de acordo com o incentivo dos profissionais de saúde	50
Tabela 14. Índice de Apgar	51
Tabela 15. Índice de Apgar de acordo com a utilização de MNF	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico de número de partos por ano	13
Figura 2. Gráfico de nascimentos por ano	26
Figura 3. Idade das parturientes	36
Figura 4. Nacionalidade das parturientes	37
Figura 5. Habilitações literárias das parturientes	38
Figura 6. Paridade das parturientes	38
Figura 7. Vigilância da gravidez	38
Figura 8. Vigilância da gravidez de acordo com a nacionalidade.....	39
Figura 9. Vigilância da gravidez de acordo com a paridade	39
Figura 10. Frequência do Curso de Preparação para o Parto	40
Figura 11. Frequência do Curso de Preparação para o Parto de acordo com a paridade	40
Figura 12. Elaboração de Plano de Parto	41
Figura 13. Elaboração de Plano de Parto de acordo com a frequência do CPP	42
Figura 14. Conhecimento das parturientes sobre MNF	43
Figura 15. Conhecimento das parturientes sobre MNF de acordo com a frequência de CPP	43
Figura 16. Presença da pessoa significativa	46

INTRODUÇÃO

O Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica [MESMO] da Universidade de Évora é um curso que tem por objetivo a formação e aquisição de competências de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros, 2019c). Estas competências incluem a vigilância da saúde da mulher durante o período pré-concepcional, ciclo gravídico-puerperal e recém-nascido [RN] até ao 28.º dia de vida, período do climatério e vivência de processos de saúde/doença ginecológica. O MESMO é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros e baseia-se nas orientações da Comunidade Europeia, do *Nursing and Midwives Council*, e da *International Confederation of Midwives*. No âmbito do 2.º ano do MESMO insere-se a Unidade Curricular [UC] Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final [ENPRF], com início a 12/09/2022 e término a 18/06/2023.

O ENPRF decorreu em diversos contextos clínicos, designadamente Internamento de Ginecologia, Centro de Saúde, Sala de Partos e Internamento de Puérperas, o que permitiu a consolidação de conhecimentos e desenvolvimento de competências necessárias para alcançar os objetivos propostos no planeamento da unidade curricular:

- 1) Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade;
- 2) Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência e
- 3) Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional.

No contexto da assistência à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto [TP] foi explorada a temática sobre medidas não farmacológicas e a sua influência no controlo da dor e ansiedade, com o intuito de dar resposta aos objetivos propostos, aumentar os conhecimentos e melhorar a prestação de cuidados, com base na evidência científica.

O parto é uma experiência que acarreta desafios físicos e psicológicos e que, apesar de ser um acontecimento natural e fisiológico, pode ser marcado por stresse, dor, ansiedade e medo,

sendo provavelmente um dos eventos mais dolorosos que a mulher experiencia ao longo da vida (Aksoy et al., 2016; Dias et al., 2022). A perceção e gestão da dor no trabalho de parto é subjetiva, complexa e influenciada por fatores fisiológicos, sensoriais, emocionais e cognitivos (Hulsbosch et al., 2020; Thies-Lagergren et al., 2021).

As estratégias para lidar com a dor e ansiedade no trabalho de parto visam melhorar a experiência e satisfação da mulher e têm por base a utilização de métodos farmacológicos e/ou não farmacológicos (Chang et al., 2022; Eyeberu et al., 2022). As medidas não farmacológicas incentivam à gestão da dor através do uso de recursos neurofisiológicos e endócrinos, não considerando o uso de fármacos, com o intuito de induzir calma e focar a atenção noutros aspetos que não a dor vivenciada (Bonapace et al., 2018; Thomson et al., 2019).

A Organização Mundial de Saúde [OMS] recomenda a aplicação de medidas não farmacológicas com o propósito de diminuir a dor durante o trabalho de parto e de promover uma maior autonomia e participação ativa da mulher (WHO, 2018a). Para que possa existir uma tomada de decisão baseada em evidência, é crucial a educação pré-natal sobre as diferentes técnicas de alívio da dor no trabalho de parto (Chang et al., 2022).

No decorrer do ENPRF foi crucial o seguimento de um modelo concetual de forma a orientar e fundamentar a prática clínica. Assim, elegeu-se o Modelo Teórico de Dorothea Orem que sustenta a determinação das necessidades de cada pessoa face ao autocuidado e a promoção das capacidades e competências individuais para satisfazer o mesmo de forma independente, com o propósito de alcançar saúde e bem-estar (Tomey & Alligood, 2002).

O presente relatório visa a descrição reflexiva do processo de aprendizagem e de aquisição de competências ao longo do estágio e encontra-se dividido em introdução; contexto clínico do Estágio de Natureza Profissional, onde se caracterizam os contextos clínicos e metodologia do estágio; contributos para a melhoria da assistência em enfermagem de saúde materna e obstétrica, onde se aprofunda a temática do relatório, bem como os resultados obtidos na prática; análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências comuns aos Enfermeiros Especialistas e específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [EEESMO]; considerações finais; referências e apêndices. Este documento foi redigido de acordo com as normas American Psychological Association [APA] (APA, 2020) e as normas de elaboração de trabalhos escritos da Universidade de Évora – Escola Superior de Saúde São João de Deus (Frias et al., 2023) e utiliza o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A experiência clínica é um alicerce para a formação em enfermagem na medida em que se trata de uma profissão com uma conduta prática (Nordquist et al., 2019; Salifu et al., 2022). Os vários contextos clínicos permitem diversas experiências e ambientes de aprendizagem, contribuindo para a consolidação dos conhecimentos teóricos e a sua transformação em competências práticas (Adam et al., 2021).

A formação em contexto clínico permitiu um processo de aprendizagem essencial para alcançar os objetivos propostos na UC ENPRF e todas as atividades e resultados esperados propostos, conforme enunciado no projeto de estágio, com base nas competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do EEESMO.

O estágio decorreu durante dois semestres, conforme detalhado na tabela 1, e permitiu a prestação de cuidados de enfermagem especializados a mulheres com afeção ginecológica, grávidas, puérperas e recém-nascidos.

Tabela 1.
Campos Clínicos

	<i>Campo Clínico</i>	<i>Período de estágio</i>
1.^o Semestre	Internamento de Ginecologia	13/09/2022 a 21/10/2022
	Centro de Saúde - Unidade de Cuidados na Comunidade	24/10/2022 a 02/12/2022
	Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Bloco de Partos	05/12/2022 a 27/01/2023
2.^o Semestre	Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Bloco de Partos	06/02/2023 a 03/03/2023
	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	06/03/2023 a 12/03/2023
	Internamento de Puerpério	13/03/2023 a 21/04/2023
	Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Bloco de Partos	24/04/2023 a 18/06/2023

Fonte: elaboração própria

O presente capítulo apresenta a descrição dos diversos contextos clínicos do Estágio de Natureza Profissional [ENP] quanto à estrutura física, recursos humanos e materiais, bem como, dados estatísticos.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO A

O Centro Hospitalar [CH] onde decorrem parte dos módulos do estágio de natureza profissional é constituído pelas unidades hospitalares de I, II. e III, o Centro de Medicina Física e Reabilitação e os Serviços de Urgência Básica. Trata-se de uma entidade de referência no Serviço Nacional de Saúde [SNS] que presta cuidados de saúde diferenciados aos concelhos de uma região a sul do país e assume o apoio à formação pré, pós-graduada e contínua na área da saúde (SNS, 2023b)

A missão do CH passa pela consolidação de uma unidade de excelência no sistema de saúde, vocacionada para garantir a equidade e universalidade no acesso e assistência com vista à satisfação dos doentes e profissionais (SNS, 2023b). O CH garante a segurança da saúde dos habitantes da região bem como dos turistas que a visitam. As unidades asseguram cuidados de saúde a 16 concelhos da região, num total de 470.992 habitantes, valor que triplica sazonalmente devido aos turistas (Pordata, 2023a; SNS, 2023b).

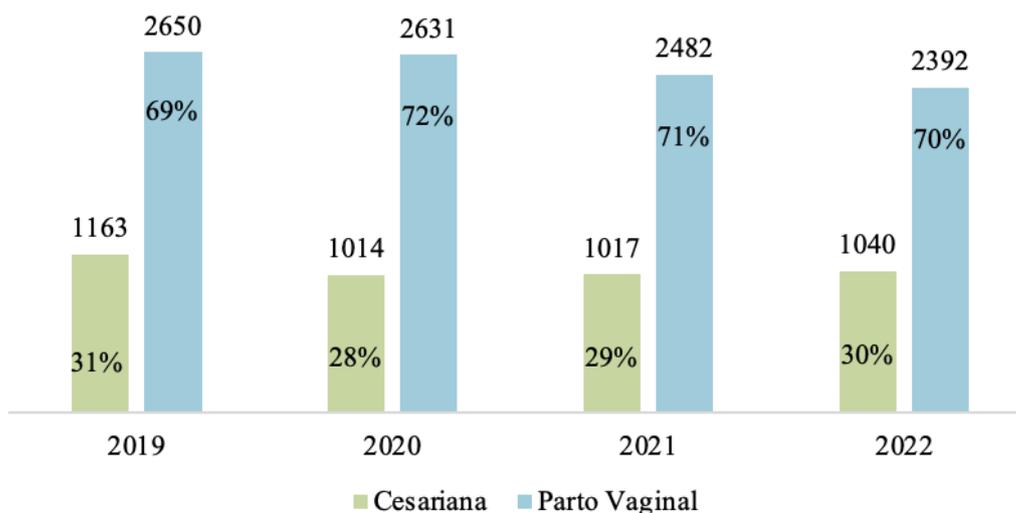
O CH integra-se na Rede Nacional de Referenciação Materno-Infantil, sendo considerada a unidade I um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado [HAPD] e a unidade II um Hospital de Apoio Perinatal [HAP] (Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, 2006).

Em 1991 a Organização Mundial de Saúde e o Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (*United Nations International Children's Emergency Fund - UNICEF*) desenvolveram um programa de promoção e apoio ao aleitamento materno intitulado *Baby Friendly Hospital Initiative – BFHI* (WHO, 2009). Para que um hospital seja acreditado necessita de cumprir as 10 medidas estipuladas no programa. A unidade II é considerada “Entidade Amiga dos Bebés”, encontra-se acreditada desde 2008, com última renovação em 2018 (SNS, 2018).

No que respeita à natalidade, em 2022 registaram-se no CH 3432 nascimentos (SNS, 2023c). Conforme os dados da figura 1 é possível constatar que tem existido um decréscimo de partos desde 2019, provavelmente associado ao contexto de pandemia por Covid-19 e à crise económica atual (Stone, 2020). O CH apresenta taxas de cesariana entre 28 a 31% dos partos, valores superiores à taxa ideal recomendada pela World Health Organization [WHO]

considerada entre 10% a 15% (WHO, 2015). As cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal, contudo quando realizadas sem motivo clínico acarretam riscos acrescidos (WHO, 2015; Opiyo et al., 2020). Alguns fatores associados ao aumento desta intervenção são medo do parto vaginal, falta de informação, preferência da mulher, valores culturais e opinião dos profissionais de saúde (Betrán et al., 2018; Opiyo et al., 2020). A redução das cesarianas desnecessárias passa pela utilização da Classificação de Robson proposta pela WHO como instrumento para avaliar e monitorizar as taxas de cesariana e pela intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente o EEESMO, que contribui para capacitação e empoderamento da mulher para que seja parte integrante na tomada de decisão (Almeida et al., 2022; WHO, 2015).

Figura 1.
Gráfico de número de partos por ano



Fonte: SNS (2023c)

O ENP iniciou ainda em contexto de pandemia por SARS-CoV 2, embora numa fase em que as medidas de contingência eram menos restritas. No CH os profissionais cumpriam com a utilização permanente de máscara cirúrgica e os testes à Covid-19 eram realizados apenas às mulheres com sintomatologia. As grávidas e puérperas apresentam maior risco face à infeção por SARS-CoV 2, motivo pelo qual devem ser reforçadas as medidas preventivas de modo a reduzir a disseminação do vírus (M. Silva et al., 2022). No caso de utentes positivas, procedia-se à restrição de contacto com outras utentes e à utilização do equipamento de proteção individual durante a prestação de cuidados, conforme a Norma 013/2022 da Direção Geral de Saúde [DGS](DGS, 2022).

1.1.1 Serviço de Ginecologia – Unidade II

O serviço de internamento de Ginecologia localiza-se no 2.º piso da Unidade Hospitalar II e é parte integrante do Departamento de Ginecologia/Obstetrícia e Reprodução Humana. Assegura a prestação de cuidados a mulheres com afeção ginecológica, a grávidas até às vinte e duas semanas de gestação e a mulheres em situação de aborto, provenientes da consulta externa de ginecologia, urgência ginecológica e obstétrica ou consulta de diagnóstico pré-natal.

As afeções ginecológicas mais comuns no serviço são miomas uterinos, neoplasias do colo e endométrio, prolapsos urogenitais e endometriose. Na generalidade dos casos as utentes são internadas para serem submetidas a tratamento cirúrgico no bloco operatório central. Situações como biópsias uterinas ou curetagem são realizadas na sala operatória do bloco de partos. Assim, as intervenções cirúrgicas mais comuns no serviço são histerectomia, anexotomia, salpingectomia, biópsia endometrial, correção de prolapsos urogenitais e correção de incontinência urinária (Tension-Free Vaginal Tape). Quanto às grávidas, os diagnósticos mais comuns no serviço são ameaça de aborto, aborto retido, rutura prematura de membranas, gravidez ectópica e hiperémese gravídica.

No que respeita ao espaço físico, o serviço é constituído por dez camas – num total de quatro enfermarias cada uma com casa-de-banho – uma copa, uma sala de trabalho de enfermagem, uma sala de sujos, uma sala de tratamentos onde também se encontra o material de consumo clínico, um gabinete da enfermeira chefe e uma casa-de-banho para os colaboradores. Na parte exterior do serviço encontra-se o secretariado que é responsável pela parte administrativa dos serviços de ginecologia e de obstetrícia.

No que concerne aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por doze enfermeiras, uma EEESMO, uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, dez enfermeiras generalistas e uma enfermeira em funções de chefia. A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MCEESMO] (Ordem dos Enfermeiros, 2019a) define como dotação segura nos serviços de internamento de Ginecologia a existência de pelo menos um EEESMO em permanência vinte e quatro horas, o que não se verifica uma vez que só existe um EEESMO na prestação de cuidados no serviço.

O número de enfermeiras escaladas varia consoante o número de utentes e de cirurgias programadas. Habitualmente estão escalados dois elementos nos turnos da manhã (8h-16h) e da tarde (15h30-00h) e um elemento no turno da noite (23h30-8h30). A metodologia de trabalho

da equipa de enfermagem é a de trabalho individual, em que um único enfermeiro assume a responsabilidade por assistir e prestar cuidados ao utente durante o turno (Ventura-Silva et al., 2021). Assim, as enfermeiras escaladas recebem a informação das utentes internadas no serviço, porém a prestação de cuidados incide nas que lhes estão atribuídas durante o turno. A distribuição das utentes rege-se pelo sistema de classificação de doentes, integrada no sistema informático *Sclinic*[®], e tem por base os níveis de dependência quanto aos cuidados de enfermagem. Este sistema visa otimizar a gestão de recursos humanos adequando o número de enfermeiros ao volume de trabalho com o intuito de garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados (Conceição, 2016).

1.1.2 Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Unidade I

O Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia localiza-se no 5.º piso do edifício principal da Unidade Hospitalar I e engloba a Admissão da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia [UOG], o Bloco de Partos [BP] e o Internamento de Grávidas. Na Admissão são assegurados cuidados a mulheres grávidas e/ou com afeção ginecológica, encaminhadas do serviço de Urgência Geral, do centro de saúde ou consulta externa. No internamento asseguram-se cuidados a grávidas com patologia associada que necessitam de vigilância e a grávidas em fase latente do TP. No bloco de partos são prestados cuidados a mulheres em TP e parto, bem como cuidados ao recém-nascido e à mulher durante o puerpério imediato.

Na Admissão da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia existem dois gabinetes de atendimento equipados com marquesa ginecológica, ecógrafo e armário com material de consumo clínico, uma casa-de-banho, uma sala de observação [SO] e uma sala de cardiocotografia. A SO está equipada com um cadeirão e uma marquesa ginecológica, que por vezes é utilizada para realização de partos eminentes em situações em que todas as salas de partos estejam ocupadas. Neste posto estão idealmente escalados dois EEESMO, contudo, devido à falta de recursos humanos, em alguns turnos os cuidados são assegurados por um EEESMO e um enfermeiro generalista. A metodologia de trabalho é a do método funcional, ou seja, é dado ênfase aos procedimentos e tarefas a serem realizados tendo em conta a requisição de assistência a prestar, o volume de trabalho e a disponibilidade de cada elemento da equipa (Ventura-Silva et al., 2021). O sistema de registos utilizado é o *ALERT*[®].

O bloco de partos, no que concerne ao espaço físico, é constituído por quatro salas de parto, uma sala operatória, sala de cuidados imediatos ao recém-nascido, duas salas de recobro, copa,

gabinete da enfermeira chefe, sala de enfermagem, sala de sujos, sala de consumo clínico e casa-de-banho para os colaboradores.

Na sala de enfermagem encontram-se armários com medicação e material de consumo clínico, computadores para realização dos registos eletrónicos no sistema informático *Sclinic*[®], bem como um ecrã com ligação à Central Omniview-SisPorto[®]. Nesta Central efetua-se a monitorização e o registo eletrónico das cardiocografias com base nas diretrizes da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* [FIGO] (Bernardes, 2023).

As salas de parto são equipadas com cama de parto, cardiocógrafa com ligação à Central Omniview, armário com material, cadeirão e mesa de apoio móvel. Encontra-se também uma bancada onde são prestados os cuidados imediatos ao recém-nascido equipada com fonte de calor, fonte de oxigénio e de vácuo, lavatório e uma balança para monitorização do peso do RN. Nas salas de parto a prestação de cuidados é assegurada por dois EEESMO. No que concerne às dotações seguras, a MCEESMO refere que no 1.º estadio do TP o rácio deve ser 1:2 e no 2.º estadio 1:1; no 3.º e 4.º estadio a responsabilidade de assistência é do profissional envolvido no 2.º estadio. É também referido que a prestação e gestão dos cuidados é da exclusiva competência do EEESMO, pelo que apenas estes estão habilitados a exercer funções/atividades específicas do seu exercício profissional no Bloco de Partos (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Durante o TP é concedido a todas as grávidas o direito à presença de acompanhante/pessoa significativa, conforme o artigo 12.º da lei n.º 15/2014.

A sala operatória está equipada com maca operatória, dois carros de apoio que contêm medicação e material de consumo clínico, ventilador, três mesas móveis e dois computadores. Esta sala é de pequenas dimensões, o que dificulta a mobilidade dos profissionais e também restringe a presença do acompanhante. Neste posto estão sempre escalados três enfermeiros generalistas distribuídos por anestesia, circulante e instrumentista, sendo a metodologia de trabalho o método funcional, isto é, há uma distribuição de tarefas pelos enfermeiros (Ventura-Silva et al., 2021). A técnica cirúrgica mais realizada é a cesariana eletiva ou de urgência, contudo em algumas situações a sala operatória é utilizada para realização de *cerclagem* uterina e dequitação manual.

As salas de recobro são o local onde as puérperas e recém-nascidos permanecem durante o puerpério imediato, ou seja, durante as primeiras duas horas após o parto (Nené et al., 2016), até serem transferidos para o internamento de obstetrícia. Estas salas estão equipadas com maca, aparelho de monitorização de parâmetros vitais e armários com material de consumo clínico.

A sala de cuidados imediatos ao recém-nascido está equipada com duas incubadoras, rampas de oxigénio, vácuo e ar comprimido, aspirador, banheira, armário com material de consumo clínico, estufa aquecida e uma janela com comunicação direta para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN] que possibilita o acesso rápido aos cuidados especializados, pois quanto mais célere for a assistência por parte da equipa multidisciplinar, maior a probabilidade de êxito (Freitas et al., 2018).

O internamento de grávidas está integrado no espaço físico do serviço de Ginecologia e é composto por uma sala de enfermagem, casa-de-banho de utentes e outra para os colaboradores, e cinco enfermarias, num total de quinze camas. Cada enfermaria é composta por três camas, uma mesa de apoio, armários para guardar os pertences das grávidas e um lavatório. As unidades das grávidas encontram-se separadas por cortinas movíveis de forma a respeitar a privacidade e estão equipadas com fonte de oxigénio e de vácuo. Na sala de enfermagem encontram-se armários com material de consumo clínico, computadores para elaboração dos registos eletrónicos no sistema informático *Sclinik*[®] e um ecrã ligado à Central Omniview. As grávidas ficam internadas em casos de ameaça de parto pré-termo, rutura prematura de membranas, patologias que impliquem vigilância contínua ou indução do TP. A hospitalização embora desperte sentimentos negativos à mulher grávida, é um evento necessário para a monitorização da gravidez de risco, atuação especializada e desenvolvimento de estratégias para prevenção de complicações (Rodrigues et al., 2020).

No internamento de grávidas estão habitualmente distribuídos dois EEESMO, contudo, devido à falta de recursos humanos, por vezes ficam escalados um EEESMO e um enfermeiro generalista. O método de trabalho utilizado é o funcional (Ventura-Silva et al., 2021). A MCEESMO refere que na indução do TP o rácio é 1:3, e no internamento, em casos de gravidez de médio risco 1:6 e gravidez de alto risco 1:3, sendo que deve ser assegurado exclusivamente por EEESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

No que respeita aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por vinte e nove EEESMO, uma enfermeira especialista em médico-cirúrgica, dezasseis enfermeiros de cuidados gerais e a enfermeira em funções de chefia. Geralmente estão escalados oito enfermeiros em cada turno, manhã (8h-16h), tarde (15h30-00h) e noite (23h30-8h30). Como referido anteriormente, nem sempre são cumpridos os rácios para as dotações seguras, o que gera sobrecarga de trabalho que condiciona a qualidade e segurança dos cuidados prestados (C. Santos et al., 2020).

1.1.3 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – Unidade I

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais localiza-se no 5.º piso do edifício principal da Unidade Hospitalar I. Integra o Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal e assegura a intervenção ao recém-nascido doente e/ou prematuro que necessita de cuidados médicos ou cirúrgicos, proveniente do Bloco de Partos, do internamento de Obstetrícia ou da Urgência Pediátrica. As causas de internamento mais frequentes são a prematuridade, síndrome de dificuldade respiratória, infeção e hiperbilirrubinémia. O período neonatal é marcado pela elevada taxa de morbimortalidade, sendo imprescindível o cuidado especializado ao recém-nascido vulnerável e apoio psicológico aos familiares (Segundo et al., 2018).

O serviço apresenta uma janela de ligação direta ao Bloco de Partos e, no que concerne ao espaço físico, é constituído por: uma sala com doze incubadoras, das quais cinco são postos intensivos com ventilador e sete são de cuidados intermédios; sala de berços com capacidade para seis recém-nascidos; sala de tratamento, onde é possível ter contacto visual com todas as unidades neonatais e onde se realizam os registos de enfermagem, a preparação de medicação e a vigilância dos RN através da central de monitorização. O serviço é ainda composto por uma sala de reuniões destinada à passagem de informação entre a equipa multidisciplinar; sala onde se prepara o leite de fórmula; copa; casa-de-banho para os profissionais e outra para os pais. De forma a prevenir o controlo de infeção, a roupa dos neonatos é higienizada na lavandaria interna do serviço. A sala de preparação do leite é a mesma onde as puérperas realizam a extração de leite materno, local com pouca privacidade devido à entrada frequente de diversos profissionais de saúde, além de pouco acolhedor e tranquilo.

A sala das incubadoras está disposta em “U” de forma a permitir uma maior visibilidade de cada unidade neonatal e a diminuir do risco de infeção cruzada. Os recém-nascidos internados em unidades intensivas neonatais apresentam um maior risco de infeção devido aos internamentos prolongados, procedimentos invasivos, utilização de antibioterapia de largo espetro, bem como, devido ao baixo peso ao nascer e à idade gestacional (Daniel & Silva, 2017). Cada unidade do RN está equipada com monitor de sinais vitais, rampa de oxigénio e de vácuo, bombas infusoras e material para a prestação de cuidados como fraldas, compressas, fraldas de pano, seringas, luz de presença e um cadeirão para o acompanhante.

A prestação de cuidados centra-se no *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* [NIDCAP], que visa prevenir as sequelas associadas ao internamento

através da adoção de intervenções que promovam a neuroprotecção e o desenvolvimento dos recém-nascidos, diminuindo o stress ambiental, como o ruído e a luminosidade, e incentivando o envolvimento dos pais na prestação de cuidados de forma a favorecer a vinculação (Silberstein & Litmanovitz, 2016). Assim, a luminosidade é sempre reduzida, motivo pelo qual todas as incubadoras têm luz de presença de baixa intensidade que apenas é ligada aquando da prestação de cuidados. Toda a equipa contribui para a redução do ruído, inclusive existe um sistema de deteção que alerta quando o ruído é superior ao expectável.

A UCIN fomenta a participação dos pais na prestação de cuidados com base no NIDCAP, bem como, o contacto pele-a-pele e a amamentação, de modo a promover a vinculação e a capacitar para os cuidados ao RN. A prática assistencial em neonatologia, para além do cuidado técnico, deve abranger a comunicação com os pais e a sua valorização e envolvimento na prestação de cuidados (Szewczyk et al., 2022). O enfermeiro apresenta um papel fundamental neste processo, dando resposta às necessidades do RN e dos pais (Szewczyk et al., 2022).

1.1.4 Serviço de internamento de puerpério – Unidade I

O Serviço de Obstetrícia localiza-se no 5.º piso do edifício principal da Unidade Hospitalar I e assegura a prestação de cuidados a recém-nascidos e a mulheres no período de puerpério, transferidas do bloco de partos e/ou mulheres com reinternamento durante o puerpério tardio.

Quanto ao espaço físico o serviço é composto por dez enfermarias de três camas e quatro quartos individuais, sala de trabalho de enfermagem, sala de tratamento, sala de recobro, berçário, duas casas-de-banho para as utentes e um para os colaboradores, gabinete da enfermeira chefe, armazém de consumo clínico, gabinete onde se realiza o registo dos recém-nascidos (Balcão Nascer Cidadão) e uma sala destinada ao auxílio no processo de amamentação e realização de ensinamentos no dia da alta. A Alta Segura é um projeto da APSI (Associação para Promoção da Segurança Infantil) que defende que o RN deve ser transportado em segurança desde o primeiro dia de vida, e que consiste na realização de ensinamentos aos pais sobre esta temática (APSI, 2022).

Em cada enfermaria existem três camas separadas por cortinas móveis, mesa, lavatório e armário para os pertences das puérperas. Cada unidade tem disponível uma fonte de oxigénio, de vácuo e de ar comprimido. É realizado alojamento conjunto, exceto em situações em que o RN necessite de internamento na UCIN. O alojamento conjunto promove a vinculação, o aleitamento materno e permite ao enfermeiro assistir e estimular a puérpera nos cuidados ao

recém-nascido (Machado et al., 2021). Os quartos individuais são utilizados para situações específicas, nomeadamente puérperas com doenças infetocontagiosas e/ou com RN internado na UCIN. O berçário é constituído por bancadas acolchoadas onde se procede à avaliação física e prestação de cuidados ao RN, banheiras, balanças e armários com material de consumo clínico. A sala de recobro tem disponível uma marquesa ginecológica onde são observadas as puérperas antes da alta, ou sempre que surgir necessidade, e onde se realizam os pensos cirúrgicos das puérperas submetidas a cesariana.

A equipa de enfermagem é constituída por vinte e uma enfermeiras generalistas, uma EEESMO e duas enfermeiras especialistas em saúde infantil. O número de enfermeiras escaladas varia consoante o número de puérperas e RN internados, contudo habitualmente o serviço é assegurado por quatro elementos no turno da manhã (8h-16h), três no turno da tarde (15h30-00h) e três elementos no turno da noite (23h30-8h30). No que concerne às dotações seguras no puerpério, a MCEESMO menciona rácio de 1:3 no puerpério patológico e 1:6 no puerpério normal, anotando que os serviços de internamento de puerpério são assegurados exclusivamente por EEESMO, o que não se verifica dado que apenas existe uma enfermeira EEESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Nos turnos da manhã, para além das quatro enfermeiras que prestam cuidados no internamento, há um quinto elemento que fica responsável pelo Cantinho da Amamentação e pela Alta Segura. Neste posto, à data da alta, a enfermeira realiza ensinamentos sobre a alta à puérpera e/ou pessoa significativa, nomeadamente prevenção de acidentes em casa e na rua, colocação correta do RN na cadeira de transporte e acomodação da cadeira no carro com o cinto de segurança (APSI, 2022). Este elemento da equipa fica também responsável por receber puérperas e RN que já tiveram alta, mas que necessitam de vigilância e apoio na amamentação, e por efetuar uma consulta telefónica alguns dias após a alta no sentido de averiguar o bem-estar da díade e a necessidade de agendamento no Cantinho da Amamentação ou encaminhamento para o Centro de Saúde da área de residência, bem como, proceder ao esclarecimento de dúvidas. O aleitamento materno, por vezes, é condicionado por complicações no puerpério, interferência da família, mitos, crenças e falta de conhecimento (Gomes et al., 2020; Ramalho et al., 2021). O EEESMO tem um papel fundamental na assistência à puérpera através da orientação e diálogo, desmistificando a informação infundada com o intuito de promover a amamentação e a saúde da mulher e do recém-nascido (Gomes et al., 2020; Ramalho et al., 2021).

Apesar de a Unidade I não ser classificada como “Entidade Amiga dos Bebés”, existe um envolvimento notório dos profissionais de saúde na promoção do aleitamento materno exclusivo e no desenvolvimento de estratégias para auxiliar a adaptação à amamentação, nomeadamente através da comunicação e escuta ativa, da educação para a saúde, do envolvimento da família e do apoio à mulher que amamenta (Palheta & Aguiar, 2021; Silva et al., 2019).

O método de trabalho é o individual, isto é, cada enfermeira é responsável por assistir e prestar cuidados às puérperas e recém-nascidos que lhe são distribuídos durante o turno (Ventura-Silva et al., 2021). A distribuição rege-se pelo sistema de classificação integrado no sistema informático *Sclinic*[®] tendo por base o número de horas de cuidados de enfermagem.

1.1.5 Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Unidade II

O Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia localiza-se no 2.º piso do edifício principal da Unidade Hospitalar II e engloba a Urgência de Obstetrícia e Ginecologia e o Bloco de Partos. O serviço assegura a prestação de cuidados a mulheres grávidas e/ou com afeição ginecológica, provenientes do serviço de urgência geral, do centro de saúde ou da consulta externa. Contudo, dado que a Unidade II não constitui um HAPD, sempre que existe necessidade, as grávidas são transferidas para a unidade I ou para outras unidades de referência.

No que concerne ao espaço físico, a Urgência de Obstetrícia e Ginecologia é constituída pela receção com uma pequena sala de espera, onde nos dias úteis e em período diurno se encontra uma administrativa que gere o acesso das utentes ao serviço. Fora deste período a admissão das utentes é realizada na Urgência Geral. Existem três gabinetes de observação, dois com marquesa ginecológica e ecógrafo e um com marquesa e cardiotocógrafo; uma sala de cardiotocografia; sala de sujos; rouparia; uma casa-de-banho para os profissionais e outra para as utentes/acompanhantes, e ainda um balneário com duchas para as grávidas em trabalho de parto. Cada gabinete de observação e a sala de cardiotocografia têm disponível um computador para realização de registos eletrónicos no sistema de registos *ALERT*[®] e armários com material de consumo clínico.

Neste posto é aplicado o método de trabalho funcional (Ventura-Silva et al., 2021). Habitualmente estão escalados dois EEESMO, contudo, em alguns turnos os cuidados são assegurados por um EEESMO e um enfermeiro de cuidados gerais, apesar da MCEESMO

referir que a prestação de cuidados na Urgência Obstétrica e Ginecologia é da exclusiva responsabilidade do EEESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

O bloco de partos é constituído por cinco salas de partos, duas salas de vigilância, sala de enfermagem, sala operatória, sala de reanimação do recém-nascido, gabinete da enfermeira chefe, copa, armazém de consumo clínico, duas casas-de-banho para as grávidas/acompanhantes e outras duas para os profissionais.

As salas de parto estão equipadas com cama de parto, cardiotocógrafo com ligação à Central Omniview, cadeirão, armário com medicação e material de consumo clínico, mesa móvel onde estão sempre disponíveis a trouxa e os ferros de parto e a bancada do RN onde são prestados os cuidados imediatos, que está equipada com fonte de oxigénio e vácuo, fonte de calor, reanimador manual, balança, banheira e armário com medicação para o RN.

Neste serviço estão disponíveis alguns métodos não farmacológicos para alívio da dor, nomeadamente, todas as salas possuem música ambiente e luminosidade regulável pela grávida e um kit de massagem de relaxamento. Existem também bolas de Pilates, acesso ao duche e dois cardiotocógrafos com sistema wireless para maior mobilidade da grávida. A mobilização materna é sempre incentivada e realiza-se monitorização intermitente sempre que não existe risco materno-fetal.

Nas salas de vigilância são assegurados cuidados às puérperas e recém-nascidos durante o período de puerpério imediato. Estas dividem-se em unidade de recobro de partos vaginais - composta por duas marquesas, dois monitores de sinais vitais e duas incubadoras - e a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos [UCPA] - composta por duas marquesas, dois monitores de sinais vitais e um computador para a realização de registos no sistema informático *Sclinic*[®]. Neste posto de trabalho fica escalado um enfermeiro de cuidados gerais ou um EEESMO que também é responsável pela prestação dos primeiros cuidados ao recém-nascido.

Na sala operatória realizam-se cirurgias eletivas ou urgentes/emergentes do foro ginecológico e obstétrico, nos dias úteis entre as oito e as vinte horas. Fora deste período, todas as cirurgias são realizadas no bloco operatório central. Os cuidados na sala operatória são assegurados por dois enfermeiros de cuidados gerais distribuídos pelos postos de anestesia e circulante, que se regem pelo método funcional (Ventura-Silva et al., 2021). Esta sala tem dimensões que facilitam os cuidados prestados e que permitem a presença do acompanhante.

A sala de reanimação do recém-nascido, onde são prestados os primeiros cuidados após a cesariana, tem ligação direta com a sala operatória e está equipada com duas incubadoras,

rampas de oxigénio, vácuo e ar comprimido, aspirador, banheira e armário com medicação e com material de consumo clínico. Este espaço dá resposta às necessidades sempre que ocorrem situações de vulnerabilidade do RN e em que é determinante a eficácia e agilidade da equipa multidisciplinar (Melo et al., 2021).

A sala de enfermagem é o local onde se encontram os processos físicos de cada grávida, nomeadamente o partograma onde se complementam os registos em formato de papel, dois computadores para elaboração de registos eletrónicos e um ecrã com ligação à Central Omniview para vigilância e monitorização das cardiocografias com base nas diretrizes da FIGO (Bernardes, 2023). A elaboração de registos, designadamente no partograma, sistema informático e na Central Omniview, documenta os dados, os diagnósticos e intervenções de enfermagem e contribui para a gestão, segurança e continuidade dos cuidados especializados do EEESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

No que respeita aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por vinte e cinco EEESMO, dez enfermeiros de cuidados gerais e a enfermeira em funções de chefia. O serviço é assegurado por cinco elementos no turno da manhã (8h-16h) e no turno da tarde (15h30-00h): dois elementos na urgência, um no bloco de partos, um na UCPA e dois na sala operatória; no turno da noite (23h30-8h30) estão escalados três elementos: um na urgência, um no bloco de partos e um na UCPA. Em todos os turnos a prestação de cuidados nas salas de partos é da responsabilidade de um EEESMO, o que não se enquadra nas dotações seguras, dado que a MCEESMO refere que no 1.º estadio do TP o rácio deve ser 1:2, no 2.º estadio 1:1 e em casos de indução do TP o rácio é 1:3 (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

1.2 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO B

A Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] é parte integrante de um Centro de Saúde da região Sul, inseridos no Agrupamento de Centros de Saúde Centro (ACES Central). A UCC presta cuidados de saúde a toda a população do concelho da sua área de abrangência, cerca de 72.400 habitantes, e tem como missão a melhoria do estado de saúde desta população, visando a obtenção de ganhos em saúde (Pordata, 2023a; SNS, 2023a).

A unidade é constituída por enfermeiros, dos quais uma enfermeira EESMO, assistentes técnicos, assistentes operacionais, técnica superior de serviço social, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e terapeutas da fala, que prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, bem como, atuam na educação para

a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (SNS, 2023a). O horário de funcionamento é das 8 horas às 20 horas nos dias úteis e aos sábados, domingos e feriados das 8h30 às 15h30 apenas para o projeto da Equipa de Cuidados Continuados Integrados [ECCI].

No que concerne ao espaço físico, a UCC é constituída por vários gabinetes destinados às diferentes áreas de atuação, nomeadamente, Saúde Escolar, Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade [CPNP], Cantinho da amamentação, ECCI, bem como, gabinete da Enfermeira em funções de chefia, casa-de-banho, copa e sala de aprovisionamento.

A enfermeira EESMO é responsável pelo projeto do CPNP e pelo Cantinho da amamentação. Os CPNP estão organizados em onze sessões de três horas (9h30-12h30), duas vezes por semana (segundas e quartas-feiras) definidas através de um cronograma realizado para cada curso. O curso é ministrado por vários profissionais de saúde, sendo que a EEESMO é responsável por lecionar seis sessões e a psicóloga, higienista oral, nutricionista, fisioterapeuta e enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica lecionam uma sessão cada.

O CPNP é dado a conhecer às grávidas na consulta de seguimento da gravidez, onde o enfermeiro responsável pela consulta entrega um formulário para recolha do nome, e-mail, data provável para o parto [DPP] e contacto telefónico, que é posteriormente encaminhado para a EEESMO da UCC. Após receção dos formulários é realizada uma seleção tendo em conta a idade gestacional e a DPP. Posteriormente é enviado um e-mail a cada grávida com um questionário online para recolha de dados entre os quais, dados sociodemográficos, dados obstétricos, antecedentes pessoais e temas que gostariam de ver abordados no curso. A resposta ao questionário online confirma o interesse em frequentar o curso e é posteriormente enviada toda a informação sobre o mesmo, nomeadamente data de início, local, horários e cronograma.

Durante o decorrer do CPNP é agendada uma consulta com cada grávida/casal, conforme preconizado pela DGS (2015). A consulta tem por objetivo o esclarecimento de dúvidas e realização de ensinamentos, nomeadamente conteúdos direcionados à idade gestacional e técnicas abordadas nas sessões, como por exemplo, exercícios respiratórios, utilização da bola de Pilates e massagem de relaxamento. São também monitorizados os seguintes parâmetros: tensão arterial, frequência cardíaca, peso, grau de risco da gravidez segundo a Escala de Goodwin Modificada – que permite a avaliação do mesmo tendo em conta a idade da mulher, antecedentes obstétricos, patologias associadas e a gravidez atual (DGS, 2015) – e registos no boletim da grávida. A consulta com a grávida /casal visa a promoção de educação para a saúde,

bem como, a avaliação do bem-estar materno-fetal, onde se procede à referência e encaminhamento da grávida sempre que é identificado algum fator de risco ou desvio do padrão de saúde (DGS, 2015).

O cantinho de amamentação é um recurso da comunidade que promove o apoio na amamentação (DGS, 2015), dando resposta a todas as puérperas e recém-nascidos que apresentem dificuldades ou dúvidas no estabelecimento e/ou continuidade deste processo. É agendada uma consulta presencial consoante disponibilidade da EEESMO, onde se procede à observação das características da mama/mamilo e da mamada, à pesagem do RN e onde se esclarecem dúvidas e se oferecem sugestões indo ao encontro daquilo que são os ideais e objetivos da puérpera, explicando sempre os benefícios do aleitamento materno. Durante a consulta no Cantinho da Amamentação o EEESMO tem oportunidade de sensibilizar a mulher/casal para as práticas de amamentação, diminuir medos e inseguranças e promover a saúde da mulher e do bebé (F. Costa et al., 2019). Nesta consulta é também realizada uma avaliação do estado físico, emocional e social da puérpera de modo a dar resposta às necessidades individuais e atuar/referenciar perante situações de risco. O EEESMO deve estar atento a sinais patológicos demonstrados pela mulher, sejam físicos ou psíquicos, e tem um papel de destaque na prevenção e identificação precoce de alterações da saúde mental, concretamente, através da escuta ativa das necessidades da puérpera, da transmissão de informação sobre os recursos da comunidade e do encaminhamento para outros profissionais (P. Sousa et al., 2020). O acompanhamento desde o período pré-natal facilita a ligação da EEESMO com a mulher/família e a identificação de situações de desvio de saúde. A relação de proximidade e a continuidade dos cuidados promovem a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação tanto dos utentes como dos profissionais (Mendes et al., 2017).

No que diz respeito às dotações seguras do EEESMO nos cuidados de saúde primários, a MCEESMO refere que cada UCC deve ter um EESMO por cada quinhentos nascimentos da sua área de abrangência, que também dará resposta à preparação para o parto, adaptação à parentalidade e adaptação ao pós-parto (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Na consulta de apoio ao aleitamento materno considera-se o rácio de um EEESMO por cada duzentos nascimentos (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). A figura 2 representa o número de nascimentos no concelho nos últimos quatro anos, sendo possível constatar que não são cumpridas as dotações seguras.

Figura 2.
Gráfico de nascimentos por ano



Fonte: Pordata (2023a)

1.3 METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Neste subcapítulo procede-se à descrição da metodologia aplicada no Estágio de Natureza Profissional, através da exposição dos métodos de aprendizagem e competências desenvolvidas para atingir os objetivos propostos.

O plano de estudos da UC preconiza a capacidade da mestranda no desenvolvimento de competências nas vertentes de investigação e de cuidados especializados, demonstrando capacidade de reflexão crítica sobre a prática, fundamentação com base na teoria, capacidade de investigação e evidência científica. Preconiza-se também a capacidade de comunicação de conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma concisa, tendo por base as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEESMO. Assim, de acordo com o plano de estudos, estabeleceram-se como objetivos de aprendizagem a capacidade de:

1. Prestação de cuidados à mulher/companheiro inseridos na família e comunidade:
 - a) no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional;
 - b) no período pré-natal;
 - c) no âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
 - d) nos vários estadios do TP em situação de saúde/desvio de saúde;
 - e) no período puerperal em situação de saúde/desvio de saúde;
 - f) durante o período pós-natal;
 - g) a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;

h) demonstrando responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2. Demonstração de aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência.

3. Defesa através de um Relatório apresentado em provas públicas, da aquisição de competências ao longo do ENP.

Para além dos objetivos supracitados, propôs-se a aquisição e desenvolvimento de competências sobre a utilização de medidas não farmacológicas para controlo da dor e ansiedade durante o trabalho de parto, desenvolvendo conhecimentos com base na vertente teórico-prática e na prática baseada na evidência.

O ENP decorreu sob orientação pedagógica da docente da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, e sob a supervisão clínica de Enfermeiros EESMO. A supervisão clínica garante o acompanhamento no processo de aprendizagem e no desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e reflexivas, com vista à promoção de cuidados seguros e de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No decorrer do estágio foram aplicadas estratégias de aprendizagem, nomeadamente observação dos cuidados prestados, execução de prática clínica, pesquisa bibliográfica para revisão temática e a aplicação e desenvolvimento de conhecimentos e competências. Estas estratégias permitiram o aperfeiçoamento da prática e autonomia sob supervisão, bem como, construção da entidade pessoal e profissional. O ambiente de aprendizagem e as experiências educativas estimulam o conhecimento, a autonomia profissional e a valorização pessoal, o que facilita o desenvolvimento da identidade profissional (Sim-Sim et al., 2022).

No âmbito do processo de aprendizagem foi realizada pesquisa bibliográfica e consulta de normas e protocolos de modo a integrar a dinâmica de cada contexto clínico. Foram ainda utilizadas outras estratégias de aprendizagem e desenvolvimento de competências, nomeadamente, no contexto clínico no serviço de Ginecologia a mestrandas elaborou um panfleto sobre a temática “Náuseas e vômitos na gravidez” (apêndice A); no contexto de Centro de Saúde houve oportunidade de realizar uma sessão sobre o tema “Dor em obstetrícia” (apêndice B), onde foi possível direcionar a sessão para o tema principal do relatório, e outra sessão acerca do “Pós-parto” (apêndice C); no estágio em Obstetrícia elaborou-se um relato de caso subordinado ao tema “Hemorragia pós-parto” que foi apresentado em contexto de formação de serviço à equipa de enfermagem (apêndice D). A partir do relato de caso concebeu-

se um póster que foi apresentado pela mestranda no congresso *Nursing Research Paths: Internacional Congress*.

A revisão bibliográfica incidiu sobre a temática “Utilização de medidas não farmacológicas para controlo da dor e ansiedade durante o trabalho de parto”, com o objetivo de identificar a evidência científica atual sobre o uso das medidas não farmacológicas durante o trabalho de parto e aprofundar o tema proposto. Procedeu-se à pesquisa em diferentes bases de dados: PubMed, SciELO, Cochrane Library e plataforma ESBCO e utilizou-se como gestor de revisão de artigos o software Zotero.

Ao longo do ENP decorreram, em cada contexto de clínico, reuniões de avaliação intermédia e de avaliação final com o supervisor clínico e a professora orientadora, que permitiram a reflexão sobre o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências com vista à melhoria do desempenho da mestranda. O instrumento utilizado para avaliação, facultado pela escola, descreveu os itens em avaliação e permitiu a análise e classificação das competências atingidas em cada contexto prático.

A identificação de um modelo teórico de enfermagem que servisse de referência à prática clínica foi fundamental para dirigir a atuação ao longo do Estágio de Natureza Profissional, assim, selecionou-se o Modelo Teórico de Dorothea Orem. O autocuidado é o conceito principal deste modelo e foi definido por Orem como o conjunto de atividades desenvolvidas por cada indivíduo em benefício próprio, com a intenção de preservar a vida e o bem-estar pessoal de forma saudável. A Teoria do Défice do Autocuidado assenta em três teorias interligadas: a teoria do autocuidado que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias; a teoria do défice do autocuidado que explica porque as pessoas podem ser ajudadas através de enfermagem; e a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve as relações que devem ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

Orem descreve os sistemas de enfermagem como as ações que devem ser praticadas pelos enfermeiros, por vezes em conjunto com os utentes, de modo a satisfazer as necessidades do autocuidado (Tomey & Alligood, 2002). Os sistemas podem ser classificados como: 1) Totalmente Compensatório – o enfermeiro executa o autocuidado para compensar a incapacidade da pessoa, apoia e protege; 2) Parcialmente Compensatório – o enfermeiro executa algumas ações para o autocuidado e assiste a pessoa conforme necessário; 3) Apoio-Educação – o doente executa o autocuidado e o enfermeiro regula o desenvolvimento da atividade (Tomey & Alligood, 2002). A teoria de Orem tem por base o reconhecimento das

condições de saúde, necessidades e limitações no autocuidado, para que quando existe um défice o enfermeiro identifique soluções e capacite o indivíduo para o seu próprio cuidado (Silva et al., 2021; Tomey & Alligood, 2002).

O conhecimento desta teoria permite valorizar o processo de enfermagem na medida em que possibilita a promoção e assistência no autocuidado durante o processo de saúde/doença, reforçando a importância da atuação do enfermeiro (Silva et al., 2021). Sendo a prática de enfermagem centrada no cuidado holístico e nas intervenções educacionais (Joaquim et al., 2023), considerou-se a escolha do modelo de Orem, que serviu de base teórica para a prática durante o ENP permitindo identificar as necessidades de cada mulher/casal/família e mobilizar competências comuns e específicas do EEESMO para a promoção do autocuidado e bem-estar, através da prestação de cuidados individualizados e capacitação da mulher/família nos diversos contextos clínicos.

A população alvo do ENP engloba todas as mulheres/companheiros e famílias inseridas na comunidade a quem a mestranda prestou cuidados de enfermagem especializados ao longo dos diversos campos clínicos, nomeadamente nos serviços de Ginecologia, Urgência Ginecológica e Obstétrica – Bloco de partos e Puerpério do CH e Centro de Saúde. No território dos contextos clínicos a população estrangeira com estatuto legal de residente é de 109.636 habitantes, correspondente a 23,3% na população da região (Pordata, 2023a). O ambiente multicultural é uma realidade crescente na prática de enfermagem e que constitui um desafio e uma adaptação da prática de cuidados (Teixeira et al., 2022). Com a globalização o EEESMO deve estar preparado para as diferenças linguísticas e culturais e auxiliar na adaptação de cada mulher à cultura ocidental (Lopes et al., 2022).

2. CONTRIBUTO PARA A ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O presente capítulo visou a contextualização da temática elegida pela mestranda – medidas não farmacológicas durante o trabalho de parto: controlo da dor e ansiedade. Deste modo, procedeu-se à realização de uma revisão da literatura sobre o tema e posteriormente à exposição da experiência clínica ao longo do ENP.

A revisão da literatura teve por objetivo compreender a influência das medidas não farmacológicas [MNF] durante o TP. Possibilitou também o desenvolvimento de competências na área da investigação, bem como a aquisição de conhecimentos que permitem a atuação do EEESMO na prática clínica, tendo por base a evidência científica e a melhoria dos cuidados prestados.

2.1 REVISÃO DA LITERATURA

O parto é uma das experiências mais importantes na vida da mulher, que se caracteriza por desafios físicos e psicológicos e que varia segundo a sociedade e a cultura em que a mulher está inserida (Aksoy et al., 2016; Dias et al., 2022; Margarita et al., 2018). Enquanto evento social, o parto é influenciado por significados, crenças e condutas culturais que incluem a participação da família e a consideração das sabedorias populares e de figuras femininas como fontes de informação e conhecimento para lidar com a experiência, sendo um acontecimento que a maioria das mulheres receia por estar associado a momentos de ansiedade, dor e stress (Aksoy et al., 2016; Cunha et al., 2019; Dias et al., 2022; Margarita et al., 2018; Sahile et al., 2017).

As experiências anteriores, os relatos de outras mulheres e o conhecimento empírico influenciam a decisão da via de parto (Nascimento et al., 2015). A ansiedade e medo incitam em algumas grávidas o desejo pela realização de cesariana sem que existam indicações clínicas ou contra-indicações para tentativa de parto por via vaginal, com consequente aumento da taxa desta intervenção cirúrgica (Câmara et al., 2016; Mascarenhas et al., 2019).

A World Health Organization (WHO, 2015) considera a taxa ideal de cesarianas entre 10% a 15% dos partos. Nas recomendações sobre intervenções não clínicas para reduzir cesarianas desnecessárias engloba-se a realização de formação para o parto, nomeadamente sobre a dor,

técnicas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor e vantagens e desvantagens da cesariana/parto vaginal, sendo o principal objetivo a capacitação da mulher para que possa existir uma tomada de decisão baseada em evidência (Boryri et al., 2016; Chang et al., 2022; WHO, 2018b).

A dor do parto é uma preocupação da grávida, contudo a gestão da mesma é singular, complexa e multifacetada, na medida em que sofre influência de fatores fisiológicos, emocionais, sensoriais, cognitivos e culturais (Hulsbosch et al., 2020; Thies-Lagergren et al., 2021). A WHO (2018) recomenda para alívio da dor durante o TP a utilização de técnicas de relaxamento muscular, exercícios de respiração, musicoterapia, *mindfulness*, massagem e liberdade de movimentos para grávidas saudáveis, tendo em consideração as suas preferências.

2.1.1 Metodologia

Para elaborar a presente revisão e de forma a dar resposta à questão de investigação “Quais as evidências científicas sobre o uso de medidas não farmacológicas durante o trabalho de parto no controlo da dor e ansiedade?” formulada com base no método PICOT (tabela 2) (Díaz et al., 2016), foi realizada pesquisa nas bases de dados PubMed, SciELO, plataforma ESBCOhost com seleção de todas as bases de dados e Cochrane Library. Aplicaram-se os descritores DeCS “labor pain” e “non pharmacological” no título com o operador booleano “AND”, obtendo-se um resultado de pesquisa de 42 artigos. Os critérios de inclusão definidos foram: artigos publicados entre 2017 e 2023, no idioma português, espanhol ou inglês e disponíveis na íntegra. O processo de seleção de artigos encontra-se esquematizado em fluxograma (Apêndice F) segundo a declaração PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses) (Page et al., 2021). Para identificar a qualidade metodológica dos artigos selecionados (Apêndice G) procedeu-se à classificação dos níveis de evidência tendo por base os critérios do Joanna Briggs Institute (Munn et al., 2014).

Tabela 2.
Formulação da pergunta PICOT

Acrónimo	Descrição	Componente da questão
P	População (participantes)	Mulheres
I	Intervenção	Promoção do controlo da dor e ansiedade através de medidas não farmacológicas
C	Comparações das intervenções	Medidas farmacológicas vs. Medidas não farmacológicas
O	Resultados	Benefício da utilização das medidas não farmacológicas e satisfação das mulheres
T	Tempo de estudo	Trabalho de parto

Fonte: elaboração própria adaptado de Diaz et al. (2016)

2.1.2 Resultados

A dimensão da dor afeta psicologicamente a mulher, a progressão do trabalho de parto e o bem-estar materno e fetal. Fatores como o stress, a ansiedade, o medo e a sensação de perda de controlo contribuem para a ativação do sistema nervoso simpático, com aumento da libertação de adrenalina e cortisol (Aziato et al., 2017; Lowe & Corwin, 2011; Sahile et al., 2017). Estas hormonas podem ser responsáveis pelo aumento da dor experienciada, diminuição das contrações, prolongamento do primeiro e segundo estadios do trabalho de parto e aumento de intervenções (Aziato et al., 2017; Lowe & Corwin, 2011; Sahile et al., 2017).

Os métodos não farmacológicos são uma opção para complementar e/ou substituir métodos farmacológicos de alívio da dor durante o TP, por ação neurofisiológica e endócrina, fomentando o relaxamento e o foco noutros aspetos que não a dor, permitindo assim a sua diminuição e a promoção da autonomia e participação ativa da mulher no trabalho de parto (Bonapace et al., 2018; WHO, 2018a; Mascarenhas et al., 2019; Thomson et al., 2019).

A utilização da bola suíça, também denominada bola de Pilates, e a liberdade de movimentos trazem benefícios maternos e fetais uma vez que a posição vertical, aliada à força da gravidade, favorece o alinhamento e progressão do feto na bacia materna e no canal de parto, otimizando a evolução do TP, para além de contribuir para a redução da dor na região lombar (Gois et al., 2020; Reis et al., 2021). A deambulação e mudança de posição têm impacto positivo na progressão do trabalho de parto dado que, em relação à posição tradicional de litotomia, melhoram a circulação materno-fetal e a regularizam as contrações, o que reduz a necessidade da utilização de ocitocina sintética. Estão também associadas a menores níveis de

dor, com menor necessidade de analgesia e aumento da satisfação e autocontrolo maternos (Ferrão & Zangão, 2017; Nayak et al., 2020).

A liberdade de movimentos melhora o fluxo sanguíneo uterino, reduz o risco de hipotensão materna por compressão dos grandes vasos, melhora a oxigenação fetal e reduz a duração do trabalho de parto, diminuindo assim o risco de estado fetal não tranquilizador e a necessidade de partos instrumentados e cesarianas (Nayak et al., 2020; Withers et al., 2018).

Gallo et al. (2018) mencionam que os exercícios na bola suíça complementados com massagem e banho quente contribuem para a redução da dor e consequente diminuição do uso de analgésicos. Contudo, a solicitação de métodos farmacológicos pode estar associada a fatores culturais, falta de preparação e de conhecimento por parte das mulheres, mas também fácil acesso a fármacos (Gallo et al., 2018; Merrer et al., 2020).

Reis et al. (2022) indicam no seu estudo que a massagem, nomeadamente a massagem na região sacral, lombar e abdominal, massagem perineal e massagem através da técnica do Rebozo, promovem a circulação sanguínea e o relaxamento e fomentam a libertação de endorfinas e ocitocina, o que contribui não apenas para a evolução do trabalho de parto mas também para a diminuição da intensidade da dor e aumento da satisfação do parto.

A acupuntura, acupressão e a Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS) também evidenciam benefícios na gestão da dor e níveis de ansiedade. Estas técnicas promovem a libertação de endorfinas e bloqueio dos impulsos dolorosos através dos estímulos sensoriais, auxiliando na evolução do trabalho de parto (Gönenç & Terzioglu, 2020; Oliveira et al., 2020; Tibola et al., 2021). O yoga, os exercícios respiratórios e o *mindfulness* são técnicas que também contribuem para a redução da intensidade da dor e da ansiedade, para além de aumentarem a oxigenação materno-fetal e permitirem maior satisfação e um aumento do controlo da mulher sob o trabalho de parto (Araújo et al., 2018; Costa et al., 2020; Smith et al., 2018).

Segundo Chang et al. (2022), a musicoterapia é uma técnica eficaz no controlo da dor e ansiedade durante o TP pois promove a libertação de endorfinas, contudo apesar de ser viável existe ainda pouca evidência sobre este método (Santiváñez-Acosta et al., 2020; Smith et al., 2018). A literatura refere também os efeitos positivos da aromaterapia no alívio da dor e redução da ansiedade, por ação da libertação de endorfinas, sendo útil como terapia complementar na fase latente e início da fase ativa do TP (Ghiasi et al., 2019; Tanvisut et al., 2018). Para além

de ser eficaz no alívio da dor, trata-se de um método de fácil utilização e de baixo custo (Tanvisut et al., 2018).

As intervenções não farmacológicas promovem o respeito pela fisiologia do trabalho de parto e a redução de intervenções desnecessárias, potenciando uma experiência de parto positiva, sem efeitos adversos obstétricos e neonatais, o que promove a relação precoce entre a díade e o início da amamentação (Badi et al., 2022; Gallo et al., 2018; Lothian, 2019; Ritter et al., 2020).

Os motivos mais relatados pelas mulheres para a utilização de MNF durante o trabalho de parto são a diminuição da dor e o envolvimento do acompanhante, que fornece orientações, auxilia na aplicação dos vários métodos e transmite segurança (Mielke et al., 2019; Reis et al., 2021; Souza et al., 2021). Apesar dos vários benefícios das MNF e de muitas parturientes preferirem evitar os métodos farmacológicos e invasivos para controlo da dor, vários estudos revelam baixa adesão associada à falta de conhecimento e de informação sobre as MNF (Chang et al., 2022; Duarte et al., 2019; Mielke et al., 2019). O facto destes métodos serem pouco divulgados durante o período pré-natal e o baixo conhecimento das mulheres sobre esta temática leva à procura de informação na internet, que nem sempre é correta e de fonte fidedigna (Balbino et al., 2020; Souza et al., 2021). É necessário informar as mulheres/acompanhantes sobre o trabalho de parte e sobre as estratégias disponíveis para alívio da dor para que possam tomar decisões conscientes e beneficiar de uma experiência de parto positiva (Biana et al., 2021; Chang et al., 2022; Mielke et al., 2019).

O controlo da dor associada ao trabalho de parto e uma experiência de parto positiva são dos principais objetivos na assistência à parturiente, contudo, o uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor é ainda pouco valorizado pelos profissionais de saúde durante a assistência no parto, sendo por isso pouca estimulada a sua utilização (Chang et al., 2022; Costa et al., 2020; Long-Bellil et al., 2017; Souza et al., 2021; Yildiz et al., 2022). Mulheres informadas sobre a dor e sobre o TP manifestam-se psicologicamente melhor preparadas para a dor, contudo, na ausência de orientação e recomendações para o uso de MNF são mais propensas a ficar no leito, a solicitar analgesia farmacológica precocemente e a necessitar de doses suplementares, o que leva ao aumento de intervenções por parte dos profissionais de saúde (Gallo et al., 2018; Lothian, 2019; Mwakawanga et al., 2022).

Apesar de as MNF ainda serem métodos poucos usados, Balbino et al. (2020) mencionam que os enfermeiros são os profissionais que mais motivam e acompanham a sua utilização. O

enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica possui um papel essencial na divulgação e implementação das medidas não farmacológicas, como tal é crucial o conhecimento sobre estas práticas de forma a que exista uma assistência humanizada e uma diminuição de intervenções desnecessárias (Costa et al., 2020; Gönenç & Terzioglu, 2020; Klein & Gouveia, 2022).

O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica ao capacitar e orientar as mulheres possibilita que se sintam empoderadas na sua experiência de parto, reconheçam os riscos e benefícios das intervenções e sejam parte ativa nas tomadas de decisão no nascimento do seu bebé (Lothian, 2019; Sanders & Lamb, 2017). A divulgação das MNF no período pré-natal e a sua aplicação nas maternidades depende da aceitação e disponibilidade dos profissionais de saúde (Lothian, 2019; Pietrzak et al., 2022). Contudo, para além dos profissionais necessitarem de conhecimentos sobre estas práticas, precisam de estar dispostos a apoiar as escolhas das mulheres, mesmo que sejam opostas aos cuidados habituais da instituição ou que sejam divergentes das suas escolhas pessoais (Lothian, 2019; Pietrzak et al., 2022).

Mwakawanga et al. (2022) revelaram no seu estudo que as MNF não foram aplicadas frequentemente porque as parteiras não estavam familiarizadas com a sua utilização, inclusive algumas consideravam que a ausência de dor durante o trabalho de parto seria um indício de má progressão do mesmo. Segundo estes autores a motivação das parteiras, a experiência com MNF e a compreensão dos seus benefícios são pontos que facilitam a aplicação destas medidas para gestão da dor durante o TP. Para além dos benefícios materno-fetais, o auxílio e incentivo ao uso de MNF fomenta a relação entre o profissional de saúde e a mulher e aumenta o conforto e a confiança (Balbino et al., 2020; Gallo et al., 2018).

Os mitos e receios associados à utilização das MNF revelam uma lacuna no conhecimento e a necessidade de intervir na capacitação dos profissionais de saúde, nomeadamente através da formação e do desenvolvimento de normas sobre opções farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor das mulheres em trabalho de parto (Abebe & Mmusi-Phetoe, 2022; Mwakawanga et al., 2022).

2.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA

A análise da literatura científica permitiu dar resposta à questão de investigação, bem como, aplicar os conhecimentos na prática clínica. Durante o estágio em contexto de bloco de partos considerou-se pertinente entender a aplicação das medidas não farmacológicas durante o trabalho de parto para controlo da dor e ansiedade. Desta forma, definiu-se como população

alvo todas as mulheres em trabalho de parto internadas em contexto de bloco de partos. Definiram-se os seguintes critérios de inclusão: parturientes em fase latente do trabalho de parto; parturientes em fase ativa do trabalho de parto; primíparas; múltíparas; e de exclusão: gravidez pré-termo. A colheita de dados foi realizada através do Partograma, Boletim da grávida e observação durante a prestação de cuidados. Utilizou-se o software *IBM® SPSS® Statistics* Versão 27 para proceder à análise dos dados, nomeadamente análise estatística descritiva, sendo os gráficos de elaboração própria com base na colheita de dados.

Caracterização da amostra

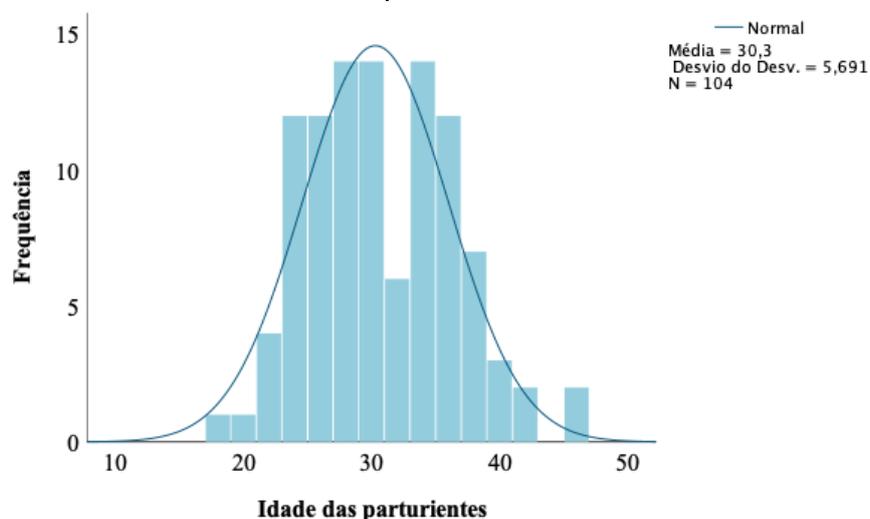
Ao longo dos estágios em contexto de bloco de partos foram prestados cuidados a 104 mulheres em trabalho de parto (n=104), das quais 40% (n=41) a mestranda realizou o parto e 31% (n=32) participou ativamente noutros partos (cesarianas e partos instrumentados com ventosa/fórceps) (tabela 3).

Tabela 3.
Assistência realizada no Bloco de Partos

	Frequência
Parto realizado pela mestranda	41
Participação ativa no parto	32
Vigilância do TP	104

Fonte: Elaboração própria

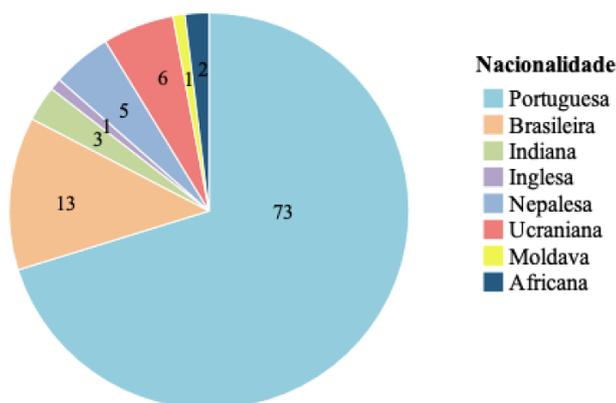
Figura 3.
Idade das parturientes



Fonte: Elaboração própria

As mulheres apresentavam idades compreendidas entre os 18 e os 46 anos, com média de 30,3 (Figura 3). Em Portugal a idade média da mulher ao nascimento de um filho, em 2022, foi de 32,2 anos e a idade média ao nascimento do primeiro filho foi de 30,8 anos (Pordata, 2023b). Engravidar depois dos 35 anos é uma realidade atual e em crescimento, com influência de fatores como expectativa de vida, instabilidade social e financeira, aumento do nível de escolaridade, desenvolvimento profissional e problemas de fertilidade (Mendes et al., 2016; Trigo et al., 2020). Apesar dos fatores de risco associados a uma gravidez tardia, a medicina e cuidados de saúde têm-se adaptado ao contexto, de modo a reduzir as complicações materno-fetais (Trigo et al., 2020). O EEESMO tem um papel preponderante na vigilância da gravidez em idade avançada, concretamente na identificação de fatores de risco, consciencialização da mulher e assistência qualificada com vista à redução de riscos e complicações (Alves et al., 2018; M. Sousa et al., 2020).

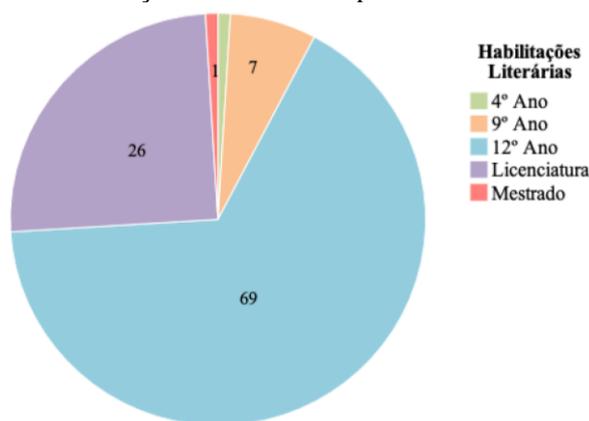
Figura 4.
Nacionalidade das parturientes



Fonte: Elaboração própria

Conforme se verifica na Figura 4, a maioria das parturientes eram de nacionalidade portuguesa (70,2%), e as restantes de nacionalidade estrangeira (29,8%). Em 2022 a população estrangeira com estatuto legal a residir em Portugal era de 781.247 habitantes, sendo que 371.989 eram mulheres (Pordata, 2023a). No mesmo ano nasceram 14.003 bebés de mães estrangeiras, valor em crescimento contínuo nos últimos anos (Pordata, 2023c). O aumento da população estrangeira em Portugal reforça a importância da formação do EEESMO sobre a diversidade cultural, de forma a identificar e compreender as necessidades, crenças e valores da mulher/família imigrante e assim assegurar cuidados culturalmente competentes (Coutinho et al., 2020, 2022).

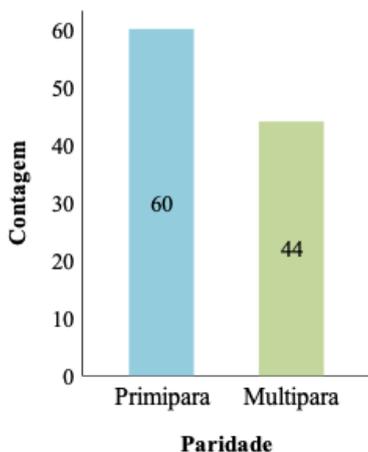
Figura 5.
Habilitações literárias das parturientes



Fonte: Elaboração própria

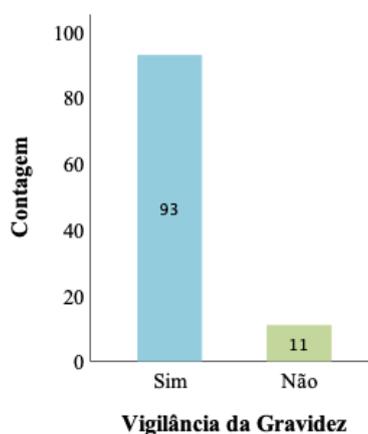
No que concerne às habilitações literárias (Figura 5), verifica-se que a maioria das parturientes (n=69), 66,3%, tem o 12.º ano de escolaridade, 25% (n=26) são licenciadas, 1% (n=1) tem o grau de mestrado, 6,7% (n=7) têm o 2.º ciclo de escolaridade e 1% (n=1) têm o 4.º ano. Os baixos níveis de escolaridade estão associados a parturientes provenientes de países do sul asiático, onde a desigualdade de género e o casamento precoce influenciam o acesso à educação (UNESCO, 2020). A baixa escolaridade está relacionada com níveis de literacia em saúde inadequados, com consequente aumento da utilização de fontes informais e dificuldade na compreensão da informação adquirida, sendo a atuação do EEESMO determinante para a educação em saúde e promoção da qualidade de vida da mulher/família (Dutra & Bértolo, 2023; Espanha et al., 2016; Pereira et al., 2020).

Figura 6.
Paridade das parturientes



Fonte: Elaboração própria

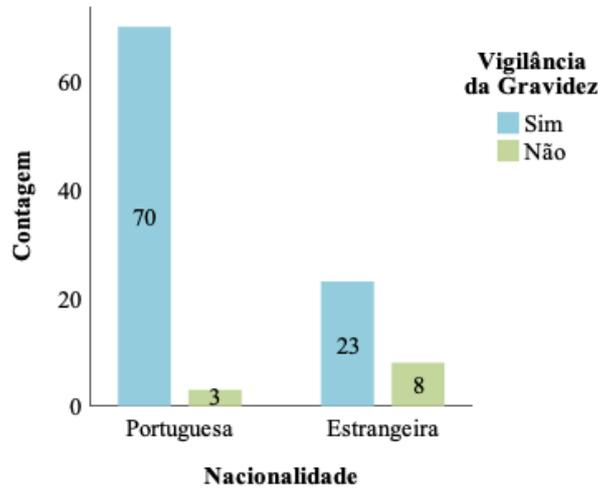
Figura 7.
Vigilância da gravidez



Fonte: Elaboração própria

Figura 8.

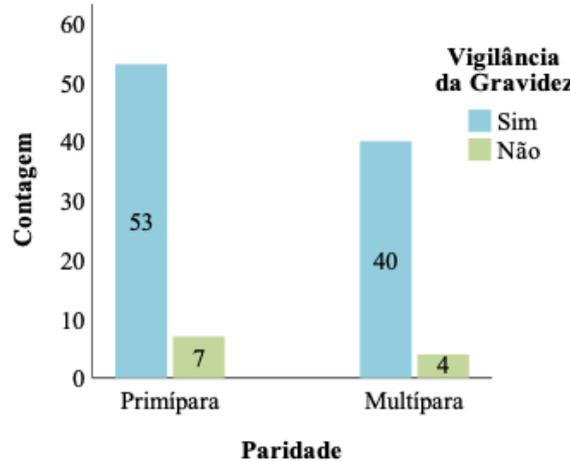
Vigilância da gravidez de acordo com a nacionalidade



Fonte: Elaboração própria

Figura 9.

Vigilância da gravidez de acordo com a paridade

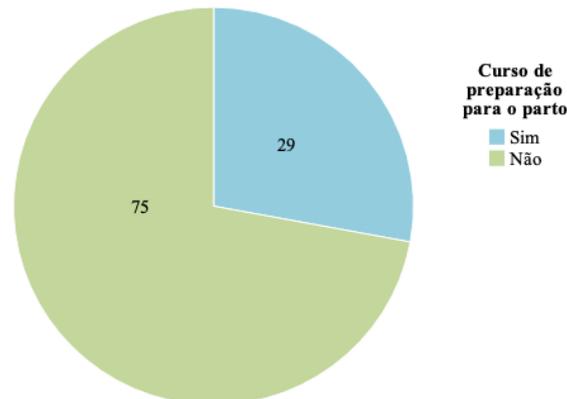


Fonte: Elaboração própria

Relativamente à paridade (Figura 6) verifica-se que 60 das parturientes eram primíparas (57,7%) e 44 eram múltiparas (42,3%). Quanto à vigilância da gravidez (Figura 7) verifica-se que 10,6% (n=11) teve uma gravidez não vigiada, sendo a maioria estrangeiras (n=8) (Figura 8) e primíparas (Figura 9). As diferentes representações culturais da gravidez/maternidade e a barreira linguística estão associados ao risco de gravidez não vigiada (Coutinho, 2016; DGS, 2015). A vigilância no período pré-natal assegura a assistência durante a gestação, nomeadamente a avaliação do risco pré-natal através da aplicação da escala de Goodwin modificada, a promoção da saúde materno-fetal e a prevenção e identificação de complicações

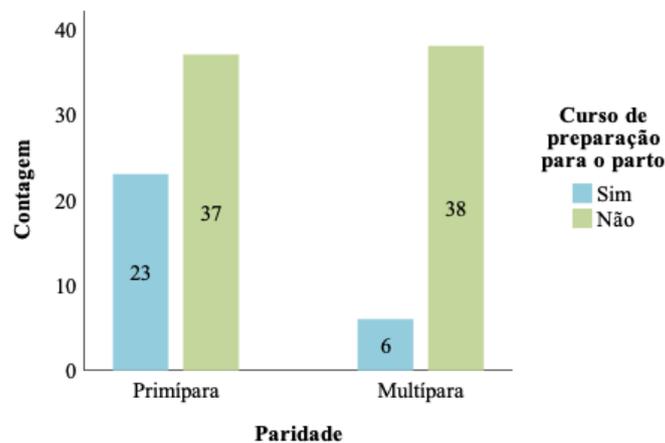
e fatores de risco, contribuindo para a redução da morbimortalidade materna e infantil (DGS, 2015; Pereira et al., 2017). O EEESMO desempenha um papel crucial nas consultas de vigilância da gravidez, atuando na educação para a saúde, consciencialização e capacitação da grávida para a vivência da gestação de forma saudável (DGS, 2015; G. Ferreira et al., 2021; Pereira et al., 2017).

Figura 10.
Frequência do Curso de Preparação para o Parto



Fonte: Elaboração própria

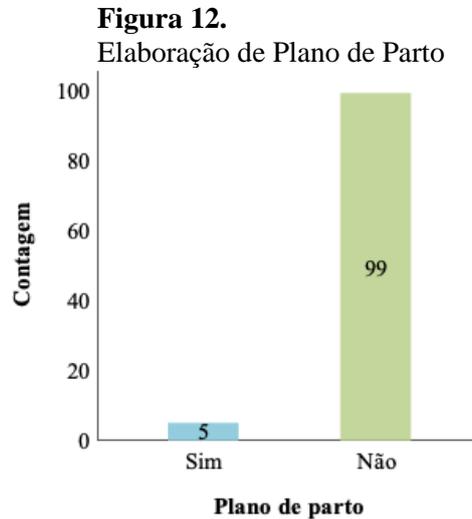
Figura 11.
Frequência do Curso de Preparação para o Parto de acordo com a paridade



Fonte: Elaboração própria

Conforme se verifica na Figura 10, a maioria das parturientes, 72,1% (n=75), não frequentou o Curso de Preparação para o Parto [CPP]. Da amostra que frequentou o CPP (n=29), 27,9%, a maioria foram primíparas (n=23) (Figura 11). O CPP permite à mulher/casal a aquisição de informação e o desenvolvimento de estratégias que facilitam na gestão do trabalho de parto e parto, bem como no processo de transição e adaptação à maternidade, para além de permitir a partilha e o esclarecimento de dúvidas e medos, contribuindo para

experiências positivas (DGS, 2015; Frias, 2012, 2014; Sousa et al., 2019). A autoeficácia da mulher para lidar com o nascimento e maternidade afeta a forma como a experiência é percebida, sendo por isso indicada a realização do CPP (Sousa et al., 2019).

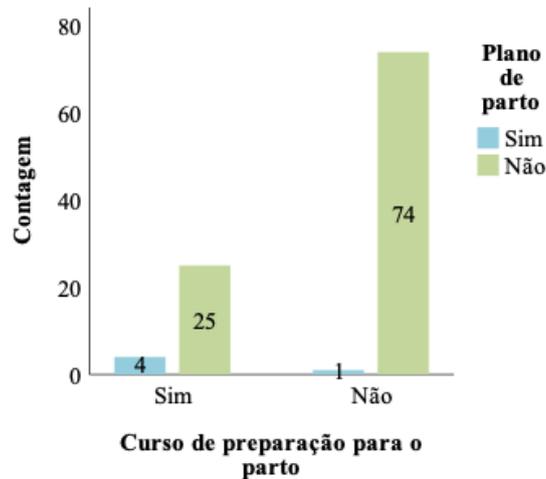


Fonte: Elaboração própria

No que respeita ao plano de parto [PP] (Figura 12), apenas 5 parturientes (4,8%) procederam à sua elaboração. O PP constitui um documento elaborado pela mulher/casal que expressa os desejos e expectativas em relação ao trabalho de parto e parto, e serve de ligação com os profissionais de saúde facilitando a comunicação e potenciando cuidados humanizados (Medeiros et al., 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2012). A realização do PP influencia de modo positivo o processo de parto e os desfechos materno-fetais, porém, falta de informação e expectativas irrealistas podem levar à insatisfação da mulher/casal (Medeiros et al., 2019). Assim, salienta-se a importância do EEESMO, durante o período pré-natal, na promoção da literacia sobre o processo de parto, no empoderamento da mulher, e no incentivo e apoio à elaboração de um PP ajustado à realidade (Sena et al., 2022; Silva & Lopes, 2020; Trigueiro et al., 2021).

Figura 13.

Elaboração de Plano de Parto de acordo com a frequência do CPP



Fonte: Elaboração própria

Através da análise da Figura 13 é possível verificar que das parturientes que realizaram CPP (n=29), apenas 4 (13,8%) elaboraram PP. É fundamental que a construção e aplicação do PP seja incentivado pela equipa multidisciplinar, de forma a promover a melhoria dos cuidados e uma experiência de parto positiva (Medeiros et al., 2019; Sena et al., 2022; Silva & Lopes, 2020; Trigueiro et al., 2021).

Tabela 4.

Utilização de analgesia durante o TP

		Contagem	% de N da tabela
Analgesia Endovenosa durante o TP	Sim	104	100.0%
	Não	0	0.0%
Utilização de analgesia epidural	Sim	76	73.1%
	Não	14	13.5%
	Walking-epidural	14	13.5%
Utilização de MNF durante o TP	Sim	38	36.5%
	Não	66	63.5%

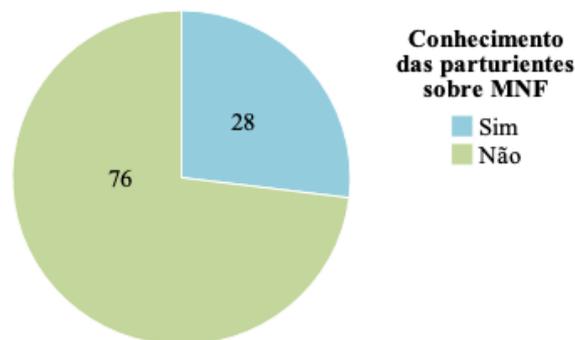
Fonte: Elaboração própria

Quanto à utilização de analgesia durante o TP (Tabela 4), todas as parturientes recorreram a analgesia endovenosa (n=104), 73,1% (n=76) utilizaram analgesia epidural, 13,5% (n=14) usaram *Walking-epidural* – técnica que preserva a capacidade de deambulação da parturiente devido à administração de baixas concentrações de anestésicos locais e opiáceos, com diminuição do bloqueio motor (Stewart & Fernando, 2011) – e 36,5% recorreram à utilização

de métodos não farmacológicos. A analgesia epidural é, atualmente, a forma mais utilizada para alívio da dor durante o TP e, quando aplicada em regime de doses baixas, não interfere na progressão no TP e apresenta efeitos adversos mínimos para a parturiente e para o feto (Kingsley et al., 2017; Onuoha, 2017).

A utilização de MNF está associada à diminuição da necessidade de medidas farmacológicas, contudo são ainda métodos pouco divulgados e valorizados pelos profissionais de saúde (Costa et al., 2020; Ferrão & Zangão, 2017; Nayak et al., 2020; Souza et al., 2021). O EEESMO deve informar sobre medidas de controlo da dor durante o TP, farmacológicas e/ou não farmacológicas, respeitando as escolhas de cada parturiente e contribuindo para o seu bem-estar (Silva et al., 2017; WHO, 2018a).

Figura 14.
Conhecimento das parturientes sobre MNF



Fonte: Elaboração própria

Figura 15.
Conhecimento das parturientes sobre MNF de acordo com a frequência de CPP



Fonte: Elaboração própria

Conforme se verifica na Figura 14, a maioria das parturientes, 73,1% (n=76), não tinha conhecimentos sobre MNF e, das 28 parturientes que apresentavam conhecimentos, 19 (67,9%) realizaram CPP (Figura 15). Existe um défice no conhecimento das grávidas sobre MNF para alívio da dor durante o trabalho de parto, associado à falta de divulgação do tema durante a vigilância pré-natal (Almeida et al., 2015; M. Silva et al., 2020). As grávidas são pouco informadas sobre MNF e, algumas, apesar de já terem ouvido falar através da internet e amigos/família, não sabem em que consistem estes métodos (Almeida et al., 2015; Santos & Feitoza, 2021). A baixa literacia das mulheres sobre as MNF dá espaço à prática do modelo biomédico, com aumento de medidas invasivas durante o trabalho de parto e parto (Pimenta et al., 2021). É necessária a divulgação destas práticas durante o acompanhamento pré-natal e a promoção da sua implementação nas maternidades, de modo a contribuir para o empoderamento da mulher e para a assistência humanizada (Mielke et al., 2019; Pimenta et al., 2021).

Tabela 5.

Utilização das MNF de acordo com o alívio da dor e da ansiedade

		Melhoria dos sinais de ansiedade após MNF			Alívio da dor com as medidas não farmacológicas		
		Sim	Não	Não aplicável	Sim	Não	Não aplicável
Utilização de MNF para alívio da dor e ansiedade durante o TP	Sim	33	5	0	37	1	0
	Não	0	0	66	0	0	66

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a Tabela 5, das 38 parturientes que utilizaram MNF, 13,2% (n=5) não sentiram alívio da ansiedade e 2,6% (n=1) não sentiu alívio da dor. A maioria referiu alívio dos sintomas. Vários estudos revelam que a utilização de MNF é eficiente na redução da dor e da ansiedade (Biana et al., 2021; Chang et al., 2022; Costa et al., 2020; Mwakawanga et al., 2022; Smith et al., 2018; Souza et al., 2021).

Tabela 6.
Medidas não farmacológicas utilizadas

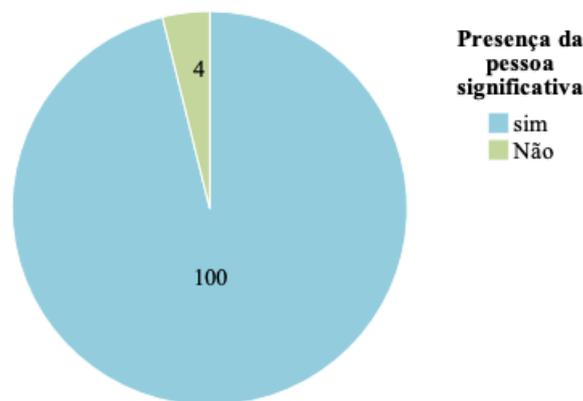
		Frequência	Porcentagem
Válido	Bola de Pilates	1	1.0
	Massagem	1	1.0
	Exercícios de respiração e massagem	1	1.0
	Banho quente e deambulação	1	1.0
	Banho quente	2	1.9
	Exercícios de respiração e deambulação	2	1.9
	Deambulação e musicoterapia	2	1.9
	Bola de Pilates, exercícios de respiração e massagem	3	2.9
	Bola de Pilates e musicoterapia	3	2.9
	Banho quente e exercícios de respiração	3	2.9
	Exercício de respiração	4	3.8
	Exercícios de respiração, deambulação e bola de Pilates	5	4.8
	Bola de Pilates e deambulação	5	4.8
	Bola de Pilates, deambulação e musicoterapia	5	4.8
	Não utilizou MNF	66	63.5
	Total	104	100.0

Fonte: Elaboração própria

A análise das MNF utilizadas (Tabela 6) mostra que a bola de Pilates foi utilizada por 22 parturientes, sendo a medida mais aplicada, seguida da deambulação (n=20) e a utilização de exercícios respiratórios (n= 18). A musicoterapia e o banho quente foram técnicas MNF utilizadas por 10 e 6 parturientes, respetivamente, e a massagem foi a técnica menos aplicada (n=5). Vários estudos revelam que a deambulação/liberdade de movimentos, os exercícios

respiratórios e o banho quente são as MNF mais conhecidas e mais utilizadas (Klein & Gouveia, 2022; Mielke et al., 2019; Pietrzak et al., 2022; Souza et al., 2021; Tibola et al., 2021). Os exercícios na bola de Pilates, complementados com a aplicação de massagem, reduzem a dor (Gallo et al., 2018), contudo apenas 2,9% das parturientes (n=3) combinaram a aplicação destas duas técnicas. As combinações de 1) exercícios de respiração, deambulação e bola de Pilates, 2) Bola de Pilates e deambulação e 3) bola de Pilates, deambulação e musicoterapia foram as mais usadas, cada uma utilizada por uma percentagem de 4,8% das parturientes (n=5).

Figura 16.
Presença da pessoa significativa



Fonte: Elaboração própria

Conforme se verifica na Figura 16, a maioria das parturientes (96,3%) esteve acompanhada durante o TP, sendo apenas 4 as parturientes que optaram por estar sozinhas durante o processo. A presença do acompanhante promove sentimentos de segurança e confiança durante o TP e parto, fomenta a vinculação e permite auxílio à parturiente nomeadamente no uso de MNF (Gomes et al., 2019; Souza et al., 2021).

O primeiro estadió do TP inicia com a contratilidade uterina regular e culmina com a dilatação completa do colo, e subdivide-se em fase latente – compreende o apagamento do colo e início da dilatação até aos 4 centímetros; e fase ativa – progressão da dilatação até aos 10 centímetros (Nené et al., 2016; Neves, 2020). A WHO (2018) considera o início da fase ativa a partir dos 5 centímetros de dilatação, contudo, dado que a maioria das parturientes ingressava no Bloco de Partos com 3-4 centímetros de dilatação, para contabilização da duração do TP consideraram-se esses valores de dilatação do colo uterino, com algum grau de apagamento e com contrações regulares, até à dilatação completa. A duração média do TP foi de 5,89 horas, ou seja, 5 horas e 53 minutos (Desvio Padrão=2,69), com uma duração mínima de 1 hora e 30 minutos e máxima de 18 horas.

Tabela 7.

Duração do TP de acordo com a utilização de MNF

Utilização de MNF para alívio da dor e ansiedade durante o TP

	Sim			Não		
	Média	Máximo	Mínimo	Média	Máximo	Mínimo
Duração do TP	4.72	8.45	1.30	6.53	18.00	3.00

Fonte: Elaboração própria

Através da análise da Tabela 7 é possível verificar que a duração do trabalho de parto varia consoante a utilização ou não de MNF. As parturientes que utilizaram MNF tiveram uma duração média do TP de 4,72, ou seja, 4 horas e 43 minutos, com duração mínima de 1 hora e 30 minutos e máxima de 8 horas e 45 minutos. Nas parturientes que não utilizaram MNF a duração média do TP foi de 6,53, ou seja, 6 horas e 32 minutos, com uma duração mínima de 3 horas e máxima de 18 horas. A evidência científica refere que aplicação destas medidas reduz a duração do TP (Biana et al., 2021; Gallo et al., 2018), o que vai ao encontro dos resultados obtidos na prática clínica.

Tabela 8.

Duração do TP de acordo com a realização de analgesia epidural e a utilização de MNF

	Utilização de MNF para alívio da dor e ansiedade durante o TP				
	Sim			Não	
	Utilização de analgesia epidural			Utilização de analgesia epidural	
	Sim	Não	Walking-epidural	Sim	Não
Média	Média	Média	Média	Média	
Duração do TP	5.28	3.56	5.17	6.66	4.68

Fonte: Elaboração própria

Na tabela 8 compara-se a duração do TP em função da utilização de MNF e realização de analgesia epidural. Verifica-se que ao utilizar analgesia epidural e não aplicar MNF, a duração do TP é superior, com uma média de 6,66, ou seja, 6 horas e 40 minutos. Com a utilização concomitante de epidural e MNF a duração média do TP é de 5,28, isto é, 5 horas e 17 minutos, reduzindo ligeiramente para 5 horas e 10 minutos quando se trata de *walking-epidural*. A analgesia epidural, apesar de ser o método mais eficaz no alívio da dor, condiciona a mobilidade e autonomia materna, aumenta o uso de ocitocina, a duração do trabalho de parto e o risco de parto instrumentado (Borde et al., 2014; Flett, 2016). O recurso a MNF sem realizar analgesia epidural, traduz-se numa duração média do TP de 3,56, ou seja, 3 horas e 34 minutos.

Tabela 9.
Utilização de MNF antes e após a analgesia epidural

		Utilização de analgesia epidural		
		Sim	Não	Walking-epidural
Utilização de MNF antes da analgesia epidural	Sim	15	0	13
	Não	61	0	1
	Não Aplicável	0	14	0
Utilização de MNF após analgesia epidural	Sim	3	0	12
	Não	73	0	2
	Não Aplicável	0	14	0

Fonte: Elaboração própria

Dado que a analgesia epidural condiciona a mobilização materna (Borde et al., 2014; Flett, 2016), considerou-se pertinente verificar se na amostra em estudo a realização deste método condicionou a utilização de MNF. Após averiguação da Tabela 9, verifica-se que antes da analgesia epidural 15 parturientes utilizaram MNF e que após, apenas 3 continuaram a usufruir destes métodos. Por sua vez, com a *walking-epidural* apenas 1 parturiente deixou de utilizar MNF após a técnica de analgesia farmacológica. A implementação de analgesia local de baixa concentração, que não gere bloqueio motor, permite uma participação ativa da mulher, com benefícios materno-fetais como menor duração do TP e menos intervenções (Felisbino-Mendes et al., 2017; Wang et al., 2017; Zeng et al., 2020).

Tabela 10.
Utilização de MNF de acordo com o tipo de cardiotocógrafa

		Utilização de MNF para alívio da dor e ansiedade durante o TP	
		Sim	Não
Cardiotocógrafa	Com fios	20	65
	Sem fios	18	1

Fonte: Elaboração própria

A perfusão de soros e/ou medicação endovenosa e a cardiotocografia podem condicionar a mobilização das parturientes (Ondeck, 2019). A auscultação intermitente é recomendada pela WHO (2018) e permite maior liberdade de movimentos, contudo exige a avaliação da frequência cardíaca fetal a cada 15-30 minutos na fase ativa do TP e a cada 5 minutos no período expulsivo, durante pelo menos 1 minuto, devendo ser prolongada para 3 contrações uterinas

sempre que a frequência cardíaca fetal estiver fora dos limites normais (110-160 batimentos por minuto) (Silveira & Júnior, 2018; WHO, 2018a). A literatura refere que com a auscultação intermitente existe o risco de não serem detetadas a maioria das desacelerações tardias, o que incita receio aos profissionais devido à responsabilidade legal (Sholapurkar, 2010, 2015). Nos contextos de estágio a auscultação intermitente era pouco utilizada pelos EEESMO, contudo, quando disponível, recorria-se ao cardiotocógrafo sem fios de modo a facilitar a liberdade de movimentos das parturientes (Fox et al., 2021). A Tabela 10 descreve a utilização de MNF em função do tipo de cardiotocógrafo (com ou sem fios), e verifica-se que das 38 parturientes que utilizaram MNF, 52,6% (n=20) tinham monitorização num cardiotocógrafo com fios, e 47,4% (n=18) num sem fios, sendo uma diferença pouco significativa.

Tabela 11.

Lesão perineal de acordo com a utilização de MNF

		Lesão perineal						
		Períneo Integro	Laceração grau I	Laceração grau II	Laceração grau III	Episiotomia	S/D	N/A
Utilização de MNF para alívio da dor e ansiedade durante o TP	Sim	6	3	10	0	5	12	2
	Não	1	8	8	0	12	19	18

Fonte: Elaboração própria

Para além da redução da dor, da ansiedade e da duração do TP, a utilização das medidas não farmacológicas contribuiu para a diminuição das lacerações e frequência da realização de episiotomia (Biana et al., 2021). Assim, revelou-se pertinente analisar o tipo de lesão perineal de acordo com a utilização de MNF (tabela 11). De realçar que se considerou não aplicável (N/A) às mulheres que foram submetidas a cesariana (n=20) e sem dados (S/D) as mulheres a quem se vigiou o TP mas não se assistiu o parto (n=31). Estes fatores condicionam as relações relativamente à amostra, porém verifica-se que as mulheres que utilizaram MNF apresentaram maior frequência de períneo íntegro (n=6) e foram menos submetidas à realização de episiotomia (n=5), contudo, apresentam maior frequência de lacerações de grau II (n=10), quando comparadas com as mulheres que não recorreram às MNF.

Tabela 12.

Incentivo dos profissionais para o uso de MNF

		Contagem	% de N da tabela
Incentivo dos profissionais de saúde para o uso de MNF	Sim	34	32.7%
	Não	70	67.3%

Fonte: Elaboração própria

Tabela 13.

Utilização de MNF de acordo com o incentivo dos profissionais de saúde

		Utilização de MNF para alívio da dor e ansiedade durante o TP	
		Sim	Não
Incentivo dos profissionais de saúde para o uso de MNF	Sim	31	3
	Não	7	63

Fonte: Elaboração própria

O incentivo à utilização das MNF é ainda uma lacuna na atuação dos EEESMO, que possuem um papel essencial na implementação destas medidas e na intervenção humanizada (Costa et al., 2020; Gönenç & Terzioglu, 2020; Klein & Gouveia, 2022). A evidência científica revela que a utilização das MNF nas maternidades resulta da receptividade e flexibilidade dos profissionais de saúde, sendo a falta de conhecimento teórico e prático a origem da pouca divulgação destes métodos (Lothian, 2019; Mwakawanga et al., 2022; Pietrzak et al., 2022). Conforme se verifica na Tabela 12, a maioria das parturientes (67,3%) não foi incentivada pelos profissionais de saúde a utilizar MNF. Das parturientes que utilizaram MNF (n=38), 81,6% (n=31) foram incentivada pelos profissionais de saúde, 18,4% (n=7) utilizaram estes métodos apesar de não terem sido incentivadas e 3 parturientes foram incentivadas e não utilizaram MNF (Tabela 13). Os EEESMO são os profissionais que mais estimulam e assistem a utilização de métodos não farmacológicos, contribuindo para uma experiência de parto positiva e para o empoderamento da parturiente, contudo, é necessário o investimento na formação e na criação de normas que facilitam a atuação (Abebe & Mmusi-Phetoe, 2022; Balbino et al., 2020; Lothian, 2019; Mwakawanga et al., 2022; Sanders & Lamb, 2017).

Tabela 14.
Índice de Apgar

Índice de Apgar			
		Frequência	Porcentagem
Válido	10/10/10	45	43.3
	9/10/10	41	39.4
	9/9/10	9	8.7
	8/9/10	7	6.7
	9/9/9	1	1.0
	8/8/9	1	1.0
	Total	104	100.0

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito ao bem-estar do recém-nascido, o Índice de Apgar é um procedimento de avaliação da adaptação do RN ao meio extrauterino - que considera a cor, a frequência cardíaca, os reflexos, o tônus muscular e a respiração - e que determina a necessidade de atuação imediata (American Academy Of Pediatrics Committee On Fetus And Newborn et al., 2015; Apgar, 2015). Cada elemento de avaliação é pontuado com 0, 1 ou 2 consoante o estado clínico do RN, e a avaliação é realizada ao 1.º e 5.º minutos após o nascimento para todos os recém-nascidos e em intervalos de 5 minutos até aos 20 minutos para os recém-nascidos com pontuações inferiores a 7 (American Academy Of Pediatrics Committee On Fetus And Newborn et al., 2015; Apgar, 2015). Fatores como a vigilância da gravidez, a idade materna, a prematuridade e o peso ao nascer podem influenciar o Índice de Apgar, sendo da competência do EEESMO a avaliação imediata do RN e a implementação de medidas que auxiliem a adaptação ao meio extrauterino (Ordem dos Enfermeiros, 2019c; L. Silva et al., 2020). Através da recolha de dados dos recém-nascidos da amostra (Tabela 14), observa-se que todos apresentaram Índice de Apgar [IA] com pontuação superior a 7 ao 1.º minuto de vida, e que a maioria (43,3%) apresentou pontuação de 10 ao 1.º, 5.º e 10.º minutos de vida.

Tabela 15.
Índice de Apgar de acordo com a utilização de MNF

		Utilização de MNF	
		Sim	Não
Índice de Apgar	10/10/10	19	26
	9/10/10	19	22
	9/9/10	0	9
	8/9/10	0	7
	9/9/9	0	1
	8/8/9	0	1
	8/10/10	0	0

Fonte: Elaboração própria

A análise do IA de acordo com a utilização de MNF (Tabela 15) permite constatar que os RN das parturientes que utilizaram MNF tiveram pontuações mais altas. A utilização de MNF diminui o sofrimento fetal e a asfixia neonatal e está associada a melhores pontuações de Apgar, o que promove o contacto precoce entre a díade e o início da amamentação (Badi et al., 2022; Gallo et al., 2018).

Em suma, a partir da análise dos dados recolhidos foi possível concluir que a utilização de MNF contribui para o alívio da dor e da ansiedade durante o TP e que influencia a duração do mesmo, sendo a bola de Pilates e a deambulação as medidas mais utilizadas. Existe ainda pouco incentivo dos profissionais para a utilização de MNF, existindo também condicionantes como a analgesia epidural, devido ao bloqueio motor inerente. De acordo com a evidência científica, devem ser incentivados os métodos não farmacológicos como complemento e/ou substituição dos fármacos para alívio da dor durante o TP devido os diversos benefícios materno-fetais, entre os quais melhores resultados obstétricos e neonatais e promoção da autonomia e da satisfação da mulher (Mascarenhas et al., 2019; WHO, 2018a). Assim, esta temática deve ser aprofundada e devem ser criadas normas de atuação que visem a melhoria da atuação do EEESMO na prática clínica, com base na evidência científica e na assistência humanizada.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O perfil de competências do EEESMO associa as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas que visam certificar competências e cuidados clínicos especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2019c).

O presente capítulo descreve as intervenções realizadas na prática clínica que permitiram a mobilização de competências por forma a alcançar os objetivos definidos para o ENP.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns, segundo o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, são o conjunto de competências transversais a todos enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização. Estas competências dividem-se em domínios, sendo eles: A) Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, B) Melhoria Continua da Qualidade, C) Gestão dos Cuidados e D) Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

A) Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

No que concerne ao domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal a mestranda assegurou, em todos os momentos de prestação de cuidados à mulher/casal/família, o respeito pelo código deontológico da profissão e pelos direitos humanos, nomeadamente a privacidade e confidencialidade, e o respeito pelos valores, crenças e diferenças culturais. O direito de acesso à informação e o respeito pelo consentimento livre e esclarecido estiveram também na base da prestação de cuidados e, de forma a possibilitar e respeitar a escolha de cada mulher, a mestranda apresentava-se enquanto estudante de mestrado.

A comunicação tem um papel essencial no processo de interação com a mulher/família e com a equipa multidisciplinar (Pereira et al., 2023). Assim, a comunicação eficaz foi fundamental para estabelecer uma relação de confiança com as utentes/família, permitindo compreender as suas preferências e realizar ensinamentos com vista a promover a reflexão sobre a tomada de decisão possibilitando uma deliberação autónoma e informada.

Durante o ENP a mestranda prestou cuidados a utentes de diversos países que por vezes apenas comunicavam na língua materna. Quando não era possível comunicar em inglês com a utente/acompanhante procurou-se a utilização de estratégias de forma a ultrapassar o obstáculo da barreira linguística, como a tradução com recurso ao telemóvel e o acompanhante como intérprete, para garantir a comunicação eficaz (Coutinho et al., 2020).

No âmbito da responsabilidade profissional foi pertinente, na fase de integração em cada contexto clínico, conhecer as dinâmicas e protocolos existentes de forma adequar a prática clínica às normas de cada serviço. O dever de sigilo foi sempre considerado no exercício profissional e na realização de trabalhos escritos, através da confidencialidade da informação e do anonimato (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

B) Melhoria Contínua da Qualidade

A formação contínua permite a aquisição e atualização de conhecimentos e a melhoria dos cuidados prestados (Oliveira et al., 2017), desta forma, a mestranda procurou ao longo dos diversos contextos clínicos beneficiar de todas as oportunidades de aprendizagem para mobilizar e aprofundar os seus conhecimentos não só na prática, mas também a nível teórico através da pesquisa baseada na evidência. Em cada campo clínico foi possível identificar as normas e protocolos existentes, bem como, os projetos institucionais direcionados para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados em cada serviço, de forma a colaborar com a sua aplicação e cumprimento, agindo em conformidade. Os documentos supracitados são instrumentos que disponibilizam informação específica e visam orientar a prestação de cuidados eficiente e segura, indo ao encontro das necessidades de cada utente (WHO, 2020).

A supervisão clínica é um processo dinâmico que contribui para a aprendizagem, desenvolvimento de competências práticas, construção de conhecimento e melhoria contínua dos cuidados (Madeira et al., 2021; Stonehouse, 2017). A comunicação com as enfermeiras supervisoras e a partilha de experiências proporcionou o desenvolvimento de conhecimentos, estimulou a pesquisa científica e facilitou o processo de aprendizagem e de gestão da prática e da autonomia na prestação de cuidados, aspetos que fomentam o desenvolvimento da identidade profissional (Sim-Sim et al., 2022). A avaliação e o feedback por parte das supervisoras permitiu também a reflexão sobre a prática e a identificação e discussão de estratégias de melhoria com vista à evolução no processo de aprendizagem, à melhoria contínua e à prestação de cuidados seguros e de qualidade.

No âmbito da gestão de um ambiente terapêutico e seguro, e considerando que o ENP decorreu ainda em contexto de pandemia, a mestranda teve em consideração a prevenção e controlo de infeção através das precauções básicas definidas pela Direção Geral de Saúde (2013), de forma a garantir a segurança das equipas e da utente/família. A promoção de um ambiente seguro passou também pela identificação precoce e prevenção de situações de risco, sendo crucial a comunicação inter-equipa e equipa-utente, bem como, o envolvimento da mulher/família de forma a garantir a sua compreensão e colaboração durante a prestação de cuidados.

C) Gestão dos Cuidados

A comunicação encontra-se relacionada com a qualidade dos cuidados na medida em que contribui para uma melhor gestão e otimização da resposta da equipa multidisciplinar (Santos et al., 2021; Valadão et al., 2022). Ao longo do ENP a mestranda articulou com os diversos elementos da equipa, nomeadamente para otimizar o processo de tomada de decisão ou quando existiam situações para além da área de atuação que necessitavam de ser referenciadas.

No que respeita à metodologia de trabalho de enfermagem, destacam-se quatro métodos: o individual, o funcional, o de trabalho de equipa e o de enfermeiro responsável (Ventura-Silva et al., 2021). Conforme detalhado no Capítulo 1, cada campo clínico apresenta a sua metodologia para organização da equipa pelo que, houve necessidade de adaptação a cada método consoante o contexto de modo a integrar o seio de cada equipa e otimizar a gestão dos cuidados. Conclui-se que os métodos mais utilizados são o funcional e o individual.

A gestão dos cuidados de enfermagem implica também a utilização de recursos de forma eficiente, aspeto que a mestranda procurou ter sempre presente dado que a racionalização e gestão dos recursos contribui para a continuidade e qualidade dos cuidados prestados (J. Ferreira et al., 2021).

D) Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

É da competência do enfermeiro especialista ter um papel ativo no processo de aprendizagem, assim, a aluna aproveitou todas as experiências para desenvolver competências e habilidades e investir no conhecimento teórico através da pesquisa, de modo a atuar com base na evidência científica.

O autoconhecimento auxilia o enfermeiro no estabelecimento da relação terapêutica pois permite o reconhecimento das suas vulnerabilidades pessoais (Haboba, 2022). A aluna procurou reconhecer as suas limitações e identificar o impacto na relação terapêutica e profissional,

desenvolvendo estratégias com o intuito de melhorar a atuação. Numa fase inicial, a comunicação com a equipa multidisciplinar e a postura contida foram aspetos reconhecidos pela mestranda como fragilidades, no entanto, ao longo do percurso de aprendizagem estas dificuldades foram ultrapassadas através da gestão pessoal e de uma prática assertiva e proativa.

A comunicação com as supervisoras, nomeadamente a partilha de conhecimento, de dúvidas e sentimentos, facilitou a aprendizagem, a gestão de emoções, o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal e profissional. As reuniões de avaliação permitiram também a reflexão sobre a atuação da mestranda e identificação de limitações, sempre com vista à melhoria contínua.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, definidas no Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio, caracterizam a atuação do enfermeiro na área de especialização. A prática clínica em diferentes contextos clínicos permitiu o desenvolvimento destas competências na prestação de cuidados à mulher/família nas diversas fases do ciclo reprodutivo e nos processos de saúde/doença ginecológica. Neste subcapítulo elabora-se uma descrição e análise das atividades desenvolvidas em cada campo clínico no âmbito da aquisição das competências específicas do EEESMO.

O planeamento e prestação de cuidados assentou no modelo teórico de Dorothea Orem, com a identificação das necessidades individuais de cada mulher/família e capacitação para o autocuidado, através da realização de ensinamentos e informação sobre os recursos da comunidade de modo a assegurar a continuidade de cuidados.

Serviço de Ginecologia

O estágio no internamento de Ginecologia possibilitou a prestação de cuidados especializados a 93 mulheres/família com diferentes patologias ginecológicas e a 15 grávidas/família em situação de risco.

No que diz respeito às patologias ginecológicas, foi possível a prestação de cuidados especializados a utentes de diferentes faixas etárias com diagnósticos de neoplasia (uterina, anexial, da vagina e vulva), endometriose, doença inflamatória pélvica, pólipos urogenitais e

miomas, bem como, cuidados pré e pós-cirúrgicos a mulheres submetidas a histerectomia total ou parcial, anexotomia, salpingectomia, correção de prolapsos, correção de incontinência urinária e biópsia do endométrio.

A situação de doença e necessidade de internamento hospitalar são acontecimentos geradores de fragilidade e ansiedade, que são percebidos de forma única por cada utente (Aniceto & Loureiro, 2020; G. Santos et al., 2020). No decorrer do estágio, a avaliação de cada situação através da leitura do processo clínico, anamnese e escuta ativa, permitiram identificar focos de atenção e direcionar a prestação de cuidados. A realização de ensinamentos sobre a situação de saúde, o apoio emocional à mulher/família tendo em conta as crenças pessoais e a referenciação para outras áreas, como por exemplo para a consulta de psicologia ou consulta da dor, foram aspetos cruciais nos cuidados prestados. Procurou-se auxiliar as mulheres/familiares na adaptação à situação clínica, através da manifestação de disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e da transmissão de informação de modo a capacitar para lidarem com a situação de saúde atual.

A cirurgia ginecológica é experienciada de forma particular por cada mulher, geralmente representa a cura, contudo, traz mudanças físicas, emocionais e sociais (Silva et al., 2010; Silva & Vargens, 2016). A maioria das mulheres com cancro ginecológico apresenta disfunção sexual, o tratamento cirúrgico e a quimioterapia e radioterapia provocam alterações a nível da autoimagem, diminuição da lubrificação vaginal, alterações da resposta sexual e menopausa iatrogénica (Morgado, 2021; Ramalho et al., 2019). Identificar o impacto e o significado atribuído pelas mulheres/família à situação de saúde, facilitou o contributo da mestrandia na gestão do processo e das dificuldades associadas. Verificou-se que a sexualidade ainda é, por vezes, um tema tabu para algumas mulheres e que existe dificuldade em expor dúvidas associadas sem que seja o profissional de saúde a iniciar a abordagem.

Neste contexto de estágio foram prestados cuidados a diversas mulheres no período de climatério. Durante a peri e pós-menopausa existe uma predisposição para a mulher apresentar sintomas desconfortáveis associados à transição do ciclo reprodutivo para o não-reprodutivo, como sintomas vasomotores, insónias, alterações de humor, entre outros (C. Santos et al., 2022; Sourouni et al., 2021). A identificação das alterações físicas e psicológicas inerentes ao climatério e a compreensão das suas repercussões na vida de cada mulher foi essencial para atuação da mestrandia, pois estas mudanças podem ter impacto negativo na qualidade de vida e o EESMO têm um papel fundamental na sua identificação e na implementação de intervenções que auxiliem o processo de transição, nomeadamente o esclarecimento, a transmissão de

informação e a referenciação para outros profissionais quando necessário (Andrade et al., 2018).

Como referido inicialmente, o estágio no internamento de Ginecologia permitiu a prestação de cuidados a grávidas/família em situação de risco com idade gestacional inferior a 22 semanas, sendo os principais diagnósticos diabetes gestacional mal vigiada/descompensada e hiperémese gravídica.

A gestação é um acontecimento que pode marcar a vida de uma mulher de modo positivo ou negativo e que traz receios, especialmente se existirem processos patológicos associados que possam condicionar o desfecho (Cabral et al., 2018). A necessidade de hospitalização, embora seja causadora de medo, insegurança, stress e ansiedade, também é percecionada pela grávida como um evento essencial para a monitorização do bem-estar materno-fetal e que representa a hipótese de desfecho favorável (L. Costa et al., 2019; Rodrigues et al., 2020). Neste âmbito, a atuação baseou-se na escuta ativa, envolvimento da família no processo e educação para a saúde: de forma específica direcionada às necessidades de cada grávida, e de forma geral sobre temáticas como desconfortos durante a gravidez, alimentação, sexualidade, comportamentos de risco, sinais de alerta e de recorrência ao Serviço de Urgência. O serviço de Ginecologia disponibiliza panfletos informativos sobre diversas temáticas como complemento aos ensinamentos realizados pelos profissionais, com o intuito de esclarecer e informar as grávidas sobre a sua condição de saúde. Confirmou-se que não existia informação disponível direcionada à hiperémese gravídica e, de forma a expandir conhecimentos sobre o tema, a mestranda realizou um panfleto intitulado “Náuseas e vômitos na gravidez” (Apêndice A). Posteriormente, devido à afluência de mulheres estrangeiras, surgiu a necessidade de adaptar e disponibilizar o panfleto também em inglês, tendo sido uma mais-valia pois contribuiu para ultrapassar a barreira linguística.

A mestranda teve também oportunidade de prestar cuidados a mulheres/família a vivenciar perda gestacional (aborto espontâneo, gravidez ectópica e interrupção médica da gravidez). A vivência desta situação é complexa e influenciada por fatores como a expectativa da mulher em relação à gravidez e maternidade, e a ligação afetiva ao feto (Camarneiro et al., 2015; Larivière-Bastien et al., 2019). A atuação da aluna centrou-se: 1) na promoção de um ambiente calmo e resguardado, sempre que possível as mulheres nesta circunstância ficavam internadas sozinhas numa enfermaria; 2) na informação sobre as várias fases do processo e administração de analgesia; 3) em garantir o respeito pelas crenças e necessidades da mulher/pessoa significativa;

4) no esclarecimento de dúvidas e referenciação para consulta de psicologia, caso a utente concordasse.

O impacto da perda gestacional afeta a mulher/casal/família, mas também os profissionais de saúde. O EESMO tem um papel fundamental na prestação de cuidados a estas mulheres e na monitorização do processo de luto, contudo, sentimentos de insegurança, impotência e dificuldade em providenciar apoio emocional podem condicionar a atuação (Binnie, 2020; Camarneiro et al., 2015; Schmalfuss et al., 2019). Durante a prestação de cuidados, por vezes surgiram sentimentos de insegurança e receio, tendo sido fundamental a comunicação e partilha com a enfermeira supervisora de modo a melhorar a atuação e desenvolver competências de cuidados à mulher em situação de abortamento.

As mulheres com diagnóstico de aborto retido após interrupção voluntária da gravidez eram internadas para repetição da terapêutica de interrupção, monitorização e, em última instância, submetidas a curetagem uterina. Foram realizados ensinamentos sobre os procedimentos no decorrer do internamento e sobre métodos contraceptivos, para que pudessem realizar escolhas informadas consoante as suas preferências e evitar uma gravidez não desejada.

Em suma, foram desenvolvidas competências específicas no que concerne à prestação de cuidados à mulher/casal/família: a vivenciar situação de doença ginecológica, em processo de transição para a menopausa, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.

Centro de Saúde – Unidade de Cuidados na Comunidade

O estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade possibilitou a prestação de cuidados especializados a 43 grávidas/companheiros no âmbito do CPNP e a 4 puérperas/recém-nascidos no cantinho da amamentação.

Os cursos de preparação para o parto visam o desenvolvimento de competências para que a grávida/casal/família vivenciem a gravidez, parto e transição para a parentalidade de forma saudável (DGS, 2015; Frias, 2011, 2014). Os cursos permitem a transmissão de informação às mulheres grávidas, o que promove a autoestima, a confiança, a redução do stress e ansiedade, bem como, melhores resultados obstétricos e neonatais (Frias, 2012, 2014; Frias & Franco, 2008, 2010). A educação para a saúde é a principal ferramenta para a consciencialização e capacitação da grávida/casal para o autocuidado, sendo importante a atuação do EESMO através da utilização de linguagem clara e objetiva e escuta ativa, isenta de julgamentos, contribuindo para estabelecer uma relação de confiança (Lima et al., 2021; Pereira et al., 2020).

Ao longo das várias sessões dos CPNP foram abordadas temáticas como: recomendações da OMS para uma experiência positiva de nascimento, fisiologia do trabalho de parto, tipos de parto, indução do trabalho de parto, métodos de alívio da dor, sinais de ida para a maternidade e preparação da mala, criopreservação, cuidados ao recém-nascido e vigilância de saúde, aleitamento materno, alterações no puerpério e recursos da comunidade. Para além da componente teórica, no início e final de cada sessão realizavam-se exercícios práticos tais como, exercícios respiratórios e de relaxamento, exercícios de consciencialização corporal e promoção da mobilização materna. Temas como desenvolvimento psico-afetivo do bebé com os pais, saúde oral da grávida e do bebé, alimentação saudável na gravidez e Pilates clínico na gravidez foram abordados pela psicóloga, higienista oral, nutricionista e fisioterapeuta, respetivamente.

A mestranda foi responsável pela realização de duas das sessões do CPNP intituladas “Dor em obstetrícia” (Apêndice B) e “Pós-parto” (Apêndice C). Na primeira abordou-se a fisiologia da dor no trabalho de parto e métodos de alívio da dor, farmacológicos e não farmacológicos. Na segunda foram explicadas as fases do puerpério e alterações físicas e psicológicas inerentes, cuidados à episiorrafia e à sutura abdominal no caso de cesariana, atividade sexual no pós-parto, métodos contraceptivos e recursos da comunidade.

O EEESMO deve estar preparado para dar resposta às necessidades da grávida e promover hábitos de autocuidado, quanto mais informada e capacitada for a mulher, menor o risco de complicações durante a gravidez e puerpério e maior o sucesso no processo de transição para a maternidade (G. Ferreira et al., 2021; Lima et al., 2022). A participação ativa nas sessões de CPNP foi um desafio que exigiu pesquisa bibliográfica de modo a aumentar os conhecimentos sobre os diversos temas e dar resposta às questões e dúvidas da grávida/casal.

A DGS (2015) recomenda que previamente ao início do curso de preparação para o parto seja realizada uma consulta/entrevista de modo que o EEESMO conheça a grávida/casal, identifique possíveis desvios da normalidade e as necessidades específicas individuais. Neste contexto clínico, devido à afluência de grávidas, a consulta na maior parte das vezes acontecia no decorrer do CPNP.

Durante a consulta era realizada uma avaliação do bem-estar físico e emocional da grávida, avaliado o grau de risco da gravidez segundo a Escala de Goodwin Modificada, monitorizados os parâmetros vitais e peso, avaliado o consumo de substâncias nocivas, realizadas as manobras de Leopold e a avaliação da altura do fundo uterino, com posterior registo no boletim da

grávida. Por falta de recursos materiais, nomeadamente o doppler fetal, não era possível a avaliação da frequência cardíaca fetal. Eram também abordadas as expectativas da grávida/pessoa significativa relativamente ao parto e parentalidade, desmistificados medos e angústias, esclarecidas dúvidas e realizados ensinamentos sobre estilos de vida saudáveis durante a gravidez, utilização da bola de Pilates, exercícios respiratórios, massagem para alívio dos desconfortos associados às alterações físicas da gravidez e massagem para alívio da dor durante o trabalho de parto.

A WHO (2018) refere que uma experiência de parto positiva compreende a realização pessoal da mulher tendo em conta as suas crenças pessoais e o seu envolvimento na tomada de decisão. O plano de parto auxilia a equipa de saúde a conhecer as expectativas da mulher para o TP, promovendo o seu empoderamento e autonomia (Anderson et al., 2017; Torres & Rached, 2017). O EEESMO desempenha um papel essencial no apoio à elaboração de um plano de parto coerente, tendo em consideração a situação clínica de cada mulher e a realidade dos serviços de saúde (Medeiros et al., 2019). Numa das sessões do CPNP as grávidas eram elucidadas sobre o plano de parto e, após elaboração, as interessadas solicitavam a análise e discussão do mesmo. Esta análise permitia identificar as lacunas no conhecimento sobre o trabalho de parto e reforçar ensinamentos à grávida/pessoa significativa, bem como, consciencializar para o processo e para a possibilidade de ocorrência de imprevistos que condicionassem o cumprimento linear do plano de parto.

No decorrer do estágio na UCC a mestranda teve também oportunidade de prestar cuidados especializados a puérperas/recém-nascidos no âmbito do cantinho da amamentação. Na consulta observavam-se as características da mama/mamilo da puérpera e a mamada, de modo a identificar alterações que pudessem estar na origem das dificuldades na amamentação; eram reforçados ensinamentos sobre sinais de pega correta, vantagens da amamentação para mãe/bebé, identificação de sinais de fome no RN, frequência e duração das mamadas; procedia-se à pesagem do RN e, nos casos em que a puérpera não pretendia continuar a amamentar sugeriam-se opções tendo em conta os ideais e expectativas maternas.

A atuação do EEESMO é essencial para a promoção do aleitamento materno e saúde da mulher e recém-nascido (Silva & Tonon, 2020) pelo que, para além do esclarecimento de dúvidas sobre a amamentação era também avaliado o estado emocional da puérpera. O período gravídico-puerperal é caracterizado por alterações físicas, hormonais, psíquicas e sociais que deixam a mulher suscetível a desequilíbrios emocionais (M. Santos et al., 2022), cabe ao EEESMO estar desperto para possíveis alterações para que, sempre que necessário, exista uma

intervenção precoce. Destaca-se o episódio de uma puérpera que durante a consulta referiu sentir-se deprimida devido a alterações da dinâmica familiar e maus-tratos pelo companheiro. Foi disponibilizado apoio emocional e escuta ativa, e a situação foi referenciada para a psicóloga e para a assistente social da UCC.

De modo geral, neste contexto clínico desenvolveram-se competências específicas nos cuidados à mulher/casal/família durante o período pré e pós-natal e grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Internamento de Puerpério e Unidade de Neonatologia

O estágio no internamento de puerpério possibilitou à mestranda a prestação de cuidados especializados a 51 puérperas saudáveis, 27 puérperas de risco, 53 recém-nascidos saudáveis e 24 recém-nascidos de risco.

A WHO (2018) define puerpério como o período de recuperação física e psicológica da mulher, que inicia imediatamente depois do parto e se estende até 6 semanas após o mesmo. Este período divide-se em três fases: puerpério imediato, que abrange as primeiras duas horas após o parto; puerpério precoce, que decorre até ao final da primeira semana após o parto; e puerpério tardio, período até à sexta semana após o parto (Nené et al., 2016; Neves, 2020).

O puerpério é uma fase de mudanças físicas, hormonais e psicossociais caracterizadas pela regressão ao estado pré-gravídico e exercício da maternidade (Condeles et al., 2019; Silva & Krebs, 2021). Sendo um período desafiante podem surgir situações com consequências negativas na qualidade de vida da mulher, pelo que o enfermeiro tem um papel preponderante na vigilância e identificação das situações fisiológicas e patológicas (Condeles et al., 2019; Silva & Krebs, 2021).

A puérpera e o recém-nascido eram admitidos no serviço de obstetrícia depois do puerpério imediato e permaneciam internados em regime de alojamento conjunto cerca de 48 a 72 horas, ou por período superior quando existiam complicações. O alojamento conjunto permite que o RN permaneça junto da mãe 24 horas por dia até à alta e propicia a vinculação mãe-bebé, a amamentação e a assistência nos cuidados ao bebé e no autocuidado da puérpera (Mesquita et al., 2019).

Após a receção e acolhimento da díade, a aluna procedia ao exame físico e anamnese de modo a identificar os focos de atenção e a individualizar o plano de cuidados, com vista à promoção do autocuidado com base no modelo teórico de Orem.

A atuação do EEESMO visa a monitorização das puérperas/recém-nascidos e a prevenção e identificação de intercorrências (Elias et al., 2021). Assim, no que concerne à vigilância da puérpera, a mestranda procedeu à avaliação de diversos parâmetros, nomeadamente: estado geral, sinais vitais, tónus e involução uterina, quantidade e características dos lóquios, mamas/mamilos, períneo, ferida cirúrgica, perfusão dos membros inferiores, eliminação, presença de hemorroidas, estado emocional, suporte familiar e social, adaptação à maternidade e vinculação mãe-bebé. Quanto à monitorização do estado de saúde do RN eram vigiados: estado geral, respiração, pele, alimentação, eliminação e coto umbilical.

Para além da avaliação da puérpera/RN o EEESMO é responsável pela promoção de saúde através da realização de ensinamentos, esclarecimento de dúvidas e capacitação para o autocuidado e para os cuidados ao recém-nascido (Cheffer et al., 2020). Os ensinamentos realizados eram direcionados às necessidades e dúvidas de cada puérpera/família, incluindo sempre que possível a pessoa significativa. Os mesmos incidiam nas alterações físicas e psicológicas próprias do período puerperal, consulta de revisão do puerpério, contraceção e reinício da atividade sexual, cuidados ao RN (banho, cuidados ao coto umbilical, sinais de alerta, consultas de vigilância) e amamentação (vantagens do aleitamento materno, posições para amamentar, sinais de boa pega, número de mamadas diárias, aplicação de colostro/leite após a mamada). Sempre que identificadas complicações ou fatores de risco associados – patologia materna/neonatal, intercorrências no parto, hemorragia no pós-parto imediato – os ensinamentos eram direcionados à situação clínica e, caso necessário, a situação era referenciada para outros profissionais de saúde.

No contexto do programa Alta Segura foram realizados ensinamentos teóricos e práticos à puérpera/pessoa significativa sobre colocação do recém-nascido na cadeira de transporte, transporte em segurança e prevenção de acidentes no domicílio e no exterior. Apesar das ações educativas com vista à capacitação, autonomia e segurança, o tempo de internamento da puérpera/RN é curto e nem sempre são esclarecidas todas as dúvidas (Góes et al., 2020; Machado et al., 2021). Aquando da alta é fornecido o contacto do serviço e do Cantinho da Amamentação para esclarecimentos em caso de necessidade e são mencionados os recursos existentes na comunidade.

No projeto do Cantinho da Amamentação a mestranda realizou consultas presenciais e telefónicas com as puérperas. O contacto telefónico ocorria cerca de 2 a 3 dias após a alta e tinha como objetivo confirmar o bem-estar da díade, questionar sobre o processo de amamentação, dúvidas e dificuldades existentes, reforçar sinais de alerta e, nos casos em que

existia necessidade era agendada consulta presencial ou referenciada a mulher/RN para o centro de saúde da área de residência. Na consulta presencial procedia-se à pesagem do RN, à observação das mamas/mamilos/mamada e a ensinamentos e estratégias para a resolução de complicações como pega incorreta, mamilos fissurados, ingurgitamento mamário, mastite, ensinamentos sobre extração manual ou com bomba e alternativas ao aleitamento materno quando a mulher não pretendia continuar a amamentar. Consoante a situação era agendada nova consulta ou realizado contacto telefónico para vigilância.

No âmbito da prestação de cuidados a uma puérpera de risco com o diagnóstico de hemorragia pós-parto, a mestranda elaborou um relato de caso com o objetivo de aprofundar conhecimentos sobre o tema, melhorar as competências práticas e desenvolver um plano de cuidados com base nas necessidades da mulher com hemorragia pós-parto. O relato de caso foi apresentado à equipa do serviço no contexto da formação de serviço (Apêndice D). Posteriormente, a partir do relato de caso a aluna elaborou um póster intitulado “Assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal: relato de caso”, que apresentou num congresso de saúde de um Instituto Politécnico, que aguarda publicação e cujo resumo se encontra no Apêndice E.

No contexto de cuidados a RN de risco a mestranda realizou um curto estágio observacional na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, onde foi possível observar que a equipa multidisciplinar contribuiu para a capacitação dos pais no cuidado ao recém-nascido através do seu envolvimento na prestação de cuidados. Numa fase inicial os enfermeiros demonstram como devem ser realizados os cuidados ao RN e esclarecem dúvidas. De forma gradual, passam a ser os pais a cuidar, com apoio e supervisão da equipa. Esta estratégia, para além de promover a adaptação à parentalidade, permite que os pais se sintam capacitados e seguros para cuidar.

O estágio neste contexto clínico que permitiu desenvolver conhecimentos sobre as necessidades dos recém-nascidos prematuros, sobre o programa NIDCAP – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* – que visa o neurodesenvolvimento e a redução do impacto negativo do ambiente da UCIN nos prematuros, bem como, a importância do enfermeiro no processo de vinculação entre o RN internado e os pais, no envolvimento dos pais na prestação de cuidados e no apoio emocional.

Em resumo, foram desenvolvidas competências específicas nos cuidados à mulher/recém-nascido/casal/família durante o período pós-natal e grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Serviços de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia/ Bloco de partos – Unidades I e II

Os estágios nos Serviços de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia/ Bloco de partos das unidades I e II possibilitaram a realização de 41 partos eutócicos, colaboração em 33 partos distócicos, vigilância de 31 trabalhos de parto de risco e prestação de cuidados especializados a 71 puérperas saudáveis, 17 puérperas de risco, 66 recém-nascidos saudáveis, 17 recém-nascidos de risco, 55 mulheres com afeção ginecológica e 91 grávidas de risco.

Aquando da admissão da grávida no bloco de partos procedia-se ao acolhimento no serviço e à colheita de dados através da anamnese, consulta do processo clínico e do boletim da grávida. A fase de internamento no BP varia entre as unidades do CH: a Unidade II não têm espaço físico para internamento de grávidas em indução ou em fase latente do TP, pelo que são internadas na sala de partos; por sua vez, na unidade I as mulheres em indução ou fase latente são admitidas no internamento de grávidas e transferidas para a sala de partos quando em fase ativa do TP, sendo que o serviço se baseia na definição da WHO (2018) que considera esta fase a partir do momento em que a mulher apresenta contrações regulares, dolorosas e com dilatação cervical de 5 centímetros.

Através da comunicação com a parturiente a mestranda procurou compreender os sentimentos, expectativas e dúvidas em relação ao processo de parto, de modo a informar e esclarecer sobre a prestação de cuidados e procedimentos inerentes, incentivando a participação e tomada de decisão da grávida/pessoa significativa. Sempre que as grávidas apresentavam plano de partos procedia-se à análise e discussão do mesmo, realçando a possibilidade de adaptações consoante a evolução do TP.

De modo a monitorizar o trabalho de parto e o bem-estar materno-fetal, a atuação da aluna centrou-se na vigilância do estado geral da grávida, avaliação dos parâmetros vitais e análise da cardiotocografia. A cardiotocografia [CTG] permite a avaliação do bem-estar fetal e a frequência de contrações e, com base no quadro clínico e fase do trabalho de parto, identificar desvios da normalidade (Silveira & Júnior, 2018). Ao longo dos ensinamentos clínicos foram desenvolvidas competências de análise e interpretação dos traçados cardiotocográficos com base na nomenclatura do *American College of Obstetricians and Gynecologists* [ACOG]. Quando identificadas alterações na CTG, como por exemplo, alterações da variabilidade, bradicardia/taquicardia, desacelerações tardias ou variáveis, a mestranda tentou identificar a causa e atuar em conformidade: avaliação dos parâmetros vitais maternos e em caso de hipotensão proceder à administração de fluídos endovenosos ou administração de medicação;

avaliação da temperatura materna; realização de toque vaginal para exclusão de prolapso do cordão ou descida da apresentação fetal; mudança de posição materna de modo melhorar o fluxo sanguíneo uteroplacentário; administração de oxigénio; avaliação da frequência e duração das contrações e interrupção de perfusão de ocitocina (ACOG, 2009). Em algumas situações foi realizada amniotomia para avaliação das características do líquido amniótico (coloração, cheiro e consistência) para descartar existência de sofrimento fetal. A presença de líquido amniótico meconial é considerado um indicador de sofrimento fetal devido a hipoxia e acidose, estando associado a fatores de risco como a insuficiência placentária, pré-eclâmpsia, infeção (corioamniotite), compressão do cordão umbilical ou comportamentos maternos aditivos (Gandhi, 2018; Rawat et al., 2018).

A monitorização do trabalho de parto compreendeu também, através do exame vaginal, a avaliação das características do colo do útero (posição, consistência, apagamento e dilatação), integridade das membranas e características do líquido amniótico, estrutura pélvica e estática fetal (posição, atitude, apresentação e descida da apresentação). A recomendação da WHO (2018) relativamente à frequência dos toques vaginais durante a fase ativa, em mulheres com gravidez de baixo risco, é de intervalos de 4/4 horas ou mais curtos caso a situação materna/fetal justifique, contudo, por vezes ainda é notória alguma relutância dos profissionais no cumprimento destes intervalos.

A dor do parto é uma preocupação da grávida, contudo a gestão da dor é singular, complexa e multifacetada na medida em que sofre influência de fatores fisiológicos, emocionais, sensoriais, cognitivos e culturais (Hulsbosch et al., 2020; Thies-Lagergren et al., 2021). O enfermeiro é responsável por esclarecer sobre os recursos existentes para alívio da dor e permitir que cada mulher escolha consoante as suas preferências (Soares et al., 2020). Durante o ENP a aluna elucidou as parturientes sobre as medidas farmacológicas e não farmacológicas disponíveis em cada unidade e cooperou com outros profissionais na implementação de intervenções para controlo da dor, como a colocação do cateter epidural. Sempre que as parturientes se mostravam recetivas eram explicados os benefícios das medidas não farmacológicas e encorajada a utilização das mesmas, como por exemplo, utilização da bola de Pilates, deambulação, realização de massagem, musicoterapia, TENS e exercícios respiratórios.

Ao longo do estágio em bloco de partos a aluna desenvolveu competências práticas para a execução do parto de apresentação cefálica. Conforme as recomendações da WHO (2018), procurou-se respeitar a necessidade de a mulher iniciar esforços expulsivos, tendo sido crucial a comunicação para assistir e promover a participação materna e uma experiência positiva.

Desenvolveram-se competências de avaliação dos tecidos perineais e de prevenção e redução do trauma perineal através da massagem, aplicação de compressas mornas, aplicação da manobra de Ritgen e uso restrito da episiotomia (Pereira et al., 2020; WHO, 2018a). Nos casos de perda da integridade cutânea ao nível do canal de parto/períneo, procedeu-se à reparação dos tecidos através da sutura.

Após o nascimento, para além da avaliação da integridade cutânea, a mestranda observou os sinais de dequitação e após a mesma, avaliou as características e integridade da placenta e cordão umbilical de modo a descartar alterações ou membranas fragmentadas. Avaliou a formação do Globo de Segurança de Pinard e as perdas sanguíneas e, quando necessário, procedeu à colheita de sangue do cordão umbilical para o kit de células estaminais e/ou tipagem sanguínea do RN.

Antes de serem transferidas para o serviço de internamento de obstetrícia as puérperas e recém-nascidos permanecem no bloco de partos durante cerca de duas horas, o período de puerpério imediato. Durante este período as intervenções da mestranda incidiram na avaliação do estado geral da puérpera, monitorização dos parâmetros vitais, reavaliação do globo de segurança de Pinard e das perdas sanguíneas, avaliação e vigilância do estado geral do RN e promoção de conforto e da vinculação entre a díade/tríade. Nesta fase procedeu-se também ao esclarecimento de dúvidas existentes e à realização de ensinamentos sobre os cuidados perineais e sobre a alimentação do RN – sempre que a puérpera tinha intenção de amamentar era prestado o auxílio necessário ao estabelecimento da amamentação.

No que diz respeito aos cuidados ao recém-nascido foram promovidas medidas de adaptação ao meio extrauterino, observação do estado geral para identificação de alterações morfológicas e/ou funcionais e, sempre que não existiam complicações, foi promovido o contacto pele-a-pele precoce, a clampagem tardia do cordão umbilical e o aleitamento materno na primeira hora de vida. O contacto pele-a-pele precoce minimiza as intervenções e auxilia na termorregulação do RN, estimula a vinculação, promove o início da amamentação e previne a ocorrência de hemorragia pós-parto, sendo fundamental a intervenção do enfermeiro como facilitador destes processos (Ayres et al., 2020; Sá & Rabelo, 2021; R. Silva et al., 2022).

A prestação de cuidados a parturientes e recém-nascidos de risco permitiu o desenvolvimento de competências de atuação direcionadas às situações patológicas, bem como, a análise e interpretação dos protocolos de conduta de cada serviço. No decorrer no trabalho de

parto e pós-parto imediato sempre que detetado algum desvio do padrão normal, foram referenciadas as situações para além da área de atuação.

No contexto de UOG a mestrandia prestou cuidados especializados a grávidas: avaliação do estado geral, monitorização de parâmetros vitais, monitorização cardiotocográfica, auscultação cardíaca fetal, realização de manobras de Leopold, cervicometria; e a mulheres com afeção ginecológica: colaboração na observação e/ou na colheita de produtos biológicos para análise e monitorização de parâmetros vitais. O contexto de urgência proporcionou situações de observação e aprendizagem que contribuíram para o desenvolvimento de competências e de conhecimentos.

Em síntese, nestes contextos clínicos desenvolveram-se competências específicas nos cuidados à mulher/casal/família durante o período pré-natal, trabalho de parto, pós-natal e grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

CONCLUSÕES

O presente relatório resultou do percurso de aprendizagem e processo formativo desenvolvidos no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Descreveu de forma reflexiva o processo de aquisição de competências inerentes ao exercício profissional do EEESMO desenvolvido ao longo do Estágio de Natureza Profissional, expondo as atividades realizadas e a temática explorada, “Medidas não farmacológicas durante o trabalho de parto: controlo da dor e ansiedade”.

O Estágio de Natureza Profissional nos diferentes contextos clínicos possibilitou a prestação de cuidados especializados à mulher e ao recém-nascido inseridos na família e comunidade, em situação de saúde e/ou doença, e permitiu diversas oportunidades de aprendizagem e de mobilização e aplicação de conhecimentos na vertente teórica e prática, bem como, a consolidação de técnicas humanas e científicas. As experiências clínicas e a formação contínua contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEESMO e para a melhoria dos cuidados prestados, tendo sido fundamental a conduta com base no modelo concetual de Dorothea Orem. A aplicação deste modelo permitiu direcionar a atuação especializada e identificar as necessidades individuais de cada mulher/casal/família agindo com vista à capacitação, empoderamento e promoção do autocuidado.

Durante o percurso formativo, o desenvolvimento de competências e a melhoria contínua na prestação de cuidados assentaram na prática baseada na evidência atual, com atualização dos conhecimentos de modo a sustentar a tomada de decisão e a reflexão sobre a atuação, promovendo a qualidade dos cuidados de enfermagem. A pesquisa bibliográfica e a reflexão sobre as experiências vivenciadas e sobre a atuação no contexto clínico permitiram identificar e colmatar lacunas no conhecimento teórico e prático. De realçar como mais-valia a realização de estágios em distintos locais, com diferentes supervisores clínicos com inúmeros conhecimentos, abordagens e métodos de trabalho díspares, que valorizaram o percurso formativo e fomentaram a reflexão sobre a atuação na prática clínica. Assim, procurou-se usufruir de todas as oportunidades de aprendizagem, enquadrando os diversos contextos com os conhecimentos teóricos e com as orientações para a prática do exercício profissional, desenvolvendo a identidade profissional.

No âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências sobre a utilização de medidas não farmacológicas para controlo da dor e ansiedade durante o TP, realizou-se uma revisão bibliográfica que possibilitou a aquisição de conhecimentos e a melhoria contínua na prestação de cuidados, bem como, a perceção da importância e contributo do EEESMO no desenvolvimento e melhoria da prática clínica, tendo em consideração a evidência atual sobre o tema. Através da revisão da literatura verificou-se que apesar dos benefícios das MNF durante o trabalho de parto e parto, são ainda métodos pouco implementados devido à falta de conhecimento - quer por parte das mulheres, quer dos profissionais de saúde - sendo por isso necessária a divulgação destas medidas. O EEESMO tem um papel crucial no processo de divulgação das medidas não farmacológicas durante a gravidez e na motivação e auxílio à implementação durante o TP, possibilitando uma experiência positiva com menor risco de intervenções desnecessárias.

Na prática clínica constatou-se que a falta de conhecimento condiciona a utilização de MNF, contudo existiu satisfação e *feedback* positivo por parte das mulheres que recorreram a estes métodos. Os achados relatados na literatura científica atual vão ao encontro dos dados colhidos durante o ENP e analisados no presente relatório, concluindo-se que é necessário investimento no tema: capacitação dos profissionais de saúde, divulgação das MNF, desmistificação de mitos associados e desenvolvimento de normas sobre a aplicação das medidas não-farmacológicas. É também necessária uma mudança de paradigma na prática clínica, distanciando a prestação de cuidados centrada no modelo biomédico e nas intervenções por rotina, de modo a promover a assistência humanizada, centrada na mulher e na sua autonomia e participação ativa durante o trabalho de parto.

Ao longo do estágio surgiram limitações, nomeadamente a conjugação da vida pessoal, profissional e académica e as dificuldades inerentes ao processo de aprendizagem, que foram ultrapassadas através da reflexão sobre a atuação e cuidados prestados, investimento no conhecimento teórico e autoconhecimento, com perseverança e com o auxílio da Professora Orientadora e dos Supervisores Clínicos.

O processo formativo durante o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia constituiu uma experiência desafiante mas bastante compensadora no que concerne à oportunidade de desenvolvimento profissional e pessoal, às experiências vivenciadas e às reflexões sobre a atuação enquanto futura EEESMO, tendo contribuído para a capacitação e autonomia da mestranda. Face ao exposto, e analisando o percurso do estágio de natureza profissional, considera-se que os objetivos propostos foram alcançados. Reconhece-se a

necessidade e responsabilidade do investimento na formação para o contributo da evolução e melhoria dos cuidados prestados enquanto futura EEESMO.

REFERÊNCIAS

- Abebe, A., & Mmusi-Phetoe, R. (2022). Respectful maternity care in health centers of Addis Ababa city: A mixed method study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 792. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05129-5>
- ACOG. (2009). ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *Obstetrics and Gynecology*, 114(1), 192–202. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181aef106>
- Adam, A., Druye, A., Kumi-Kyereme, Osman, W., & Alhassan, A. (2021). Nursing and Midwifery Students' Satisfaction with Their Clinical Rotation Experience: The Role of the Clinical Learning Environment. *Nursing Research and Practice*, 2021, 7258485. <https://doi.org/10.1155/2021/7258485>
- Aksoy, H., Yücel, B., Aksoy, U., Acmaz, G., Aydin, T., & Babayigit, M. A. (2016). The relationship between expectation, experience and perception of labour pain: An observational study. *SpringerPlus*, 5(1), 1766. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-3366-z>
- Almeida, J., Acosta, L., & Pinhal, M. (2015). Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 19(3), 711–718. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150054>
- Almeida, L., Silva, L., Sanches, M., Rodrigues, P., Araújo, S., Silva, M., Albuquerque, E., Tavares, N., Cardoso, A., & Mendonça, T. (2022). Incidência de cesarianas, suas indicações e a classificação de Robson em maternidades de alto risco de Alagoas. *Research, Society and Development*, 11(5), Artigo 5. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28272>
- Alves, N., Feitosa, K., Mendes, M., & Caminha, M. (2018). Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0042>
- American Academy Of Pediatrics Committee On Fetus And Newborn, American College Of Obstetricians & Gynecologists Committee On Obstetric Practice (2015). The Apgar Score. *Pediatrics*, 136(4), 819–822. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2651>
- Anderson, C.-M., Monardo, R., Soon, R., Lum, J., Tschann, M., & Kaneshiro, B. (2017). Patient Communication, Satisfaction, and Trust Before and After Use of a Standardized Birth

- Plan. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, 76(11), 305–309.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5694973/>
- Andrade, D., Lira, F., Silva, E., Aoyama, E., & Farias, F. (2018). O papel do enfermeiro nos cuidados de enfermagem com mulheres no período climatérico. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, 7(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.3623/revisa.v%.n%.p299%>
- Aniceto, S., & Loureiro, L. (2020). Internação hospitalar: O acompanhante como foco da pesquisa. *Research, Society and Development*, 9(8), Artigo 8. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5618>
- APA. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style (7th ed)*. American Psychological Association.
- Apgar, V. (2015). A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant. *Anesthesia & Analgesia*, 120(5), 1056. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e31829bdc5c>
- APSI. (2022). *Alta Segura*. <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/campanhas-e-acoos/noticias/27-alta-segura-transporte-do-recem-nascido-desde-o-1-dia-de-vida>
- Araújo, A., Delgado, A., Boaviagem, A., & Lemos, A. (2018). Prescrição de orientações respiratórias pela equipe de saúde durante o trabalho de parto: Um estudo de corte transversal: *O Mundo da Saúde*, 42(3), Artigo 3. <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/111>
- Ayres, L., Cnossen, R., Passos, C., Lima, V., Prado, M., & Beirigo, B. (2020). Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. *Escola Anna Nery*, 25, e20200116. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0116>
- Aziato, L., Kyei, A., & Deku, G. (2017). Experiences of midwives on pharmacological and non-pharmacological labour pain management in Ghana. *Reproductive Health*, 14(1), 128. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0398-y>
- Badi, M., Abebe, S., Weldetsadic, M., Christensson, K., & Lindgren, H. (2022). Effect of Flexible Sacrum Position on Maternal and Neonatal Outcomes in Public Health Facilities, Amhara Regional State, Ethiopia: A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), Artigo 15. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159637>
- Balbino, E., Santos, M., & Borges, M. (2020). Uso de métodos não farmacológicos no alívio da dor no trabalho de parto: A percepção de mulheres no pós-parto | Revista Brasileira Multidisciplinar. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 23, 65–78. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2020.v23i2Supl..812>

- Bernardes, J. (2023). Computerized analysis of cardiocograms in clinical practice and the SisPorto® system thirty-two years after: Technological, physiopathological and clinical studies. *Journal of Perinatal Medicine*, 51(1), 145–160. <https://doi.org/10.1515/jpm-2022-0406>
- Betrán, A., Temmerman, M., Kingdon, C., Mohiddin, A., Opiyo, N., Torloni, M., Zhang, J., Musana, O., Wanyonyi, S., Gülmezoglu, A., & Downe, S. (2018). Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *The Lancet*, 392(10155), 1358–1368. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31927-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31927-5)
- Biana, C. B., Cecagno, D., Porto, A., Cecagno, S., Marques, V., & Soares, M. (2021). Non-pharmacological therapies applied in pregnancy and labor: An integrative review. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 55, e03681. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019019703681>
- Binnie, C. (2020). Breaking the silence. *British Journal of Midwifery*, 28(3), 144–145. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.3.144>
- Bonapace, J., Gagné, G.-P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No. 355-Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(2), 227–245. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.08.003>
- Borde, M., Gómez, P., Huerta, M., Barbero, E., López, A., & Barreiro, S. (2014). *Influencia en los resultados obstétricos de determinadas posiciones durante el trabajo de parto con analgesia epidural*. 2(2). <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/34/influencia-en-los-resultados-obstetricos-de-determinadas-posiciones-durante-el-trabajo-de-parto-con-analgesia-epidural/>
- Boryri, T., Noori, N., Teimouri, A., & Yaghobinia, F. (2016). The perception of primiparous mothers of comfortable resources in labor pain (a qualitative study). *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(3), 239. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.180386>
- Cabral, S., Alencar, M., Carmo, L., Barbosa, S., Barros, A., & Barros, J. (2018). Receios na Gestação de Alto Risco: Uma Análise da Percepção das Gestantes no Pré-Natal. *ID on line. Revista de psicologia*, 12(40), Artigo 40. <https://doi.org/10.14295/online.v12i40.1051>
- Câmara, R., Burlá, M., Ferrari, J., Lima, L., Amim, J., Braga, A., & Rezende, J. (2016). Cesarean section by maternal request. *Revista Do Colegio Brasileiro De Cirurgioes*,

43(4), 301–310. <https://doi.org/10.1590/0100-69912016004002>

- Camarneiro, A., Maciel, J., & Silveira, R. (2015). Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: Um estudo fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV, 109–117. <https://doi.org/10.12707/RIV14064>
- Chang, C.-Y., Gau, M.-L., Huang, C.-J., & Cheng, H. (2022). Effects of non-pharmacological coping strategies for reducing labor pain: A systematic review and network meta-analysis. *PLOS ONE*, 17(1), e0261493. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261493>
- Cheffer, M., Nenevê, D., & Oliveira, B. (2020). Assistência De Enfermagem Frente Às Mudanças Biopsicossociais Da Mulher No Puerpério: Uma Revisão Da Literatura. *Varia Scientia - Ciências da Saúde*, 6(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.48075/vscs.v6i2.26526>
- Comissão Nacional de saúde Materna e Neonatal. (2006). *Organização Perinatal Nacional*. Ministério da Saúde. http://static.publico.pt/docs/sociedade/Org_Perinatal_Nacional.pdf
- Conceição, M. (2016). *Adequação dos recursos humanos às necessidades de trabalho*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/89733/2/170933.pdf>
- Condeles, P., Silva, S., Fernandes, D., Parreira, B., Paschoini, M., & Ruiz, M. (2019). Qualidade de vida no período puerperal: Importância e satisfação. *Rev Rene*, 20. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192041421>
- Costa, B., Lima, N., Dutra, P., Silva, E., Cavalcante, M., Alves, A. M., & Costa, A. (2020). Métodos não farmacológicos para alívio da dor: Percepção da puérpera / Effectiveness of non-pharmacological methods for pain relief: perception of puerperal women in labor and childbirth. *Brazilian Journal of Development*, 6(8), 61090–61103. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-504>
- Costa, F., Silva, J., Machado, E., Soares, L., Brezolin, C., & Silva, J. (2019). Promoção do Aleitamento Materno no Contexto da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 13(1), Artigo 1. <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/5546>
- Costa, L., Hoesel, T., Teixeira, G., Trevisan, M., Backes, M., & Santos, E. (2019). Percepções De Gestantes Internadas Em Um Serviço De Referência Em Alto Risco. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 23. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190047>
- Coutinho, E. (2016). *Vigilância de gravidez em mulheres imigrantes e portuguesas e as razões que justificam a necessidade de mediação intercultural*. 158–174.

<https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4435>

- Coutinho, E., Domingos, A., Parreira, V., Nelas, P., Chaves, C., Duarte, J., Karimo, N., & Reis, A. (2020). A mulher imigrante na centralidade da interação com o enfermeiro: Constrangimentos e Estratégias de Superação. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 783–796. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.783-796>
- Coutinho, E., Domingos, A., Reis, A., & Parreira, V. (2022). Ser Enfermeiro Obstetra e Mediador Intercultural na interação com mulheres grávidas migrantes. *New Trends in Qualitative Research*, 13, e731–e731. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e731>
- Cunha, M., Veleda, A., Teles, J., & Coelho, D. (2019). A cultura do nascimento como evento biomédico e a violência obstétrica: Vivências e resistências. *Cadernos de Gênero e Diversidade*, 5(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.9771/cgd.v5i4.29670>
- Daniel, V., & Silva, J. (2017). A Enfermagem e Sua Colaboração na Unidade De Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Pró-UniverSUS*, 8(1), Artigo 1. <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/687>
- DGS. (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Dias, N., Santos, P., Cândido, T., Pinto, R., Resende, A., & Pereira-Baldon, V. (2022). Effects of the addition of transcutaneous electrical stimulation to non-pharmacological measures in labor pain: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05969-0>
- Díaz, J., Chacón, V., & Ronda, F. (2016). El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia: Modelos de formulación. *Enfermería Global*, 15(43), 431–438. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412016000300016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Duarte, M., Alves, V., Rodrigues, D., Souza, K., Pereira, A., & Pimentel, M. (2019). Tecnologias Do Cuidado Na Enfermagem Obstétrica: Contribuição Para O Parto E Nascimento. *Cogitare Enfermagem*, 24(0), Artigo 0. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164>
- Dutra, I., & Bértolo, M. (2023). A Internet como fonte de informação e literacia em saúde na

- gravidez: Uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 27(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.257>
- Elias, E., Pinho, J., & Oliveira, S. (2021). Expectativas e sentimentos de gestantes sobre o puerpério: Contribuições para a enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 12(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4058>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian. <https://gulbenkian.pt/publications/literacia-em-saude-em-portugal/>
- Felisbino-Mendes, M., Santos, L., Amorim, T., Costa, I., & Martins, E. (2017). O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto? *Acta Paulista de Enfermagem*, 30, 458–465. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700067>
- Ferrão, A., & Zangão, O. (2017). Liberdade De Movimentos E Posições No Primeiro Estádio Do Trabalho De Parto. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(1), Artigo 1. http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/179
- Ferreira, G., Fernandes, I., Flores, P., Conceição, K., Caetano, S., Souza, L., Santos, P., Dario, J., Silva, C., Nascimento, A., Ferreira, M., & Silva, N. (2021). A atenção do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco/Nurse's attention in assisting low risk prenatal. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-172>
- Ferreira, J., Farah, B., Dutra, H., Bahia, M., Sanhudo, N., & Franco, M. (2021). A Atuação Do Enfermeiro Na Gestão De Recursos Materiais Na Atenção Primária À Saúde. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(35), Artigo 35. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.35-art.1213>
- Flett, G. (2016). Analgesia in labour: Induction and maintenance. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 17(7), 324–327. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2016.04.005>
- Fox, D., Maude, R., Coddington, R., Woodworth, R., Scarf, V., Watson, K., & Foureur, M. (2021). The use of continuous foetal monitoring technologies that enable mobility in labour for women with complex pregnancies: A survey of Australian and New Zealand hospitals. *Midwifery*, 93, 102887. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102887>
- Freitas, M., Sousa, A., Cabral, S., Alencar, M., Guedes, M., & Oliveira, G. (2018). Caracterização dos Recém-Nascidos Internados em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista de psicologia*, 12(40), 228–242. <https://doi.org/10.14295/idonline.v12i40.1110>

- Frias, A. (2011). *Preparação Psicoprofilática e a Perceção da Experiência do Nascimento*.
- Frias, A. (2012). *Aprender para bem nascer!...* <https://dehesa.unex.es:8443/handle/10662/3847>
- Frias, A. (2014). *Concepção pedagógica do curso psicoprofilático de preparação para o nascimento*. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/13473>
- Frias, A., Caldeira, E., Moreira, J., Nogueira, M. J., & Mendonça, S. (2023). *Normas para realização de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos (1a)*.
- Frias, A., & Franco, V. (2008). *A Preparação Psicoprofilática Para o Parto e o Nascimento do Bebê: Estudo Comparativo*.
- Frias, A., & Franco, V. (2010). *A dor do trabalho de parto...um desafio a ultrapassar!* <https://dehesa.unex.es:8443/handle/10662/3184>
- Gallo, R., Santana, L., Marcolin, A., Duarte, G., & Quintana, S. (2018). Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: A randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 64(1), 33–40. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.11.014>
- Gandhi, C. (2018). Management of Meconium-Stained Newborns in the Delivery Room. *Neonatal Network: NN*, 37(3), 141–148. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.37.3.141>
- Ghiasi, A., Bagheri, L., & Haseli, A. (2019). A Systematic Review on the Anxiolytic Effect of Aromatherapy during the First Stage of Labor. *Journal of Caring Sciences*, 8(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.008>
- Góes, F., Silva, M., Santos, A., Pontes, B., Lucchese, I., & Silva, M. (2020). Postnatal care of newborns in the family context: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, e20190454. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0454>
- Gois, F., Vieira, J., Freitas, L., Andrade, S., Cunha, M., Verde, R., & Oliveira, E. (2020). O uso da bola suíça no alívio da dor no trabalho de parto: Revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 9(7), Artigo 7. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3783>
- Gomes, I., Padoin, S., Langendorf, T., Paula, C., Gomes, C., & Ribeiro, A. (2019). Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9, e61–e61. <https://doi.org/10.5902/2179769234170>
- Gomes, R., Silva, P., Silva, C., Santos, J., Macário, F., Ramos, F., Sousa, J., & Silva, R. (2020). Fatores que levam ao desmame precoce do aleitamento materno. *Brazilian Journal of Development*, 6(12), 100688–100700. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-528>
- Gönenç, I., & Terzioglu, F. (2020). Effects of Massage and Acupressure on Relieving Labor

- Pain, Reducing Labor Time, and Increasing Delivery Satisfaction. *Journal of Nursing Research*, 28(1), e68. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000344>
- Haboba, L. (2022). A construção da comunicação terapêutica, a partir da prática do autoconhecimento para o profissional da enfermagem. *Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, 21–21. <http://www.revistaremece.com.br/index.php/remecs/article/view/802>
- Hulsbosch, L., Nyklíček, I., Potharst, E., Boekhorst, M., & Pop, V. (2020). Development of the Labor Pain Relief Attitude Questionnaire for pregnant women (LPRAQ-p). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 718. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03415-8>
- Joaquim, J., Barbosa, S., Perin, J., Dantas, B., Medeiros, Y., Nitschke, R., & Alvarez, A. (2023). Aplicabilidade da Teoria de Orem para coprodução do cuidado em enfermagem. *Research, Society and Development*, 12(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i3.40585>
- Kingsley, C., McGlennan, A., & Abir, J. (2017). *Fundamentos de la Analgesia Epidural en el Trabajo de Parto*. *Obstetrics Anaesthesia Tutorial* 365. https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/365_spanish.pdf
- Klein, B., & Gouveia, H. (2022). Utilización De Métodos No Farmacológicos Para Aliviar El Dolor Durante El Trabajo De Parto. *Cogitare Enfermagem*, 27(0), Artigo 0. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.87102>
- Larivière-Bastien, D., deMontigny, F., & Verdon, C. (2019). Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(6), 670–676. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.06.008>
- Lima, I., Sousa, C., & Passos, S. (2022). Ações do Enfermeiro Nas práticas Educativas em Saúde à Gestante. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 5(10), 68–76. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6124423>
- Lima, M., Silva, R., & Passos, S. (2021). A Importância da Educação em Saúde na Atenção Pré-Natal. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 4(2), Artigo 2. <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/333>
- Long-Bellil, L., Mitra, M., Iezzoni, L., Smeltzer, S., & Smith, L. (2017). Experiences and unmet needs of women with physical disabilities for pain relief during labor and delivery. *Disability and Health Journal*, 10(3), 440–444. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.02.007>
- Lopes, J., Pereira, S., Frias, A., & Barros, M. (2022). Influência da cultura no bem-estar

- materno-fetal: Uma revisão narrativa. Em *Literacia em saúde para uma gravidez saudável: Promoção da saúde no período pré-natal* (1a, Vol. 1, pp. 12–22). Científica Digital.
- Lothian, J. (2019). Healthy Birth Practice #4: Avoid Interventions Unless They Are Medically Necessary. *The Journal of Perinatal Education*, 28(2), 94–103. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.2.94>
- Lowe, N., & Corwin, E. (2011). Proposed biological linkages between obesity, stress, and inefficient uterine contractility during labor in humans. *Medical Hypotheses*, 76(5), 755–760. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2011.02.018>
- Machado, L., Andres, S., & Moreschi, C. (2021). A atuação do enfermeiro no Alojamento Conjunto na promoção do aleitamento materno. *Research, Society and Development*, 10(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.12266>
- Madeira, A., Reis, A., & Godinho, M. (2021). Supervisão clínica em Enfermagem—Uma solução digital. *Revista da UI_IPSantarém*, 9(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v9.i1.24829>
- Margarita, A., Jiménez, Y., & Ávila, J. (2018). El proceso de parto cultural, una necesidad. *Cultura del cuidado*, 15(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2018v15n1.5068>
- Mascarenhas, V., Lima, T., Silva, F., Negreiros, F., Santos, J., Moura, M., Gouveia, M., & Jorge, H. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32, 350–357. <https://doi.org/10.1590/1982-01942019000048>
- Medeiros, R., Figueiredo, G., Correa, Á., & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180233. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>
- Melo, K., Silva, T., Andrade, J., Ribeiro, J., Bandeira, L., & Silva, M. (2021). Reanimação Neonatal: Atuação da Equipe de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(34), Artigo 34. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.974>
- Mendes, F., Gemito, M., Caldeira, E., Serra, I., & Casas-Novas, M. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 841–853. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>
- Mendes, M. F., Infante, P., Afonso, A., Maciel, A., Ribeiro, F., Tomé, L., & Freitas, R. (2016). *Determinantes da fecundidade em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Merrer, J., Chantry, A., Khoshnood, B., Blondel, B., Le Ray, C., & Bonnet, M.-P. (2020). Determinants of the use of nonpharmacological analgesia for labor pain management: A national population-based study. *PAIN*, *161*(11), 2571. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001956>
- Mesquita, N., Rodrigues, D., Monte, A., Ferreira, A., Manguinho, C., & Brandão, J. (2019). Percepções de puérperas acerca do cuidado de enfermagem recebido no pós-parto imediato. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)*, 160–166. http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6851/pdf_1
- Mielke, K., Gouveia, H., & Gonçalves, A. (2019). A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. *Avances en Enfermería*, *37*(1), 47–55. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>
- Morgado, M. (2021). Problemas sexuais na mulher com cancro da mama e cancro ginecológico: Revisão narrativa. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, *37*(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i4.12888>
- Munn, Z., Porritt, K., Aromataris, E., Lockwood, C., & Peters, M. (2014). *Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation*. The Joanna Briggs Institute.
- Mwakawanga, D., Mselle, L., Chikwala, V., & Sirili, N. (2022). Use of non-pharmacological methods in managing labour pain: Experiences of nurse-midwives in two selected district hospitals in eastern Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *22*(1), 376. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04707-x>
- Nascimento, R., Arantes, S., Souza, E., Contrera, L., & Sales, A. (2015). Escolha do tipo de parto: Fatores relatados por puérperas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *36*, 119–126. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>
- Nayak, D., Tripathy, P., & Digal, B. (2020). Effect of Ambulation on Labour Outcome during the first stage of Labour Among Primi Mothers. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, *7*(8), 1432–1437. https://ejmcm.com/article_4312.html
- Nené, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.
- Neves, J. (2020). *Obstétrica Fundamental (1a)*. Lidel.
- Oliveira, L., Oliveira, L., Rezende, N., Pereira, T., & Abed, R. (2020). Uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto normal. *Brazilian Journal of Health Review*, *3*(2), 2850–2869. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-128>

- Oliveira, L., Silva, N., Maia, N., Morais, F., Silva, R., Oliveira, W., Nascimento, M., & Carvalho, N. (2017). A educação continuada na percepção dos profissionais de enfermagem da área hospitalar. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 8, 615–623. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8689>
- Ondeck, M. (2019). Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. *The Journal of Perinatal Education*, 28(2), 81–87. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.2.81>
- Onuoha, O. (2017). Epidural Analgesia for Labor: Continuous Infusion Versus Programmed Intermittent Bolus. *Anesthesiology Clinics*, 35(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2016.09.003>
- Opiyo, N., Kingdon, C., Oladapo, O., Souza, J., Vogel, J., Bonet, M., Bucagu, M., Portela, A., McConville, F., Downe, S., Gülmezoglu, A., & Betrán, A. (2020). Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections: WHO recommendations. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(1), 66–68. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.236729>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Parecer N.º 7 / 2012—Plano de parto*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico do Enfermeiro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19821/reg.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Parecer No43/2019: Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesm_o_c%3%A1lculo_dota%3%A7%3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019c). *Regulamento no 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica*. Diário da

República.

- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica*. Assembleia Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Palheta, Q., & Aguiar, M. (2021). Importância da assistência de enfermagem para a promoção do aleitamento materno | Revista Eletrônica Acervo Enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 8. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e5926.2021>
- Pereira, A., Oliveira, D., Pereira, N., & Nené, M. (2020). Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica na prevenção do trauma perineal: Revisão sistemática da literatura. *Projetar Enfermagem - Revista Científica de Enfermagem*, 55–67.
- Pereira, D., Ferreira, T., Araújo, D., Melo, K., & Andrade, F. (2017). Avaliação Das Consultas De Pré-Natal: Adesão Do Pré-Natal E Complicações Na Saúde Materno-Infantil. *Revista Ciência Plural*, 3(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2017v3n3ID12891>
- Pereira, J., Silva, N., Sampaio, R., Ribeiro, V., & Carvalho, E. (2023). Estratégias de comunicacón enfermero-paciente: Propuesta de un video educativo para estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e3857. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6177.3857>
- Pereira, V., Andrade, E., Silva, W., Silvério, M., & Correia, J. (2020). A Atuação do Enfermeiro Obstetra e sua Efetividade na Educação em Saúde às gestantes. *Brazilian Journal of Development*, 6(8), Artigo 8. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-646>
- Pietrzak, J., Mędrzycka-Dąbrowska, W., Tomaszek, L., & Grzybowska, M. (2022). A Cross-Sectional Survey of Labor Pain Control and Women's Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031741>
- Pimenta, F., Manola, C., Melo, E., Oliveira, A., Machado, P., & Bedin, L. (2021). Letramento

- em saúde no pré-natal relacionado aos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. *Global Clinical Research Journal*, 1(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.5935/2763-8847.20210003>
- Pordata. (2023a). *Estatísticas sobre Portugal e Europa: População residente* [dataset]. <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+total-359>
- Pordata. (2023b). *Estatísticas sobre Portugal e Europa: Idade média da mãe ao nascimento de um filho* [dataset]. <https://www.pordata.pt/portugal/idade+media+da+mae+ao+nascimento+de+um+filho-417>
- Pordata. (2023c). *Nados-vivos de mães residentes em Portugal: Total e por nacionalidade da mãe* [dataset]. <https://www.pordata.pt/portugal/nados+vivos+de+maes+residentes+em+portugal+total+e+por+nacionalidade+da+mae-2512-197690>
- Pordata. (2023d). *População estrangeira com estatuto legal de residente: Total e por sexo* [dataset]. <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+estrangeira+com+estatuto+legal+de+residente+total+e+por+sexo-25>
- Ramalho, G., Souza, V., Okabaiashi, D., & Sales, O. (2021). O Papel do Enfermeiro na Assistência ao Aleitamento Materno. *Multidebates*, 5(3), Artigo 3. <http://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/324>
- Ramalho, N., Pinheiro, C., Paula, C., Carneiro, V., & Lima, J. (2019). Qualidade De Vida Após O Câncer Ginecológico: Menopausa E Função Sexual. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 30(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v30i1.67>
- Rawat, M., Nangia, S., Chandrasekharan, P., & Lakshminrusimha, S. (2018). Approach to Infants Born Through Meconium Stained Amniotic Fluid: Evolution Based on Evidence? *American Journal of Perinatology*, 35(9), 815–822. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1620269>
- Reis, A., Silva, J., & Lucena, M. (2021). Percepção de puérperas sobre o uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. *Research, Society and Development*, 10(5), Artigo 5. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14659>
- Ritter, S., Gonçalves, A., & Gouveia, H. (2020). Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0284>
- Rodrigues, A., Carvalho, L., Silva, L., Cavalcante, A., Santos, A., & Silva, K. (2020). Vivências

- acerca da hospitalização: Percepções de gestantes de alto risco. *Ciênc. cuid. saúde*, e46952–e46952. http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612020000100256
- Sá, P., & Rabelo, E. (2021). Contato Pele-A-Pele Mãe/Filho Na Primeira Hora De Vida: Uma Revisão Integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(35), Artigo 35. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.35-art.1079>
- Sahile, E., Yemaneh, Y., Alehegn, A., Nigussie, W., Salahuddin, M., Yekoye, A., & Gebeyehu, N. (2017). Practice of Labour Pain Management Methods and Associated Factors among Skilled Attendants Working at General Hospitals in Tigray Region, North Ethiopia: Hospital Based Cross-Sectional Study Design. *Health Science Journal*, 11(4). <https://doi.org/10.21767/1791-809X.1000516>
- Salifu, D., Heymans, Y., & Christmals, C. (2022). Teaching and Learning of Clinical Competence in Ghana: Experiences of Students and Post-Registration Nurses. *Healthcare*, 10, 538. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030538>
- Sanders, R., & Lamb, K. (2017). Non-pharmacological pain management strategies for labour: Maintaining a physiological outlook. *British Journal of Midwifery*, 25(2), 78–85. <https://doi.org/10.12968/bjom.2017.25.2.78>
- Santiváñez-Acosta, R., Tapia-López, E., & Santero, M. (2020). Music Therapy in Pain and Anxiety Management during Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina*, 56(10), Artigo 10. <https://doi.org/10.3390/medicina56100526>
- Santos, A., & Feitoza, H. (2021). Manejo Não Farmacológico—Conhecimento Da Parturiente Para O Protagonismo No Trabalho De Parto. *Revista Multidisciplinar do Sertão*, 3(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.37115/rms.v3i2.342>
- Santos, C., Abreu, D., Mello, M., Roque, T., & Perim, L. (2020). Avaliação da sobrecarga de trabalho na equipe de enfermagem e o impacto na qualidade da assistência. *Research, Society and Development*, 9(5), Artigo 5. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3201>
- Santos, C., Ferreira, L., França, V., Carvalho, M., Santos, R., & Sousa, V. (2022). A percepção da mulher com relação à consulta do climatério. *Nursing (São Paulo)*, 25(285), Artigo 285. <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i285p7204-7221>
- Santos, G., Santos, & Melo, J. dos S. (2020). A percepção da pessoa internada sobre sua vivência no hospital. *Revista do NUFEN*, 12(2), 1–19. <https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol12.no02artigo63>
- Santos, M., Santos, M., Pereira, E., Neto, R., Lima, G., Martins, M., Neto, C., Sousa, D., Marques, C., Jesus, C., & Lopes, L. (2022). Assistência de enfermagem na saúde

- mental da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. *Research, Society and Development*, 11(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.26632>
- Santos, T., Lima, M., Alves, V., Ribeiro, M., Alves, R., Souza, M., Correia, F., Oliveira, A., Sales, L., & Oliveira, H. (2021). Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. *ID on line. Revista de psicologia*, 15(55), Artigo 55. <https://doi.org/10.14295/idonline.v15i55.3030>
- Schmalfuss, J., Matsue, R., & Ferraz, L. (2019). Women with fetal death: Nurses' care limitations. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 365–368. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0261>
- Segundo, W., Barros, R., Camelo, N., Martins, A., Ramos, H., & Almeida, C. (2018). A Importância Das Unidades De Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) E De Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) Para Recém-Nascidos Prematuros. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, 16(2), 85–90. <https://doi.org/10.17695/issn.2317-7160.v16n2a2018p85-90>
- Sena, M., Rodrigues, D., Alves, V., Silva, S., Parente, A., Ferreira, E., Beviláqua, J., Almeida, M., Silva, S., & Nascimento, F. (2022). Violência obstétrica no cotidiano das maternidades: Uma revisão integrativa da literatura. Em *Literacia em saúde para uma gravidez saudável: Promoção da saúde no período pré-natal* (1a, Vol. 1, pp. 192–208). Científica Digital.
- Sholapurkar, S. (2010). Intermittent auscultation of fetal heart rate during labour – a widely accepted technique for low risk pregnancies: But are the current national guidelines robust and practical? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01443615.2010.484108>
- Sholapurkar, S. (2015). Intermittent Auscultation in Labor: Could It Be Missing Many Pathological (Late) Fetal Heart Rate Decelerations? Analytical Review and Rationale for Improvement Supported by Clinical Cases. *Journal of Clinical Medicine Research*, 7(12), 919–925. <https://doi.org/10.14740/jocmr2298w>
- Silberstein, D., & Litmanovitz, I. (2016). Developmental Care In The Neonatal Intensive Care Unit According To Newborn Individualized Developmental Care And Assessment Program (NIDCAP). *Harefuah*, 155(1), 27–31, 68, 67.
- Silva, A., Martins, G., Cavalcanti, M., França, P., Júnior, A., & Gomes, J. (2019). Assistência de enfermagem no aleitamento materno exclusivo: Uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of health Review*, 2(2).
- Silva, C., Santos, I., & Vargens, O. (2010). A repercussão da histerectomia na vida de mulheres

- em idade reprodutiva. *Escola Anna Nery*, 14, 76–82. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100012>
- Silva, C., & Vargens, O. (2016). Woman experiencing gynecologic surgery: Coping with the changes imposed by surgery. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 24, e2780. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1081.2780>
- Silva, I., Silva, P., Andrade, É., Morais, F., Silva, R., & Oliveira, L. (2017). Percepção Das Puérperas Acerca Da Assistência De Enfermagem No Parto Humanizado. *Revista Uningá*, 53(2), Artigo 2. <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/1440>
- Silva, K., Silva, A., Santos, A., Cordeiro, C., Soares, D., Santos, F., Silva, M., & Oliveira, B. (2021). Autocuidado a luz da teoria de dorothea orem: Panorama da produção científica brasileira / Self-care in the light of theory of dorothea orem: panorama of brazilian scientific production. *Brazilian Journal of Development*, 7(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n3-047>
- Silva, M., Barbosa, M., Ramos, B., Travassos, B., Rosendo, I., Silva, M., Silva, P., Santos, T., Rêgo, M., Silva, V., Pedreira, Y., Silva, M., Filho, R., Manzini, A., & Soares, L. (2022). Fatores de risco para grávidas e puérperas durante a pandemia do COVID-19. *Research, Society and Development*, 11(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27437>
- Silva, L., Cavalcante, A., Carneiro, J., & Oliveira, M. (2020). Índice de Apgar correlacionado a fatores maternos, obstétricos e neonatais a partir de dados coletados no Centro de Saúde da Família do bairro Dom Expedito Lopes situado no município de Sobral/CE. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*, 15(1), 25–30. <https://doi.org/10.29184/1980-7813.rcfmc.232.vol.15.n1.2020>
- Silva, M., & Krebs, V. (2021). *Uma análise sobre a saúde da mulher no período puerperal*. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/225140>
- Silva, M., Silva, H., Santos, C., Monteiro, H., Estevam, P., & Santos, A. (2020). Tecnologias não invasivas: Conhecimento das mulheres para o protagonismo no trabalho de parto. *Nursing (São Paulo)*, 23(263), Artigo 263. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i263p3729-3735>
- Silva, R., Araujo, V., Fassarella, B., Santos, L., Silva, M., Silva, E., Ribeiro, W., Neves, Keila, Alves, A., & Amaral, F. (2022). Valorização do contato pele a pele entre mãe e filho na primeira hora de vida: Contribuições da enfermagem. *Research, Society and Development*, 11(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25467>
- Silva, T., & Lopes, M. (2020). A expectativa do casal sobre o plano de parto. *Revista de*

- Enfermagem Referência, V Série*(No 2), e19095. <https://doi.org/10.12707/RIV19095>
- Silva, V., & Tonon, T. (2020). Atuação do enfermeiro no processo da amamentação. *Research, Society and Development, 9*(10), Artigo 10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9158>
- Silveira, S., & Júnior, A. (2018). *Monitorização fetal intraparto*. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052446/femina-2019-481-59-64.pdf>
- Sim-Sim, M., Zangão, O., Barros, M., Frias, A., Dias, H., Santos, A., & Aaberg, V. (2022). Midwifery Now: Narratives about Motivations for Career Choice. *Education Sciences, 12*(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.3390/educsci12040243>
- Smith, C., Levett, K., Collins, C., Armour, M., Dahlen, H., & Suganuma, M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009514.pub2>
- SNS. (2018). *Uma década de “Hospital Amigo dos Bebés” – CH | Algarve*. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/noticias/portimao-uma-decada-de-hospital-amigo-dos-bebes/>
- SNS. (2023a). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/5/50001/5080851/Pages/default.aspx>
- SNS. (2023b). *Centro Hospitalar Universitário do Algarve—Instituição*. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- SNS. (2023c). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares*. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/>
- Soares, A., Caldas, P., Nascimento, M., Lima, N., Pereira, P., & Lucena, G. (2020). Cuidados De Enfermagem Prestados Para Amenizar A Dor Do Trabalho De Parto: Métodos Não Farmacológicos. *Epitaya E-books, 1*(11), Artigo 11. <https://doi.org/10.47879/ed.ep.2020137p60>
- Sourouni, M., Zangger, M., Honermann, L., Foth, D., & Stute, P. (2021). Assessment of the climacteric syndrome: A narrative review. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 304*(4), 855–862. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06139-y>
- Sousa, A., Santos, C., & Ferreira, M. (2019). Construir a confiança para o parto: Avaliação de um programa de intervenção em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(No 20), 27–36. <https://doi.org/10.12707/RIV18073>
- Sousa, M., Junior, E., Martins, M., & Felipe, A. (2020). As ações de enfermagem para assistência à gestante na gravidez tardia. *Brazilian Journal of Development, 6*(5), Artigo 5. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n5-509>

- Sousa, P., Almeida, T., Silva, M., Souza, R., Azevedo, M., Torres, R., Nascimento, G., & Santos, L. (2020). Enfermagem na prevenção da depressão pós-parto. *Brazilian Journal of Development*, 6(10), 77744–77756. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-269>
- Souza, B., Maracci, C., Cicolella, D., & Mariot, M. (2021). Uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto normal. *Journal of Nursing and Health*, 11(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.15210/jonah.v11i2.19428>
- Stewart, A., & Fernando, R. (2011). Maternal ambulation during labor. *Current Opinion in Anesthesiology*, 24(3), 268. <https://doi.org/10.1097/ACO.0b013e328345d8d0>
- Stone, L. (2020). *Will the Coronavirus Spike Births?* Institute for Family Studies. <https://ifstudies.org/blog/will-the-coronavirus-spike-births>
- Stonehouse, D. (2017). Clinical supervision: An important part of every nurse's practice. *British Journal of Nursing*. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.6.331>
- Szewczyk, M., Gomes, G., Pereira, S., Gomes, L., & Lourenço, C. (2022). Percepções dos profissionais de enfermagem acerca de sua importância no processo de vinculação afetiva em ambiente intensivo neonatal. *Conjecturas*, 22(15), Artigo 15. <http://www.conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/1846>
- Tanvisut, R., Traisrisilp, K., & Tongsong, T. (2018). Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: A randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297(5), 1145–1150. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4700-1>
- Teixeira, G., Gaspar, F., & Lucas, P. (2022). Papel do enfermeiro gestor na promoção de ambientes da prática de enfermagem culturalmente competentes: Uma revisão integrativa. *New Trends in Qualitative Research*, 13, e664–e664. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e664>
- Thomson, G., Feeley, C., Moran, V., Downe, S., & Oladapo, O. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: A qualitative systematic review. *Reproductive Health*, 16(1), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>
- Tibola, C., Rivero, M., Pacheco, A., Marcelo, I., Correa, S., Canova, J., Morais, R., Minuzzi, P., Vargas-Ferreira, F., & Ferreira, F. (2021). Recursos não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: Relato de experiência e revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(7), Artigo 7. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16446>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5a). Lusociência.
- Torres, K., & Rached, C. (2017). *A importância da elaboração do plano de parto e seus*

- benefícios*. 3(2). <https://doi.org/10.37497/ijhmreview.v3i2.126>
- Trigo, I., Eller, J., Vaz, M., Calil, C., Silva, L., & Barboza, B. (2020). Idade Materna Avançada E Seus Desfechos. *Cadernos da Medicina - UNIFESO*, 2(3), Artigo 3. <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1691>
- Trigueiro, T., Pardo, H., Berteloni, G., Franco, C., Wall, M., & Souza, S. (2021). O uso do Plano de Parto por gestantes no Pré-Natal: Uma revisão de escopo. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 25(1), Artigo 1. <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/44492>
- UNESCO. (2020). *Global education monitoring report 2020: Gender report, A new generation: 25 years of efforts for gender equality in education—UNESCO Digital Library*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374514>
- Valadão, F., Sanchez, M., Porto, M., Xavier, M., Braga, A., & Chrizostimo, M. (2022). Processo de comunicação entre a equipe multidisciplinar no contexto da gestão na atenção básica: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(11), Artigo 11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33465>
- Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review/ Working methods of nurses in hospitals: scoping review/ Métodos de trabajo de las enfermeras en los hospitales: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), Artigo 2. <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480>
- Wang, T.-T., Sun, S., & Huang, S.-Q. (2017). Effects of Epidural Labor Analgesia With Low Concentrations of Local Anesthetics on Obstetric Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Anesthesia & Analgesia*, 124(5), 1571–1580. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000001709>
- WHO. (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*. World Health Organization. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK153471/>
- WHO. (2015). *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf
- WHO. (2018a). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>
- WHO. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a*

qualidade dos cuidados de saúde.

- WHO. (2018b). *WHO recommendations: Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550338>
- Withers, M., Kharazmi, N., & Lim, E. (2018). Traditional beliefs and practices in pregnancy, childbirth and postpartum: A review of the evidence from Asian countries. *Midwifery*, 56, 158–170. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.019>
- Yildiz, M. S., Ozerdogan, N., & Ayranci, F. (2022). Knowing and Applying Non-Pharmacological Methods Used in Labor Pain Control of Health Workers in Delivery Rooms. *International Journal of Caring Sciences*, 15(1), 124–133. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=157194358&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Zeng, H., Guo, F., Lin, B., Liu, L., Wei, W., He, P., & Lai, Y. (2020). The effects of epidural analgesia using low-concentration local anesthetic during the entire labor on maternal and neonatal outcomes: A prospective group study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(5), 1153–1158. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05511-8>

APÊNDICES

APÊNDICE A: Panfleto “Náuseas e vômitos na gravidez”

COMO POSSO PREVENIR AS NÁUSEAS E VÔMITOS?

- ✦ Refeições em pequena quantidade, várias vezes ao dia;
- ✦ Evitar alimentos ricos em gordura;
- ✦ Evitar alimentos ou cheiros que desencadeiam os enjoos;
- ✦ Após episódio de vômitos retomar a dieta progressivamente, primeiro com alimentos líquidos e depois com sólidos;
- ✦ Beber água - é muito importante manter a hidratação;
- ✦ Repouso sempre que sentir cansaço;
- ✦ Caminhadas - ajuda na digestão;
- ✦ Exercícios respiratórios - o controlo da respiração ajuda a aliviar a ansiedade e mal-estar;
- ✦ Antieméticos - medicação para as náuseas e vômitos

- ✦ A massagem/acupressão no ponto P6 - localizado no antebraço, 3 dedos abaixo do punho



- ✦ O estímulo deste ponto ajuda a liberar substâncias que dessensibilizam a zona do cérebro que causa o vômito

Referências bibliográficas:
Zhang, G., Cheng, A., Yao, J., Fibo, O. (2018). Efeito na gravidez. Federação Brasileira das Associação de Ginecologia e Obstetrícia. Série Orientação e Recomendações n. 8. ISBN 978-85-340-041-0
Wu (2019). Náuseas e vômitos na gravidez. Revista Paulista de Ginecologia, 47(1), 52-54.
Bilal, F., Laitinen, L., Nurmi, M., Rautava, P., Kivriita, M., & Pää-Kastola, P. (2018). Nausea and vomiting of pregnancy: A study with pregnancy-specific questionnaires of ethnic questionnaire. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 220, 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.09.031>
Lin, M. T. H., McPherson, C., Mitchell, S., Graham, N. H., & Roberts, S. C. (2002). Effect of pregnancy - a qualitative study on fetal recruitment failure from the RANPOWER internet pilot. Fetal Perinatology, 8(3), 146. <https://doi.org/10.1199/096914-08000090>

Náuseas e vômitos na gravidez



Serviço de Ginecologia Hospital de



Meiranda Catarina Henriques
Enfermeira Orientadora Sandra Caspucho
Professora Orientadora Ana Frias
Universidade de Évora 2022

Quando a grávida apresenta enjoos e vômitos com frequência e intensidade excessivas dá-se o nome de **hiperêmese gravídica**.

⚠ Sinais de alerta:

- Náuseas e vômitos excessivos;
- Vida pessoal comprometida devido ao mal-estar;
- Perda de peso excessiva;

Nestes casos existe risco de desidratação o que pode ser prejudicial para a mulher e para o bebé.

A mulher deve ser hospitalizada para controlar as náuseas e repor os líquidos e nutrientes perdidos.

PORQUE SURGEM AS NÁUSEAS E VÔMITOS?

A principal causa são as **hormonas** que se produzem e aumentam quando a mulher está grávida.

As **alterações emocionais** também podem causar enjoos.

O **enjoo** é causado pela ativação de uma região no **cérebro**, o **centro de vômito**



Esta região fica mais sensível devido às alterações hormonais, nomeadamente o aumento da Beta-HCG



As náuseas e vômitos são sintomas muito comuns na gravidez e afetam a maioria das mulheres.

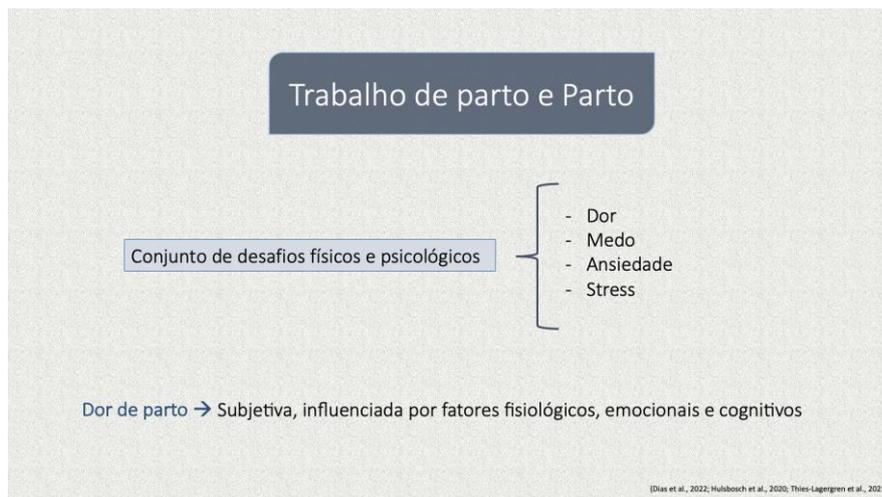
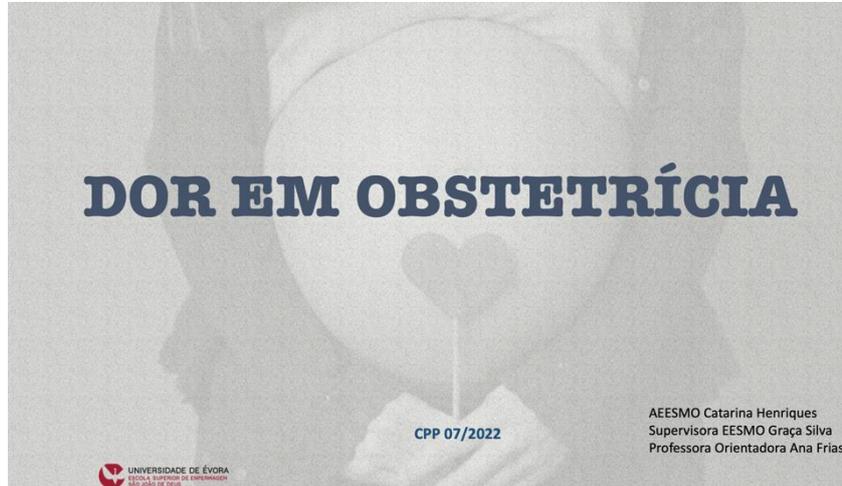


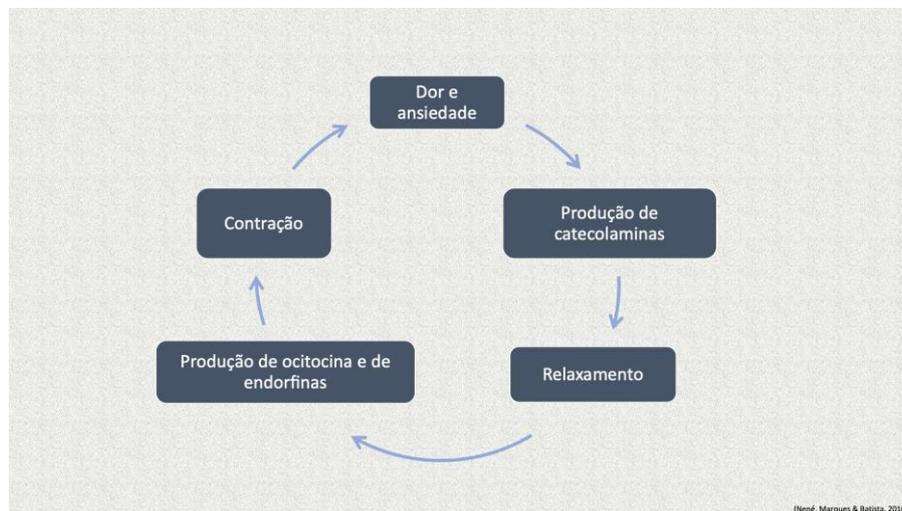
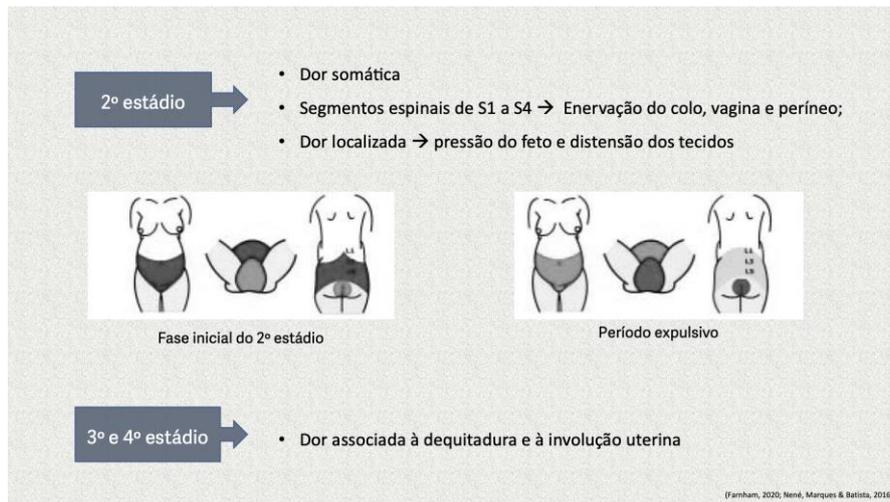
Estes enjoos são denominados **êmeze gravídica** e costumam passar com o avanço da gravidez.

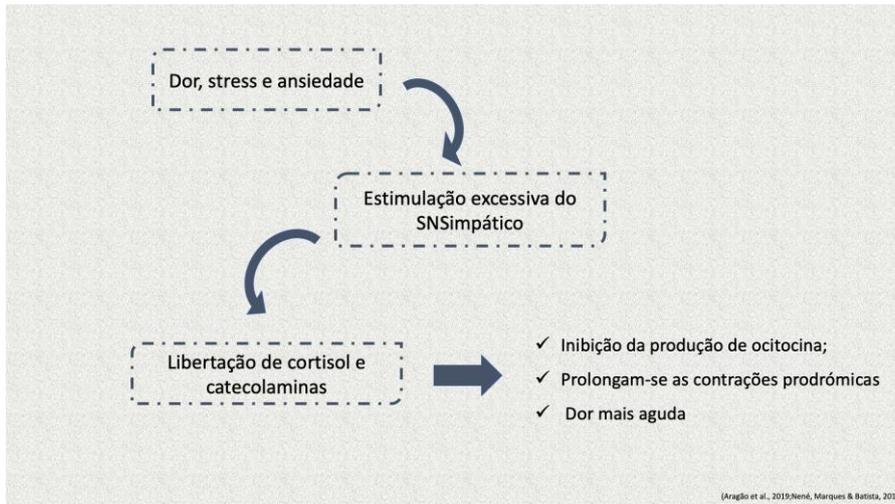
Geralmente surgem numa fase inicial e tendem a melhorar após a 14ª semana

Algumas mulheres têm estes sintomas até ao final da gravidez.

APÊNDICE B: Apresentação “Dor em Obstétrica”







Função da dor no TP e parto

- Pode ser considera como um **guia** e como **protetora** da parturiente e do feto;
- Estimula a mudança de posição como forma de alívio

↓

Movimento = resposta fisiológica à dor

(Nené, Marques & Batista, 2016)

Avaliação da dor

Escala Visual Analógica

Sem Dor _____ Dor Máxima

Escala Numérica

Sem Dor [0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10] Dor Máxima

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligelra	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Escala de Faces

0 (Sem Dor) 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)

(DGS, 2003)

Medidas de alívio da dor

Medidas Farmacológicas

Medidas Não-Farmacológicas

Medidas Farmacológicas

Administração sistémica:

- Endovenosos
 - ✓ Opioides, ansiolíticos
 - Mais comuns: Tramadol, Petidina
- Inalatórios
 - ✓ Oxido nitroso

Administração regional:

- Sequencial
- Epidural

(Aragão et al., 2019;Hené, Marques & Batista, 2016)

Analgesia Endovenosa

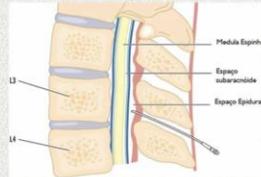


Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none">- Fácil administração;- Baixa incidência de complicações;- Monitorização mínima dos SV;- Administração em qualquer estágio.	<ul style="list-style-type: none">- Eficácia mais reduzida;- Possível sedação e depressão respiratória do RN;- Ocorrência de náuseas e vômitos.

(Aragão et al., 2019;Hené, Marques & Batista, 2016)

Analgesia Epidural

- Bloqueia a ação dos nervos que levam informação através da medula até o cérebro.
- Normalmente administrada na fase ativa do TP
- Bolús ou forma contínua
- Fármacos mais usados: Lidocaína, Sufentanilo, Ropivacaína



(Aragão et al., 2019;Nené, Marques & Batista, 2016)

Analgesia Epidural

Contraindicações absolutas:

- Recusa materna;
- Alterações da coagulação;
- Infecção local;
- Pressão intracraniana;
- Alergias ao medicamento;



Contraindicações relativas:

- Alterações anatómicas;
- Alterações neurológicas;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Tatuagens;

(Aragão et al., 2019;Nené, Marques & Batista, 2016)

Analgesia Epidural

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none">- Analgesia completa;- Permanência de cateter no espaço epidural que permite várias administrações;- Atua em 10-20 minutos;	<ul style="list-style-type: none">- Não deve ser administrada na fase latente;- Requer vigilância dos SV;- Limita a deambulação;- Lombalgias no puerpério;- Risco de:<ul style="list-style-type: none">- TP prolongado- Parto instrumentado- Cefaleias;

(Aragão et al., 2019;Nené, Marques & Batista, 2016)

Walking - Epidural

- Combina uma dose baixa de anestésico local com um opioide;
- Há um bloqueio não motor, sem perda da sensibilidade dos membros;

Vantagens:

- Liberdade de movimentos ;
- Maior conforto;
- Maior facilidade nos puxos;



(Sequeira, Freitas, Seabra & Correia, 2020)

Medidas Não-Farmacológicas



Duche quente

- Promove o relaxamento muscular e o controlo do stress;
- Leva à libertação de endorfinas;
- Fase inicial do TP;



TENS

- Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea
- Estimula a produção de endorfinas;
- É portátil;
- Permite ajustar a intensidade do estímulo;

(Daniel et al., 2021; Mascarenhas et al., 2019)

Técnicas respiratórias

- Implica a realização de inspirações e expirações rítmicas, profundas e lentas durante a contração;
- Ajudam a mulher a centrar o foco de atenção na respiração;
- Promove o relaxamento, controlo da ansiedade e diminuição a dor;
- Promove a oxigenação materna e fetal;



(Farham, 2020; Nené, Marques & Batista, 2016)

Musicoterapia

- Efeito relaxante, reduz a ansiedade e a sensação de dor;
- Ajuda a libertação de endorfinas;
- Influencia o ritmo respiratório e a pressão arterial;
- Selecionar previamente as músicas para o TP



- Utilização de óleos através de difusores ou na massagem;
- Estimula os recetores olfativos libertando memórias e emoções;
- O óleo deve ser escolhido consoante a fase do TP;

- Camomila: Calmante
- Sálvia: analgésico, estimula as contrações uterinas;
- Lavanda: Antiemético, estimulante respiratório;

Aromoterapia

(Nené, Marques & Batista, 2016)

Cromoterapia

- Utiliza as cores para auxiliar no equilíbrio físico-energético;
- A intensidade da luz e a sua cor criam um ambiente tranquilizador;
- Cada cor corresponde a um estímulo;



Em casos de ameaça de parto pré-termo ou pré-eclâmpsia opta-se por cores mais frias: azul, verde, lilás



No TP utilizam-se cores mais estimulantes e quentes: laranja, vermelho, rosa

(Nené, Marques & Batista, 2016)

Acupuntura e acupressão

- Aplicação de agulhas ou de pressão em pontos relacionados com um órgão-alvo;
- Modificam a perceção da dor através da estimulação de endorfinas;
- Sem efeitos adversos para a parturiente ou para o RN;
- Aplicação mais comum durante a fase ativa;

Pontos com ação na atividade uterina e que podem estimular a libertação de ocitocina:



Ponto BP6



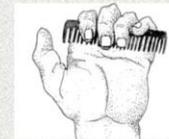
Ponto IG4



Ponto B67

Mafetoni, R., & Shimo, A., 2013; Mafetoni & Shimo, 2016

Técnica de utilização do pente



- Temos recetores de dor por todo o corpo;
- O objetivo é dar outro estímulo doloroso ao organismo, neste caso nas terminações nervosas da mão;
- Cria-se outro foco de dor com o objetivo de desfocar da dor das contrações



Deambulação e posicionamentos

- A mudança de posição auxilia:

- na dilatação;
- na dinâmica pélvica;
- na rotação e descida do feto;



- A posição vertical aumenta o fluxo sanguíneo no útero e o aporte de O² ao feto;
- A mulher deve adotar a postura que lhe for mais confortável

(Oliveira et al., 2020)

Deambulação

Possível se:

- Membranas íntegras
- Apresentação apoiada se membranas rotas
- Fetais com parâmetros normais



Não aconselhada se:

- Descolamento da placenta
- Rotura das membranas com apresentação alta;
- Hipertensão



(Iñé, Marques & Batista, 2016; Sequeira et al., 2020)



ARRODILLADA Y EN CUCLILLAS

Posición confortable de la pelvis que facilita el parto.

Reduce la presión del diafragma y mejora el flujo de sangre a los músculos de contracción.

La extensión de piernas disminuye...

El compañero de la gestante tiene la opción de colaborar en el parto, mantener contacto con ella y ayudarla en cada cambio de posición.

SENTADA

Abertura de la pelvis de una manera más ancha que facilita el nacimiento del bebé.

Planierra.

La extensión de piernas es rotada para incorporar la cubierta para de sechos.

El espaldar se puede regular de 0° a 90°.

Aparadora lateral.

DE PIE

Facilita el relajamiento y la apertura del pelvis.

Se puede regular la elevación del asiento desde 0° a 50°.

Arco central para brindar seguridad a la gestante.

La regulación del espaldar es de 90° con respecto a la horizontal.

Fuente: METEX

Massagem

- A dor aumenta a tensão muscular;
- A massagem ajuda a relaxar e é um dos métodos mais eficazes para a redução da dor lombar, principalmente na primeira fase do TP;
- Reduz o stress e ansiedade e permite a participação ativa do acompanhante;



Se tiver cateter epidural, ter cuidado na zona das costas onde está inserido para não haver o risco de exteriorização.

(Iñé, Marques & Batista, 2016; Sequeira et al., 2020)

Rebozo

- Técnica de massagem com origem na tradição mexicana;
- Utilização de um pano para promover movimento com o intuito de relaxar a região lombar e pélvica;
- Auxilia na progressão da apresentação fetal e na redução da dor

Contraindicação:

- desconforto materno;
- frequência cardíaca fetal não tranquilizadora;
- sangramento vaginal anormal
- risco de prolapso de cordão ou descolamento da placenta

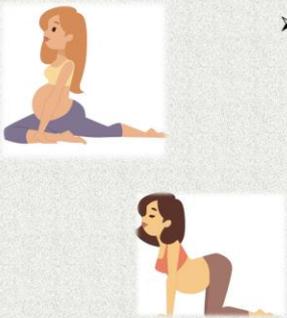


O diagrama ilustra as técnicas de rebozo em três fases: **PREGNANCY EMBARAZO** (gravidez), **BIRTH PARTO** (parto) e **POSTPARTUM POSTPARTO** (pós-parto). Na gravidez, mostra-se a técnica de 'relaxing the pelvic & back areas' (relaxando a área pélvica e da espinha) e 'support spine' (suporte da coluna). No parto, mostra-se 'relieving back pain' (aliviando dores na espinha) e 'rebozo hanging colgando del rebozo' (rebozo colgando do rebozo). No pós-parto, mostra-se a 'sealing ceremony' (cerimônia de selagem) e a 'babywearing porteo' (amamentação).

(Prata et al., 2022; Reis et al., 2022)

Yoga

- Método indiano que propõem o controlo da mente e do corpo
- A prática de ioga no TP:
 - reduz o tempo de TP
 - diminui a dor
 - reduz a utilização de medidas farmacológicas



Conjunto de exercícios respiratórios com posicionamento



(Sequeira et al., 2020)

Conclusão

- O apoio e envolvimento do **acompanhante** nos métodos naturais de alívio da dor crucial para aumentar o sucesso dos mesmos;
- Os métodos não farmacológicos de alívio da dor podem e devem ser um complemento a outros métodos;
- O objetivo é sempre proporcionar conforto e uma experiência positiva;
- Conhecer o espaço físico onde o vosso bebé irá nascer pode ser importante para transmitir algum conforto;
- Ter atenção ao ambiente: conforto, concentração e relaxamento

(Farnham, 2020; Nene, Marques & Baltista, 2016; Sequeira et al., 2020)

Conclusão

É essencial o conhecimento sobre a dor e os seus mecanismos



Adotar medidas adequadas para alívio da dor no TP, parto e puerpério

Referências bibliográficas

- Aragão, F. F., Araújo, P. W., Martins, C. A., Leal, K. F. C. S., & Ferraz Tobias, A. (2019). [Neuraxial labor analgesia: a literature review]. *Braz J Anesthesiol*, 69(3), 291-298. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.12.001>
- Daniel, L., Benson, J., & Hoover, S. (2021). Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Pain Management for Women in Labor. *MCM Am J Matern Child Nurs*, 46(2), 76-81. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000702>
- Dias, N. T., Santos, P. R., Cândido, T. A., Pinto, R. M. C., Resende, A. P. M., & Pereira-Baldon, V. S. (2022). Effects of the addition of transcutaneous electrical stimulation to non-pharmacological measures in labor pain: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-06969-0>
- Direção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa nº09/DGCG de 14 de junho: A dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da dor*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Farnham, T. (2020). Reviewing pain management options for patients in active labor. *Nursing*, 50(6), 24-30. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.000062352.97953.e4>
- Huisbosch, L. P., Nyklíček, I., Poohorst, E. S., Boekhorst, M. G., & Pop, V. J. (2020). Development of the Labor Pain Relief Attitude Questionnaire for pregnant women (LPRAQ-p). *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1), 718. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03415-3>
- Mafetoni, R. R., & Shimo, A. K. (2016). The effects of acupressure on labor pains during child birth: randomized clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem*, 24, e2738. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0739.2738>
- Mascarenhas, V., Lima, T., Silva, F., Negreiros, F., Santos, J., Moura, M. . . Jorge, P. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Lidel, Ed.).
- Oliveira, L., Oliveira, L., Rezende, N., Pereira, T., & Abed, R. (2020). Uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto normal. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 2850-2869. <https://doi.org/10.34119/bjhr.v3n2-128>
- Prata, J., Pamplona, N., Progianti, J., Ricardo, M., Correia, L., & Perreira, A. (2022). Tecnologias não invasoras de cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas: contribuições terapêuticas. 26.
- Reis, D., Gonçalves, F., Silva, Z., Guimarães, D., Batista, P., Araújo, R., . . . Lima, L. (2022). Os benefícios da massagem no trabalho de parto. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(8). <https://doi.org/10.25245/rea.v15i08.2022>
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (2020). *Procedimentos de enfermagem em saúde Materna e Obstétrica* (Lidel, Ed.).
- Thies-Lagergren, L., Ölafsdóttir, Ó., & Siöblom, I. (2021). Being in charge in an encounter with extremes. A survey study on how women experience and work with labour pain in a Nordic home birth setting. *Women Birth*, 34(2), 122-127. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.015>

APÊNDICE C : Apresentação “Pós-parto”



O que é o puerpério?

Período de recuperação física e psicológica da mãe, que inicia imediatamente após o nascimento do recém-nascido e que se prolonga por 6 semanas.

[DGS, 2015]

Fases do puerpério

Puerpério imediato

Primeiras duas horas após o parto

Puerpério precoce

Até ao final da primeira semana após o parto

Puerpério tardio

Até ao final da sexta semana após o parto

[Costa & Azevedo, 2021]

ALTERAÇÕES FÍSICAS NO PUERPÉRIO

Puerpério imediato

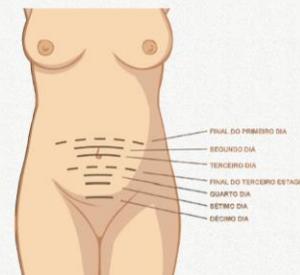
Pode ocorrer:

- Diaforese e tremores (25-50% das mulheres) – pode estar associado à diminuição da temperatura corporal após o parto e ao uso de fármacos;
- Retenção urinária – epidural, TP prolongado, parto instrumentado e trauma perineal

(Sequeira et al., 2020)

Útero

- Antes da gravidez tem a dimensão de uma pera
- Na gravidez cresce 5 a 6 vezes o tamanho normal
- Após o nascimento começa a contrair-se – **involução uterina**
- A altura do útero diminui cerca de 1-2cm por dia
- Volta ao normal ao fim de 5/6 semanas (1000gr → 60gr)
- O reflexo de sucção do RN promove a estimulação da ocitocina, que estimula a contração uterina



(Sequeira et al., 2020)

Lóquios

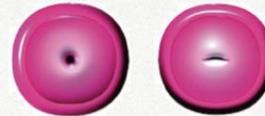
- Perda vaginal de sangue, muco e tecidos no pós-parto
- Duração em média 3 semanas mas pode prolongar-se até 2 meses - varia de mulher para mulher
- A ausência de lóquios não é normal – retenção de coágulos
- **Vigiar cor, cheiro e fluxo**
- Alteram as características ao longo do tempo:
 - Lóquios vermelhos vivos – durante os primeiros dias
 - Lóquios acastanhados – 5/6º ao 10º dia
 - Lóquios amarelos ou incolores – após o 10º dia



(Sequeira et al., 2020)

Vagina e colo uterino

- A vagina recupera gradualmente o seu tónus muscular e dimensões
- Adquire as pregas vaginais e espessamento normal cerca de 3 semanas após o parto
- O colo uterino vai encerrando progressivamente
- O orifício externo não retoma às características anteriores



(Neves, 2020)

Função urinária

- Durante a gravidez há distensão da uretra devido ao crescimento do útero – regressão gradual entre as 12-16 semanas após o parto
- Devido ao ↑ do volume extracelular na gravidez, há aumento da diurese no pós-parto de forma a corrigir esta alteração fisiológica
- Pode surgir algum desconforto ao urinar no período pós-parto
- Maior risco de infeções urinárias
- Pode surgir incontinência urinária nos primeiros 3 meses devido à alteração força muscular bexiga - **exercícios de Kegel** para estimular a tonicidade muscular.

(Nené, Marques & Battista, 2016)

Função intestinal

- Durante a gravidez pode haver diminuição da motilidade intestinal por efeito da progesterona e do aumento do útero
- No pós-parto a função intestinal tem tendência a regularizar
- Pode surgir desconforto devido à sensibilidade no períneo

Aumentar a ingestão de líquidos e alimentos ricos em fibras
Fazer caminhadas/exercício.

(Nené, Marques & Batista, 2016)

Função intestinal

Hemorroidas

- Veias dilatadas do canal anal, podem ser internas ou externas, dolorosas e que podem ou não sangrar
- Podem surgir durante a gravidez ou resultam dos esforços expulsivos durante o parto.
- Cuidados a ter:
 - ✓ Aplicar gelo
 - ✓ Alternar a aplicação de água fria e água morna localmente
 - ✓ Quando estiver sentada, utilize uma boia ou almofada
 - ✓ Eliminação intestinal regular
 - ✓ Utilização de banco



(Nené, Marques & Batista, 2016)

e-lactancia

Riesgo muy bajo. Riesgo muy bajo

Riesgo bajo. Riesgo bajo

Riesgo alto. Riesgo alto

Riesgo muy alto. Riesgo muy alto

Scheriproct™

Riesgo bajo
Posiblemente seguro. Probablemente compatible. Riesgo leve posible. Seguimiento recomendado. Lea el Comentario.

Scheriproct es una marca comercial que contiene en su composición los siguientes principios activos:

- **Cincexalva** (Posiblemente seguro. Probablemente compatible. Riesgo leve posible. Seguimiento recomendado. Lea el Comentario.)
- **Prednisolona** (Seguro. Compatible. Mínimo riesgo para la lactancia y el lactante.)

Puesto que cada principio activo de este producto puede presentar un nivel de riesgo diferente para la lactancia, establecemos que este producto tiene asociado aquel del compuesto de mayor riesgo.

Para una mayor información (farmacocinética, referencias, etc) pinche sobre los diferentes principios activos.

Nota: La composición de algunas marcas varía según países. Asegúrate que esta es la composición de la marca que buscas.

Diosmina

Riesgo muy bajo
Seguro. Compatible. Mínimo riesgo para la lactancia y el lactante.

Bioflavonoide. Los flavonoides son compuestos fenólicos naturales muy abundantes en todas las plantas y en algunos algas. Se ingieren al tomar frutas, verduras, té y vino tinto, por ejemplo. (Smith 1999)

Los principales tipos son antocianinas, chalconas, flavonoles, flavonas, flavononas y taninos.

Actúan como antioxidantes y se les atribuyen propiedades no bien comprobadas. (Merrill 2016, Merrill 2015, Cohen 2013, Kishimoto 2012) da mejora de la función capilar, empujándose en la insuficiencia venosa (varices), hemorroides y protección de la arterioesclerosis.

Se encuentran naturalmente en la leche materna en cantidad que depende de la dieta. (Merrill 2014, Sing 2013)

No se han publicado toxicidad ni efectos secundarios de riesgo en humanos. (HFM 2015). No se han observado problemas en lactantes cuyos madres tomaban un flavonoide como la Diosmina. (Merrill 1997)

Algunos flavonoides como la **diosmina** y la **hidroxiosa** están clasificados como de utilidad terapéutica baja. (DOP 2011)

(APILAM, 2002)

Períneo

- Pode ocorrer dor e edema, especialmente se lacerações e/ou episiorrafia
- Cuidados à sutura:
 - Manter a zona perineal limpa e seca para prevenir a ocorrência de infeção
 - Trocar o penso sempre que for à casa de banho ou sempre que sentir necessidade
 - Efetuar sempre a higiene perineal – água e sabão e secar muito bem
 - Aplicar gelo várias vezes ao dia, diminuir a pressão no local e se necessário fazer analgesia
 - Os pontos caem naturalmente ou são absorvidos entre o 7º e 10º dia
 - A recuperação completa pode demorar alguns meses
 - **Vigiar sinais e sintomas de complicações** - dor, rubor, odor, dispareunia

(Sequeira et al., 2020)

Cuidados à sutura abdominal



Cuidados à sutura abdominal

- ✓ O penso é geralmente efetuado no dia da alta
- ✓ Evitar molhar caso não seja impermeável
- ✓ Manter a zona limpa e seca
- ✓ Usar roupas largas que não apertem a cicatriz
- ✓ Evitar fazer esforços – a ferida está em fase de cicatrização: a pele cicatriza ao fim de uma semana e a incisão uterina ao fim de aproximadamente 6 semanas
- ✓ Após retirar os agrafos manter a cicatriz limpa e massajar com creme cicatrizante
- ✓ Observar diariamente: se presença de sangue, pús, dor intensa na região ou febre

(Nené, Marques & Batista, 2016; Sequeira et al., 2020)

Musculatura abdominal e pélvica

- Os músculos abdominais demoram cerca de 6-7 semanas a retornar à normalidade e os pélvicos cerca de 6 meses - pode ser variável e depende dos cuidados da mulher no período pós-parto
- Cuidados que podem auxiliar na recuperação:
 - Amamentar – ajuda na contração do útero e recuperação abdominal
 - Ter uma alimentação equilibrada
 - Praticar exercício – ajuda a fortalecer a musculatura e diminuir a flacidez
 - ✓ Pode iniciar-se cerca de 2 semanas após parto normal e 6 semanas após cesariana

(Nené, Marques & Batista, 2016; Sequeira et al., 2020)

Amamentação

- As maiores dificuldades surgem quando ocorre a "descida do leite" - 48h a 72h após o parto
- **Tensão mamária**
 - ✓ Mamas cheias, tensas, quentes e pesadas
 - ✓ O leite flui e não há febre
 - ✓ Para minimizar o desconforto, adaptar o bebé à mama
- **Ingurgitamento**
 - ✓ Desconforto mais acentuado – dor, edema, tensão, pele brilhante
 - ✓ Atenção à pega correta
 - ✓ Calor - massagem - extração de pequena quantidade - amamentar - frio



(Nené, Marques & Batista, 2016; Sequeira et al., 2020)

- **Fissuras nos mamilos**
 - ✓ Atenção à pega correta
 - ✓ Podem ser uma porta de entrada para microorganismos → infeções
 - ✓ Aplicar o próprio leite após a amamentação
 - ✓ Arejar o mamilo
 - ✓ Utilizar conchas
 - ✓ Atenção à forma como se desadapta o RN da mama
- Os problemas relacionados com a mama e mamilo podem influenciar o sucesso da amamentação
- Observação, inspeção e palpação da mama e mamilos

(Nené, Marques & Batista, 2016; Sequeira et al., 2020)

CONSULTA DO PUERPÉRIO

- Deve ocorrer entre a 4ª e 6ª semana após o parto
- São avaliados:
 - Aleitamento materno
 - Saúde mental materna
 - Estado nutricional
 - Perdas hemáticas e involução uterina
- É promovido o início da contraceção

DGS, 2015

Atividade sexual no pós-parto

- A partir da 6ª semana a parede vaginal e região perianal estão recuperadas;
- A redução dos níveis de estrogénio e o aumento da prolactina podem levar a secura vaginal e desconforto no ato sexual
 - ✓ Lubrificantes
 - ✓ Posições confortáveis para a mulher
- É um período de mudanças e de adaptação do casal
- Alterações físicas, emocionais, autoimagem, disponibilidade

(Nené, Marques & Batista, 2016; Sequeira et al., 2020)

Contraceção no pós-parto

- A amenorreia durante a amamentação resulta da manutenção de níveis elevados de prolactina, que bloqueia a libertação da GnRH (hormona libertadora da gonadotrofina)
- Na mulher que **não amamenta** o retorno à fertilidade ocorre cerca de 4 semanas após o parto
- Na mulher que amamenta o intervalo de tempo para o restabelecimento da ovulação é variável
- É essencial a utilização de um método contraceutivo de forma precoce

(Neves, 2020)

Contraceção no pós-parto

- **Contraceptivos hormonais combinados** - podem diminuir a quantidade e qualidade do leite
- **Contraceptivos hormonais só com progestativo** - não afetam a qualidade nem quantidade do leite

Puérpera a amamentar

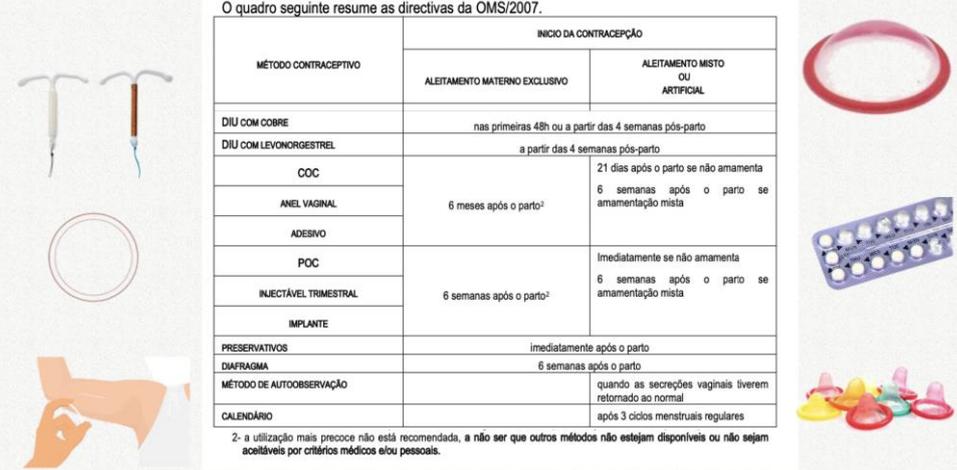
- ✓ Contraceção progestativa (oral, implante)
- ✓ DIU de Cobre
- ✓ Métodos de barreira

(Nené, Marques & Battista, 2016; Sequeira et al., 2020)

O quadro seguinte resume as directivas da OMS/2007.

MÉTODO CONTRACEPTIVO	INÍCIO DA CONTRACEÇÃO	
	ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	ALEITAMENTO MISTO OU ARTIFICIAL
DIU COM COBRE	nas primeiras 48h ou a partir das 4 semanas pós-parto	
DIU COM LEVONORGESTREL	a partir das 4 semanas pós-parto	
COC	6 meses após o parto ²	21 dias após o parto se não amamenta
ANEL VAGINAL		6 semanas após o parto se amamentação mista
ADESIVO		
POC	6 semanas após o parto ²	imediatamente se não amamenta
INJECTÁVEL TRIMESTRAL		6 semanas após o parto se amamentação mista
IMPLANTE		
PRESERVATIVOS	imediatamente após o parto	
DIAFRAGMA	6 semanas após o parto	
MÉTODO DE AUTOOBSERVAÇÃO		quando as secreções vaginais tiverem retornado ao normal
CALENDÁRIO		após 3 ciclos menstruais regulares

2- a utilização mais precoce não está recomendada, a não ser que outros métodos não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis por critérios médicos e/ou pessoais.



ALTERAÇÕES EMOCIONAIS E PSICOLÓGICAS NO PUERPÉRIO

Pós-parto

- Confronto com a realidade - Bebé imaginário vs bebé real
- Processo de transição - aceitar as mudanças inerentes à nova realidade
- Necessidade da mulher reavaliar a sua posição perante a maternidade: ganhos e perdas
- Restruir a relação com o companheiro(a) e com outros(s) filho(s)
- Aprender a reconhecer e dar resposta às necessidades do bebé
- Gestão das necessidades próprias em função das necessidades do bebé

(Andrade et al., 2017)

Blues pós-parto

- Perturbação emocional que afeta 50-80% das puérperas nas 4 semanas seguintes ao parto
- **Sintomas:** tristeza, choro fácil, ansiedade, irritabilidade face ao companheiro(a)/familiares, labilidade emocional, dificuldade na adaptação à mudança
- Resulta das alterações hormonais extremas no pós-parto, cansaço, confronto com a realidade, preocupações,...

(Neves, 2020)

Blues pós-parto

- Habitualmente desaparece espontaneamente 10-15 dias após o parto
- Atenção à continuidade ou agravamento dos sintomas
- **Tratamento:** esclarecimento, compreensão e apoio por parte da família e dos profissionais de saúde; Envolvimento da rede de apoio nos cuidados ao bebé e nas tarefas domésticas.



(Neré, Marques & Batista, 2016)

Recursos da comunidade



- Código do trabalho:

- Artigo 40º - Licença parental

- Artigo 47º - dispensa para amamentação ou aleitação

- ✓ Dispensa do trabalho durante o tempo que durar a amamentação (2 períodos de 1h)
- ✓ No caso de aleitação, até o filho(a) perfazer 1 ano

- Cantinho da amamentação – Marcar no Centro de Saúde

Referências bibliográficas

- Andrade, C. d. J., Marcela, Baccelli, S., & Benincasa, M. (2017). O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana. *Vínculo*, 14, 1-13.
- APILAM (Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna). (2002). e-lactancia. Acedido em 10 de Novembro, 2022 a partir de <https://e-lactancia.org>
- Costa, A. & Azevedo, F. (2021). Puerperium and nursing care: a systematic review. *Research, Society and Development*, 10(14), e574101422365. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22365>
- DGS. (2009). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Lisboa: Ministério da saúde. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Ministério da saúde. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Ministério da saúde. Direção Geral da Saúde.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Lidel, Ed.).
- Neves, J. (2020). *Obstétrica Fundamental* (Lidel, Ed.).
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (2020). *Procedimentos de enfermagem em saúde Materna e Obstétrica* (Lidel, Ed.).

APÊNDICE D: Apresentação do Relato de Caso “Hemorragia Pós-Parto”

HEMORRAGIA PÓS-PARTO



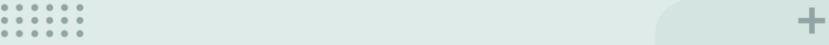
Estudo de caso

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

AEESMO Catarina Henriques
Supervisoras Clínicas: Carla Albino, Catarina Guiomar
Professora Orientadora: Ana Frias



Contextualização teórica



Hemorragia pós-parto



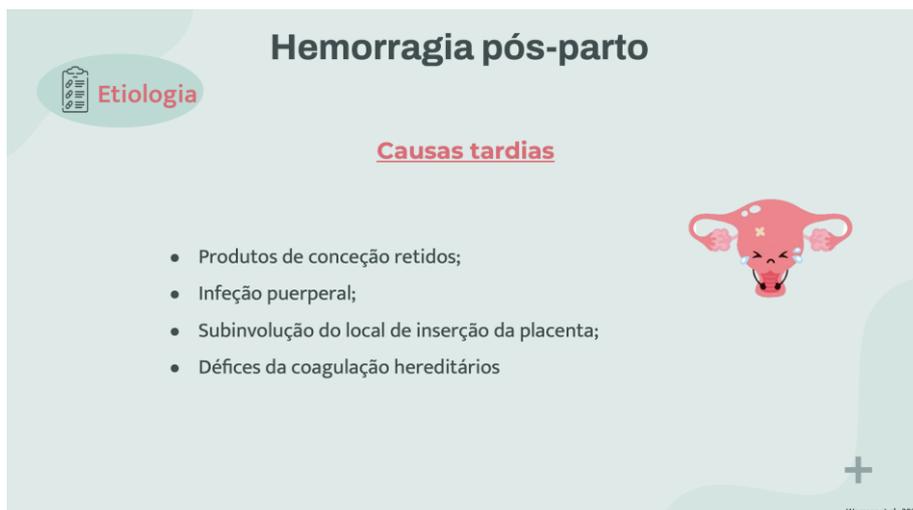
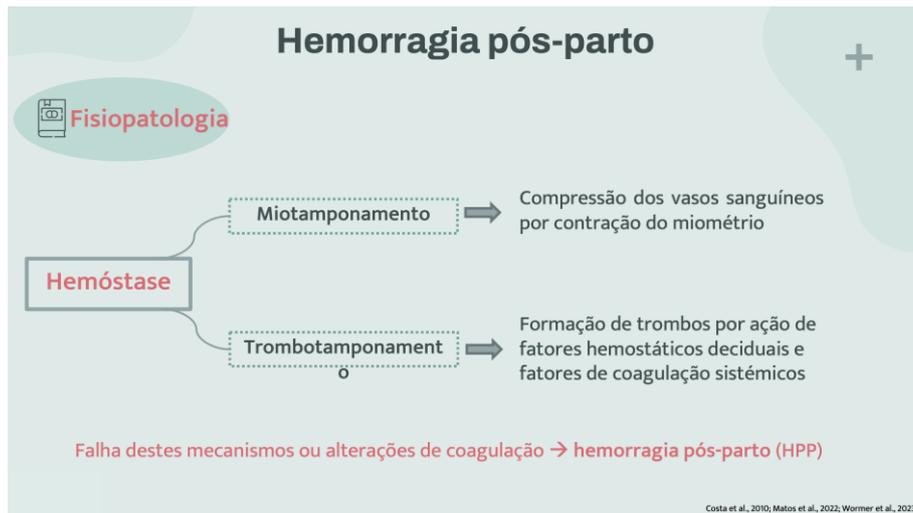
Definição

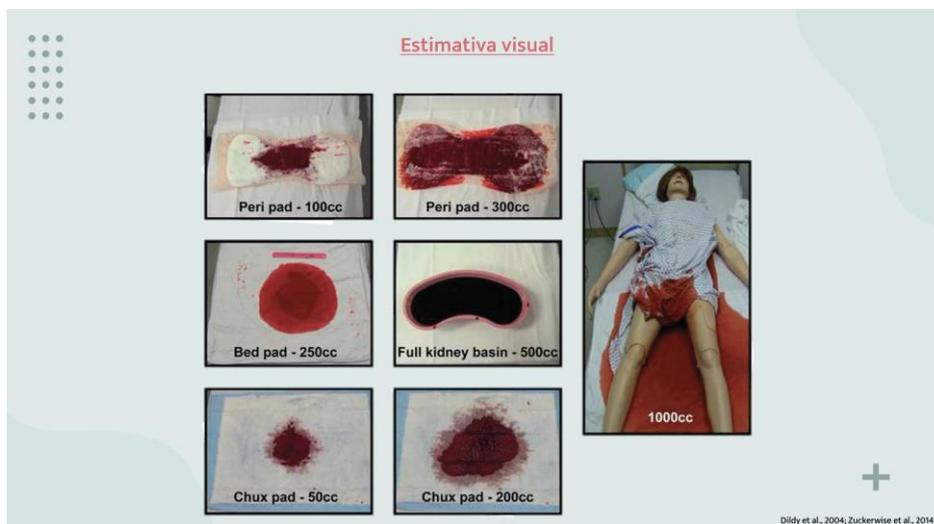
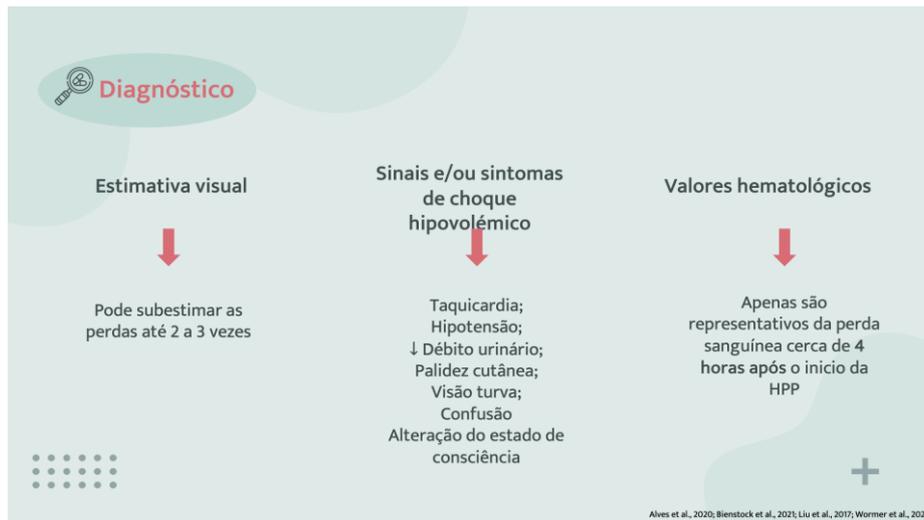
Perda sanguínea ≥ 500 ml no parto vaginal e ≥ 1000 ml na cesariana
OU
Qualquer perda sanguínea que gere instabilidade hemodinâmica

Classificação

Precoce – nas primeiras 24h após o parto
Tardia – 24h a 12 semanas após o parto

ACOG, 2017; Borovac-Finheiro et al., 2018; Watkins & Stem, 2020; Wormer et al., 2023





Prevenção

- ⇒ Identificação dos fatores de risco;
- ⇒ Reconhecimento precoce;
- ⇒ Administração profilática de uterotónicos após a dequitação (10U ocitocina IM/EV);
- ⇒ Avaliação do tónus uterino através da palpação abdominal;
- ⇒ Inspeção da placenta para descartar retenção de tecido placentário;
- ⇒ Inspeção do trato genital.

Begley et al., 2019; OMS, 2014)

Estratificação do risco para HPP

Baixo risco	Médio risco	Alto risco
<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de incisão uterina prévia; • ≤ 4 partos vaginais prévios; • Gestação de um único feto; • Ausência de história HPP; • Ausência de coagulopatias; 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de Cesariana, cirurgia uterina ou miomas; • > 4 partos vaginais; • Gestação múltipla; • Corioamnionite; • Antecedentes de HPP • Obesidade materna 	<ul style="list-style-type: none"> • Placenta prévia ou baixamente inserida; • Hematócrito < 30% • Hemoglobina <10g/dL; • Pré-eclâmpsia grave; • Hemorragia ativa na admissão; • Coagulopatia conhecida; • Antecedentes de HPP

ACOG, 2017

Tratamento

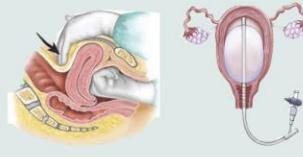
- ⇒ Direcionado à causa;
- ⇒ Realizar nova revisão do canal de parto para descartar a presença de lacerações e hematomas;
- ⇒ Se existirem hematomas é ponderada a necessidade de drenagem;
- ⇒ Se inversão uterina, suspendem-se os uterotónicos e procede-se ao reposicionamento manual (manobra de Taxe) ou cirúrgico;
- ⇒ Se rotura uterina é indicada a laparotomia.

OMS, 2014; OPAS, 2018; Wendel et al., 2018

Tratamento

⇒ Se atonia uterina:

- Medicamentoso** — Úterotónicos (ocitocina, misoprostol, sulprostona), ácido tranexâmico; De forma isolada ou combinada
- Não medicamentoso** — Compressão uterina bimanual, sonda de Bakri, embolização da artéria uterina
- Cirúrgico** — Suturas compressivas e histerectomia



Jones et al., 2023; OPAS, 2018; Suarez et al., 2020



Atuação



- ⇒ Informar a equipa multidisciplinar e a puérpera;
- ⇒ Monitorizar parâmetros vitais;
- ⇒ Cateterização de 2 acessos periféricos e colheita de sangue (tipagem, hemograma, bioquímica e coagulação);
- ⇒ Suplementação de oxigénio por máscara;
- ⇒ Administração de cristaloides;
- ⇒ Algaliação e monitorização do débito urinário;
- ⇒ Prevenção de hipotermia;
- ⇒ Identificação da causa e tratamento direcionado



Mavrides et al., 2016; Sequeira et al., 2020



Atuação após HPP

- ⇒ Monitorização dos parâmetros vitais;
- ⇒ Hemograma de controlo – verificar necessidade de transfusão ou suplementação com ferro;
- ⇒ Meias de compressão;
- ⇒ Terapêutica trombotrófica - início 24 horas após resolução da HPP e se parâmetros de coagulação dentro dos valores de referência;



(Santinhos et al., 2016)



Apresentação do estudo de caso



 **Apresentação**

- ⇒ 33 anos
- ⇒ Portuguesa
- ⇒ Gravidez baixo risco vigiada no Centro de Saúde
- ⇒ IG 41 semanas
- ⇒ IMC 32,8 kg/m²

 Internamento para indução do trabalho de parto

Antecedentes pessoais:

- › Obesidade;
- › Anemia (suplementada com ferro oral);
- › Sem antecedentes cirúrgicos;
- › Desconhece alergias;
- › Nega hábitos alcoólicos ou tabágicos;
- › Grupo de sanguíneo A Rh (-)

Antecedentes obstétricos:

- › Índice Obstétrico: 1011;
 - IVG (2011)
 - Parto eutócico (2016, RN ♂, 3900g)

Admissão

- › Cardiotocografia sem alterações;
- › Sem dinâmica uterina;
- › Sem perda de líquido amniótico ou sangue;
- › Inicia indução com Misoprostol 50µg vaginal;

 **História clínica**

Internamento de grávidas

- › 6h após início da indução:
 - 2cm de dilatação, posterior, 60% apagamento;
 - Iniciou perfusão de ocitocina (5U/500 LR, 30ml/h)

História clínica

Bloco de partos

- > Parto instrumentado por ventosa por EFNT;
- > Episiotomia;
- > Dequitação natural com placenta e membranas integras;
- > 10U ocitocina após a dequitação;
- > RN ♀, 3695gramas, IA 10/10;
- > Útero bem contraído com perdas normais

História clínica

Bloco de partos

2 horas após o parto:

Perdas sanguíneas aumentadas → Atonia uterina → 400µg misoprostol via retal
Colheita de sangue

História clínica

Valores analíticos

Admissão	Após o parto
<ul style="list-style-type: none">• Hemoglobina: 113 g/L• Hematócrito: 33%• Plaquetas: 239 x10⁹/L• Tempo de protrombina: 10,5 seg• INR: 0,8	<ul style="list-style-type: none">• Hemoglobina: 93 g/L• Hematócrito: 26%• Plaquetas: 231 x10⁹/L• Tempo de protrombina: 10,4 seg• INR: 0,9



História clínica

Internamento de obstetria

Exame físico:

- Pele e mucosas ligeiramente descoradas;
- Útero bem contraído, abaixo da cicatriz umbilical;
- Perdas hemáticas em reduzida quantidade;
- Episiorragia com ligeiro edema;
- M's com ligeiro edema;

Sinais vitais:

- TA: 113/77mmHg
- FC: 93 bpm
- Temperatura: 36,7°C
- Dor: 4 (EVA)

+



Plano de cuidados

Diagnósticos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Risco de complicações pós-parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Após o episódio de HPP lóquios em quantidade e características dentro do expectável; • Foram realizados ensinamentos sobre sinais e sintomas de alerta no puerpério; • Sem complicações durante o internamento.
<ul style="list-style-type: none"> • Ferida cirúrgica 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinamentos sobre cuidados a ter com a episiorragia e sobre a cicatrização dos tecidos; • À data de alta, perineo sem sinais inflamatórios.
<ul style="list-style-type: none"> • Dor 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor localizada a nível uterino e perineal; • Monitorização em todos os turnos e se necessário em SOS; • No decorrer do internamento a necessidade de analgesia foi diminuindo.

+

Conclusão

- ⇒ A paciente apresenta fatores de risco para a HPP – obesidade e anemia;
- ⇒ Numa futura gravidez apresentará elevado risco pois acresce a história de HPP;
- ⇒ A terapêutica de 1ª linha foi o Misoprostol;
- ⇒ Internamento sem intercorrências;
- ⇒ À data de alta com pele e mucosas coradas, útero bem contraído e perdas serohemáticas escassas, com indicação para manter reposição de ferro oral.
- ⇒ Destaca-se a intervenção do enfermeiro, nomeadamente a importância da promoção para a saúde.



Referências bibliográficas



- ACOG. (2017). Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*, 124(4), e168–e186. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002351>
- Alves, A., Francisco, A., Olanon, G., & Vieira, L. (2020). Postpartum hemorrhage: Prevention, diagnosis and non-surgical management: Number 5 - November 2020. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 42(11), 776–784. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721882>
- Begley, C., Gyle, G., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., & Blesly, L. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007412.pub5>
- Bienstock, J., Eke, A., & Haepchen, N. (2020). Postpartum Hemorrhage. *New England Journal of Medicine*, 384(17), 1635–1645. <https://doi.org/10.1056/NEJMra151247>
- Borovac-Pinheiro, A., Pacagnella, R., Cecatti, J., Miller, S., El Ajadi, A., Souza, J., Durocher, J., Blumenthal, P., & Wisniokoff, B. (2018). Postpartum hemorrhage: New insights for definition and diagnosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(2), 162–168. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.04.013>
- Costa, A., Constantino, G., Abrahão, J., Barros, J., Andrade, L., Alves, L., Chianca, L., & Santana, L. (2010). Manejo clínico da hemorragia pós-parto. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(4), 55–58.
- Diloy, G., Paine, A., George, N., & Velasco, C. (2004). Estimating Blood Loss: Can Teaching Significantly Improve Visual Estimation? *Obstetrics & Gynecology*, 104(3), 601–606. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000137873.07820.34>
- Jones, A., Federspiel, J., & Eke, A. C. (2023). Preventing postpartum hemorrhage with combined therapy rather than oxytocin alone. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* *MFM*, 5(2), 100731. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100731>
- Liu, Y., Shen, Y., Zhu, W., Qiu, J.-B., Huang, Q., & Ye, W.-Q. (2017). Clinical assessment indicators of postpartum hemorrhage: A systematic review. *Chinese Nursing Research*, 4(4), 170–177. <https://doi.org/10.1016/j.cnrc.2017.10.003>
- Matos, S., Soares, B., Lucena, R., Bezerra, A., Bozza, R., Castro, G., Silva, G., Parisi, J., Bacelar, D., & Silva, J. (2022). Causalidade e fatores de risco para hemorragia pós-parto: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(9), e74116637507. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11n9-37507>
- Mavrides, E., Allard, S., Chandharan, E., Collins, P., Green, L., Hunt, B., Riris, S., & Thomson, A. (2018). Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 124(5), e106–e149. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14178>
- Montañez, R., Vellozo, C., Ballesteros, L., González, T., & Leyva, A. (2022). Hemorragia postparto: Intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. *Revista Cuidarte*, 18(1), Artículo 1. <https://doi.org/10.15648/cuidarte.2025>
- OMS. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. <https://www.who.int/publications/i/9789241548502>
- OPAS. (2018). *Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica*. Brasília.
- Sentilhes, L., Merlot, B., Masdar, H., Sitark, F., Brun, S., & Deneux-Tharoux, C. (2016). Postpartum haemorrhage: Prevention and treatment. *Expert Review of Hematology*, 9(11), 1043–1061. <https://doi.org/10.1080/17474086.2016.1245135>
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1a ed.). Lidel.
- Suarez, S., Conde-Agudelo, A., Borovac-Pinheiro, A., Suarez-Rebbling, D., Eckardt, M., Theron, G., & Burke, T. (2020). Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum hemorrhage: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), 293.e1–293.e52. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.11.1287>
- Watkins, E. J., & Sten, K. (2020). Postpartum hemorrhage. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 33(4), 29–33. <https://doi.org/10.1097/01JAA.0000657864.11635.93>
- Wormer, K., Jamil, R., & Bryant, S. (2023). *Acute Postpartum Hemorrhage*. *Em StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499988/>
- Zuckerwise, L., Pettiker, C., Illuzzi, J., Raab, C., & Lipkind, H. S. (2014). Use of a Novel Visual Aid to Improve Estimation of Obstetric Blood Loss. *Obstetrics & Gynecology*, 123(5), 982. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000233>

APÊNDICE E: Resumo do Pôster “Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Um Relato de Caso”

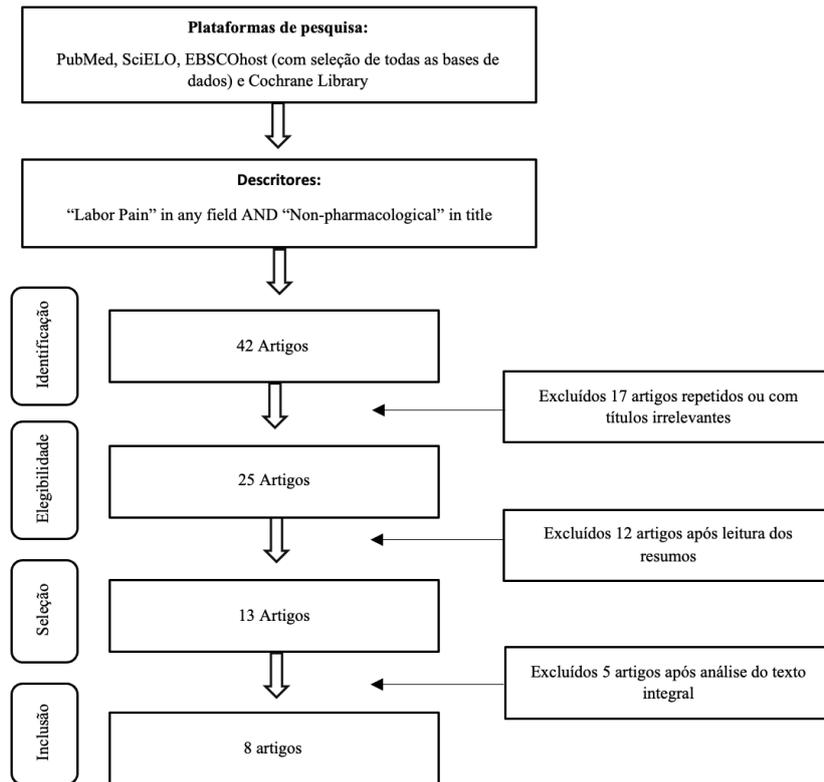
ASSISTÊNCIA À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: UM RELATO DE CASO

Resumo

Introdução: A Hemorragia Pós-Parto trata-se de uma emergência obstétrica que surge em 1-10% de todos os partos e corresponde à principal complicação que ocorre no puerpério imediato, sendo de extrema importância o diagnóstico e atuação precoces (OMS, 2014; OPAS, 2018). Representa uma das principais causas de morbilidade e mortalidade materna, com cerca de 14 milhões de ocorrências por ano (Bienstock et al., 2021; OMS, 2014). **Objetivo:** Elaborar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem direcionado à hemorragia pós-parto. **Método:** Estudo de caso clínico de uma utente de 33 anos com diagnóstico de hemorragia pós-parto. Para colheita de dados foi utilizado o modelo teórico de Roper-Logan-Tierney e o plano de cuidados de enfermagem foi realizado segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. **Resultados:** Foram identificados três diagnósticos, Risco de complicações pós-parto (10023256), Ferida cirúrgica (10019265), Dor (10023130) e respetivas intervenções, de forma a prevenir complicações e melhorar o estado de saúde da utente. **Conclusão:** A enfermagem possui um papel crucial na prevenção e identificação precoce da hemorragia pós-parto através da implementação de intervenções que visam a identificação de fatores de risco e a promoção de saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Descritores: Hemorragia pós-parto; Diagnóstico de enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Relato de caso.

APÊNDICE F: Fluxograma Prisma – Processo de seleção de artigos



APÊNDICE G: Quadro de resumo da análise dos artigos

Autor(es) / ano	Objetivo / Metodologia / Nível de evidência	Resultados/Conclusão
<p>Artigo 1. B. Costa, N. Lima, P. Dutra, E. Silva, M. Cavalcante, A. Alves e A. Costa 2020</p>	<p>Evidenciar a efetividade dos métodos não farmacológicos utilizados durante o trabalho de parto a partir do discurso das puérperas.</p> <p>Estudo transversal com abordagem qualitativa (n= 8).</p> <p>Nível 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - As medidas não farmacológicas (MNF) foram eficazes (banho quente, deambulação, controlo da respiração, massagens e o uso da bola suíça) e traziam sensação de relaxamento e diminuição da dor; - As MNF devem ser estimuladas e orientadas pela equipa que presta cuidados; - O seu uso ainda é pouco estimulado nas instituições hospitalares. São necessárias pesquisas no âmbito de boas práticas e na orientação da utilização destes métodos no processo de trabalho de parto e parto desde o pré-natal; - A enfermagem possui papel fundamental na implementação de técnicas não invasivas na assistência ao parto e nascimento, com vista à assistência humanizada e a que o parto não seja visto como um momento de sofrimento e dor, mas sim de satisfação e alegria.
<p>Artigo 2. R. Gallo, L. Santana, A. Marcolin, G. Duarte, S. Quintana 2018</p>	<p>Verificar se a aplicação sequencial de intervenções não farmacológicas em mulheres em trabalho de parto alivia a dor, encurta o trabalho de parto e retarda o uso de analgesia farmacológica.</p> <p>Estudo controlado randomizado (n = 80)</p> <p>Nível 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> - As MNF (bola suíça, massagem, banho quente) realizadas até 40 minutos cada, diminuem a intensidade da dor o suficiente para permitir a diminuição do uso de analgésicos; - Os exercícios na bola suíça complementados com aplicação de massagem e banho quente permitem a redução da dor; - A solicitação de analgésicos pode refletir fatores culturais, falta de preparação e fácil acesso a fármacos. - A duração do trabalho de parto foi 72 minutos menor no grupo experimental e o tempo de expulsão foi reduzido em média 18 minutos; - As intervenções não tiveram efeitos adversos nos resultados obstétricos e as pontuações de Apgar foram melhores no grupo que aplicou MNF; - Na ausência de um profissional que oriente e recomende o uso de MNF, as mulheres tendem a ficar na cama e a solicitar precocemente analgesia, o que leva à necessidade de doses extras;
<p>Artigo 3. K. Mielke, H. Gouveia, A. Gonçalves 2018</p>	<p>Identificar a prática de métodos não farmacológicos implementadas para o alívio da dor de parto num hospital de ensino, os motivos que levaram à utilização e o grau de satisfação.</p> <p>Estudo quantitativo de coorte transversal (n = 586)</p> <p>Nível 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os métodos mais conhecidos pelas mulheres são o banho quente e a deambulação; - O método mais utilizado foi o banho quente; - Entre os motivos que as levaram à prática de MNF, o mais relatado foi a diminuição e intensidade da dor no trabalho de parto - Um baixo número de mulheres recebeu orientações/informações sobre as MNF durante o pré-natal, o que pode sugerir que os momentos de educação em saúde durante a gestação estão muito aquém do necessário. - Se possível, o acompanhante deve estar presente durante as orientações dado que poderá dar apoio à mulher. - É importante empoderar e informar as parturientes/acompanhantes quanto às estratégias disponíveis para o alívio da dor durante o

		trabalho de parto para que possam, em conjunto com os profissionais de saúde, escolher o melhor método.
<p>Artigo 4. B. Souza, C. Maracci, D. Cicolella, M. Mariot, 2021</p>	<p>Verificar o uso dos métodos não farmacológicos no alívio da dor em pacientes atendidas em um centro de parto normal.</p> <p>Estudo quantitativo descritivo (n = 269).</p> <p>Nível 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - As taxas de utilização dos métodos não farmacológicos ainda são baixas; - As MNF mais utilizados foram o banho quente, mobilidade materna e os exercícios respiratórios. - A presença do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto permite à mulher sentir-se segura e o acompanhante, muitas vezes, é quem auxilia durante o uso das MNF; - Os métodos não farmacológicos ainda necessitam de ser mais valorizados pelos profissionais durante a assistência ao parto e nascimento. - O baixo nível de conhecimento das parturientes sobre as MNF pode ter influenciado no uso dos referidos métodos.
<p>Artigo 5. B. Klein, H. Gouveia 2022</p>	<p>Analisar a implementação de métodos não farmacológicos para aliviar a dor durante o trabalho de parto.</p> <p>Estudo quantitativo descritivo de coorte transversal (n =560)</p> <p>Nível 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O banho quente, a deambulação, a liberdade de movimentos e os exercícios respiratórios foram as MNF mais elegidos; - Apesar das MNF terem vários benefícios para as parturientes, o presente estudo relevou um baixo nível de adesão aos mesmos; - Primigestas, nulíparas e de idade média mais jovem utilizam mais MNF; - É importante que os profissionais de saúde compreendam que fatores estão relacionados com a utilização de MNF para alívio da dor no parto. É importante a assistência das parteiras no parto e nascimento e o estímulo do uso de práticas baseadas em evidências científicas, tornando menos intervenções desnecessárias.
<p>Artigo 6. D. Mwakawanga, L. Mselle, V. Chikwala, N. Sirili 2022</p>	<p>Descrever os métodos não farmacológicos usados pelas parteiras, fatores facilitadores, mitos e medos associados (n = 18)</p> <p>Estudo descritivo de abordagem qualitativa</p> <p>Nível 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - As parteiras forneceram apoio psicológico e instruíam as mulheres em trabalho de parto (TP) a mudar de posição, realizar exercícios respiratórios e a agacharem-se quando a dor intensificava; - As mulheres foram informadas sobre a dor e sobre o TP, o que as preparou psicologicamente para a dor; - A massagem nas costas contribuiu para alívio imediato da dor; <ul style="list-style-type: none"> - A motivação das parteiras, a experiência com MNF e a compreensão dos benefícios foram pontos facilitadores para o uso de MNF na gestão da dor de parto; - O uso de MNF no TP promove a relação mulher-parteira e aumenta o conforto e confiança durante o processo de parto; - Algumas parteiras não usaram MNF por considerarem que o parto devia ser doloroso e que a ausência de dor podia indicar mau progresso do TP. - As MNF não foram comumente usados porque a maioria não estava familiarizada com a sua utilização; - Alguns mitos e medos impediram o uso de MNF, o que indica a lacuna de conhecimento e a necessidade de intervenção para capacitação dos profissionais de saúde;
<p>Artigo 7. C. Smith, K. Levett, C. Collins, M. Armour, H. Dahlenm</p>	<p>Examinar os efeitos das técnicas de relaxamento no o controlo da dor no trabalho de parto e no bem-estar materno e neonatal durante e após</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verificou-se menor intensidade de dor e maior satisfação no grupo que realizou exercícios de relaxamento durante o 1º o 2º estadio do TP; - Em relação às técnicas relaxamento não houve evidencias claras quanto à satisfação com a experiência de parto, à duração, à

<p>M. Suganuma 2018</p>	<p>o trabalho de parto. (15 estudos, n = 25±1087) Estudo controlado randomizado Nível 1</p>	<p>admissão em cuidados neonatais e a pontuação de Apgar inferior a 7 aos cinco minutos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - O yoga trouxe menor intensidade de dor na fase latente e maior satisfação com o alívio da dor, maior satisfação com a experiência de parto e a duração do TP foi menor; - A utilização de musicoterapia revelou menores pontuações de dor e ansiedade na fase latente e na fase de transição e menos admissões em unidades de cuidados neonatais; - O <i>mindfulness</i> permitiu um aumento do controlo no TP;
<p>Artigo 8. C. Chang, M. Gau, C. Huang, H. Cheng 2022</p>	<p>Resumir as evidências sobre os efeitos de várias estratégias não farmacológicas para reduzir a dor do parto (n = 8) Estudo controlado randomizado Nível 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> - As MNF contribuíram para a redução significativa na dor do parto; - Muitas mulheres preferem evitar métodos farmacológicos ou invasivos para controlar a dor, o que pode contribuir para a popularidade de estratégias alternativas. - Os exercícios de bola de nascimento, acupressão, método Bonapace, musicoterapia, pressão com gelo e técnicas de distração são eficazes no controlo da dor; - As MNF devem ser incluídas na educação pré-natal de forma a fornecer estratégias de controlo eficazes; - As MNF contribuem para uma experiência de parto efetiva e satisfatória.