



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**
Relatório de Estágio

**Hidroterapia no Alívio da Dor das Parturientes:
Perspetivas dos Enfermeiros Obstetras.**

Mónica Patrícia da Silva Ribeiro



**Lisboa
2024**



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**
Relatório de Estágio

**Hidroterapia no Alívio da Dor das Parturientes:
Perspetivas dos Enfermeiros Obstetras.**

Mónica Patrícia da Silva Ribeiro



Orientadora: Alexandra Manuela Garcês Caramelo Tereso



Lisboa
2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

À Madalena e à Mafalda, por serem a maior fonte de luz e de amor.

AGRADECIMENTOS

À Professora Alexandra, pela sua orientação e por me apoiar e motivar perante os desafios que se foram apresentando.

Aos enfermeiros especialistas orientadores dos estágios, pelo conhecimento que me transmitiram e por me inspirarem a querer fazer a diferença na vida das pessoas enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

À Enfermeira Vera Lopes, que me mostrou o cuidado na base do amor e respeito pelo outro, pela forma gentil com que sempre me tratou e pelo apoio.

Às minhas colegas de Mestrado, por todo o companheirismo nas montanhas altas deste percurso e por tornarem o caminho mais leve.

À Margarida e à Mónica, companheiras deste caminho, pelas risadas, pelos almoços e cafés, por me ouvirem a reclamar e por estarem sempre lá.

Aos colegas do Bloco de Partos, por me incentivarem e motivarem durante a última etapa deste relatório.

Ao Rudolfo, por me incentivar incondicionalmente desde o primeiro dia, por ser a calma na tempestade e nunca me deixar desabar.

À Tânia, por me ter feito acreditar que era possível seguir este caminho e que tudo se iria encaixar.

À Lurdes e ao Miguel, por serem o meu braço direito, por estarem sempre disponíveis quando eu não estava e pelo amor que dão todos os dias às minhas filhas.

Aos meus pais, pelo exemplo de espírito trabalhador e de justiça que me inculcaram.

Às minhas assessoras, amigas do peito que estão sempre prontas a ouvir-me e que nunca me deixam sozinha.

A todas as mulheres, bebés e famílias de quem cuidei ao longo deste caminho.

LISTA DE ABREVIATURAS

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CPP - Cursos de Preparação para o Parto

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DGS - Direção-Geral da Saúde

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ER - Estágio com Relatório

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HPV - Papilomavírus Humano

ICM - *Internacional Confederation of Midwives*

ITP - Indução do Trabalho de Parto

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

RN - recém-nascido

RS - Revisão *Scoping*

TP - Trabalho de parto

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

RESUMO

O presente Relatório de Estágio surge na conclusão do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, demonstrando o percurso formativo realizado para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, bem como das competências conducentes ao Grau de Mestre.

O relatório de estágio aborda o uso da hidroterapia como método não farmacológico para alívio da dor do trabalho de parto (TP), centrando-se nas perspetivas dos enfermeiros obstetras. Apesar de todos os benefícios da hidroterapia, é constatado na prática que esta estratégia ainda não é disponibilizada às parturientes de uma forma generalizada (Stark & Miller, 2009, conforme citado por Tereso et al., 2023). De forma a compreender as perspetivas dos Enfermeiros Obstetras acerca da aplicação da hidroterapia foi mapeada a evidência através do desenvolvimento de uma revisão *scoping* (RS), seguindo as orientações do *The Joanna Briggs Institute* (2020), e posteriormente foi desenvolvido um estudo qualitativo descritivo exploratório para compreender melhor a realidade portuguesa

Os resultados revelaram que a hidroterapia é uma prática comum entre os enfermeiros obstetras, no entanto a educação para a saúde sobre a hidroterapia no período pré-natal mostrou-se como uma das vertentes mais importantes na implementação desta estratégia e que carece de investimento. As influências culturais e as infraestruturas dos blocos de partos também são consideradas, destacando a importância de prestar cuidados culturalmente sensíveis e que respeitem a privacidade das parturientes. A presença do acompanhante é também valorizada pela parturiente. De uma forma geral os enfermeiros obstetras têm um conhecimento abrangente sobre os benefícios da hidroterapia, reconhecendo seu impacto na experiência de parto das mulheres.

Palavras-Chave: Hidroterapia; Trabalho de Parto; Enfermeiro Obstetra

Abstract

The present Internship Report comes at the conclusion of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, demonstrating the training path undertaken for the development of competencies in the provision of specialized nursing care in Maternal and Obstetric Health Nursing, as well as the competencies leading to the Master's Degree.

The internship report addresses the use of hydrotherapy as a non-pharmacological method for labor pain relief, focusing on the perspectives of obstetric nurses. Despite all the benefits of hydrotherapy, it is observed in practice that this strategy is not yet widely available to laboring women (Stark & Miller, 2009, as cited by Tereso et al., 2023).

In order to understand the perspectives of Obstetric Nurses regarding the application of hydrotherapy, evidence was mapped through the development of a scoping review, following the guidelines of The Joanna Briggs Institute (2020), and subsequently, a qualitative descriptive exploratory study was conducted to better understand the Portuguese reality. The results revealed that hydrotherapy is a common practice among obstetric nurses; however, health education on hydrotherapy during the prenatal period was identified as one of the most important aspects in implementing this strategy and is in need of investment. Cultural influences and the infrastructure of labor wards are also considered, emphasizing the importance of providing culturally sensitive care that respects the privacy of laboring women. The presence of a companion is also valued by the laboring woman. Overall, obstetric nurses have a comprehensive knowledge of the benefits of hydrotherapy, recognizing its impact on women's childbirth experience.

Keywords: Hydrotherapy; Labor; Obstetric Nurse

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL	13
1.1. <i>A dor durante o trabalho de parto.....</i>	<i>13</i>
1.2. <i>Cuidados especializados à parturiente com dor</i>	<i>14</i>
1.3. <i>Estratégias não farmacológicas de alívio da dor no primeiro estágio do trabalho de parto: contributos da hidroterapia.....</i>	<i>15</i>
1.4. <i>Teoria do conforto de Katherine Kolcaba como referencial teórico no cuidar da parturiente/família com dor</i>	<i>17</i>
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	20
2.1. <i>Investigação secundária: scoping review.....</i>	<i>20</i>
2.1.1. <i>Discussão dos resultados da scoping review.....</i>	<i>22</i>
2.2. <i>Investigação primária</i>	<i>23</i>
2.2.1. <i>Objetivo e questão de investigação</i>	<i>24</i>
2.2.2. <i>Participantes</i>	<i>24</i>
2.2.3. <i>Aspetos éticos.....</i>	<i>25</i>
2.2.4. <i>Instrumento de colheita de dados.....</i>	<i>26</i>
2.2.5. <i>Análise de dados.....</i>	<i>27</i>
2.2.6. <i>Apresentação dos resultados</i>	<i>28</i>
2.2.7. <i>Discussão dos resultados.....</i>	<i>30</i>
2.2.8. <i>Considerações finais e implicações para a prática de cuidados</i>	<i>34</i>
2.2.9. <i>Limitações do estudo</i>	<i>35</i>
2.3. <i>Disseminação da temática</i>	<i>35</i>
3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	37
3.1. <i>Cuidar a mulher em idade fértil inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.....</i>	<i>37</i>
3.2. <i>Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal</i>	<i>39</i>
3.3. <i>Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto</i>	<i>42</i>
3.4. <i>Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal</i>	<i>49</i>

3.5. <i>Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica</i>	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

APÊNDICES

APÊNDICE I: TERMOS DE PESQUISA NAS BASES DE DADOS

APÊNDICE II: DIAGRAMA PRISMA

APÊNDICE III: TABELA DE SÍNTESE DE DADOS DA REVISÃO *SCOPING*

APÊNDICE IV : REVISÃO *SCOPING*

APÊNDICE V: PEDIDO DE PARECER AO CONSELHO DE ÉTICA DA ESEL

APÊNDICE VI: QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

APÊNDICE VII: TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

APÊNDICE VIII: GUIÃO DO *FOCUS GROUP*

APÊNDICE IX: PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO DO CPP

APÊNDICE X: SESSÃO DE FORMAÇÃO DO CPP

APÊNDICE XI: AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

ANEXOS

ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO 1º SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO DO PROJETO HIDRA2BORN

ANEXO II: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO 2º WEBINAR DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MÉDICO--CIRÚRGICA / ADULTO E IDOSO – ESEL

ANEXO III: CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DO “CURSO AQUAMÃE PARA PROFISSIONAIS”

ANEXO IV: SÍNTESE DE REGISTO DE ATIVIDADES PRÁTICAS

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela de análise de conteúdo dimensão “Fatores facilitadores da utilização da hidroterapia”.....**29**

Tabela 2 – Tabela de análise de conteúdo dimensão “Barreiras da utilização da hidroterapia”**30**

INTRODUÇÃO

No âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem e Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) está inserida a unidade curricular Estágio com Relatório (ER). O presente relatório foi elaborado sob a orientação da Sr.^a Professora Doutora Alexandra Tereso com o intuito de representar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) que constam no Regulamento n.º 140/2019 Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a) e Regulamento n.º 391/2019 (OE, 2019b), assim como as competências descritas no *Essential Competencies for Midwifery* (International Confederation of Midwives (ICM), 2019).

Os cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica assentam em três pilares: a competência profissional, a prática baseada na evidência e o respeito nos cuidados aos clientes (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2021), assumindo-se os EEESMO como os profissionais de referência e sendo elementos fundamentais nas equipas multiprofissionais com os seus conhecimentos próprios. Durante a unidade ER, que decorreu no período compreendido entre 26 de setembro de 2022 a 26 de junho de 2023, em cinco contextos clínicos diferentes, foi possível desenvolver atividades tendo em conta os pilares dos cuidados especializados.

São descritos na literatura vários métodos não farmacológicos como medida de alívio da dor durante o TP, sendo os seguintes mais comumente utilizados: hipnose, biofeedback, injeção subcutânea ou intradérmica com água estéril, hidroterapia, aromaterapia, técnicas de relaxamento, acupuntura e acupressão, massagem, reflexologia e neuroestimulação elétrica transcutânea (Jones et al., 2012).

A hidroterapia surge como uma estratégia eficaz no alívio da dor (Barbieri et al., 2013; Lee et al., 2013; Stark, 2013; Taşkın & Ergin, 2022) e também promotora de sentimentos positivos durante o TP (Barbieri et al., 2013; Lee et al., 2013; Stark, 2013). No âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica surge como uma temática relevante, uma vez que a OE identifica, no projeto “Maternidade com Qualidade”, com vista à garantia da segurança e qualidade dos cuidados o indicador “Alívio da Dor/Medidas Não Farmacológicas no Trabalho de Parto e

Parto”, no qual é referido que as técnicas farmacológicas no alívio da dor são pouco utilizadas em Portugal (Santos et al., 2013).

A maioria dos serviços de blocos de partos dispõe de infraestruturas e equipamentos que permitam a implementação desta estratégia sob a forma de duche, entando ainda não é uma prática amplamente divulgada e aplicada em todas as salas de partos (Santos et al., 2013; Tereso et al., 2023). Torna-se então pertinente apostar nesta área de formação e no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia assume-se a responsabilidade de investigar mais sobre a intervenção do EEESMO na aplicação de estratégias não farmacológicas de alívio dor durante o TP.

Desde o momento da conceção do Projeto de Estágio que se optou por um quadro teórico de referência para orientar este percurso. Após uma reflexão acerca dos vários modelos de enfermagem existentes, foi selecionada a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba. Esta teoria foca-se na importância do conforto físico, psicológico, social e espiritual no cuidado de enfermagem (Kolcaba, 2003), apresentando assim uma relação intrínseca com a hidroterapia no que diz respeito ao alívio, à recuperação e ao bem-estar das parturientes.

No que respeita à estrutura, este documento está dividido em quatro capítulos. No primeiro pretende-se realizar um enquadramento conceptual, onde se inclui a revisão da literatura e se aborda o referencial teórico que sustentou a prática de cuidados. No segundo capítulo descrevem-se as opções metodológicas e atividades desenvolvidas no âmbito da aquisição de competências referentes ao Grau de Mestre. No terceiro capítulo é realizada uma análise reflexiva ao percurso de aquisição de competências de EEESMO, e por fim, nas considerações finais é realizada uma síntese do percurso de desenvolvimento de competências, fazendo uma avaliação geral destacando as ligações com o futuro profissional. Em anexo e apêndices serão incluídos diversos trabalhos e outros documentos pertinentes.

1. Enquadramento Concetual

O presente capítulo apresenta uma revisão de literatura acerca de conceitos e definições relacionadas com a temática em estudo, sucedendo-se o quadro teórico que sustentou o desenvolvimento de competências ao longo do ER em contexto clínico.

1.1. A dor durante o trabalho de parto

A dor é definida pela *Internacional Association for the Study of Pain* como uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada, ou semelhante, àquela associada a uma lesão tecidual real ou potencial (Raja et al., 2020). Também é frisado pelos mesmos autores que a dor é sempre uma experiência pessoal sendo influenciada em diferentes graus por fatores biológicos, psicológicos e sociais, e que o conceito de dor é algo que os indivíduos aprendem ao longo das suas experiências de vida.

No final da década de 90 a Direção-Geral da Saúde (DGS) reconheceu a necessidade de melhorar a abordagem da dor em Portugal. Em 2003 é emanada uma Circular Normativa pela DGS que institui a dor como o 5o sinal vital e que refere que o seu controlo é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo para a efetiva humanização das Unidades de Saúde.

De acordo com o Plano Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2017) a abordagem à pessoa com dor deverá ter como base a melhor evidência científica, de forma a melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional, sendo necessária uma abordagem terapêutica multiprofissional e interdisciplinar, onde os médicos e enfermeiros têm uma posição de destaque pela natureza da sua profissão. Também a Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 2018) e a ICM (ICM,2019) consideram como indicador de qualidade dos cuidados intraparto o controlo da dor. A OE dá destaque a esta questão no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2019a) na unidade de competência 3.1. relativa á promoção da saúde da mulher durante o TP, referindo no critério de avaliação 3.1.3 a conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher, e no critério 3.1.6.

A dor durante o TP é um fenómeno complexo, multidimensional e subjetivo e que é objeto de preocupação tanto da grávida como dos profissionais que a acompanham no

momento do nascimento. A dor não controlada ou não aliviada pode trazer consequências negativas para a mulher, família e profissionais de saúde (Whitburn et al., 2017).

Durante o TP a dor surge da contração do miométrio, da dilatação do colo do útero e do segmento inferior uterino, e do alongamento e compressão das estruturas do períneo e pélvis. No primeiro estágio do TP a dor é essencialmente visceral como resultado das contrações uterinas e da dilatação do colo do útero. Na fase latente a percepção de dor está, geralmente, restrita aos dermatômos T11 e T12, podendo estender-se a T10 a L1 com o avanço para a fase ativa. No início da fase latente a dor é sentida na região abdominal inferior, estendendo-se progressivamente à região lombossagrada, glúteos e coxas. Também a intensidade é variável ao longo do TP, aumentando com a progressão da dilatação do colo e com o aumento da frequência e intensidade das contrações uterinas (Lança, 2017).

Para além dos fatores fisiológicos, também os fatores psicossociais e ambientais condicionam fortemente a percepção de dor pela parturiente. Dentro dos fatores ambientais destaca-se o comportamento assumido pela equipa de saúde, sendo a comunicação, o respeito pela grávida e a liberdade de movimentos os mais relevantes e decisivos na eficácia do controlo da dor (Lança, 2017). Assim, a dor deverá ser entendida não só como um processo fisiológico e sensitivo, mas também como um processo afetivo, no qual os EEESMO assumem uma importante posição no sentido em que as suas intervenções devem ter a função de não só minimizar a dor, mas também ir ao encontro dos desejos e necessidades da parturiente (Pedro & Oliveira, 2016).

1.2. Cuidados especializados à parturiente com dor

A satisfação da parturiente com o controlo da dor é complexa (McCreary & Wright, 1999), sendo valorizados pela mesma fatores como a individualidade, a atenção, a competência, a comunicação, o alívio da dor, o conforto e o apoio emocional (Bergstrom et al., 2010). Alguns autores referem que a satisfação da mulher com a experiência do parto está dependente do apoio prestado pelos cuidadores, da relação com o cuidador, do envolvimento da mulher na tomada de decisão e das suas expectativas pessoais (Caton, Correy et al., 2002, conforme citado por Gibson, 2021).

A ICM define como competência do EEESMO a oferta e apoio à mulher na utilização de estratégias de *coping* para a dor de TP, como a hidroterapia (ICM, 2019). A utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o TP tem vindo a ser desenvolvida pelos EEESMO, apostando num modelo de cuidados humanizados, divergente do modelo biomédico, e envolvendo a mulher na sua planificação (Vargens et al., 2013). Estas estratégias contribuem para a promoção de uma experiência de parto mais natural e prazerosa para a mulher e permitem a participação ativa da mesma na sua escolha e utilização (Vargens et al., 2013).

A OMS recomenda a utilização de estratégias de relaxamento, incluindo a hidroterapia, como medidas não farmacológicas de alívio da dor durante o TP, e refere que estas estratégias fomentam uma experiência de parto positiva para a mulher, ao promoverem um ambiente pacífico e sentimentos de confiança, força, controlo e conexão, possuindo a vantagem de não apresentarem efeitos adversos (World Health Organization, 2018). Na maioria dos casos, estas estratégias são seguras, não causam reações adversas significativas, não exigem treino prévio, são simples e não dispendiosas. Ao serem incorporadas nas políticas de humanização do parto e no modelo de cuidados durante o TP, promovem uma experiência positiva, reduzindo o medo, aumentando a autoconfiança e a satisfação das pessoas envolvidas (Silva, Strapasson, & Fischer, 2011, p. 268).

1.3. Estratégias não farmacológicas de alívio da dor no primeiro estágio do trabalho de parto: contributos da hidroterapia

A hidroterapia pode ser definida como a utilização, interna ou externa, da água em qualquer uma das suas formas (estado líquido, gelo ou vapor) para a promoção da saúde, ou tratamento de doenças, com temperatura, pressão, duração e local de aplicação variáveis (Mooventhan & Nivethitha, 2014). Durante o TP pode ser implementada sob a forma de duche ou sob a forma de imersão, no entanto nem todas as instituições de saúde possuem recursos materiais e uma estrutura física adequada para a aplicação da estratégia de ambas as formas.

Em 1995, o Ministério da Saúde Inglês passou a recomendar que todas as instituições públicas de assistência a grávidas, tivessem disponíveis banheiras para as

grávidas que desejassem usufruir deste método. Em Portugal são escassas as unidades que possuem condições físicas que permitam a imersão em água pela parturiente, pelo que a hidroterapia poderá também ser aplicada sob a forma de duche de água quente ou morna (Ferreira, 2016).

A hidroterapia durante o TP estimula os recetores térmicos da epiderme alcançando o cérebro mais rapidamente que os estímulos dolorosos e bloqueando a transmissão da perceção dolorosa. Num estudo experimental conclui-se que esta estratégia não farmacológica é eficaz na redução da dor e na promoção de sentimentos positivos relacionados com o TP, mostrando-se também uma estratégia de baixo custo e fácil de providenciar (Lee et al., 2013).

Têm sido apontados por diversos autores vários benefícios da utilização da hidroterapia no primeiro estágio do TP:

- Redução da necessidade de analgesia farmacológica (Cluett & Burns, 2009);
- Redução da duração do primeiro estágio de TP (Cluett & Burns, 2009; Taşkın & Ergin, 2022);
- Alívio da dor durante o TP (Barbieri et al., 2013; Lee et al., 2013; Stark, 2013; Taşkın & Ergin, 2022; Tereso et al., 2023);
- Promoção de sentimentos positivos durante o primeiro estágio de TP (Barbieri et al., 2013; Lee et al., 2013; Stark, 2013);
- Redução ansiedade (Taşkın & Ergin, 2022).

Estudos com o objetivo de avaliar a efetividade do duche como estratégia de alívio da dor durante o TP, mostram que o mesmo aumenta significativamente a capacidade de coping e o relaxamento, reduzindo também a ansiedade, e que a utilização de estratégias não farmacológicas como medidas de alívio da dor durante o TP são eficazes e seguras, promovendo o conforto e bem-estar das parturientes (Barbieri et al., 2013; Stark, 2013). O American College of Nurse-Midwives (2014) afirma que existe evidência qualitativa sobre a utilização da hidroterapia como estratégia de alívio da dor do TP, e que a mesma não acresce risco em mulheres saudáveis e em RN (RN), quando as guidelines baseadas em evidência são seguidas. Assim deve ser dada a oportunidade à mulher de usufruir dos

benefícios proporcionados pela hidroterapia durante o TP, devendo ser discutida a informação com base na evidência.

Assim, e analisando todos os benefícios, a hidroterapia durante o primeiro estágio do TP permite o *empowerment* tanto dos EEESMO, ao potencializar a sua intervenção autônoma, como das parturientes, ao proporcionar sentimentos positivos relativos à experiência de parto. Apesar de todos os benefícios da hidroterapia é constatado na prática que esta estratégia ainda não é disponibilizada às parturientes de uma forma generalizada (Stark & Miller, 2009, conforme citado por Tereso et al., 2023)

Torna-se assim importante compreender as perspectivas dos EEESMO relativamente à aplicação da hidroterapia, nomeadamente os fatores facilitadores e os que são percebidos como barreiras, de forma que exista uma translação do conhecimento para a prática e uma promoção cuidados especializados de excelência.

1.4. Teoria do conforto de Katherine Kolcaba como referencial teórico no cuidar da parturiente/família com dor

Providenciar conforto é uma parte integrante do cuidado em enfermagem e que também aparece refletida no Regulamento de Competências Específicas do EEESMO, no critério de avaliação 3.1.3 “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.” (OE, 2019b).

A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba remete-nos para a relação entre as necessidades dos clientes e as intervenções de enfermagem. A compreensão do conforto orienta os cuidados de enfermagem no sentido de incluírem intervenções físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais. Um défice em qualquer um dos contextos desencadeia uma necessidade de conforto. Os enfermeiros identificam essa necessidade e direcionam as suas intervenções de forma a satisfazer a mesma. A percepção do paciente permite ao enfermeiro perceber que o estado de conforto foi atingido. A Teoria do Conforto fornece uma estrutura para a prática de enfermagem no sentido de facilitar o planeamento, a aplicação e avaliação dos cuidados de conforto holístico (Kolcaba, 1994).

Esta teoria tem como base duas dimensões: os três estados de conforto e os quatro contextos em que o conforto é experienciado. Kolcaba (2003) considera o conforto como uma experiência de fortalecimento através da satisfação de necessidades

de alívio, tranquilidade e transcendência, que se encontram nos contextos físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental. O primeiro estado de conforto, o alívio, é definido como um estado em que houve satisfação de uma necessidade de conforto; o segundo, o estado de tranquilidade, refere-se a um estado de calma e satisfação duradouro, mais do que a ausência de desconforto, e que reflete a adaptação da pessoa ao ambiente; o terceiro corresponde a um estado em que a pessoa ultrapassa os seus problemas e fortalece a sua motivação e atitude positiva (Kolcaba, 1991).

Relativamente à segunda dimensão da Teoria do Conforto, Kolcaba (2003) refere que existem quatro contextos relativos às experiências humanas: físico, psico-espiritual, ambiental e sociocultural. Assim o conforto surge como um conceito complexo que se define como a satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência que surgem de situações geradoras de stress em cuidados de saúde, nos diferentes contextos físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003).

O EEESMO identifica as necessidades de conforto da mulher e deste modo planeia intervenções que movam a tensão negativa numa direção positiva, promovendo o conforto, implementa as mesmas e avalia a perceção individual de conforto da mulher, de forma a constatar a eficácia das medidas implementadas. No contexto da temática deste relatório é possível relacionar o conforto com as estratégias não farmacológicas de alívio da dor de TP, no sentido em que a dor causa uma tensão negativa e cria uma necessidade na parturiente. O EEESMO tem um papel ativo na avaliação da necessidade de conforto das parturientes e no desenvolvimento de estratégias que se foquem nessas mesmas necessidades. No que toca à hidroterapia a parturiente que utiliza o duche de água quente para o alívio da dor experiencia o conforto na forma de alívio, mas também poderá reduzir a ansiedade encontrando um estado de tranquilidade, e até poderá navegar pelo TP até ao momento do nascimento atingindo um estado de transcendência.

O conceito de conforto tem sido uma parte essencial da enfermagem ao longo da história, sendo inegável sua importância central neste campo. Especialmente durante o TP, o conforto assume um papel crucial para a mulher, promovendo uma experiência positiva, natural e humanizada deste processo. De acordo com Schuiling & Sampselle (1999), ao promover o conforto, capacita-se a mulher para gerir os seus próprios recursos e lidar com o TP, encorajando-a a ser uma participante ativa ao permanecer conectada com o seu corpo e as suas emoções.

2. Opções Metodológicas

O presente relatório tem como um dos objetivos a obtenção do Grau de Mestre através do desenvolvimento de atividades de investigação baseada na prática e orientada para o desenvolvimento profissional (Decreto-Lei n.º 74/2006 Do Ministério Da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006). A aquisição de competências de Enfermeiro Especialista através do desenvolvimento de uma prática clínica especializada baseada em evidência científica pressupõe a investigação e a interpretação, organização e divulgação de resultados provenientes da evidência de forma a contribuir para o desenvolvimento da enfermagem (OE, 2019b). Sackett et al. (1996), considerado um dos pioneiros da prática baseada na evidência (PBE), definiram essa abordagem como a integração consciente, explícita e judiciosa da melhor evidência disponível na tomada de decisão sobre o cuidado individualizado.

Este capítulo aborda as opções metodológicas e os processos de trabalho desenvolvidos, encontrando-se dividido em 3 subcapítulos: o primeiro refere-se à RS que permitiu o mapeamento da evidência científica relativa à temática em estudo, o segundo refere-se à investigação primária, e o terceiro comporta a descrição e análise crítica das atividades realizadas para a aquisição de competências de EEESMO.

2.1. Investigação secundária: *scoping review*

Como estratégia para mapear a evidência científica sobre a temática em análise optou-se pela realização de uma RS, seguindo as orientações divulgadas pelo *"The Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis 2020"* (Aromataris & Munn, 2020), mais especificamente as nove etapas preconizadas para as Revisões *Scoping* (Peters et al., 2020).

A RS intitulou-se "Perspetivas dos Enfermeiros Obstetras sobre o recurso à hidroterapia: uma RS", formulando-se a seguinte questão primordial desta revisão: **Quais as perspetivas dos Enfermeiros Obstetras sobre o recurso à hidroterapia, como estratégia não farmacológica de alívio da dor no primeiro estágio de trabalho de parto?** A estratégia de pesquisa foi determinada utilizando o acrónimo PCC, sendo P

(População) - Enfermeiros Obstetras e C (Conceito) - hidroterapia como estratégia não farmacológica de alívio da dor, não sendo definido contexto.

Como critérios de elegibilidade dos artigos definiram-se os seguintes: data de publicação igual ou superior a 2017, idioma português, inglês ou espanhol, estudos de abordagem qualitativa, quantitativa e mistos, estudos que incluam enfermeiros obstetras e *midwives* que assistam partos e estudos que refiram o recurso à hidroterapia como estratégia não farmacológica de alívio da dor no primeiro estágio do TP. Como critérios de exclusão foram considerados os seguintes: estudos duplicados, fora do âmbito do tema ou realizados com outra população.

A estratégia de pesquisa decorreu em três etapas. Na primeira, entre Abril e Maio de 2022, foi realizada uma pesquisa inicial nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System* (MEDLINE), na *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) *Complete* via *EBSCOhost Integrated Search*, de forma a listar as palavras mais utilizadas nos títulos e *abstracts* de artigos desenvolvidos na temática em estudo, assim como os termos indexados. Os descritores foram definidos após consulta da página dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nos idiomas de português e inglês, e no *Medical Subject Headings* (MeSH) em inglês. Em Junho de 2022 decorreu a segunda etapa, tendo sido realizada uma pesquisa utilizando as palavras-chave e termos indexados nas bases de dados MEDLINE, CINAHL *Complete* e *Web of Science*, via plataforma *EBSCOhost Integrated Search*, sendo efetuado o cruzamento dos descritores encontrados com os termos naturais, recorrendo ao operador booleano [OR], e de seguida uma interceção desses descritores entre si recorrendo ao operador booleano [AND] (Peters et al., 2020). Os termos de pesquisa podem ser consultados no Apêndice I. Nesta etapa foram selecionados os estudos que cumprem os critérios de inclusão acima descritos. Em Janeiro de 2023 decorreu a terceira etapa da estratégia de pesquisa, onde se repetiu toda a pesquisa para identificação de novos artigos publicados.

O processo de extração e análise de dados foi realizado por dois revisores independentes. Os estudos encontrados foram importados para o *software* de gestão de referências *Mendeley*. A seleção foi realizada a partir da leitura dos títulos, resumos e, posteriormente, a leitura completa dos artigos selecionados.

Com base na estratégia de pesquisa obtiveram-se 67 artigos das bases de dados CINAHL *Complete* (n=22), MEDLINE *Complete* (n=7) e *Web of Science* (n=38). Após a

aplicação do critério de limite temporal foram excluídos 36 artigos (n=31), e por se encontrarem repetidos foram excluídos 5 artigos (n=26). No total foram analisados os títulos e resumos de 26 artigos, tendo sido excluídos 20 por não se enquadrarem nos critérios de inclusão relacionados com a população, conceito e contexto. No final foram analisados na íntegra 6 artigos. O fluxograma das diferentes fases da revisão foi realizado através do *PRISMA Flow Diagram*, de acordo com as recomendações do *Joanna Briggs Institute* (Peter, et. al, 2020) e está disponível para consulta no apêndice II.

A evidência encontrada é apresentada de forma descritiva tendo sido elaborada uma tabela de acordo com as recomendações do manual de "*The Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis 2020*" (Peters et al., 2020). A apresentação dos resultados foi realizada sob a forma de uma tabela e categorizando os dados obtidos de forma a dar resposta à questão da RS. Foram criadas duas categorias referentes às perspetivas dos enfermeiros obstetras: fatores facilitadores ao recurso à hidroterapia e barreiras ao recurso à hidroterapia. Esta tabela encontra-se no Apêndice III.

O relatório da Revisão *Scoping* foi elaborado sob a forma de artigo estando disponível no Apêndice IV.

2.1.1. Discussão dos resultados da *scoping review*

O objetivo desta RS é mapear estudos que analisassem as perspetivas dos enfermeiros obstetras acerca da utilização da hidroterapia enquanto estratégia não farmacológica de alívio da dor do primeiro estágio do TP.

Foi possível distinguir duas categorias: barreiras à implementação desta estratégia e fatores facilitadores. Em três estudos a existência de protocolos/guidelines acerca da implementação da hidroterapia durante o TP, foi referida como um fator facilitador para a decisão pelo recurso à estratégia (American College of Nurse-Midwives et al., 2017; Dykes et al., 2017; Hyatt et al., 2017). O American College of Nurse-Midwives et al. (2017) redigiu um documento que visa proporcionar diretrizes para a prática clínica, de forma a apoiar todos os que desejem optar pela hidroterapia durante o TP como estratégia não farmacológica do alívio da dor. Este documento apresenta a evidência científica recente acerca dos benefícios, critérios de elegibilidade, requisitos standard, contraindicações,

precauções e equipamento necessário, sendo um importante documento para os profissionais que pretendem implementar esta estratégia. Contudo este documento foca-se principalmente na aplicação da hidroterapia através do banho de imersão, sendo que em Portugal esta opção não está disponível na maioria dos serviços de bloco de partos.

A questão da formação em serviço, simulando cenários, é também um fator que leva à confiança dos profissionais, sendo também referida a realização de sessões de reflexão e análise acerca da prática no contexto da hidroterapia (Bolsoy et al., 2022; Dykes et al., 2017; Lewis et al., 2018). A relação e colaboração inter e multidisciplinar também é referida como um fator facilitador, pois promove um bom ambiente profissional, sendo a autonomia do enfermeiro obstetra reconhecida no âmbito do controlo da dor através de estratégias não farmacológicas (Dykes et al., 2017; Hyatt et al., 2017).

Como principais barreiras surgem questões relacionadas com as infraestruturas e equipamentos necessários para a implementação da hidroterapia, sendo que no caso da imersão em água este obstáculo é mais relevante (Cooper et al., 2018; Dykes et al., 2017; Lewis et al., 2018). Também as questões relacionadas como situações de emergência, nomeadamente na quantificação de perdas hemáticas, e a evacuação da parturiente são referidas pelos enfermeiros como uma preocupação na implementação da hidroterapia (Cooper et al., 2018; Dykes et al., 2017; Lewis et al., 2018).

Num estudo realizado por Hyatt et al. (2017). é referido que a cultura institucional, o nível de tecnologia/instrumentalização adotado pela instituição também se apresenta como barreira à implementação da hidroterapia pelos enfermeiros. Ou seja, o grau de autonomia que é atribuído aos enfermeiros obstetras pelas instituições condiciona o recurso a esta estratégia.

2.2. Investigação primária

Dos resultados da RS pôde-se constatar que os enfermeiros obstetras consideram que a hidroterapia se traduz numa prática que promove o empoderamento da mulher e que contribui para uma experiência de parto positiva, no entanto em Portugal o banho de imersão é uma prática pouco comum dado que a maioria das instituições de saúde não possui recursos físicos para a sua implementação. O duche de água quente é uma

estratégia para a qual existem recursos físicos na maioria dos blocos de partos. Ainda assim esta estratégia não é divulgada de forma uniformizada nos cursos de preparação para o parto (Tereso et al., 2023) e não é disponibilizada às parturientes com dor em todas as instituições.

Com o intuito de compreender melhor as perspetivas da realidade portuguesa foi desenvolvida uma investigação primária na forma de um estudo qualitativo descritivo exploratório. A pesquisa qualitativa procura a compreensão da experiência humana ao identificar padrões e interpretar grandes volumes de informação, colhidos a partir das perspetivas dos participantes (Gonçalves et al., 2021).

2.2.1. Objetivo e questão de investigação

De acordo com Fortin et al., (2009), a questão de investigação deve ser baseada na revisão bibliográfica realizada previamente possibilitando a identificação de conhecimento existente que fundamenta a questão, ou que pelo contrário, identifica lacunas de conhecimento e a necessidade de investigar de outra forma a temática.

O estudo tem como principal objetivo analisar as perspetivas dos Enfermeiros Obstetras sobre os fatores facilitadores e as barreiras no recurso à hidroterapia como estratégia não farmacológica de alívio da dor durante o primeiro estágio do TP.

No que concerne à forma de aplicação da hidroterapia, foi considerado o duche de água quente por este ser um recurso eficaz, de baixo custo e que se encontra disponível na maioria dos blocos de partos.

2.2.2. Participantes

Coutinho (2021) define participantes como os indivíduos ou grupos que são alvo da investigação. São os que fornecem os dados necessários para atingir os objetivos do estudo, sendo a sua escolha fundamental para garantir que os dados colhidos sejam relevantes e representativos para a pesquisa em questão. Os participantes foram selecionados tendo em conta os seguintes critérios: serem EEESMO que possuíssem

experiência profissional nos cuidados especializados às parturientes com dor no contexto hospitalar. Foram englobados enfermeiros de diferentes instituições, com diferentes tempos conclusão da formação graduada em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e do sexo masculino e feminino de forma a obter diversidade e heterogeneidade. O recrutamento dos participantes foi realizado pela técnica de bola de neve, havendo um primeiro contacto com os EEESMO dos locais de estágio.

No total participaram 11 EEESMO, sendo 10 do sexo feminino e 1 do sexo masculino e com idades compreendidas entre os 37 e os 62 anos. A média de idades é de 44,81 anos, com um desvio padrão de 9,10.

O ano de conclusão da formação graduada tem um intervalo compreendido entre 1998 e 2018. No que se refere ao acesso a informação acerca da hidroterapia durante a formação graduada 2 participantes responderam “não” e os restantes “sim”.

2.2.3. Aspetos éticos

Os aspetos éticos da investigação em enfermagem são fundamentais para garantir o respeito pelos direitos e bem-estar dos participantes da investigação, bem como para manter a integridade e a credibilidade da profissão de enfermagem como um todo (Nunes, 2013). Durante o desenvolvimento do estudo foram tidos em conta os princípios éticos descritos por Nunes (2013): beneficência, avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade.

Antes da realização do estudo foi solicitado um parecer ao Conselho de Ética da ESEL, tendo o mesmo sido deferido (Apêndice V).

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice VI) que foi enviado por e-mail e que foi assinado por todos os participantes do estudo, previamente à sua participação. Foi reforçado aos participantes que poderiam desistir da sua participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência ou necessidade de explicação. Foi explicado que a colheita de dados seria confidencial, sendo todos os dados obtidos codificados e apenas utilizados para análise. Posteriormente foi elaborado um questionário para colheita de dados sociodemográficos, que foi enviado através da plataforma *Google Forms* (Apêndice VII).

O *focus group* foi realizado online, através da plataforma *Zoom* com gravação apenas do áudio, ficando esta gravação na posse da investigadora num ficheiro protegido com *password* e a mesma será destruída após a conclusão do estudo.

2.2.4. Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados é designado por Vilelas (2020) como qualquer recurso ao qual o investigador possa recorrer para conhecer determinados fenómenos e a partir deles extrair informação.

Dado o objetivo deste estudo ser a análise das perspetivas dos enfermeiros obstetras acerca da aplicação da hidroterapia, optou-se pela realização de dois *focus group* em formato *online*. O *focus group* é um tipo particular de entrevista em grupo onde o moderador faz uma série de perguntas direcionadas, elaboradas para extrair opiniões coletivas sobre um tópico específico (Ryan et al., 2014). Este método que permite a colheita de dados qualitativos através da discussão em grupo, tem como vantagem o facto de a interação em grupo permitir a génese de mais dados qualitativos, pela interação dos diversos elementos do grupo. (Morgan, 2019).

Morgan (2019) destaca que os *focus groups* vão além de simplesmente explorar o que as pessoas expressam, proporcionando também insights sobre as origens de comportamentos complexos e motivações, sendo esta dinâmica entre participantes especialmente valiosa na investigação em saúde.

Para realizar um *focus group*, é necessário um planeamento cuidadoso, com o objetivo de garantir a obtenção de informações relevantes. Por essa razão, foi criado um guião baseado nos conceitos identificados na revisão da literatura sobre o tema em estudo, o qual está disponível para consulta no apêndice VIII.

Foi realizado um *focus group* a 31 de maio de 2023 com 7 participantes. Embora o número de participantes de um *focus group* possa variar entre quatro a doze participantes (Kueger & Casey, 2009), é comumente observado que geralmente este número varia entre cinco a dez participantes (Krueger & Casey, 2009) ou entre seis a dez participantes (Morgan, 2019). Por outro lado, Bloor et al. (2001) recomendam que os grupos tenham entre seis e oito participantes, enquanto Morgan (2019) destaca que, na maioria dos casos, seis participantes podem ser considerados relativamente poucos e dez,

relativamente muitos. Tendo em conta as recomendações destes autores e após a realização do primeiro *focus group* foi efetuada uma análise por duas investigadoras e constatou-se que a saturação de dados ainda não tinha sido atingida, pelo que se realizou um segundo *focus group* a 28 de agosto de 2023 com 4 participantes.

Os links de acesso aos *focus group* foram facultados aos participantes por e-mail após o preenchimento do consentimento informado de cada participante. Os *focus group* foram conduzidos por uma entrevistadora e uma moderadora.

2.2.5. Análise de dados

A técnica de análise de conteúdo foi realizada segundo Bardin (2016). Segundo a autora, a análise de conteúdo segue um processo organizado, passando por várias etapas distintas (Bardin, 2016):

- Pré-análise: os investigadores organizam e preparam os dados para análise, o que pode incluir a transcrição de entrevistas, leitura e familiarização com o material, e definição de categorias ou unidades de análise;
- Exploração do material: os investigadores imergem no material e começam a identificar unidades de significado, que podem ser palavras, frases ou extratos inteiros de texto relevantes para a pesquisa;
- Codificação: os investigadores atribuem rótulos ou códigos às unidades de significado identificadas durante a exploração do material. Esses códigos representam conceitos ou temas subjacentes presentes nos dados;
- Categorização: as unidades de significado codificadas são agrupadas em categorias ou temas mais amplos com base em semelhanças ou relações conceituais;
- Interpretação: os investigadores analisam as categorias identificadas e procuram entender os padrões, relações e significados subjacentes aos dados, procurando o que os dados revelam sobre o fenómeno em estudo;

- Apresentação dos resultados: por fim, os resultados da análise são apresentados de maneira clara e organizada, frequentemente utilizando citações ou exemplos para ilustrar as conclusões alcançadas.

A análise de dados segundo Bardin (2016) é um processo iterativo e reflexivo, no qual os pesquisadores constantemente revisam e refinam suas interpretações à medida que avançam na análise. Essa abordagem sistemática permite uma compreensão aprofundada e abrangente dos dados qualitativos coletados em pesquisas sociais e humanas.

Previamente à análise de dados foi realizada a transcrição integral dos focus group para posterior exploração do material. Nesta fase foi realizada a codificação, que permite garantir a pseudonimização e a confidencialidade dos dados, e transformar os dados brutos do texto para esclarecimento acerca das suas características (Bardin, 2016).

A categorização foi realizada após análise do texto da transcrição, tendo sido definidas categorias e subcategorias segundo o significado, sentido próximo e pertinência com os objetivos (Bardin, 2016).

2.2.6. Apresentação dos resultados

Participaram neste estudo 11 EEESMO, cuja identidade foi codificada através de PAG1, PBG1, PCG1, PDG1, PEG1, PFG1, PGG1, PHG2, PIG2, PJG2 e PKG2, sendo o código G1 ou G2 referente ao *focus group* 1 e *focus group* 2 respectivamente.

Da análise da transcrição dos *focus group* emergiram duas dimensões que se subdividem em categorias e subcategorias que se apresentam na Tabela 1 e Tabela 2.

Tabela 2 – Tabela de análise de conteúdo dimensão “Fatores facilitadores da utilização da hidroterapia”

<i>Dimensão</i>	<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>
-----------------	-------------------	----------------------

Fatores facilitadores da utilização da hidroterapia	1. Relação de proximidade entre os EEESMO e as mulheres	<ul style="list-style-type: none"> • Informação transmitida pelo EEESMO às mulheres • Respeito pelas expectativas das parturientes
	2. Possibilidade de utilização concomitante com outras estratégias de alívio da dor	-
	3. Existência de recursos que garantam a segurança no procedimento e o respeito pela privacidade, intimidade e acompanhamento no procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização wireless • Existência de campainha de alarme no duche • Existência de casa de banho individual com chuveiro • Possibilidade de permanência do acompanhante no serviço e no duche
	4. Experiência profissional e pessoal do EEESMO e conhecimento sobre a efetividade da estratégia	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de negociação com a equipa médica • Constatação da efetividade da estratégia na prestação de cuidados • Formação contínua • Feedback positivo por parte das mulheres durante o procedimento
	5. Manifestação da vontade da parturiente	<ul style="list-style-type: none"> • Informação prévia das parturientes acerca dos benefícios da estratégia • Exigência das mulheres • Menção da estratégia no plano de parto
	6. Articulação entre instituições, profissionais, grávida e acompanhante durante os cuidados pré-natais	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação com outras instituições de saúde • Informação transmitida nos Cursos de Preparação para o Parto (CPP)
	7. Apoio da equipa multidisciplinar e reconhecimento da autonomia do EEESMO e possibilidades de utilização que não estão dependentes da confirmação do início do TP	-

Tabela 2 – Tabela de análise de conteúdo dimensão “Barreiras da utilização da hidroterapia”

Dimensão	Categorias	Subcategorias
-----------------	-------------------	----------------------

Barreiras à utilização da hidroterapia	1. Estrutura física inadequada e escassez de recursos humanos e método de trabalho assente no modelo biomédico	<ul style="list-style-type: none"> • Impossibilidade da utilização do banho de imersão • Salas de partos não terem o mesmo tipo de recursos nas diferentes instituições
	2. Falta de consenso na avaliação dos critérios clínicos e nas condições necessárias para a implementação da estratégia	-
	3.. (Des)informação das parturientes	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de informação sobre utilização e benefícios da hidroterapia pela parturiente • Dificuldade na perceção da informação disponibilizada pelas circunstâncias do internamento hospitalar • Informação inadequada obtida na <i>internet</i> • Informação desajustada às diferentes realidades disponibilizada por profissionais de saúde • Falta de acesso das mulheres aos cuidados pré-natais
	4. Ausência de acompanhante e escassez de recursos para garantir a segurança do procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistência de monitorização wireless • Receio de <i>outcomes</i> negativos
	5. Questões culturais relacionadas com a exposição do corpo e com o significado atribuído à água	-
	6. Dificuldade de articulação entre os profissionais dos cuidados de saúde primários e os das salas de partos	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de formação pelos profissionais que ministram os CPP • Falta de articulação entre os profissionais que ministram os CPP e os EEESMO que exercem funções nas salas de partos
	7. Gasto excessivo de recursos ambientais	-

2.2.7. Discussão dos resultados

Na dimensão “Fatores facilitadores da utilização da hidroterapia” vários participantes referiram a relação de proximidade entre os EEESMO e as mulheres, fazendo referência à informação transmitida pelos EEESMO e o respeito pelas expetativas das parturientes: *“transmitirmos eficazmente aquela informação, aquela interação para ela viver aquilo de uma maneira diferente que a maior parte das mulheres vivem.”* (PBG1). Vários autores (American College of Nurse-Midwives, 2014; Hyatt et al., 2017) referem que os EEESMO assumem um papel importante enquanto prestadores de cuidados a

parturientes, na transmissão de informação acerca dos cuidados durante o TP e também acerca das estratégias não farmacológicas de alívio da dor do TP.

A experiência profissional na aplicação da hidroterapia para o alívio da dor do TP foi referida por todos os participantes, constatando a efetividade da estratégia na sua prática profissional, tal como evidenciado por Cooper et al. (2018); *“(...) acho que a hidroterapia é efetivamente muito, muito, muito eficaz para o alívio da dor e para o relaxamento e para a progressão do trabalho de parto. Para trabalhos de parto muito arrastados a hidroterapia para mim acho que é uma das medidas mais eficazes (...)”* (PFG1).

Apenas um participante referiu experiência com o banho de imersão *“Eu tive aqui há uns anos atrás experiência do uso da hidroterapia por banho de imersão, noutra contexto (...) medida não farmacológica para o alívio da dor.”* (PBG1). Este achado vai ao encontro do que é suportado pela literatura e também com o que pude observar durante a prestação de cuidados nos diversos contextos dos ensinamentos clínicos. Alguns autores apontam para o facto de os recursos para banho de imersão não estarem disponíveis na maioria dos serviços de bloco de partos, sendo o duche de água quente a forma mais utilizada nesta estratégia (Cooper et al., 2018; Dykes et al., 2017; Ferreira, 2016; Lewis et al., 2018; Tereso et al., 2023).

Tal como vários autores (Cooper et al., 2018; Dykes et al., 2017), a maioria dos participantes referiu que o acesso a um quarto individual equipado com casa de banho com duche era um fator facilitador para a aplicação da estratégia. Tendo os participantes que prestam cuidados em blocos de parto onde as casas de banho são partilhadas ou mesmo fora do quarto da parturiente, referido que isto se impunha como uma barreira à aplicação da estratégia. Neste campo surgiram fatores relacionados com o respeito pela privacidade da mulher e ainda a possibilidade da presença do acompanhante durante o duche: *“(...) as grávidas ficam assim um bocado desiludidas às vezes, de não poderem levar os acompanhantes com elas (...)”* (PIG2), *“(...) é muito facilitador, efetivamente, termos a casa de banho em todos os quartos (...)”* (PGG1).

Outro aspeto referido pelos participantes refere-se à manifestação da vontade da mulher, nomeadamente informação prévia acerca da aplicação da hidroterapia para o alívio da dor do TP, relacionada com a informação transmitida nos CPP como uma das principais fontes de informação das mulheres: *“(...) as grávidas que trazem plano de parto, ou que fizeram preparação para o parto, além da informação que trazem, habitualmente são*

elas próprias a solicitar, a ir ao duche, a fazer a hidroterapia. (...)" (PIG2). A literatura remete-nos também para o tópico da educação para a saúde pré-natal, nomeadamente acerca das estratégias não farmacológicas de alívio da dor, como um fator facilitador da aplicação da hidroterapia. (American College of Nurse-Midwives et al., 2017; Lindholm & Hildingsson, 2015).

Paralelamente foram referidos aspetos como a falta de informação sobre a utilização e benefícios da hidroterapia pelas mulheres, bem como a falta de acesso a cuidados pré-natais, a dificuldade na perceção da informação no momento da admissão e a informação desajustada às diferentes realidades dos blocos de partos.

O apoio da equipa multidisciplinar foi um dos aspetos referidos e que está em concordância com vários autores (Dykes et al., 2017; Hyatt et al., 2017), referindo que *"(...) a equipa médica até às vezes nos diz: "então não vão levantar aquela senhora, não vai tomar um banho? Ponham a senhora tomar banho." É até, às vezes, por insistência deles, os próprios médicos. (...)"* (PDG1). Por outro lado, a falta de consenso na avaliação dos critérios clínicos e nas condições necessárias para a implementação da estratégia foi apontada como uma barreira, conforme American College of Nurse-Midwives et al. (2017) referem. Alguns participantes mostraram preocupação relativamente à aplicação da hidroterapia em parturientes que possuíam cateter epidural no que concerne à manutenção da integridade do penso, contudo outros referiram que essa questão não era impedimento, instruindo as parturientes no cuidados com o penso.

Foram referidos aspetos acerca da existência de recursos que garantam a segurança no procedimento, tal como a possibilidade de monitorização CTG wireless e a existência de campainha de alarme no duche. Também foi referido que a presença do acompanhante durante a aplicação da hidroterapia poderá ser uma mais-valia em questões de segurança e acompanhamento do procedimento. A questão do acompanhamento da grávida durante a estratégia levantou questões como a escassez de recursos humanos, não permitindo que haja um acompanhamento individualizado à mesma durante a aplicação da estratégia: *"(...) rácios não nos permitem estarmos individualmente com uma das mulheres no duche (...)"* (PCG1); *"(...) às vezes também o volume de trabalho que pode ser muito, não impede que a pessoa faça hidroterapia, mas se calhar pode impedir esta individualidade da explicação de como fazer. E às vezes isso pode ser também um entrave (...)"* (PEG1).

Embora na literatura disponível as normas de segurança e critérios clínicos no que concerne à aplicação da hidroterapia, incidam sobre o banho de imersão, é possível traduzir parte delas para o duche de água quente. Um dos participantes referiu como parte da prestação de cuidados a transmissão de informação à parturiente que visa garantir a sua segurança: *"(...) é uma das chamadas de atenção que nós também tentamos fazer pelo risco de hipotensão, porque é uma casa de banho, é um sítio fechado, vapores e isso tudo, e penso que essa parte não está tão difundida, ou seja, a temperatura que deve ter no espaço de uma casa de banho, especialmente uma casa de banho pequena, como são as casas de banho interna (...)"* (PJG2).

Ao contrário dos resultados da RS que apontaram a existência de protocolos/guidelines como um fator promotor de segurança para o EEESMO na aplicação da hidroterapia (American-College of Nurse Midwives, 2016; Hyatt et al, 2017), este aspeto não foi referido por nenhum dos participantes.

A implementação da hidroterapia no contexto da prestação de cuidados à parturiente no primeiro estágio de TP, apenas deve ocorrer quando não existem fatores de risco maternos e fetais, e deve seguir um conjunto de indicações: ser implementada em grávidas saudáveis com idade gestacional entre as 37 e as 41 semanas, a temperatura da água deve situar-se entre os 36 e 37°C, deve ser proporcionado consentimento informado à parturiente, deve ser realizada auscultação dos batimentos cardíacos fetais intermitentemente e deve ser permitir a presença de pessoa significativa (American College of Nurse-Midwives, 2014; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016; Federación de Asociaciones de Matronas de España, n.d.; Silva et al., 2013).

O receio de outcomes negativos foi referido como uma das preocupações, relacionada com a inexistência de dispositivos de monitorização CTG wireless, sendo que nestes casos a parturiente ficaria sem vigilância do bem-estar fetal: *" (...) Acho que efetivamente os processos judiciais podem ser um entrave, porque há muitos profissionais de saúde que têm receio de efetivar a hidroterapia a determinadas grávidas, porque acham que a monitorização não vai ser tão boa, não se vai ouvir tão bem, o trabalho de parto pode ser precipitado, pode haver alguma distócia e acabam por ter receio (...)"* (PFG1).

A aplicação da hidroterapia pode ser influenciada por questões culturais que afetam as preferências, atitudes e práticas das pessoas em relação ao uso da água como terapia. Este aspeto foi referido por alguns participantes: *"(...)Porque quando são as*

muçulmanas que elas vêm com aqueles trajes, indianas, do Paquistão, do Bangladesh, aquilo de ir ao banho para elas, incentivá-las a ir ao banho é muito difícil. Para elas é o banho, portanto, e mais nada (...) (PJG2); *“(...) esta parte do banho com este tipo de população, portanto, é mais difícil de conseguir incentivá-las a ir a fazer hidroterapia (...)*” (PJG2).

2.2.8. Considerações finais e implicações para a prática de cuidados

Este estudo permitiu evidenciar que a utilização da hidroterapia enquanto estratégia não farmacológica de alívio da dor do TP é uma prática comum pelos EEESMO. Existe uma preocupação com a transmissão de informação com base científica às parturientes acerca dos seus benefícios, no entanto a educação para a saúde no período pré-natal mostrou-se como uma das vertentes mais importantes na implementação desta estratégia e que carece de investimento.

Esta falta de informação pela mulher emerge como um obstáculo à aplicação da hidroterapia, no entanto é reconhecido o papel preponderante do EEESMO durante os cuidados ao longo do TP, no sentido de prestar esclarecimentos acerca da estratégia e até no acompanhamento presencial durante a aplicação.

As influências culturais podem variar significativamente de uma comunidade para outra e podem impactar a aceitação e adoção da hidroterapia como uma prática de saúde. Portanto, é importante considerar e respeitar as diferenças culturais ao implementar a aplicação da hidroterapia, adaptando-os conforme necessário para garantir que sejam culturalmente sensíveis e apropriados para as comunidades-alvo.

Verifica-se que o melhoramento das infraestruturas dos blocos de parto de modo que a parturiente tenha acesso a um quarto com casa de banho individual é um dos aspetos que carece de investimento por parte das instituições.

A possibilidade da presença do acompanhante foi relatada como um fator importante no sentido em que a sua presença tranquiliza a parturiente e também é um fator de segurança para os EEESMO quando estes não podem acompanhar a parturiente durante a aplicação da hidroterapia.

Verifica-se que existe um conhecimento generalizado dos EEESMO no que concerne aos benefícios da estratégia e no contributo da estratégia na experiência de parto da mulher.

2.2.9. Limitações do estudo

Como limitações do estudo considera-se a dificuldade na angariação de participantes de forma a obter diversidade no que concerne às instituições de saúde e contextos de cuidados. Todavia os objetivos propostos para o estudo foram alcançados e emergiram contributos válidos para o cuidado especializado à mulher no que concerne à aplicação da hidroterapia como estratégia de alívio da dor durante do TP.

2.3. Disseminação da temática

A prática baseada em evidência científica, a contribuição para a evolução e formação dos pares através da disseminação do conhecimento em diversos contextos assume-se como uma das competências do Enfermeiro Especialista (OE, 2019b).

Ao longo da unidade curricular ER desenvolvi as seguintes atividades de forma disseminar conhecimento sobre a temática em estudo:

- No contexto clínico de Cuidados de Saúde Primários através do planeamento de sessão de formação às grávidas/casais a frequentar o CPP (Apêndice IX), da sua realização (Apêndice X) e avaliação em formulário no *Google Forms* (Apêndice XI);
- Na Conferência “Barreiras e fatores facilitadores na utilização no duche de água quente no cuidado especializado à parturiente com dor: o mapeamento de evidência” apresentada na mesa “Hidroterapia: da produção do conhecimento à disseminação”, do 1º Seminário Internacional de Investigação do Projeto Hidra2Born-Prática Baseada em Evidencia para o Alívio da Dor Durante o Trabalho de Parto, realizado online no dia 24 de fevereiro de 2023 (Anexo I);
- No 2º Webinar do Departamento de Enfermagem Médico--Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: A evidência na intervenção clínica, que decorreu no

dia 10 de novembro de 2022, com apresentação de Comunicação Oral (Anexo II).

- Integração no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa como investigadora.

3. Percurso de Aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A aquisição de competências especializadas engloba não só as que são específicas a uma determinada área do conhecimento, mas também as competências comuns do Enfermeiro Especialista definidas no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019b). Estas competências envolvem “as dimensões da educação dos clientes e partes, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, 2019b, p.4744). O perfil de competências específicas do EEESMO integra um conjunto de competências clínicas especializadas que se encontra descrito no Regulamento n.º 391/2019 (OE, 2019a), e que destaca as intervenções autónomas do EEESMO no seu exercício profissional.

Neste capítulo será realizada uma reflexão crítica acerca do percurso concretizado nos diferentes contextos de estágio e que permitiram o desenvolvimento das competências de EEESMO, tendo por base as competências descritas no Regulamento n.º 391/2019 (OE, 2019a) e também as descritas no *Essential Competencies for Midwifery Practice* (International Confederation of Midwives, 2019).

3.1. Cuidar a mulher em idade fértil inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

O desenvolvimento de competências no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional decorreu essencialmente no contexto de cuidados de saúde primários.

A Saúde Reprodutiva define-se como um bem-estar físico, mental e social em todos os aspetos relacionados com o sistema reprodutivo, as suas funções e processos, o que implica o direito a uma vida sexual satisfatória e segura, e à decisão sobre a reprodução. Isto implica que a população tenha acesso a serviços de saúde adequados

que garantam métodos de planeamento familiar seguros e eficazes (Direção Geral da Saúde, 2008).

As atividades desenvolvidas neste âmbito compreenderam a participação em consultas de Planeamento Familiar, sendo a maioria a utentes sem médico de família. A autonomia do EEESMO nestas consultas torna-se relevante para a vigilância da saúde destas mulheres, dado que o acesso aos cuidados de saúde primários é mais difícil. Durante a consulta era realizada a anamnese e o preenchimento do Boletim de Planeamento Familiar e eram prestados cuidados mediante as necessidades individuais de cada utente.

Foi realizado aconselhamento sobre métodos contraceptivos a mulheres de diversas faixas etárias, níveis socioeconómicos e culturas, sendo a individualização dos cuidados uma preocupação constante. Nas consultas de planeamento familiar em que participei apenas estiveram presentes mulheres. Tendo em conta que a conceção envolve uma interação sexual entre um homem e uma mulher, poderia esperar-se que a contraceção, fosse o resultado da colaboração de ambos os parceiros envolvidos na relação. No entanto, muitas mulheres destacam que os homens participam minimamente nos esforços de contraceção (Marcolino & Galastro, 2001).

Na prestação de cuidados foi consultado o Consenso sobre Contraceção 2020 (Pacheco et al., 2020) de forma a fundamentar a prestação dos cuidados em evidência científica, tendo sido também consultado o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (Direção Geral da Saúde, 2008). Neste âmbito foi possível praticar a técnica de colocação e remoção de implante subcutâneo e de colocação de sistema intra-uterino. Segundo o Parecer n.º 274/2010 da OE, a colocação do implante subcutâneo e do sistema intra-uterino constituem intervenções interdependentes que requerem prescrição médica, mas cuja aplicação pode ser realizada pelo EEESMO desde que o mesmo tenha adquirido formação e treino, quer em contexto académico quer em contexto de formação contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A autonomia do EEESMO nas consultas de planeamento familiar é particularmente importante neste contexto pois contribui para uma maior eficiência, acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde reprodutiva desempenhando um papel crucial no empoderamento das mulheres e famílias em relação à saúde reprodutiva, fornecendo

informações claras e confiáveis que permitem às mulheres tomar decisões informadas sobre seu corpo e a sua fertilidade.

Durante a participação em consultas pré-concepcionais foi consultado o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco da Direção-Geral da Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015). A autonomia e a capacidade de intervenção do EEESMO na saúde pré-concepcional são vitais para promover uma gravidez planeada e saudável, reduzindo assim os riscos de complicações.

3.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Durante os contextos de cuidados de saúde primários e de medicina materno-fetal foi possível desenvolver esta competência. No âmbito dos cuidados de saúde primários foram realizadas consultas de vigilância da gravidez de baixo risco, sessões de preparação para o nascimento e parentalidade e de recuperação pós-parto.

A assistência pré-natal é vista como uma série contínua de cuidados planeados e implementados pelo EEESMO, focados em facilitar a adaptação à gravidez, a adaptação à parentalidade e a preparação para o parto. O objetivo é promover a saúde da mulher e da criança, bem como assegurar uma experiência positiva (Cardoso et al., 2023). O aconselhamento, informação e apoio à grávida e família, a vigilância clínica e laboratorial, a deteção precoce de desvios à normalidade são intervenções que visam a promoção da saúde e bem-estar da grávida, do feto, do recém-nascido (RN) e da família (Machado, 2017).

As consultas basearam-se no modelo do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco da Direção-Geral da Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015), sendo as principais intervenções realizadas a determinação da idade gestacional, a avaliação da adaptação à gravidez, a avaliação da progressão ponderal, a validação e informação sobre os rastreios analíticos e ecográficos contemplados nas normas da Direção-Geral da Saúde n.º 37/2011 (Norma Da Direção-Geral Da Saúde n.º37/2011, 2011) e n.º 23/2011 (Norma Da Direção-Geral Da Saúde n.º 023/2011, 2013), a avaliação sobre o consumo de substâncias nocivas e medicamentos, o aconselhamento da suplementação durante a

gravidez, a avaliação do estado vacinal, o rastreio do cancro do colo do útero e a educação para a saúde individualizada a cada mulher.

Em cada consulta é avaliado o grau de risco através da tabela de Goodwin Modificada, sendo esta intervenção também muito importante no que concerne à necessidade de encaminhar as grávidas para cuidados diferenciados e é preenchido o Boletim de Saúde da Grávida, que constatei ser um elemento importante nos cuidados interdisciplinares e interinstitucionais. O Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco da Direção-Geral da Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015) preconiza que o risco seja calculado através da aplicação da escala de Goodwin modificada sendo que caso o score seja igual ou superior a 3 e igual ou inferior a 6 o risco é considerado médio e nos casos de score igual ou superior a 7 o risco é considerado alto.

Foram realizadas consultas a grávidas do primeiro ao terceiro trimestre, sendo as consultas orientadas consoante a idade gestacional e as necessidades individuais de educação para a saúde de cada grávida, considerando sempre os aspetos sociais, culturais e religiosos. Foi também realizada a auscultação dos batimentos fetais com recurso a doppler fetal, tendo sido possível o desenvolvimento desta competência. A monitorização da frequência cardíaca fetal está inerente à unidade de competência 2.2 do Regulamento n.º 391/2019 (Regulamento de Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2019) “Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situações de abortamento”, sendo particularmente importante na monitorização do bem-estar materno-fetal facilitando a identificação de desvios à normalidade e sustentando a tomada de decisão baseada em evidência científica.

Outra atividade desenvolvida foi a participação na realização de sessões do Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade. A preparação para o parto é entendida como um programa de saúde destinado a desenvolver na mulher e na pessoa significativa, conhecimentos, habilidades, autoeficácia e consciência da relação entre os seus recursos pessoais e o progresso do TP, visando uma experiência de parto positiva. O conteúdo específico de cada intervenção deve basear-se na avaliação inicial das expectativas, significados, conhecimentos e capacidades da mulher e da pessoa significativa que a irá acompanhar durante o TP.(Cardoso et al., 2023)

Estas sessões são organizadas pela equipa multidisciplinar, tornando-se uma mais-valia para as grávidas/casais dado os conteúdos serem abordados por peritos nas diferentes áreas que constituem os cursos. Estas sessões são momentos privilegiados de educação para a saúde, sendo o EEESMO um elemento central na transmissão de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas dado que acompanha a mulher desde o período pré-concepcional até ao período pós-parto, sendo os seus conhecimentos e competências reconhecidas pela OE (OE, 2019a).

Os temas abordados em cada sessão seguem as orientações da DGS sobre os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (Direção-Geral da Saúde, 2020a). Foram também realizadas consultas de plano de parto, sendo que esta era uma temática abordada durante as sessões dos cursos e depois as grávidas/casais tinham uma consulta onde se conversava sobre o seu plano de parto e onde eram prestados esclarecimentos sobre o mesmo.

No contexto de medicina materno-fetal, e dentro do âmbito da competência enunciada neste subcapítulo, as atividades desenvolvidas enfatizaram os cuidados à grávida de risco e com diagnóstico de patologia materna e fetal que necessitavam de internamento para vigilância do seu estado de saúde. A identificação do risco é realizada através da avaliação clínica, laboratorial e imagiológica, seja no período pré-concepcional ou a qualquer altura da gravidez.

A ameaça de parto pré-termo foi das condições clínicas com que mais frequentemente me deparei. É definida como a “existência, antes da 37ª semana de gestação, de contrações uterinas frequentes, regulares, dolorosas, com o segmento inferior uterino distendido, mas sem apagamento ou dilatação do colo” (Graça, 2017, p.333).

Participei na administração de fármacos nomeadamente de tocolíticos, sendo o mais utilizado o atosibano, um análogo da ocitocina e que (Graça, 2017b) se mostrou ser eficaz na inibição das contrações uterinas. Tem como principais efeitos secundários náuseas, hiperglicemia, cefaleias, tonturas, taquicardia, hipotensão e vômitos (European Medicines Agency, 2022). Esta administração implica cuidados especializados de enfermagem como a monitorização do bem-estar materno-fetal através da CTG, a avaliação dos sinais vitais, a educação da grávida para os seus efeitos secundários e o registo da administração.

O plano de cuidados a grávidas com ameaça de parto pré-termo depende do grau evolutivo da situação clínica. Os cuidados prestados incidiram em medidas preventivas como informar a grávida acerca do parto pré-termo, instruindo acerca da identificação de sinais e sintomas de TP, a identificação de sintomatologia de infeções genito-urinárias, a limitação da atividade física e a vigilância do bem-estar materno-fetal através da monitorização CTG (Graça, 2017b), mas também através do apoio emocional a estas mulheres.

O *stress*, a ansiedade e a depressão pré-natais têm sido reconhecidos pelas suas associações a resultados adversos no nascimento, incluindo baixo peso ao nascimento, parto pré-termo e depressão pós-parto (Obrochta et al., 2020). Sabendo que a saúde mental tem impacto na saúde do RN e da mulher, um dos aspetos fundamentais do plano de cuidados do EEESMO é a compreensão das expectativas e sentimentos da grávida/casal, que se vê longe do seu meio familiar. Neste sentido procurei conhecer o contexto familiar e social das mulheres a quem prestei cuidados de forma a poder estabelecer uma relação empática.

3.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

As atividades realizadas no âmbito do desenvolvimento da competência enunciada neste subcapítulo, decorreram no contexto de medicina materno-fetal e no de sala de partos.

No contexto de medicina materno-fetal foram realizadas atividades no âmbito dos internamentos para Indução do Trabalho de Parto (ITP). A Orientação n.º 002/2015 da DGS (DGS, 2015) preconiza como indicações para a maturação cervical e a ITP as complicações de saúde maternas ou fetais que beneficiem do término da gravidez, mas nas quais não existe necessidade de que o nascimento suceda em poucas horas. A mesma orientação refere que em todas as situações se pressupõe que os riscos de a gravidez prosseguir são superiores aos da maturação cervical e/ou ITP, sendo os motivos mais consensuais a patologia médica ou obstétrica grave, o oligoâmnios em gestação de termo, a restrição de crescimento intrauterino com alterações fluxométricas, a morte fetal e a gravidez não complicada que atinge as 41 semanas completas. Segundo Graça

(2017a) os riscos fetais, quando a gravidez ultrapassa as 42 semanas de gestação, aumentam significativamente, pelo que se consagrou a prática de induzir o TP às 41 semanas de gestação. Também a OMS, mais recentemente, emanou recomendações relativas à ITP de termo ou pós-termo em gravidezes não complicadas (World Health Organization, 2022a), onde não aconselha a ITP de forma rotineira em grávidas com idade gestacional inferior a 41 semanas, sendo que a partir das 39 semanas os riscos maternos e fetais são menores.

No contexto de sala de partos, os cuidados prestados incidiram às grávidas em TP, quer espontâneo ou induzido. O TP caracteriza-se como um conjunto de fenómenos fisiológicos, que levam à dilatação cervical, à progressão do feto pelo canal de parto e à sua expulsão para o exterior (Machado & Graça, 2017). Os mesmos autores dividem o TP em três estádios designados por dilatação, período expulsivo e dequitação. Contudo outros autores, como Lowdermilk (2006), apontam para um quarto estágio do TP, definido como o período de recuperação imediata, no qual se dá o restabelecimento da homeostase.

A maioria das mulheres admitidas no serviço de bloco de partos encontrava-se no primeiro estágio de TP. Notei que muitas mulheres se deslocavam ao hospital por contractilidade uterina dolorosa, procurando ajuda para o alívio da dor, mesmo numa fase latente do TP. Sendo que nos casos em que a mulher não tinha necessidade de internamento para controlo da dor, nem para vigilância materno-fetal, era aconselhada a voltar quando a contractilidade uterina fosse regular e dolorosa, caso concordasse. Isto vai ao encontro das recomendações da OMS que sugerem que o internamento de grávidas saudáveis em TP espontâneo deve ser protelado até à fase ativa do TP, após avaliação materno-fetal para excluir complicações (World Health Organization, 2018).

Caso a grávida solicite analgesia esta é disponibilizada, seja analgesia endovenosa ou locoregional. A analgesia do neuroeixo consiste na administração de fármacos no espaço epidural ou subaracnoideu, de forma a inibir a transmissão dos impulsos nervosos dolorosos. Esta técnica é a mais eficaz no alívio da dor do TP e não é condicionada pela progressão do TP, podendo ser realizada assim que a parturiente o solicitar (Lança, 2017). Também foi possível realizar educação para a saúde acerca das estratégias não farmacológicas de alívio da dor, bem como a sua implementação. Procurei implementar estas estratégias sempre que era essa a vontade da mulher. Pude

observar que a grande maioria das mulheres não estava informada acerca da existência e efetividade destas estratégias, o que poderá estar relacionado com a informação a que a mesma tem acesso durante a gravidez, nomeadamente nos cursos de preparação para o parto. Como forma de dar resposta à necessidade das parturientes a quem prestei cuidados e a desenvolver as minhas competências no recurso a estratégias não farmacológicas de alívio da dor frequentei um “Curso Aquamãe para Profissionais” com a duração de 40 horas (Anexo IV).

A OMS (2018) recomenda a utilização de estratégias de relaxamento, incluindo a hidroterapia, como medidas não farmacológicas de alívio da dor durante o TP, e refere que estas estratégias fomentam uma experiência de parto positiva para a mulher, ao promoverem um ambiente pacífico e sentimentos de confiança, força, controlo e conexão (OMS, 2018). Pude constatar que a sua implementação era uma mais-valia para as parturientes que se encontravam na fase latente do TP e que não queriam analgesia farmacológica numa primeira fase. O ensino clínico no bloco de partos serviu como uma oportunidade para divulgar e incentivar a utilização da hidroterapia através do duche de água quente. Prestei informações acerca dos seus benefícios, modo de aplicação e cuidados de segurança. O facto de existir casa de banho individual com sistema de duche em todas as salas de parto tornou-se num fator facilitador para a implementação desta estratégia. A existência de sistemas de monitorização CTG wireless e à prova de água também se revelou facilitador, no entanto o serviço apenas disponha de um equipamento wireless. No caso de este equipamento não estar disponível era realizada uma avaliação do bem-estar materno fetal e da presença de critérios clínicos que permitissem a interrupção temporária da monitorização CTG.

O Plano de Parto é um instrumento de carácter legal elaborado durante a gravidez que promove a reflexão e apoia as decisões das mulheres acerca do parto e dos procedimentos associados. Além disso, serve como guia para os profissionais envolvidos, orientando-os quanto aos serviços prestados (Mouta et al., 2017). A OMS (2018) apoia a utilização de planos de parto como parte das estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados prestados durante o TP. O plano de parto deve respeitar os desejos da mulher e estar alinhado com as práticas baseadas em evidências. É uma forma de empoderar as mulheres, permitindo-lhes tomar decisões informadas sobre os cuidados que receberão durante o parto. A discussão do plano de parto é enfatizada no serviço de bloco de partos

e no serviço de medicina materno-fetal (no caso de internamento para ITP), sendo sempre questionado à grávida se elaborou o mesmo e é feita a discussão entre o EEESMO e a grávida/casal.

É dada grande ênfase à comunicação com a grávida e ao estabelecimento de uma relação terapêutica e empática. A relação de honestidade e a capacitação e empoderamento da grávida são aspetos que fomentam uma experiência de parto positiva (World Health Organization, 2018). Durante os cuidados que prestei procurei sempre discutir todas as possibilidades, justificar as minhas práticas com as mulheres/casais e obter o consentimento informado da mulher. Considero que esta atitude de honestidade e empoderamento da mulher contribuiu significativamente para uma relação de confiança e para uma experiência positiva.

Segundo a OMS (2018) a monitorização cardiotocográfica contínua aumenta o risco de parto por cesariana sem melhoria do *outcome* do parto, e contribui negativamente para a experiência de parto. A monitorização intermitente é recomendada pela OMS (2018), contudo esta exige rácios de EEESMO:grávidas específicos. A OE define como dotações seguras o rácio de 1:2 para o primeiro estágio de TP (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, 2019). A maioria das mulheres aceita a monitorização contínua e, de certa forma, vê-a como um fator de vigilância do bem-estar do feto. Os equipamentos de CTG *wireless* são uma mais-valia, dado que permitem uma maior mobilidade à parturiente. A OMS recomenda o incentivo na adoção da mobilidade e de posições verticais durante o TP em grávidas de baixo risco (WHO, 2018), tendo em conta que estas práticas podem diminuir o risco de parto por cesariana.

A ingestão de alimentos durante o TP continua a ser uma temática com alguma discórdia entre os profissionais. Durante o estágio pude observar que são oferecidas refeições completas às mulheres em fase latente do primeiro estágio de TP e que às mulheres que se encontravam na fase ativa do TP apenas era oferecido chá com ou sem açúcar, gelatina e água. Caso a grávida optasse por ingerir alimentos durante todo o TP, tal como a OMS recomenda (WHO, 2018), teria de ser a mesma a providenciar os alimentos. Apenas era pedido que informassem a equipa caso fosse essa a sua opção. Numa revisão da Cochrane Library (Singata et al., 2013) não se identificaram benefícios ou riscos associados à restrição de alimentos e fluidos orais durante o TP para mulheres

com baixo de risco de potencialmente necessitarem de anestesia geral. Os estudos analisados não tiveram em consideração as opiniões e sentimentos das mulheres, pelo que a escolha de ingerir ou não alimentos deverá ser da mulher.

Ao longo do primeiro estágio é realizada a avaliação da progressão, através da observação do comportamento da mulher e do exame vaginal. A OMS (2018) recomenda que o exame vaginal seja realizado numa frequência de 4/4 horas, contudo poderá ser realizado com maior frequência devido a condições da mãe e do feto. O exame deve, preferencialmente, ser realizado pelo mesmo profissional. Durante o estágio a realização do exame vaginal foi várias vezes protelada caso a equipa médica pretendesse avaliar a parturiente dentro um espaço de tempo reduzido e de modo a evitar um maior número de exames. Foi uma técnica que desenvolvi com facilidade e procurei sempre considerar as justificações para a sua realização ponderando se a sua realização me traria algum dado que modificasse a minha atuação.

Durante o segundo estágio de TP as parturientes são encorajadas a adotar a posição mais confortável. Também a OMS nas suas recomendações relativas aos cuidados intraparto advoga o mesmo (OMS, 2018). Procurei incentivar as parturientes a adotar posições que lhes fossem mais confortáveis, tendo sido possível assistir partos em diversos posicionamentos incluindo posições verticais e a utilização do banco de nascimento.

Foi possível praticar a manobra de Somersault nos fetos com presença de circulares cervicais do cordão umbilical, o que evita a laqueação precoce do cordão umbilical (Mercer et al., 2005) podendo o RN beneficiar da laqueação tardia do cordão umbilical, como por exemplo o aumento dos níveis séricos de ferro até aos seis meses de idade (World Health Organization, 2014).

Relativamente à prevenção de trauma perineal, a OMS (2018) recomenda a utilização de técnicas como a massagem perineal, a aplicação de compressas quentes e a proteção do períneo com uma mão através da Manobra de Ritgen. Relativamente à massagem perineal a evidência sugere que esta técnica pode aumentar a probabilidade de um períneo íntegro e a redução de lacerações de III e IV graus (OMS, 2018). Foi optado, durante os partos assistidos sob orientação tutorial, a abordagem de proteção perineal com uma mão entre o ânus e a fúrcula vaginal. A maioria das lacerações perineais foram de I grau, tendo sido possível praticar a técnica de sutura. Quanto à realização de

episiotomia, foi realizada apenas uma vez, e com o intuito de abreviar o período expulsivo por estado fetal não tranquilizador, havendo a preocupação de obter o consentimento da parturiente antes de a realizar.

Após a expulsão o RN é colocado em contato pele-a-pele com a mãe, caso não apresente necessidade de intervenções de reanimação. O contato pele-a-pele é uma medida recomendada pela OMS (2018) que previne a hipotermia do RN e promove a amamentação. Este contato deve ser mantido pelo menos durante uma hora ininterrupta, não havendo necessidade, no caso de RN saudáveis e sem complicações após o parto, de pesar imediatamente. Procurei sempre discutir este aspeto com as grávidas antes do parto, tendo o cuidado de transmitir a escolha da mulher ao profissional que prestasse os primeiros cuidados ao RN. Nos casos em que a mãe não tivesse condições era discutido com a parturiente se poderia ser a pessoa significativa a realizar contacto pele-a-pele com o RN.

O manejo ativo do terceiro estágio do TP consiste num conjunto de intervenções que incluem clampagem precoce do cordão, administração de uterotónicos, tração controlada do cordão para expulsão da placenta e massagem uterina, com o intuito de prevenir a hemorragia pós-parto. A tração controlada do cordão é uma técnica que implica o risco de inversão uterina, pelo que deverá ser realizada apenas por profissionais experientes (Hofmeyr et al., 2015). O manejo expectante do terceiro estágio consiste numa abordagem *hands off*, onde se aguardam os sinais de dequitação e a expulsão da placenta é espontânea ou com ajuda da gravidade e esforços da mulher. Neste caso não são administrados uterotónicos sendo o cordão clampado apenas quando pára de pulsar (Begley et al., 2019). Durante o estágio foi realizado um método misto que consistia na clampagem tardia do cordão, na espera dos sinais de dequitação e expulsão da placenta, na administração de uterotónicos e na realização de massagem uterina. Após a expulsão da placenta verifiquei sempre a mesma e as membranas com o intuito de validar a sua expulsão completa, sendo que no caso de membranas fragmentadas era solicitado apoio à equipa médica para realização de ecografia e, caso necessário, revisão uterina manual ou cirúrgica.

No quarto estágio do TP os cuidados são direcionados para a prevenção e deteção precoce de complicações maternas e do RN, e por isso ambos requerem uma vigilância frequente. A avaliação da mulher pressupõe: avaliação dos sinais vitais, verificação do

globo de segurança de *Pinard*, avaliação da existência de globo vesical, avaliação da perda hemática e avaliação do períneo (Crum, 2006). Para além desta avaliação prestei apoio no âmbito da amamentação e realizei educação para a saúde acerca do cuidados ao RN e do autocuidado da puérpera, procurando o empoderamento da mulher/casal.

No que concerne aos cuidados imediatos ao RN era realizada a limpeza das secreções da boca e do nariz com compressa e seguidamente era colocado no abdómen da mãe. Era realizada a estimulação tátil e a secagem do RN e o mesmo permanecia em contacto pele-a-pele com a mãe promovendo a adaptação à vida extra-uterina (OE, 2019a). Na ocorrência de partos distócicos assumi os cuidados ao RN realizando uma avaliação cefalo-caudal, promovendo a vinculação da diáde/tríade. Posteriormente era colocada a pulseira de identificação do RN com os dados da mãe e era administrada a vitamina k sob a forma de injeção intramuscular, após a obtenção do consentimento informado da mãe. A avaliação do peso, não sendo uma intervenção com carácter urgente, era protelada dando prioridade à vinculação entre mãe e RN.

Uma das competências do EEESMO é a conceção, planeamento, implementação e avaliação das intervenções de apoio à mulher e conviventes significativos, com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante e após o abortamento e após o aborto, incluindo no período de luto (ICM, 2019; OE, 2019a). O acolhimento destas mulheres/casais implica o conhecimento da história previamente à sua chegada, e sempre que possível deverão ser prestados cuidados sempre pelos mesmos elementos da equipa, de forma a manter a relação de confiança (National Bereavement Care Pathway, 2020). Durante o estágio pude aplicar algumas estratégias nos cuidados a estas mulheres como providenciar, sempre que possível, um quarto mais afastado dos quartos onde havia RN, discuti com as mulheres/casais acerca das suas preferências relativamente ao parto: se iriam querer ver o bebé, fazer impressões plantares e tirar fotografias. Também eram oferecidos um boneco em forma de polvo e um gorro, como forma de lembrança do bebé. Outro aspeto importante cuidados refere-se à educação para a saúde após a alta que aborda os seguintes temas: inibição da lactação e quais os cuidados a ter com as mamas; cuidados relativos às perdas hemáticas, sinais de alarme, retoma da atividade sexual e fertilidade. Houve um caso particular em que a mulher tocou à campainha e quando chegámos ela estava sentada na sanita, assustada, e a dizer que não queria ver o bebé. Foi um momento marcante para mim, pois era visível o sofrimento

daquela mulher e tive dificuldade em comunicar com a mesma. Pedimos à mulher que fechasse os olhos enquanto clampávamos o cordão e removíamos o corpo do feto e levámo-la para o leito e explicámos o que iria suceder a seguir. É fundamental conhecer as expectativas das mulheres/casais de forma a podermos antecipar algumas situações e prestarmos os melhores cuidados possíveis.

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

Esta competência foi desenvolvida nos contextos de cuidados de saúde primários, serviço de bloco de partos e serviço de puerpério.

No contexto de cuidados de saúde primários foram desenvolvidas atividades no âmbito do Curso de Recuperação Pós-Parto. As sessões do curso permitiram novamente evidenciar a importância do EEESMO nesta fase do ciclo de vida das mulheres e casais: “concebe, planeia, coordena, supervisiona e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável” (OE, 2019a). Numa das sessões onde se abordava a saúde mental pós-parto várias mulheres referiram as dificuldades que sentiam nesta fase das suas vidas o que lhes permitiu criar empatia entre mulheres/casais. A depressão pós-parto tem uma prevalência de 12% a 16%, e de 50% no caso de existência de outros fatores de risco (gravidez na adolescência, história anterior de depressão) (Direção-Geral da Saúde, 2005). O EEESMO tem um papel fundamental na promoção da saúde mental da mulher através da identificação suporte e referenciação das puérperas em risco.

O apoio à amamentação assume um papel de destaque no âmbito dos cuidados à puérpera, sendo o EEESMO o profissional privilegiado neste âmbito. Sendo esta uma das áreas que mais dúvidas suscita nas puérperas, é importante o EEESMO procurar a atualização de conhecimento. Procurei apoiar o aleitamento materno através da educação para a saúde às puérperas relativa à lactação, à utilização de tetinas ou chupeta, observando o RN a mamar de forma a avaliar a pega, avaliando a condição da mama e solicitando o apoio interdisciplinar sempre que necessário. O empoderamento da puérpera é fundamental para que a amamentação seja bem-sucedida, sendo importante

dar feedback positivo, prestar apoio emocional e esclarecer dúvidas enquanto estratégias de promoção e proteção do aleitamento materno (ICM, 2019; OE, 2019a; World Health Organization, 2017).

Realizei a avaliação do estado geral da puérpera seguindo as recomendações da OMS (OMS, 2022b) nomeadamente avaliação fisiológica da puérpera que contempla a avaliação do tónus uterino, das características dos lóquios, da involução uterina, dos sinais vitais e da eliminação vesical e intestinal, do períneo ou da ferida cirúrgica, das mamas e de queixas apresentadas pela puérpera. Os cuidados à puérpera tiveram especial foco na promoção e educação para a saúde, sendo todas as oportunidades aproveitadas para tal. Prestei aconselhamento sobre os cuidados ao períneo (em caso de parto vaginal) ou cuidados com a ferida operatória (em caso de parto por cesariana), bem como esclarecimentos sobre sinais de alerta no pós-parto e contraceção no pós-parto (IC, 2019; OE, 2019a).

Uma das competências do EEESMO é o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal. Os cuidados prestados visaram a avaliação física do RN (International Confederation of Midwives, 2019; OE, 2019a). Os cuidados ao RN para além da avaliação física e da alimentação, também incluíram a administração da vacina anti-hepatite B, o rastreio auditivo neonatal universal e o rastreio das cardiopatias congénitas. Também a promoção e educação para a saúde acerca dos cuidados ao RN foi realizada, com ênfase no desenvolvimento do RN, sinais de alarme, cuidados de higiene, cuidados promotores da cicatrização do local de inserção do coto umbilical, vestir e despir o RN, conforto e prevenção de síndrome de morte súbita do lactente.

Foi realizada a avaliação da glicémia a RN com risco de hipoglicémia, nomeadamente a RN prematuros, com peso inferior a 2500 gramas, com peso superior a 4500g, filhos de mães com diabetes, com recusa alimentar e/ou com sintomatologia clínica. Os sinais de hipoglicémia do RN são: letargia, tremores, irritabilidade, convulsões, depressão respiratória, choro gritado e hipotermia (Sociedade Portuguesa de Neonatologia & Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2013). Neste sentido foram realizadas as avaliações de glicémia conforme o protocolo do serviço e obtendo sempre o consentimento dos pais. Apoiei as mães/pais destes RN no sentido da realização da educação para a saúde relativa ao procedimento e à alimentação dos mesmos, de forma a prevenir a

hipoglicémia. Também realizei a vacinação contra a hepatite B e punções venosas para colheita de sangue. Sempre que possível estas técnicas foram realizadas em contacto pele com pele, ao colo ou durante a amamentação de forma a minimizar a dor (Orientação Da Direção-Geral Da Saúde n.º 024/2012, 2012).

No momento da alta foram reforçados os cuidados ao RN, à puérpera, no âmbito da sexualidade e contraceção, recursos disponíveis na comunidade, sinais e sintomas de alarme e vigilância de saúde da puérpera e RN, transporte do RN, prevenção de acidentes e esclarecidas dúvidas (OE, 2019a).

Foi possível prestar cuidados a RN internados em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Todos os RN a quem prestei cuidados eram prematuros. A prematuridade é a quarta causa de morte mundial (World Health Organization, 2023). O parto prematuro é aquele que ocorre quando a idade gestacional é inferior a 37 semanas. O RN pode ser categorizado como extremamente prematuro se inferior a 28 semanas, muito prematuro se entre as 28 e as 32 semanas de IG e prematuro moderado a tardio se entre as 32 e as 37 semanas de IG (World Health Organization, 2023). A prematuridade torna os RN mais vulneráveis a problemas respiratórios, de neurodesenvolvimento, a infeções, a dificuldades na alimentação e regulação térmica corporal, sendo a longo prazo um fator de risco para doença crónica em idade adulta (World Health Organization, 2023).

A necessidade de dispositivos médicos pode limitar o contato físico entre os pais e o bebê, o que é crucial para a formação de um vínculo afetivo. Pais de RN internados na UCIN experimentam um aumento no sofrimento, incluindo maior ansiedade, depressão e sintomas de trauma, comparados aos pais de RN saudáveis. Esse sofrimento tem sido associado a múltiplos fatores, incluindo a adaptação à realidade de ter um bebê doente, o estresse do ambiente da UCIN e o isolamento físico e emocional do RN (Carter, 2005). Diante destes desafios, é essencial que os profissionais de saúde reconheçam o impacto emocional e psicológico nos pais e forneçam o apoio necessário para ajudá-los durante esta experiência desafiadora. O EEESMO pode ser um elemento que intervém junto da mulher e conviventes significativos em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do RN, cooperando com a equipa multidisciplinar no tratamento mesmo, prestando apoio emocional e na transição para a parentalidade (ICM, 2019; OE, 2019a).

O *Neonatal Integrative Developmental Care Model* é uma estrutura que orienta a prática clínica em muitas unidades de cuidados intensivos neonatais, e que assenta em

sete medidas fundamentais para o cuidado neuroprotetor do desenvolvimento, centrado na família de RN prematuros: ambiente de cura (*healing environment*), parceria de cuidados com a família (*partnering with families*), posicionamento e manuseio (*positioning and handling*), proteção do sono (*safeguarding sleep*), redução do stress e dor (*minimizing stress and pain*), proteção da pele (*protecting skin*) e otimização da nutrição (*optimizing nutrition*) (Altimier & Phillips, 2016).

Os cuidados neuroprotetores podem ser definidos como estratégias e intervenções que promovem o desenvolvimento cerebral. Quanto mais prematuro é um RN, mais vulnerável e frágil é o seu cérebro e mais difícil é providenciar cuidados neuroprotetores de forma efetiva e consistente desde o momento do seu nascimento (Altimier & Phillips, 2016). Contudo Altimier & Phillips (2016) defendem que todos os RN, independentemente da idade gestacional com que nascem, merecem cuidados neuroprotetores durante o período de hospitalização, devido ao seu rápido desenvolvimento neurológico e crescimento cerebral.

Assim os cuidados prestados aos RN prematuros foram sempre planeados de forma a reduzir o número de manipulações e a diminuir o impacto do ambiente da UCIN no RN. A diminuição do ruído e luminosidade, a manutenção da temperatura e humidade da pele, a diminuição da manipulação do RN, a manipulação suave e gentil, a promoção do posicionamento apoiado com alinhamento corporal e flexão dos membros imitando o posicionamento dentro do útero materno, foram cuidados sempre presentes durante o estágio (Altimier & Phillips, 2016).

O contacto pele-com-pele é a base para os cuidados ao RN na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Este contacto é visto como o ambiente normal para o RN e permite uma regulação das funções vitais do mesmo (Altimier & Phillips, 2016).

A OMS refere que o Método Canguru é uma forma de providenciar os componentes dos cuidados neuroprotetores aos RN pré-termo e de baixo peso. Este método favorece a perceção dos pais acerca do seu RN, a sua capacidade de resposta às necessidades do RN e a sua confiança na prestação de cuidados (WHO & UNICEF, 2021).

Durante o estágio foi possível observar as intervenções promotoras de cuidados neuroprotetores e refletir de que forma o EEESMO pode adequar a sua prática enquanto prestador de cuidados a grávidas/RN/famílias.

A OMS e a UNICEF no documento *Nurturing Care for Every Newborn* (WHO & UNICEF, 2021), referem que os *Nurturing Care* podem ser aplicados não só após o nascimento, mas também durante a gravidez e TP. Durante a gravidez, através da vigilância da mesma, sendo cada consulta uma oportunidade de aconselhamento e de educação para a saúde, e durante o TP promovendo uma experiência de parto positiva, permitindo que a grávida seja acompanhada por uma pessoa da sua escolha e evitando procedimentos desnecessários. Assim a promoção de uma experiência de parto positiva torna-se num aspeto fundamental para os *Nurturing Care*, sendo mais facilmente atingido quando os cuidados são liderados pelo EEESMO (WHO & UNICEF, 2021).

Após o nascimento também o EEESMO tem um papel fundamental na promoção dos cuidados neuroprotetores, dado que estes beneficiam não só os RN prematuros, mas também os RN de termo. Assim como estratégias e intervenções que se alinhem com a filosofia dos cuidados neuroprotetores e que podem ser implementadas no bloco de partos, surgem: a promoção de um ambiente calmo e com poucos estímulos e do contacto pele-com-pele imediato sempre que possível, a promoção do aleitamento materno, a educação para a saúde à família enquanto parceiros de cuidados e a promoção de estratégias não farmacológicas em procedimentos geradores de dor e stress.

3.5. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

O desenvolvimento desta competência foi realizado durante o estágio de cuidados de saúde primários e de serviço de ginecologia.

No âmbito dos cuidados de saúde primários tive oportunidade de participar no rastreio do cancro do colo do útero, através da realização de citologia do colo do útero. O rastreio é indispensável para a deteção e tratamento de lesões neoplásicas cervicais que possam evoluir para neoplasia, sendo o principal objetivo a redução da incidência deste cancro (Pedro et al., 2023). O EEESMO tem neste âmbito um papel autónomo na sua intervenção e de extrema importância na vigilância das mulheres. Identifiquei as

necessidades das mulheres e realizei educação para a saúde às mulheres a quem realizei consulta no âmbito do planeamento familiar acerca da periodicidade o rastreio e a sua finalidade. Nas situações em que os rastreios eram positivos para presença de Papilomavírus Humano (HPV) era realizado contacto telefónico com essas mulheres no sentido de prestar esclarecimentos acerca do seguimento posterior.

A prevenção primária do cancro do colo do útero consiste na vacinação contra o HPV que se mostrou uma medida eficaz com impacto real na doença (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2014). O Programa Nacional de Vacinação prevê a sua administração às crianças com 10 anos de idade, sendo também aplicável às crianças do sexo masculino nascidas a/ou após 2009 (Direção-Geral da Saúde, 2020b). Contudo a vacinação de mulheres até aos 26 anos, que não foram vacinadas no âmbito do Programa Nacional de Vacinação, é uma medida de grande eficácia de prevenção primária. A vacinação de mulheres com idade superior a 26 anos tem uma relação custo/benefício discutível em termos de saúde pública, mas confere uma proteção individual significativa. No estágio em contexto de cuidados de saúde primários foi possível administrar esta vacina às mulheres que possuíam a sua prescrição médica.

As atividades desenvolvidas no estágio de contexto de Ginecologia consistiram na prestação de cuidados a mulheres com patologia do foro ginecológico, em particular às mulheres submetidas a tratamento cirúrgico. O EEESMO concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento e com complicações pós-cirúrgicas (OE, 2019a). Foi realizada a anamnese, a avaliação geral do estado de saúde da mulher e elaborado o plano de cuidados. Foi também confirmado se os exames pré-operatórios tinham sido realizados. A observação e anamnese devem ser detalhadas e realizadas minuciosamente, pois poderá haver algum fator que impede a realização do tratamento, sendo o Enfermeiro o primeiro elemento a contactar com a mulher. De forma a dar resposta a estes cuidados baseei-me nos protocolos existentes no serviço e também nos Consensos Nacionais sobre Cancro Ginecológico (Sociedade Portuguesa de Ginecologia - Secção de Ginecologia Oncológica, 2020), dado que a maioria das doenças são do foro oncológico.

Um dos aspetos fundamentais no pré-operatório relaciona-se com a apreensão, ansiedade e receios da mulher. A maioria das mulheres compreendia a intervenção a que ia ser submetida, dado que na altura da consulta médica a mesma era explicada. Contudo

o apoio emocional é fundamental a estas mulheres que se mostram receosas e ansiosas com todo o processo de doença e com o internamento hospitalar.

A maioria das situações clínicas diziam respeito a cancro da mama, sendo grande parte destas associadas a uma intervenção cirúrgica como a tumorectomia com biópsia do gânglio sentinela ou mastectomia simples ou radical, havendo posteriormente um seguimento das mulheres em consulta de patologia da mama. Outras situações clínicas frequentes durante o estágio relacionaram-se com patologia do colo do útero, útero e ovários, sendo os tratamentos mais frequentes a miomectomia, a histerectomia e a salpingectomia. Também foi possível prestar cuidados a mulheres em situação clínica de hemorragia uterina anómala. Foi interessante compreender melhor a orientação dos cuidados e tratamento a estas mulheres, tendo sido consultado o Consenso Nacional sobre Hemorragias Uterinas Anormais (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018).

Os cuidados prestados focaram-se no planeamento, implementação e avaliação das intervenções às mulheres submetidas a tratamento de afeções do foro ginecológico, com destaque para os cuidados pós-operatórios, e também no planeamento, implementação e avaliação de medidas de suporte emocionais e psicológicas, dada a carga emocional que a doença ginecológica tem na mulher, no âmbito da sua autoestima e saúde mental. Às mulheres submetidas a mastectomia é dada a oportunidade de aquisição de prótese mamária externa por mulheres submetidas a mastectomia, que é fornecida gratuitamente pelo hospital e o aconselhamento é realizado pelo enfermeiro. Foi interessante poder contribuir neste aconselhamento, no sentido em que esta questão é tão íntima e importante para as mulheres, e constatar novamente a importância do papel que o EEESMO assume através dos cuidados especializados, prestando apoio emocional e referenciando para a equipa multidisciplinar sempre que necessário.

Durante a prestação de cuidados às mulheres submetidas a cirurgia da mama um dos aspetos fundamentais relaciona-se com a educação para a saúde, nomeadamente dos cuidados pós-operatórios, pois são necessárias várias adaptações à sua nova condição, nomeadamente a necessidade da realização de tratamento à ferida cirúrgica, os cuidados com o membro superior do lado submetido à intervenção e os cuidados com a realização de atividade física com os membros superiores. Assim a informação e orientações transmitidas são de extrema importância para que a vivência deste processo ocorra da melhor forma possível.

Foi possível assistir às consultas de ginecologia, nomeadamente nos exames especiais. Assisti a colposcopias, o que permitiu compreender como é realizado o diagnóstico, orientação terapêutica e seguimento das mulheres com patologia do colo do útero. Tendo em conta que no estágio em contexto de cuidados de saúde primários foi possível realizar rastreio do cancro do colo do útero e referenciar mulheres para consulta hospitalar desta patologia, a participação nesta consulta permitiu consolidar conhecimentos teóricos e compreender melhor o percurso da mulher.

Assisti a uma cirurgia de histerectomia total, sendo possível acompanhar a mulher na admissão ao serviço de internamento, durante a cirurgia e no pós-operatório, o que permite compreender melhor o processo pelo qual a mulher passa e desta forma poder prestar melhores cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório, enquanto exercício de reflexão e análise, encerra um percurso complexo de transição entre o papel de enfermeiro de cuidados gerais e o de enfermeiro especialista.

Ao longo do Unidade Curricular ER desenvolvi autonomia e confiança na prestação de cuidados especializados, resolução de problemas complexos e tomada de decisão. Os estágios nos diversos contextos permitiram o aprofundamento de conhecimentos e o desenvolvimento de competências legalmente previstas para o enfermeiro especialista e para o EEESMO.

A revisão da literatura e a investigação primária sobre as perspetivas do EEESMO sobre a utilização da hidroterapia para alívio da dor durante o TP, fortaleceram a minha perspetiva acerca desta estratégia e incentivaram-me a aplicá-la na prática de cuidados. Foi motivador observar a sua eficácia e a forma como sua utilização pode promover uma experiência de parto positiva. A investigação primária veio ressaltar o papel do EEESMO na educação para a saúde da grávida no âmbito dos CPP, bem como no acompanhamento do TP.

O curso de mestrado não foi apenas um período de formação académica, mas também de crescimento pessoal e profissional que representa um marco importante na minha jornada contínua de aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- American College of Nurse-Midwives, American association of Birth Centers, Midwives Alliance of North American, & National Association of Certified Professional Midwives. (2017). A Model Practice Template for Hydrotherapy in Labor and Birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(1), 120–126. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12587>
- American College of Nurse-Midwives. (2014). Hydrotherapy during labor and birth. www.midwife.org
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Immersion in Water During Labor and Delivery Committee on Obstetric Practice.
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Barbieri, M., Henrique, A. J., Chors, F. M., De, N., Maia, L., Gabrielloni, M. C., & Correspondente, A. (2013). Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(5), 478–484.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Begley, C. M., Gyte, G. M., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., & Biesty, L. M. (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>
- Bergstrom, L., Richards, L., Morse, J. M., & Roberts, J. (2010). How Caregivers Manage Pain and Distress in Second-Stage Labor. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 55(1), 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.05.001>
- Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M. & Robson, K. (2001). *Focus groups in social research*. London: Sage.
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023). *Guia Orientador de boas práticas - Preparação para o Parto* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.; Papa-Letras).
- Carter, J. D. (2005). Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 90(2), F109–F113. <https://doi.org/10.1136/adc.2003.031641>

- Cluett, E. R., & Burns, E. (2009). Immersion in water in labour and birth. In Cochrane Database of Systematic Reviews (Issue 2). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub3>
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padrões-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Cooper, M., Warland, J., & McCutcheon, H. (2018). Australian midwives views and experiences of practice and politics related to water immersion for labour and birth: A web based survey. *Women and Birth*, 31(3), 184–193. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.001>
- Coutinho, C. (2021). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª ed.). Almedina.
- Crum, K. (2006). Cuidados de enfermagem no quarto trimestre. In *Enfermagem na Maternidade* (7a, pp. 490–520). Lusodidata.
- Decreto-Lei n.o 74/2006 Do Ministério Da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Diário da República: I Série-A n.o 60 (2006).
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Saúde Reprodutiva - Planeamento Familiar* (Direção Geral da Saúde, Ed.). <http://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco* (Direção-Geral da Saúde, Ed.). www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2020a). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade- CPPP e Cursos de recuperação pós-parto-CRPP Equidade na transição para a maternidade e a paternidade* (Direção-Geral da Saúde, Ed.). www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2020b). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>
- Dykes, H., Johnson, J., Frazer, C., & Hussey, L. (2017). Overview of Hydrotherapy During Labor. *Internacional Journal of Childbirth Education*, 32(4), 45–47. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3794>
- European Medicines Agency. (2022, March 30). *Resumo das características do medicamento*. https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2016/20161219136723/anx_136723_pt.pdf

- Federación de Asociaciones de Matronas de España. (n.d.). INICIATIVA PARTO NORMAL - Documento de consenso (1a). Retrieved June 11, 2022, from https://orbananos.files.wordpress.com/2008/03/ipn_libro.pdf
- Ferreira, S. S. (2016). Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor. In *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1a, pp. 416–424). Lidel.
- Gibson, M. E. (2021). Pain Relief During Childbirth in the Context of 50 Years of Social and Technological Change. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(4), 369–381. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.04.004>
- Gonçalves, S., Gonçalves, J., Marques, C. (2021) – *Manual de Investigação Qualitativa: Conceção, Análise e Aplicações*. Lisboa: Lidel
- Graça, L. (2017a). Gravidez prolongada e indução do trabalho de parto. In *Medicina Materno Fetal* (5a, pp. 382–388). Lidel.
- Graça, L. (2017b). Parto pré-termo. In Lidel (Ed.), *Medicina Materno Fetal* (5a, pp. 333–348).
- Hofmeyr, G. J., Mshweshwe, N. T., & Gülmezoglu, A. M. (2015). Controlled cord traction for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008020.pub2>
- Hyatt, J., Lange, G., & Diegmann, E. (2017). Factors Affecting Midwives' Decision to Offer Complementary and Alternative Medicine/Nonpharmacological Pain Relief Methods for Labor and Birth. *International Journal of Childbirth*, 7(2), 77–86. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.7.2.77>
- International Confederation of Midwives. (2019). *Essential Competencies for Midwifery Practice*.
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009234.pub2>
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009) *Focus groups: A practical guide for applied research* (4th Ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Lança, F. (2017). Analgesia e anestesia no parto. In *Medicina Materno Fetal* (5a, pp. 260–271). Lidel.
- Lee, S. L., Liu, C. Y., Lu, Y. Y., & Gau, M. L. (2013). Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42(1), 19–28. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01424.x>
- Lewis, L., Hauck, Y. L., Butt, J., Western, C., Overing, H., Poletti, C., Priest, J., Hudd, D., & Thomson, B. (2018). Midwives' experience of their education, knowledge and

- practice around immersion in water for labour or birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(249). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1823-0>
- Lindholm, A., & Hildingsson, I. (2015). Women's preferences and received pain relief in childbirth – A prospective longitudinal study in a northern region of Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(2), 74–81. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.10.001>
- Lowdermilk, D. (2006). Trabalho de Parto e Nascimento. In *Enfermagem na Maternidade* (7a, pp. 333–354). Lusodidata.
- Machado, M. H. (2017). Vigilância da gravidez de baixo risco. In *Medicina Materno Fetal* (pp. 100–107).
- Machado, M. H., & Graça, L. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In *Medicina Materno Fetal* (5a, pp. 220–228). Lidel.
- Marcolino, C., & Galastro, E. P. (2001). AS VISÕES FEMININA E MASCULINA ACERCA DA PARTICIPAÇÃO DE MULHERES E HOMENS NO PLANEJAMENTO FAMILIAR. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(1), 77–82. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/yz9hm3MXhBVyFJLZkK68qbC/?format=pdf&lang=pt>
- Mccrea, B., & Wright, M. (1999). Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 877–884.
- Mercer, J. S., Skovgaard, R. L., Peareara-Eaves, J., & Bowman, T. A. (2005). Nuchal Cord Management and Nurse-Midwifery Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(5), 373–379. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.04.023>
- Mooventhan, A., & Nivethitha, L. (2014). Scientific evidence-based effects of hydrotherapy on various systems of the body. *North American Journal of Medical Sciences*, 6(5), 199–209. <https://doi.org/10.4103/1947-2714.132935>
- Morgan, D. (2019). *Basic and Advanced Focus Groups*. Sage.
- Mouta, R. J. O., Silva, T. M. D. A., De Melo, P. T. S., Lopes, N. D. S., & Moreira, V. D. A. (2017). PLANO DE PARTO COMO ESTRATÉGIA DE EMPODERAMENTO FEMININO. *Revista Baiana de Enfermagem* 31, (4). <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20275>
- National Bereavement Care Pathway. (2020). Stillbirth - Full Guidance Document (1a). NBCP. www.nbcpathway.org.uk
- Norma Da Direção-Geral Da Saúde n.o 023/2011, Exames Ecográficos na Gravidez de Baixo Risco (2013). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/exames-ecograficos-na-gravidez-de-baixo-risco.pdf>
- Norma Da Direção-Geral Da Saúde n.o37/2011, Exames Laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco (2011). <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Exames-laboratoriais-na-Gravidez-de-Baixo-Risco.pdf>

- Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem.
- Obrochta, C. A., Chambers, C., & Bandoli, G. (2020). Psychological distress in pregnancy and postpartum. *Women and Birth*, 33(6), 583–591. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.009>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Parecer n.o 274/2010. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_274_11032010_AplicacaoRemocaolImplantesSubcutaneos_Ceesmo_VFinal_proteg.pdf
- Orientação Da Direção-Geral Da Saúde n.o 024/2012, Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias) (2012). https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_nos_recem_nascidos_0_a_28_dias_.pdf
- Orientação n.o 002/2015 Da DGS (2015).
- Pacheco, P. A., Rosa Costa, A., Lanhoso, A., Teresa, A., Santos, A., Rodrigues, C., Rebelo, C., Capela, E., Águas, F., Geraldés, F., Solheiro, H., Martins, I., Santos Silva, I., Neves, J., Marques, P., Palma, F., Sousa, F., Gomes, G., Do, M., ... Ferraz, T. (2020). Consenso sobre Contraceção.
- Parecer N.o43/2019, Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2019).
- Pedro, A., Pacheco, A., Sousa, R., Mendinhos, G., Miranda, M., Urzal, C., Monteiro, V., Fraga, T., Pereira da Silva, D., Paula, T., Oliveira, I., Cabral, J., & Fonseca Moutinho, J. (2023). Orientações de Consenso para a Abordagem dos Resultados Alterados nos Testes de Rastreio do Cancro do Colo do Útero pela SPCPTGI. *Acta Médica Portuguesa*. <https://doi.org/10.20344/amp.18776>
- Pedro, L., & Oliveira, S. C. (2016). A Dor no Trabalho de Parto. In *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1a, pp. 411–412). Lidel.
- Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

- Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista, Pub. L. No. Regulamento n.o 140/2019, Diário da República, 2.a série — N.o26 — 6 de fevereiro de 2019 4744 (2019).
- Regulamento de Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Diário da República, 2.o série — N.o 85 13560 (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
- Ryan, K. E., Gandha, T., Culbertson, M. J., & Carlson, C. (2014). Focus Group Evidence. *American Journal of Evaluation*, 35(3), 328–345. <https://doi.org/10.1177/1098214013508300>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Santos, E., Varela, J., & Varela, V. (2013). Maternidade com Qualidade - Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto.
- Schuiling, K. D., & Sampsel, C. M. (1999). Comfort in Labor and Midwifery Art. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 31(1), 77–81. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00425.x>
- Silva, D., Ramos, M., Jordão, V., Silva, R., Carvalho, J., & Costa, M. (2013). USE OF NON-PHARMACOLOGICAL METHODS FOR PROVIDING PAIN RELIEF DURING THE NATURAL CHILDBIRTH: REVISÃO INTEGRATIVA. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 1539–1587. <https://doi.org/10.5205/reuol.4134-32743-1-SM-1.0705esp201309>
- Silva, E. F., Strapasson, M. R., & Fischer, A. S. (2011). Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 261–27
- Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia - Secção de Ginecologia Oncológica. (2020). *Cancro Ginecológico - Consensos Nacionais 2020*.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2014). *Consenso sobre infeção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina*. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/spg-consenso-sobre-infeccao-hpv-2014.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2018). *Consenso Nacional sobre Hemorragias Uterinas Anormais*.

- Sociedade Portuguesa de Neonatologia, & Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2013). Consenso Clínico "Hipoglicemia neonatal". https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf
- Stark, M. A. (2013). Therapeutic Showering in Labor. *Clinical Nursing Research*, 22(3), 359–374. <https://doi.org/10.1177/1054773812471972>
- Taşkın, A., & Ergin, A. (2022). Effect of hot shower application on pain anxiety and comfort in the first stage of labor: A randomized controlled study. *Health Care for Women International*, 43(5), 431–447. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1925282>
- Tereso, A., Lopes, F., Guterres, R., Bértolo, H., Carvalhal, L., & Curado, A. (2023). Effectiveness of therapeutic showering in pain relief during the first stage of labor. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 27(1), 139–146. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.280>
- Vargens, O. M. C., Silva, A. C. V., & Progianti, J. M. (2013). Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth—The Brazilian nurse midwives' view. *Midwifery*, 29(11), e99–e106. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.011>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: o processo de construção do conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo
- Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M.-A., & Small, R. (2017). The meaning of labour pain: how the social environment and other contextual factors shape women's experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1343-3>
- WHO, & UNICEF. (2021). Nurturing care for every newborn: thematic brief.
- World Health Organization. (2014). Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. WHO.
- World Health Organization. (2017). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services.
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience.
- World Health Organization. (2022a). WHO recommendations on induction of labour at or beyond term.
- World Health Organization. (2022b). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.
- World Health Organization. (2023). Born too soon Decade of action on preterm birth. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890>

APÊNDICES

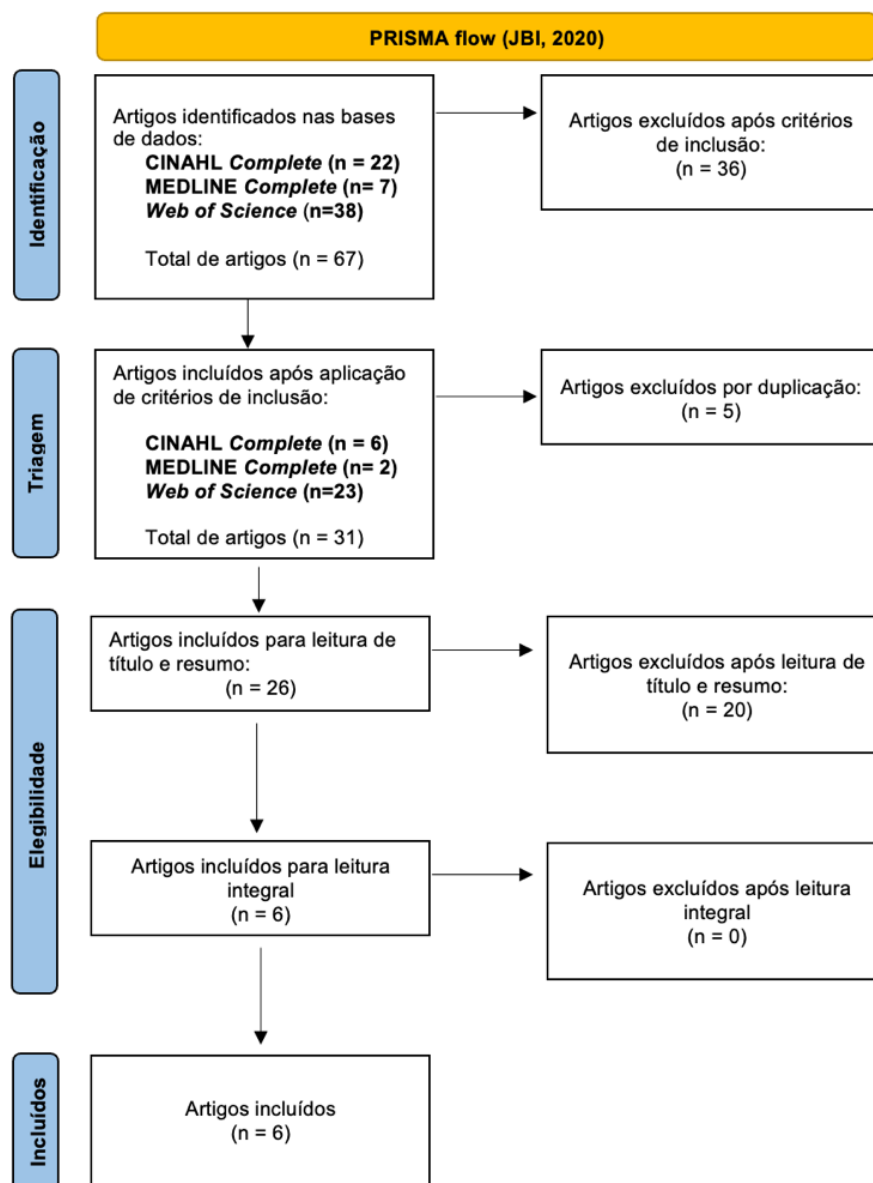
APÊNDICE I – TERMOS DE PESQUISA NAS BASES DE DADOS

Termos de Pesquisa nas Bases de Dados

	CINAHL Complete	MEDLINE Complete	Web of Science
População	midwives	midwives	midwives
	obstetric nurses	obstetric nurses	obstetric nurses
	nurse midwives	MH "Nurse Midwives"	
	MH "Midwives"		
	MH "Nurse Midwives"		
Conceito	hydrotherapy	hydrotherapy	hydrotherapy
	warm shower	warm shower	warm shower
	water immersion	water immersion	water immersion
	MH "Hydrotherapy"	MH "Hydrotherapy"	
Contexto	labor pain	labor pain	labor pain
	first stage of labor	first stage of labor	first stage of labor
	MH "Labor Pain"	MH "Labor Pain"	
	MH "Labor Stage, First"	MH "Labor Stage, First"	

APÊNDICE II - DIAGRAMA PRISMA

Diagrama PRISMA da Seleção de Estudos



Fonte: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

APÊNDICE III – TABELA DE SÍNTESE DE DADOS DA REVISÃO *SCOPING*

Estudo	Fatores facilitadores ao recurso à hidroterapia	Obstáculos ao recurso à hidroterapia
<p><i>A Model Practice Template for Hydrotherapy in Labor and Birth</i> <i>American-College of Nurse-Midwives</i> 2016</p>	<p>A criação de <i>guidelines</i> baseadas em evidência permite que os profissionais prestem cuidados de forma segura.</p> <p>A hidroterapia como estratégia não farmacológica deve ser discutida durante o período pré-natal com todas as grávidas de baixo risco, como parte da educação para a saúde sobre as opções de alívio da dor, tendo por base a evidência científica, e discutindo os riscos e benefícios.</p>	<p>A falta de consenso torna o acesso consistente e equitativo à hidroterapia desafiante.</p>
<p><i>Overview of Hydrotherapy During Labor</i> Dykes, M.; Johnson, J.; Frazer, C.; Hussey, L. 2017</p>	<p>Existência de <i>guidelines</i> ou protocolos que guiem o recurso à hidroterapia.</p> <p>Profissionais qualificados, com conhecimentos e confortáveis na aplicação da hidroterapia.</p> <p>Compromisso e colaboração multidisciplinar.</p>	<p>Atitudes e crenças pessoais dos profissionais face ao trabalho de parto e parto.</p> <p>Falta de treino e confiança por parte dos profissionais em relação à imersão em água.</p> <p>Serviços sem equipamento para o recurso à hidroterapia.</p>

Estudo	Fatores facilitadores ao recurso à hidroterapia	Obstáculos ao recurso à hidroterapia
<p><i>Factors Affecting Midwives' Decision to Offer Complementary and Alternative Medicine / Nonpharmacological Pain Relief Methods for Labor and Birth</i></p> <p>Hyatt, J.; Lange, G.; Diegmann, E. 2017</p>	<p>Os protocolos existentes podem ser um obstáculo, mas também podem ser um fator facilitador, dependendo do grau de autonomia que atribuem aos enfermeiros.</p> <p>O nível de autonomia que os enfermeiros sentem ter dentro da instituição é um fator importante na forma como prestam cuidados.</p> <p>Uma boa relação com os médicos obstetras é essencial para cuidados em colaboração.</p>	<p>A cultura da instituição/local de parto tem influência na decisão de oferecer estratégias não farmacológicas no alívio da dor de TP.</p> <p>O nível de intervenção tecnológica/instrumentalização adotado pela instituição influencia significativamente o recurso a métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o TP.</p>
<p><i>Australian midwives views and experiences of practice and politics related to water immersion for labour and birth: A web based survey</i></p> <p>Cooper, M.; Warland, J.; McCutcheon, H 2017</p>	<p>A experiência pessoal e o reconhecimento dos benefícios da hidroterapia.</p>	<p>Os obstáculos mais significativos estão relacionados com o <i>staffing</i> (acreditado e no geral), questões de evacuação, de saúde ocupacional e legais.</p> <p>Questões relacionadas com as infraestruturas.</p>

Estudo	Fatores facilitadores ao recurso à hidroterapia	Obstáculos ao recurso à hidroterapia
<p data-bbox="197 292 589 496"><i>Midwives' experience of their education, knowledge and practice around immersion in water for labour or birth</i></p> <p data-bbox="185 523 607 778">Lewis, L.; Hauck, Y.; Butt, J.; Western, C.; Overing, H.; Poletti, C.; Priest, J.; Hudd, D.; Thomson, B. 2018</p>	<p data-bbox="629 408 1335 491">A formação em serviço ajuda os profissionais a sentirem-se confiantes.</p> <p data-bbox="629 523 1335 667">Sessões de reflexão e análise acerca da prática no contexto da hidroterapia, como forma de manter a confiança nesta prática.</p>	<p data-bbox="1357 435 2063 639">Desafios encontrados pelo facto de serem necessárias instalações adequadas e acessíveis para a aplicação da hidroterapia, contemplando também a questão da gestão em situações de emergência.</p>
<p data-bbox="197 810 589 1058"><i>The knowledge and attitudes of health professionals working in mother-friendly hospitals about complementary therapy and supportive care methods</i></p> <p data-bbox="208 1086 584 1278">Bolsoy, N.; Bozhan-Tayhan, E.; Köken-Durgun, S.; Damar, E.; Kayip, E. 2022</p>	<p data-bbox="629 970 1335 1118">A formação em serviço como promoção de uma boa atitude do profissional em relação às estratégias não farmacológicas.</p>	<p data-bbox="1357 1031 1507 1058">Não refere.</p>

APÊNDICE IV – REVISÃO SCOPING

Perspetivas dos Enfermeiros Obstetras sobre o recurso à hidroterapia: uma revisão *scoping*

Autores: Ribeiro, Mónica¹ · Tereso, Alexandra²

1. Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. e-mail: monicaribeiro@campus.esel.pt

2. Licenciatura em Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora. Curso Pós-Graduado de Aperfeiçoamento de Introdução à Bioestatística - Faculdade de Medicina de Lisboa. Mestre em Ciências da Educação - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia. Doutoramento em Sociologia - ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa. e-mail: alexandra.tereso@esel.pt

Abstract

Objetivo: Caracterizar as perspetivas dos enfermeiros obstetras sobre as possibilidades e dificuldades no recurso à hidroterapia como estratégia não farmacológica de alívio da dor no primeiro estágio do trabalho de parto.

Introdução: Fatores fisiológicos, psicossociais e ambientais estão relacionados com a perceção de dor pela parturiente, sendo as estratégias não farmacológicas recomendadas pela World Health Organization (WHO) como forma de fomentar uma experiência de parto positiva (WHO, 2018). A hidroterapia mostrou-se eficaz no controlo da dor de trabalho de parto, enquanto promove a mobilidade e o empoderamento da parturiente (Lee et al., 2013). O enfermeiro obstetra, como profissional central no cuidado às parturientes durante o trabalho de parto, promove a implementação desta estratégia de forma autónoma, garantindo a qualidade dos cuidados e a promoção da saúde e bem-estar da parturiente.

Critérios de Inclusão: Estudos publicados a partir de 2017, com texto integral disponível, publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Estudos de abordagem qualitativa ou quantitativa. Estudos que incluam enfermeiros obstetras que trabalhem em contexto de bloco de partos hospitalar. Estudos que refiram o recurso à hidroterapia como estratégia não farmacológica de alívio da dor no primeiro estágio de trabalho de parto, que ocorra em meio hospitalar.

Metodologia: Foram utilizadas as bases de dados: CINAHL, MEDLINE e ISI Web of Knowledge. Foram incluídos estudos publicados a partir de 2017, com texto integral disponível, publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, estudos de abordagem qualitativa, quantitativa e mistos, que incluam enfermeiros obstetras e parteiras que assistam partos e que refiram o recurso à hidroterapia como estratégia não

farmacológica de alívio da dor no primeiro estágio de trabalho de parto. Os estudos foram selecionados por dois revisores, sendo que em caso de discordância um terceiro revisor seria consultado. A extração de dados foi realizada por dois revisores.

Resultados: Os autores dos artigos selecionados referem que os enfermeiros obstetras consideram como fatores facilitadores da utilização da hidroterapia no alívio da dor das parturientes: a existência de protocolos/guidelines, a formação em serviço (Cooper et al., 2018; Hyatt et al., 2017) e uma boa colaboração inter e multidisciplinar promotora da autonomia do enfermeiro obstetra (Dykes et al., 2017; Hyatt et al., 2017). Como fatores dificultadores emergiram: a desadequação das infraestruturas e das instalações para a utilização da hidroterapia (Cooper et al., 2018; Dykes et al., 2017; Lewis et al., 2018), a cultura institucional quando não é promotora da autonomia dos enfermeiros obstetras e prioriza a utilização de estratégias farmacológicas (Hyatt et al., 2017) e as atitudes dos profissionais sobre a utilização da hidroterapia (Dykes et al., 2017). Realça-se ainda que o sucesso da hidroterapia implica a colaboração de toda a equipa multidisciplinar sendo que as crenças pessoais de cada profissional podem condicionar as opções para o alívio da dor que são disponibilizadas às parturientes (Dykes et al., 2017).

Conclusão: Considerando os fatores que dificultam a utilização da hidroterapia torna-se importante investir na criação de infraestruturas que possibilitem a intervenção e na formação dos enfermeiros e de outros profissionais envolvidos nos cuidados pré-natais e durante o parto.

Palavras-Chave: midwives, nurse midwives, hydrotherapy, labor pain

Referências Bibliográficas:

- Cooper, M., Warland, J., & McCutcheon, H. (2018). Australian midwives views and experiences of practice and politics related to water immersion for labour and birth: A web based survey. *Women and Birth*, 31(3), 184–193. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.001>
- Dykes, H., Johnson, J., Frazer, C., & Hussey, L. (2017). Overview of Hydrotherapy During Labor. *Internacional Journal of Childbirth Education*, 32(4), 45–47. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3794>
- Hyatt, J., Lange, G., & Diegmann, E. (2017). Factors Affecting Midwives' Decision to Offer Complementary and Alternative Medicine/Nonpharmacological Pain Relief Methods for Labor and Birth. *International Journal of Childbirth*, 7(2), 77–86. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.7.2.77>
- Lee, S. L., Liu, C. Y., Lu, Y. Y., & Gau, M. L. (2013). Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42(1), 19–28. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01424.x>
- Lewis, L., Hauck, Y. L., Butt, J., Western, C., Overing, H., Poletti, C., Priest, J., Hudd, D., & Thomson, B. (2018). Midwives' experience of their education, knowledge and practice

around immersion in water for labour or birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(249). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1823-0>

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

World Health Organization. (2018). WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience.

APÊNDICE V – PARECER AO CONSELHO DE ÉTICA DA ESEL

PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA DA ESEL

Processo N.º: 7476/2022

Da apresentação dos factos:

O Conselho de Ética da ESEL recebeu, com data de 28 de março de 2023, a resposta ao parecer, da **Mestranda Mónica Patrícia da Silva Ribeiro, 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**, para apreciação do projeto "Hidroterapia no Alívio da Dor das Parturientes: Perspetivas de Enfermeiros Obstetras", orientado pela Professora Doutora Alexandra Tereso.

O processo contém os seguintes documentos, por ordem cronológica:

15.11.2022	1) Carta dirigida ao Presidente da ESEL; 2) Formulário para submissão de projeto de investigação ao CE da ESEL; 3) Consentimento informado; 4) Guião Focus Group
24.11.2022	Pedido nota biográfica
19.01.2023	5) Nota biográfica
15.03.2023	Enviado parecer condicionado
28.03.2023	6) Formulário para submissão de projeto de investigação ao CE da ESEL (reformulado); 7) Guião Focus Group (reformulado).

Da apreciação dos factos:

O Conselho de Ética da ESEL, reunido a 16 de fevereiro, apreciou o pedido e, tendo analisado os documentos entregues, decidiu condicionar o seu parecer à satisfação dos seguintes requisitos:

- a) Clarificar os critérios de inclusão e exclusão para os participantes no FG;
- b) Descrever o processo de recrutamento dos participantes e os procedimentos metodológicos na recolha de dados.



Decisão da CE:

No seguimento do pedido supra a proponente enviou resposta ao solicitado.

Pelo exposto, ouvido o relator e o plenário, em reunião do dia 29 de março, realizado por videoconferência, a CE-ESEL deliberou, a emissão de **parecer favorável**.

No dia 29 de março de 2023, este parecer foi aprovado, por unanimidade, pelos membros presentes: Prof.^a Doutora Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho, Prof.^a Doutora Mara Cristina de Sousa Freitas, Prof.^a Doutora Maria Leonor Lamas de Oliveira Xavier e Prof.^a Doutora Patrícia Carla da Silva Pereira.

Pelo Conselho de Ética

[Assinatura
Qualificada]
Patrícia Carla da
Silva Pereira

Assinado de forma digital
por [Assinatura
Qualificada] Patrícia Carla
da Silva Pereira
Dados: 2023.03.30
14:25:19 +01'00'

A Presidente do Conselho de Ética

Patrícia Silva Pereira

S

APÊNDICE VI: QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Indique a sua idade. *

2. Sexo: *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

Outra: _____

3. Ano de conclusão da especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica *

4. Durante a sua formação graduada teve acesso a informação acerca da hidroterapia enquanto estratégia não farmacológica de alívio da dor?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

APÊNDICE VII: TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: “Hidroterapia no Alívio da Dor das Parturientes: Perspetivas de Enfermeiros Obstetras”

Investigadoras:

Mónica Ribeiro – monicaribeiro@campus.esel.pt – TLM: 925072207

Professora Doutora Alexandra Tereso - alexandra.tereso@esel.pt

Introdução: Sou aluna do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e encontro-me a desenvolver um projeto sobre hidroterapia no alívio da dor durante trabalho de parto.

Finalidade do Estudo: Este estudo tem como finalidade caracterizar as perspetivas dos enfermeiros obstetras sobre o recurso à hidroterapia como estratégia não farmacológica para o alívio da dor durante o trabalho de parto.

Explicação do Estudo: Será realizada uma entrevista em grupo (*Focus Group*) onde serão exploradas as perspetivas dos enfermeiros obstetras sobre o recurso à hidroterapia como estratégia não farmacológica de alívio da dor durante o trabalho de parto.

Benefícios: Através da partilha de experiências poderá ser possível contribuir para que consigamos desenvolver conhecimento sobre a utilização da hidroterapia como uma estratégia no alívio da dor durante o trabalho de parto.

Riscos: A participação nesta entrevista não implica qualquer risco.

Compensação: A sua participação neste estudo não contempla nenhum tipo de pagamento ou contrapartida. No entanto a sua participação é fundamental para a continuidade deste estudo.

A sua participação é voluntária

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar. Pode suspender a sua participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência. É apenas necessário que informe o investigador, caso decida retirar o seu consentimento.

Confidencialidade e anonimato: A informação recolhida será tratada como confidencial e introduzida numa base de dados para análise, e será somente usada para a finalidade a que o estudo se propõe.

Conflitos de interesse: os investigadores declaram não existir conflitos de interesse.

A entrevista de grupo realizar-se-á através de videoconferência, no dia 00/00/2023 às 00h00, com duração aproximada de 60 a 90 minutos, a qual será gravada. As respostas são confidenciais. Os ficheiros serão arquivados de forma que, apenas as investigadoras tenham acesso aos mesmos e serão destruídos após a conclusão do estudo.

Os resultados deste projeto serão publicados em documentos, eventos científicos nacionais e internacionais e em revistas científicas.

O estudo não tem qualquer objetivo comercial ou fins lucrativos, pelo que a sua participação não implica custos para si, a não ser o tempo necessário para a realização do referido focus group.

Não existem gratificações ou remunerações, nem situações especiais de contrapartida pela participação no estudo.

Muito obrigada pela colaboração.

Mónica Ribeiro

APÊNDICE VIII: GUIÃO DO FOCUS GROUP

Guião do *Focus Group*

Introdução à Entrevista *Focus Group* aos enfermeiros obstetras:

Boa tarde a todos e a todas.

Gostaria de agradecer a vossa disponibilidade na participação neste estudo.

Nesta entrevista vamos pedir-vos que respondam a algumas perguntas sobre a hidroterapia como estratégia não farmacológica de alívio da dor durante o trabalho de parto.

Antes de iniciarmos a discussão gostaria de esclarecer alguns pontos relativos às regras do *focus group*:

- Apenas o som será gravado de forma a poder analisar o conteúdo, e esta gravação é confidencial, sendo utilizada apenas para os objetivos do estudo e apenas as investigadoras terão acesso às informações partilhadas.
- Assim que o estudo estiver concluído a gravação será destruída.
- Todas as informações recolhidas são confidenciais e privadas, pelo que a peço que não partilhem qualquer tipo de informação a que tenham acesso durante a realização desta entrevista;
- Peço aos participantes para falarem um de cada vez, para que posteriormente a análise das gravações seja facilitada;
- Todas as participações e opiniões são importantes, não havendo respostas certas ou erradas;
- Pode haver a necessidade de a discussão no intuito de ceder a palavra a outro participante menos interventivo ou sempre que exista um desvio do assunto pretendido;
- A vossa colaboração é voluntária, e podem livremente desistir sem necessidade de justificação.

Como já sabem, este projeto tem como objetivo caracterizar as vossas perspetivas acerca do recurso à hidroterapia como estratégia de alívio da dor durante o trabalho de parto. Gostávamos de conhecer as vossas opiniões acerca da utilização da hidroterapia – que inclui o duche quente e o banho de imersão – para o alívio da dor das parturientes durante o trabalho de parto.

Vamos então dar início à entrevista:

- Têm experiência na utilização do duche de água quente ou no banho de imersão para alívio da dor das parturientes?
- Como descrevem essas experiências?
- Consideram que, de uma forma geral, estas estratégias são disponibilizadas às parturientes?
- Quais são as principais dificuldades que encontram na implementação desta estratégia?
- Para encerrar esta discussão, gostaríamos de saber se querem acrescentar mais alguma coisa ou deixar algum comentário ou sugestão.

Muito obrigada pela vossa participação.

Assim que possível partilharei convosco os resultados deste estudo.

APÊNDICE IX: PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO DO CPP



Planeamento de Sessão de Educação para a Saúde em Grupo

Título: Alívio da Dor Durante o Trabalho de Parto

Elaborado por: Mónica Ribeiro, Mestranda do 13º CMESMO da ESEL

Docente Orientadora: Professora Doutora Alexandra Tereso

Orientadores Clínicos: EEESMO x

Destinatários:

Grávidas/Casais a frequentar o Curso de Preparação para o Nascimento

Objetivos:

- Divulgar os benefícios da hidroterapia no alívio da dor durante o trabalho de parto;
- Motivar as grávidas para a utilização da hidroterapia como estratégia de alívio da dor durante o trabalho de parto.

Divulgação da Sessão:

- Sessão realizada no âmbito do Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

APÊNDICE X: SESSÃO DE FORMAÇÃO DO CPP

ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Hidroterapia



ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO

HIDROTERAPIA

- Objetivos da Sessão:
 - Informar a grávida/casal sobre a hidroterapia como estratégia não farmacológica de alívio da dor durante o trabalho de parto;
 - Informar sobre as condições de segurança para a aplicação da hidroterapia durante o trabalho de parto.

ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO

HIDROTERAPIA

- **Hidroterapia:** utilização da água como meio terapêutico → duche ou banho de imersão (Mooventhan & Nivethith, 2014).
- Em Portugal o banho de imersão não está disponível na maioria dos serviços, mas o chuveiro é mais acessível.



ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO

HIDROTERAPIA

**A OMS
recomenda:**

- utilização de estratégias de relaxamento, incluindo a hidroterapia, como medidas não farmacológicas de alívio da dor durante o TP;
- estas estratégias fomentam uma experiência de parto positiva para a mulher:
 - ambiente pacífico;
 - sentimentos de confiança, força, controlo e conexão.

(WHO, 2018)

ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO

HIDROTERAPIA

Vantagens/Benefícios



Melhora a gestão da dor no 1º estágio do trabalho de parto



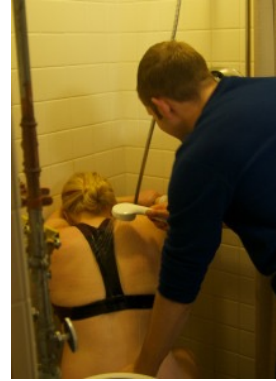
Promove o relaxamento muscular e reduz os níveis de ansiedade



Promove o conforto da mulher



Diminui a duração do 1º estágio do trabalho de parto



Cluett & Burns (2009); Taşkın & Ergin (2022); Barbieri et al. (2013); Lee et al. (2013); Stark (2013)

ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO

HIDROTERAPIA

Vantagens/Benefícios



Diminui a intervenção profissional



Diminui a tensão arterial



Diminui o recurso à perfusão de ocitocina para aceleração do trabalho de parto



Aumenta a taxa de períneos íntegros



Favorece a mobilidade



Cluett & Burns (2009); Taşkın & Ergin (2022); Barbieri et al. (2013); Lee et al. (2013); Stark (2013)

ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO

HIDROTERAPIA

Recomendações

- Gravidez saudável – mãe e bebé sem fatores de risco
- Bolsa amniótica íntegra
- Idade gestacional entre as 37 e 41 semanas
- Temperatura da água deve situar-se entre os 36 e 37°C
- Auscultação dos batimentos cardíacos fetais de forma intermitente
- Permitir a presença do acompanhante



(Silva et al., 2013; American College of Nurse-Midwives, 2014; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016; Federación de Asociaciones de Matronas de España, n.d.).

ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO

HIDROTERAPIA

Contra-indicações para a imersão em água:

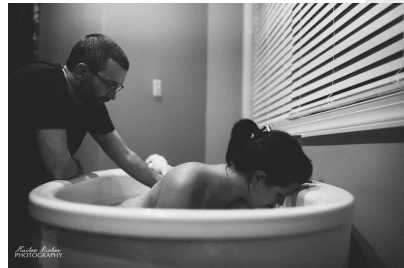
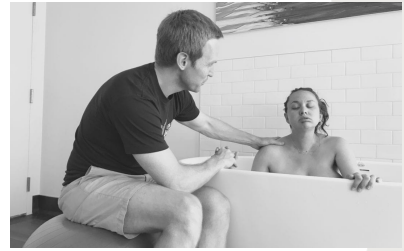
- Bolsa amniótica rota
- Hemorragia vaginal
- Febre
- Lesões de herpes vaginal
- Infeção por hepatite B, C e VIH
- Analgesia epidural
- Medicação sedativa



(Silva et al., 2013; American College of Nurse-Midwives, 2014; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016; Federación de Asociaciones de Matronas de España, n.d.).

ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO HIDROTERAPIA

- **Antes de ir para o hospital** pode tomar um duche ou um banho de imersão.
- Por vezes as contrações podem parar com este tipo de estratégias, sendo útil para perceber se está em verdadeiro trabalho de parto.
- Se desejar usufruir desta estratégia deve colocar no **plano de parto** e discutir esta opção com os profissionais que a acompanharem.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Nurse-Midwives. (2014). *Hydrotherapy during labor and birth*. www.midwife.org
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). *Immersion in Water During Labor and Delivery Committee on Obstetric Practice*.
- Barbieri, M., Henrique, A. J., Chors, F. M., Maia, N. de L., & Gabrielloni, M. C. (2013). Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(5), 478–484. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500012>
- Cluett, E. R., & Burns, E. (2009). Immersion in water in labour and birth. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 2). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub3>
- Federación de Asociaciones de Matronas de España. (n.d.). *INICIATIVA PARTO NORMAL - Documento de consenso* (1ª). Retrieved June 11, 2022, from https://orbananos.files.wordpress.com/2008/03/ipn_libro.pdf
- Lee, S., Liu, C., Lu, Y., & Gau, M. (2013). Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(1), 19–28. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01424.x>
- Mooventhan, A., & Nivethitha, L. (2014). Scientific evidence-based effects of hydrotherapy on various systems of the body. *North American Journal of Medical Sciences*, 6(5), 199–209. <https://doi.org/10.4103/1947-2714.132935>
- Silva, D., Ramos, M., Jordão, V., Silva, R., Carvalho, J., & Costa, M. (2013). USE OF NON-PHARMACOLOGICAL METHODS FOR PROVIDING PAIN RELIEF DURING THE NATURAL CHILDBIRTH: REVISÃO INTEGRATIVA. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 1539–1587. <https://doi.org/10.5205/reuol.4134-32743-1-SM-1.0705esp201309>
- Stark, M. A. (2013). Therapeutic Showering in Labor. *Clinical Nursing Research*, 22(3), 359–374. <https://doi.org/10.1177/1054773812471972>
- Taşkın, A., & Ergin, A. (2022). Effect of hot shower application on pain anxiety and comfort in the first stage of labor: A randomized controlled study. *Health Care for Women International*, 43(5), 431–447. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1925282>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience*.

APÊNDICE XI: SESSÃO DE FORMAÇÃO DO CPP

Questionário de Avaliação de Sessão de Preparação para o Nascimento

Sessão: Hidroterapia – 21/10/2022

Formadora: Enfa Mónica Ribeiro

A sua opinião sobre esta ação que terminou é, para mim, muito importante, pois permite desencadear um processo de melhoria contínua e o ajustamento dos conteúdos e dos métodos em ações futuras.

* Indica uma pergunta obrigatória

Conteúdo Programático e Metodologia

1. A ação permitiu a aquisição de novos conhecimentos *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Discordo completamente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo completamente

2. O conteúdo da ação foi interessante *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Discordo completamente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo completamente

3. A metodologia foi adequada face aos objetivos da ação *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Discordo completamente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo completamente

4. A duração da ação foi adequada *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Discordo completamente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo completamente

Avaliação do Desempenho da Formadora

5. A formadora demonstrou ter domínio/conhecimento sobre o tema *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Discordo completamente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo completamente

6. A formadora foi clara no discurso *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Discordo completamente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo completamente

7. A formadora soube motivar e despertar o interesse do grupo *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Discordo completamente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo completamente

8. A formadora cumpriu os objetivos propostos *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Discordo completamente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo completamente

9. A formadora mostrou-se disponível para o esclarecimento de dúvidas *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Discordo completamente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo completamente

Avaliação Global da Formação

10. Satisfação global com a ação de formação *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Totalmente insatisfeito
- Insatisfeito
- Nem insatisfeito, nem satisfeito
- Satisfeito
- Totalmente satisfeito

11. Esta ação permitiu adquirir novos conhecimentos *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Totalmente insatisfeito
- Insatisfeito
- Nem insatisfeito, nem satisfeito
- Satisfeito
- Totalmente satisfeito

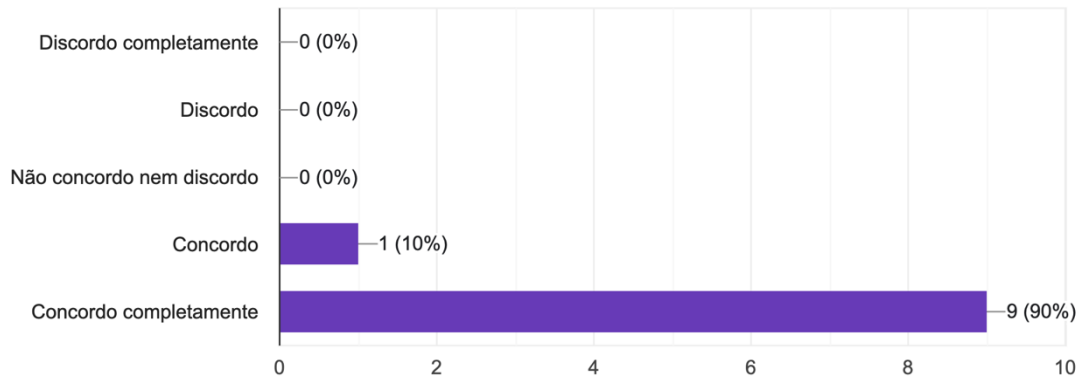
12. Sugestões e/ou comentários

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

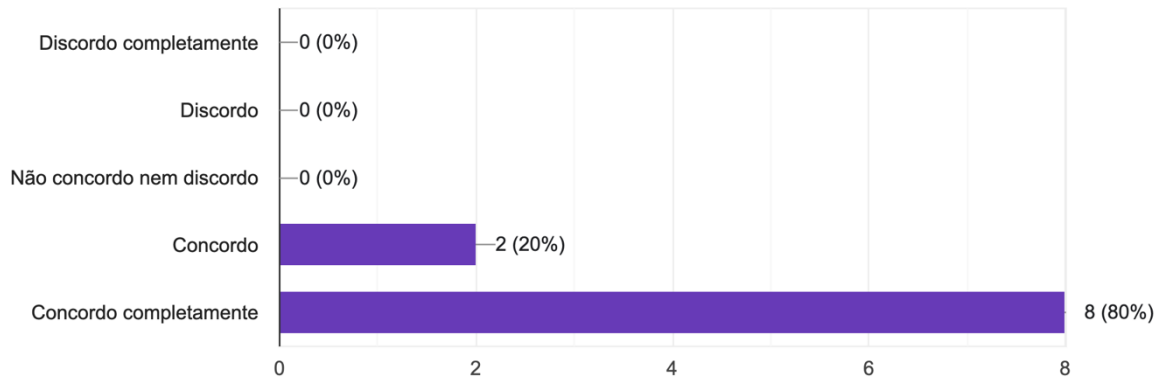
A ação permitiu a aquisição de novos conhecimentos

10 respostas



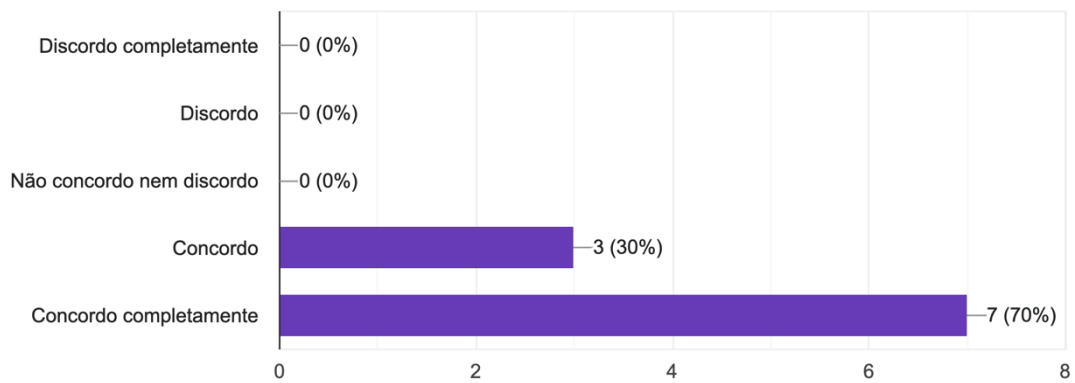
O conteúdo da ação foi interessante

10 respostas



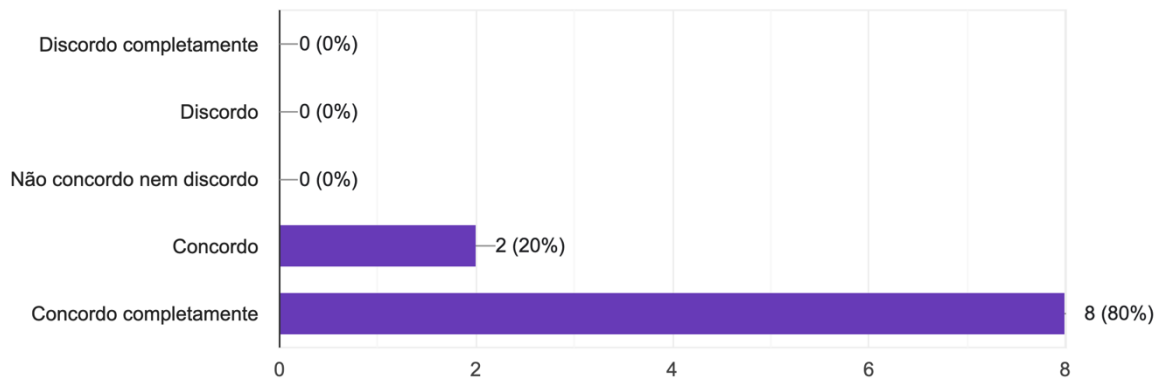
A metodologia foi adequada face aos objetivos da ação

10 respostas



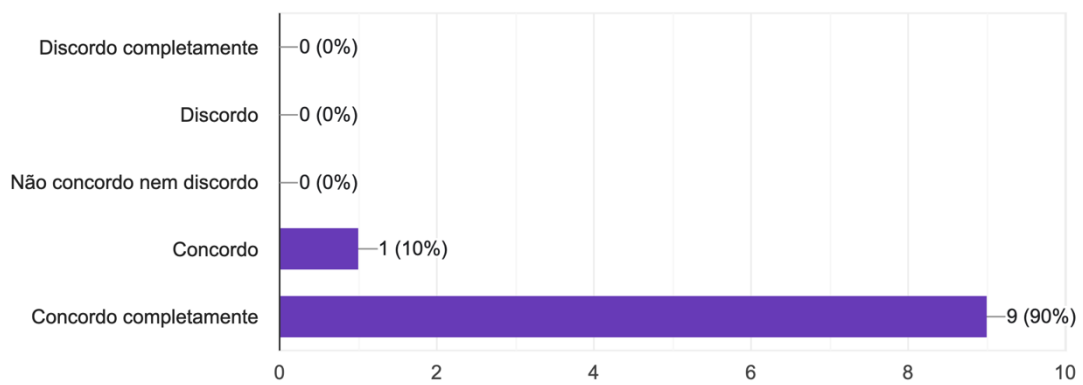
A duração da ação foi adequada

10 respostas



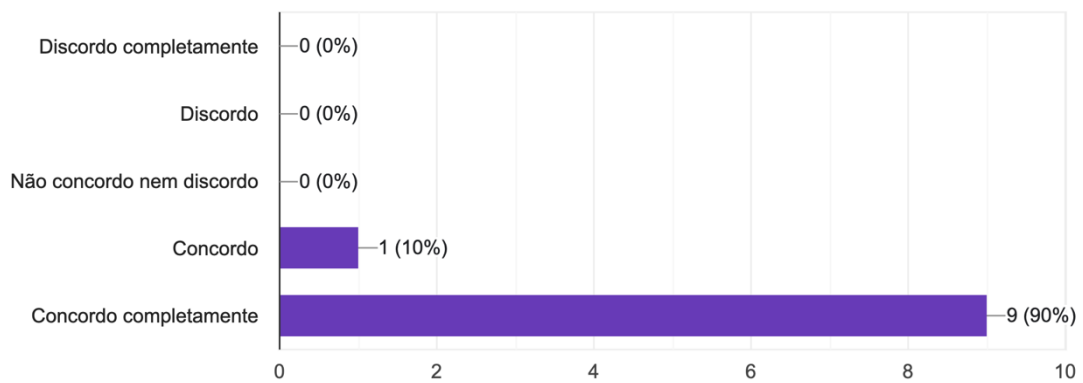
A formadora demonstrou ter domínio/conhecimento sobre o tema

10 respostas



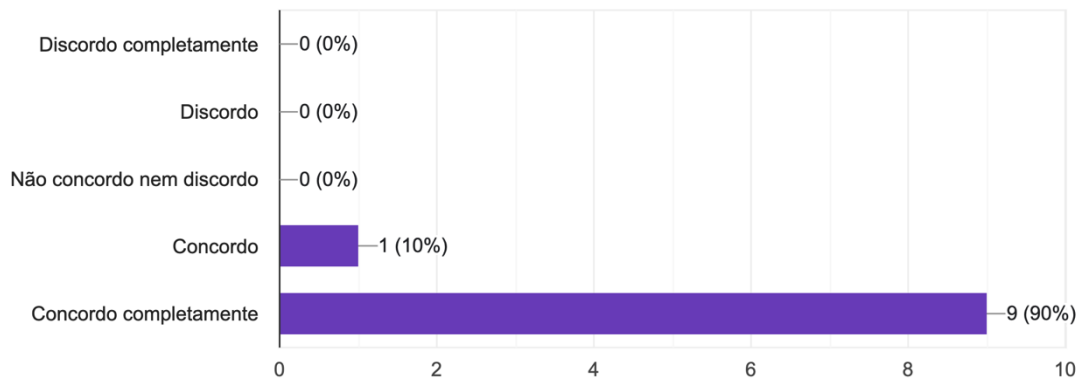
A formadora foi clara no discurso

10 respostas



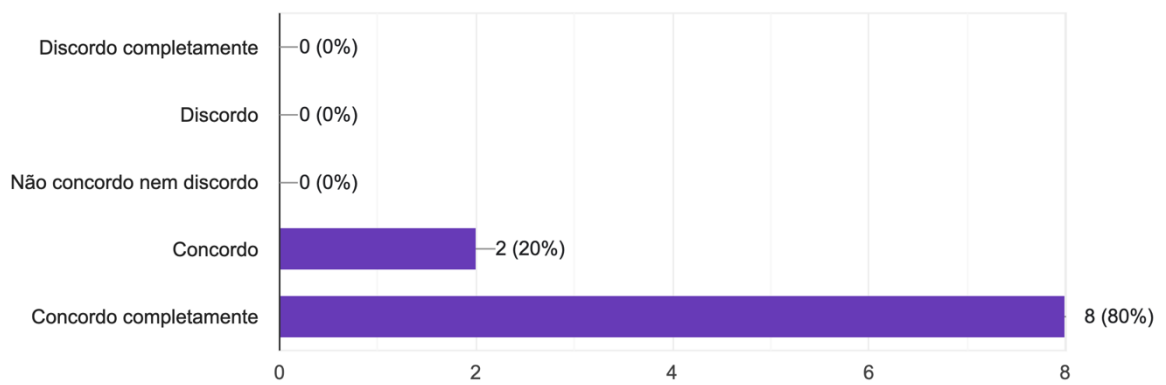
A formadora soube motivar e despertar o interesse do grupo

10 respostas



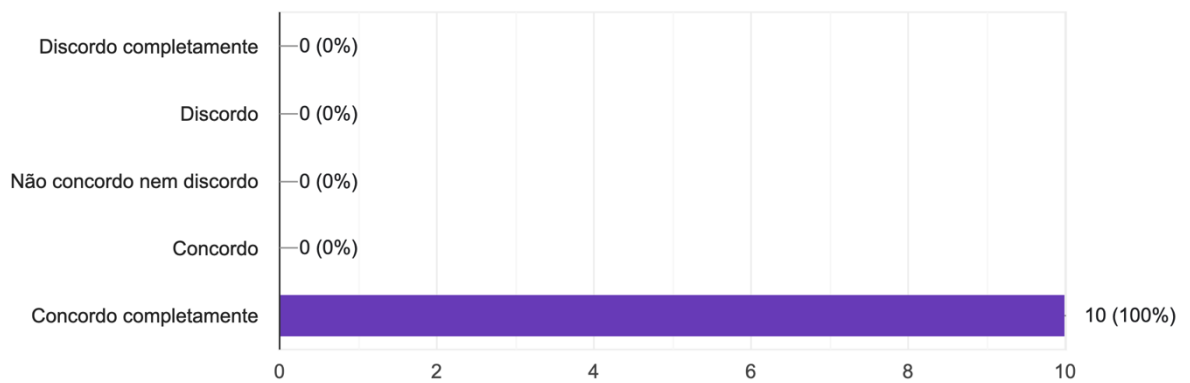
A formadora cumpriu os objetivos propostos

10 respostas



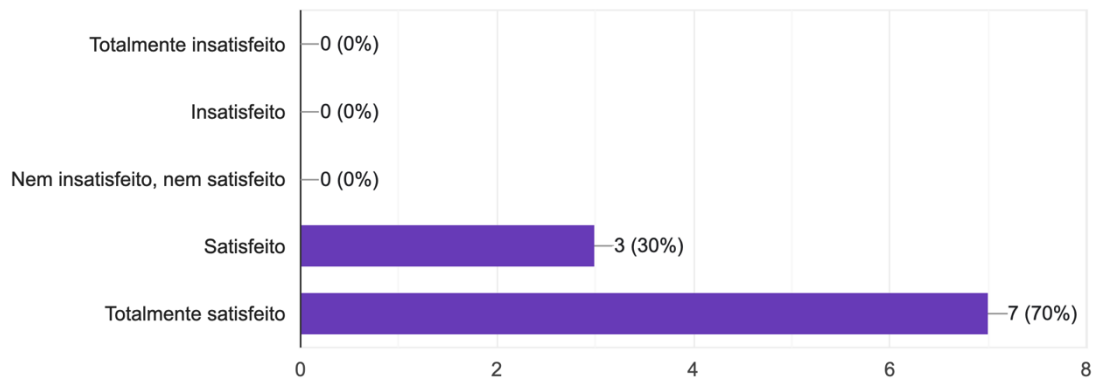
A formadora mostrou-se disponível para o esclarecimento de dúvidas

10 respostas



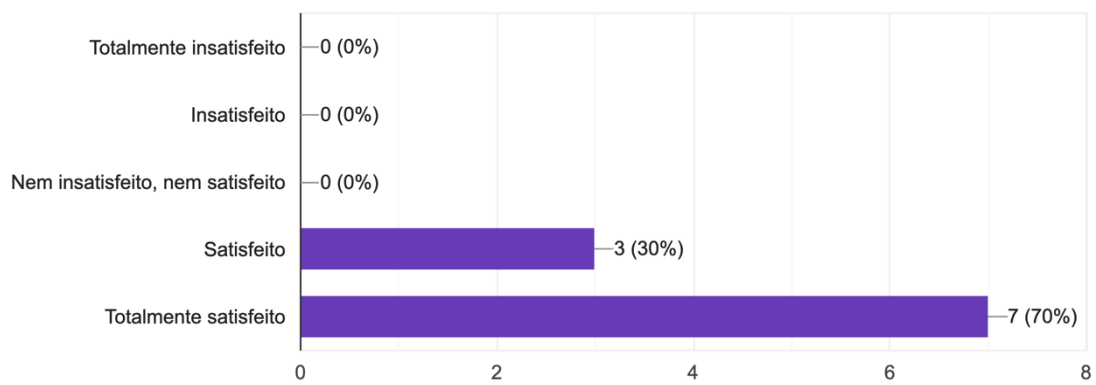
Satisfação global com a ação de formação

10 respostas



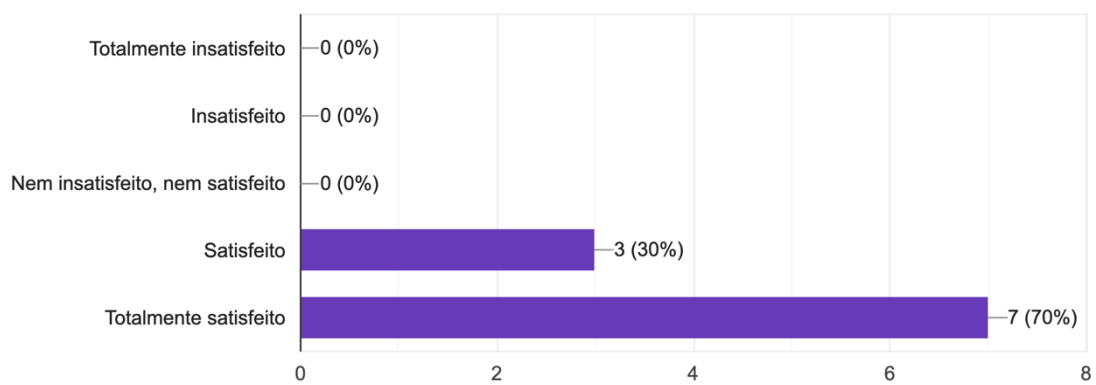
Esta ação permitiu adquirir novos conhecimentos

10 respostas



Esta ação permitiu adquirir novos conhecimentos

10 respostas



Sugestões e/ou comentários

2 respostas

Gostei muito do conteúdo da formação, bastante pertinente e permitiu-me esclarecer algumas dúvidas. Penso que será uma mais valia manter para os próximos cursos.

A formação nos proporcionou novos conhecimentos bem como a importância do método para alívio nesse momento tão desafiador!
Além de despertar nosso interesse pela estrutura dos hospitais que facilitam o uso do mesmo!

ANEXOS

**ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO 1º SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE
INVESTIGAÇÃO DO PROJETO HIDRA2BORN**

CERTIFICADO

Certifica-se que Mónica Ribeiro foi preletora da Conferência “Barreiras e fatores facilitadores na utilização no duche de água quente no cuidado especializado à parturiente com dor: o mapeamento de evidência” apresentada na mesa “Hidroterapia: da produção do conhecimento à disseminação”, do **1º Seminário Internacional de Investigação do Projeto Hidra2Born-Prática Baseada em Evidencia para o Alívio da Dor Durante o Trabalho de Parto**, realizado online no dia 24 de fevereiro de 2023.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

**ANEXO II: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO 2º WEBINAR DO DEPARTAMENTO
DE ENFERMAGEM MÉDICO--CIRÚRGICA / ADULTO E IDOSO - ESEL**

CERTIFICADO

Certifica-se que Mónica Ribeiro apresentou a Comunicação Oral intitulada **Fatores que Influenciam a Utilização da Hidroterapia no Cuidado de Enfermagem Especializado à Parturiente com Dor: uma Revisão Scoping** da autoria de Mónica Ribeiro e Alexandra Tereso, no Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: A evidência na intervenção clínica, que se realizou no dia 10 de novembro de 2022.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

**ANEXO III: CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DO “CURSO AQUAMÃE PARA
PROFISSIONAIS”**

Certificado

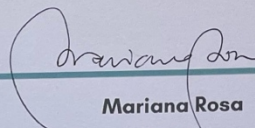
Certificamos que

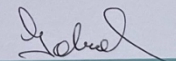
MÓNICA PATRÍCIA DA SILVA RIBEIRO

frequentou o Curso Aquamãe para Profissionais que teve um total de 40 horas teórico-práticas. Este Curso incluiu práticas aquáticas na Gravidez, Preparação Aquática para o parto, Recuperação pós-parto na água e Adaptação ao meio Aquático (aquababies).



Estoril, 25 de Abril de 2023


Mariana Rosa
Aquamãe


Isabelle Gabriels
Aquanatal - Aquarius

ANEXO IV: SÍNTESE DE REGISTO DE ATIVIDADES PRÁTICAS

13. Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family counselling and health promotion</i>	<u>12</u>
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant woman</i>	
• Exames Pré-Natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100)	<u>114</u>
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor.</i>	
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40)	<u>40</u>
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	<u>—</u>
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiple births</i>	<u>—</u>
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	<u>12</u>
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	<u>1</u>
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	<u>1</u>
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy</i> (40)	<u>128</u>
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	<u>78</u>
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	<u>38</u>
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	<u>112</u>
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/ <i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100)	<u>108</u>
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	<u>2</u>
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/ <i>Supervision and care to the women with gynaecological pathology</i>	<u>40</u>

9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/*Supervision and care to the woman in the area of sexual health*

- Colocação de DIU/IUD *insertion practice* 1
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 2
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 8

10. Prática Simulada/*Simulated practice*

- Prática em partos eutócicos/*Practice eutocic delivery* 2
- Prática em partos de apresentação pélvica/*Practice in breech presentation deliveries* 2
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/*Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* 1
- Prática na colocação de DIU/IUD *insertion practice* —
- Prática na colocação de implantes/*Implants insertion practice* —
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* —

Lisboa, 31 / 10 / 2023

Estudante/*Student*

Mónica Ribeiro

Docente/*Teacher*

Alexandra Falcão

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

M^{te} Anabela Fernandes dos Santos