



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

**Hidroterapia para o Alívio da Dor: A Experiência das
Parturientes.**

Margarida Gouveia de Matos Machado

**Lisboa
2024**



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

**Hidroterapia para o Alívio da Dor: A Experiência das
Parturientes.**

Margarida Gouveia de Matos Machado



Orientadora: Professora Doutora Alexandra Manuela Garcês
Caramelo Tereso

**Lisboa
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos

O primeiro e mais especial agradecimento é dirigido ao meu marido e aos meus filhos, por serem uma fonte inesgotável de energia e de amor. São os meus pilares e é neles que encontro motivação para ser melhor pessoa e melhor profissional.

À minha família, por todo o amor, força e incentivo, em especial à minha mãe, por ser o melhor exemplo de resiliência, determinação e coragem.

Às minhas amigas e amigos que foram verdadeiros balões de oxigénio durante este percurso. Obrigada.

Às minhas colegas do 13º CMESMO, em especial às minhas Mónicas pela amizade sincera, pelos momentos de partilha e pelo apoio fundamental que me deram ao longo desta caminhada.

À minha orientadora, Prof.^a Doutora Alexandra Tereso, pela exigência, rigor, compreensão e apoio.

À EEESMO Cláudia Cardoso e à EEESMO Liliana Pinheiro por terem sido dois elementos fundamentais no meu processo de aprendizagem, e por serem um exemplo de excelência na prestação de cuidados especializados.

A todas as mulheres e famílias a quem prestei cuidados ao longo deste percurso e com quem tanto aprendi.

Muito obrigada!

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABM – *Academy Breastfeeding Medicine*

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACNM - *American College of Nurse-Midwives*

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CCU – Cancro do Colo do Útero

CGI – Consulta de Gravidez Indesejada

Cm – centímetros

CMESMO - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CPPP – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

CRPP – Curso de Recuperação Pós-Parto

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTG - Cardiotocografia

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EPS – Educação Para a Saúde

ER - Estágio com Relatório

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FG – *Focus Group*

HPV - Papiloma Vírus Humano

ICM - *International Confederation of Midwives*

ITP – Indução do Trabalho de Parto

IU – Incontinência Urinária

IUM – Incontinência Urinária Mista

IUU – Incontinência Urinária de Urgência

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

JB*I* – *Joanna Briggs Institute*

MCEESMO - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MMF – Medicina Materno-Fetal

MNF – Métodos Não Farmacológicos

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada em Evidência

PF – Planeamento Familiar

POP – Prolapso dos Órgãos Pélvicos

PPNP – Programa de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

PRPP – Programa de Recuperação Pós-Parto

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RPM – Rotura Prematura de membranas

SIU – Sistema Intrauterino

SR – *Scoping Review*

SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

Este relatório tem como finalidade apresentar uma análise crítica do meu percurso de aprendizagem, que permitiu a aquisição de competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Foi adotado como quadro de referência a Teoria do Conforto, de Katherine Kolcaba.

As diretivas e recomendações, nacionais e internacionais, identificam a necessidade de serem implementadas medidas e esforços que contribuam para a promoção do parto normal e humanizado (ACOG, 2016; OMS, 2018; OE, 2019; DGS, 2023). Segundo a OMS (2018), uma experiência de parto positiva é aquela que vai ao encontro ou ultrapassa as expectativas das mulheres.

Restituir à mulher o protagonismo no trabalho de parto é uma das várias formas de humanizar os cuidados na assistência ao parto. A evidência científica atual diz-nos que a utilização de métodos não farmacológicos no geral, e da hidroterapia em particular, oferece vantagens significativas na progressão do trabalho de parto, no alívio da dor, contribui para uma vivência de parto positiva e devolve a sensação de controlo à parturiente (Shaw-Batista, 2017; Taskin, et al. 2020; Zhang, et al., 2022).

A hidroterapia por duche de água quente é um recurso disponível na maioria dos blocos de parto em Portugal, sendo por isso considerada uma medida acessível e de baixo custo. Contudo a sua utilização não é feita de forma uniformizada e consistente. A evidência científica que tem emergido é, na sua maioria, sobre a efetividade desta medida. Razão pela qual, no mapeamento da evidência efetuada com recurso à *Scoping Review*, segundo as orientações do *The Joanna Briggs Institute* (2020) foi difícil encontrar artigos que explorassem concretamente as experiências das parturientes. Foi por isso desenvolvido um estudo qualitativo e exploratório no sentido de responder ao *gap* identificado na revisão da literatura.

Os resultados obtidos evidenciam que a hidroterapia através do duche de água quente é uma medida valorizada pelas parturientes, à qual atribuem um impacto positivo no alívio da dor e na sua experiência de parto. Foi também identificada a necessidade das parturientes serem informadas com detalhe e rigor sobre as formas de aplicação e condições de segurança. É ainda relevante que estas informações sejam transmitidas nos Cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade, de forma a capacitar as mulheres/casais e assim contribuir para uma escolha livre e informada sobre diferentes métodos de gestão da dor durante o TP.

Palavras-Chave: Trabalho de Parto, Hidroterapia, Alívio da Dor.

ABSTRACT

This report aims to present a critical analysis of my learning path, which allowed the acquisition of skills as a Master and Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health. Katherine Kolcaba's Comfort Theory was adopted as a frame of reference.

National and international directives and recommendations identify the need to implement measures and efforts that contribute to the promotion of normal and humanized birth (ACOG, 2016; WHO, 2018; OE, 2019; DGS, 2023). According to the WHO (2018), a positive birth experience is one that meets or exceeds women's expectations.

Restoring women to the leading role in labour is one of the many ways to humanize childbirth care. Current scientific evidence tells us that the use of non-pharmacological methods in general, and hydrotherapy in particular, offers significant advantages in the progression of labour, pain relief, contributes to a positive birth experience and returns the feeling of control to the parturient (Shaw-Batista, 2017; Taskin, et al. 2020; Zhang, et al., 2022).

Hydrotherapy through warm shower is a resource available in most birth centers in Portugal, and therefore is considered an accessible and low-cost measure. However, its use is not carried out in a uniform and consistent manner. The scientific evidence that has emerged is, for the most part, about the effectiveness of this measure. This is why, when mapping the evidence carried out using the Scoping Review, according to the guidelines of The Joanna Briggs Institute (2020), it was difficult to find articles that explored the experiences of women in labor. Therefore, a qualitative and exploratory study was developed in order to respond to the gap identified in the literature review.

The results obtained show that hydrotherapy through warm shower is a measure valued by parturients, to which they attribute a positive impact on pain relief and on their birth experience. It was also identified the need for parturients to be informed in detail and rigorously about the application and safety standards. It is also relevant that all information is transmitted in the Preparation for Birth and Parenting Courses, in order to empower women/couples and thus contribute to an informed choice about different methods of pain management during labour.

Keywords: Labor, Hydrotherapy, Pain Relief.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1.1. A Dor no Trabalho de Parto	14
1.2. Gestão da Dor no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto	16
1.3. Contributos da Hidroterapia Através do Duche de Água Quente no Primeiro Estádio do TP.....	19
1.4. A Promoção do Conforto Através da Água: Referencial Teórico de Katherine Kolcaba	20
2. DESENVOLVIMENTO DE UMA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA	23
2.1. Mapeamento da Evidência Científica: <i>Scoping Review</i>	23
2.1.1. Discussão dos Resultados da <i>Scoping Review</i>	25
2.2. Investigação Primária como Resposta ao <i>Gap</i> Identificado na <i>Scoping Review</i>	27
2.2.1. Tipo de Estudo, Objetivos e Questão de Investigação	27
2.2.2. Participantes	28
2.2.3. Instrumento de Colheita de Dados	28
2.2.4. Tratamento e Análise de Dados	29
2.2.5. Considerações e Procedimentos Éticos.....	30
2.2.6. Apresentação e Análise dos Resultados	30
2.2.7. Discussão dos Resultados	37
2.2.8. Considerações Finais e Implicações para a Prática de Cuidados	40
2.3. Atividades de Aquisição, Produção e Divulgação de Conhecimento Durante o ER	41
3. REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DURANTE O ESTÁGIO COM RELATÓRIO.....	43
3.1. Cuida a Mulher Inserida na Família e Comunidade no Âmbito do Planeamento Familiar e Durante o Período Pré-concepcional	44
3.2. Cuida a Mulher Inserida na Família e Comunidade Durante o Período Pré-natal	45
3.3. Cuida a Mulher Inserida na Família e Comunidade Durante o Trabalho de Parto	49

3.4. Cuida a Mulher Inserida na Família e Comunidade Durante o Período Pós - natal.....	57
3.5. Cuida a Mulher Inserida na Família e Comunidade Durante o Período do Climatério e Menopausa	62
3.6. Cuida a Mulher Inserida na Família e Comunidade a Vivenciar Processos de Saúde/Doença Ginecológica	64
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo da *Scoping Review*

Apêndice II – Termos de Pesquisa nas bases de dados

Apêndice III – Fluxograma PRISMA

Apêndice IV – Quadro síntese dos resultados da *Scoping Review*

Apêndice V – Guião do *Focus Group*

Apêndice VI – Grelha de análise de conteúdo

Apêndice VII – Comunicação “Hidroterapia: Conceitos, Técnicas e Procedimentos”, apresentada no 1º Seminário Internacional de Investigação do projeto *Hidra2born*

Apêndice VIII – Planeamento da Sessão de formação no contexto de CSP

Apêndice IX – Sessão de formação sobre Hidroterapia no contexto CSP

Apêndice X – Planeamento do folheto “Benefícios da aplicação do duche de água quente para o alívio da dor durante o trabalho de parto” no contexto de MMF

Apêndice XI – Folheto “Benefícios da aplicação do duche de água quente para o alívio da dor durante o trabalho de parto” no contexto de MMF

Apêndice XII – Planeamento do Poster para o contexto de BP

Apêndice XIII – Poster elaborado no contexto BP

Apêndice XIV – Planeamento da sessão de formação no contexto de BP

Apêndice XV – Sessão de formação no contexto de BP

Apêndice XVI – Planeamento da sessão de formação sobre Espetro da Mastite

Apêndice XVII – Sessão de formação sobre Espetro da Mastite, no contexto de Puerpério

Apêndice XVIII – Planeamento da sessão de formação “O lugar do Prazer nos Cuidados de Saúde”

Apêndice XIX – Sessão de formação “O lugar do Prazer nos Cuidados de Saúde”

ANEXOS

Anexo I – Parecer favorável emitido pelo Conselho de Ética da ESEL

Anexo II – Certificado de participação no curso “Hidroterapia para Profissionais”

Anexo III – Certificado de integração da Comissão Organizadora do 1º Seminário Internacional de Investigação do Projeto *Hidra2Born*

Anexo IV – Certificado de participação como palestrante no 1º Seminário Internacional de Investigação do Projeto *Hidra2Born*

Anexo V – Registo de Atividades realizadas ao longo do ER

Anexo VI – Certificado de participação no curso “Princípios básicos da Lactação Humana”

Anexo VII – Certificado de participação como palestrante nas V Jornadas do Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia da MAC

Anexo VIII – Certificado de atribuição do 1º Prémio à comunicação “Os Lugares do Prazer nos Cuidados de Saúde”, apresentada no *Webinar* “Questionando os Direitos Humanos em torno da Saúde Sexual”

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela de Categorização.....	31
--	----

INTRODUÇÃO

Este relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório (ER) e representa o culminar da trajetória académica do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Foi elaborado sob a orientação da Sra. Prof.^a Doutora Alexandra Tereso e reflete o percurso formativo para a aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO), descritas no Regulamento das Competências Comuns n.º 140/2019 e Regulamento das Competências Específicas n.º 391/2019, nas competências do *Essential Competencies for Midwifery Practice (International Confederation of Midwives [ICM], 2019)* e nos descritores de Dublin.

O ER decorreu em cinco contextos clínicos diferentes, de 26 de setembro 2022 a 7 de julho 2023. O presente documento tem como objetivo geral descrever e analisar criticamente as atividades desenvolvidas e o percurso efetuado para a aquisição de competências especializadas, comuns e específicas, e para a obtenção do grau de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

O trabalho de parto (TP) é um dos momentos mais significativos na vida de uma mulher/casal, marcado por uma complexa interação de eventos fisiológicos, emocionais e psicológicos. A dor associada ao parto é uma experiência universalmente reconhecida e frequentemente temida (Henrique et al., 2018). Embora a dor seja indissociável deste momento, há uma crescente ênfase na utilização de métodos eficazes e seguros de alívio da dor que minimizem o desconforto e devolvam o protagonismo da parturiente no seu TP (Henrique et al., 2018; OMS, 2018; ICM, 2019; DGS, 2023).

A hidroterapia, aplicada através do duche de água quente, emerge como uma estratégia promissora, largamente disponível nos serviços, com baixo custo e sem efeitos secundários associados. Os benefícios da utilização deste método durante o TP têm vindo a ser descritos pela evidência científica: além da sua eficácia no alívio da dor, na promoção do relaxamento e do conforto da parturiente, e na diminuição da duração do TP (Benfield et al., 2010; Benfield et al., 2018; Henrique et al., 2018), o recurso a este método não farmacológico (MNF), está associado a uma experiência de parto positiva (Sharifpour, et al., 2022; Kirca, et al., 2022).

A produção e divulgação de conhecimento sobre as experiências das parturientes com a utilização da hidroterapia através do duche de água quente tem como objetivo trazer contributos para que a sua prática seja uniformizada e para que seja uma estratégia disponibilizada de acordo com a vontade da mulher.

Tendo em conta que o Conforto é um conceito indissociável da prática de enfermagem, o quadro referencial teórico escolhido para nortear este relatório foi a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba. Durante o TP, o conforto assume especial relevância para a parturiente, e pode ser um fator preponderante para uma vivência positiva e humanizada deste processo. O EEESMO tem competência e autonomia para instituir medidas de alívio e conforto à parturiente (ICM, 2019; OE, 2019). À luz deste referencial teórico o conforto é entendido como uma necessidade humana básica, e a avaliação das necessidades de conforto, a implementação de medidas de conforto e respetiva avaliação da sua eficácia são entendidas como prioridade central no cuidado de enfermagem (Kolcaba, 2003).

Relativamente à estrutura, este relatório divide-se em 5 capítulos, sendo que o primeiro é referente ao enquadramento conceptual, onde se inclui a revisão da literatura e o referencial teórico que sustentou a temática e norteou a prática de cuidados. No segundo capítulo encontra-se a *Scoping Review* (SR), que teve como objetivo mapear a evidência científica disponível sobre as experiências das parturientes com a utilização da hidroterapia através do duche de água quente, bem como o estudo empírico realizado para dar resposta ao *gap* identificado na SR. O terceiro capítulo é dedicado à análise crítica e reflexiva sobre o percurso de aquisição de competências especializadas. No quarto capítulo é feita uma reflexão final acerca do percurso e dos contributos que o ER e a elaboração deste documento tiveram no meu desenvolvimento pessoal e profissional, e no último e quinto capítulo constam as referências bibliográficas consultadas para a elaboração deste documento.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo apresenta-se a revisão de literatura realizada para clarificação de definições e conceitos relacionados com a temática em estudo, assim como o referencial teórico que norteou o meu percurso e sustentou o desenvolvimento de competências especializadas durante o ER.

1.1. A Dor no Trabalho de Parto

A dor é um sintoma multidimensional, complexo e subjetivo que ocorre em resposta a um estímulo. Considerada como o 5º sinal vital pela Circular Normativa n.º 9 emitida pela Direção Geral da Saúde [DGS] (DGS, 2003), a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou potenciais (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], 2018).

Segundo a APED, o conceito de “dor” é algo que os indivíduos integram ao longo das suas experiências de vida, e pode ser influenciada em diferentes níveis por fatores biológicos, psicológicos e sociais (APED, 2020).

Para o controlo e gestão da dor, é fundamental a sua avaliação. Pelo seu carácter pessoal e subjetivo, deve dar-se relevância à experiência da dor e preferência ao autorelato. Existem vários métodos de avaliação da dor, sendo que os métodos subjetivos unidimensionais devem ser privilegiados. Dentro destes métodos destacam-se as Escalas Verbais Simples (EVS), Escalas Numéricas (EN), Escala Visual Analógica (EVA) e ainda a Escala de Expressões Faciais (Lança F., 2017).

A OMS (2018), ICM (2019) e a OE (2022) consideram que o controlo da dor é um forte indicador da qualidade dos cuidados intraparto e por esse motivo o seu controlo, registo e monitorização tornam-se fundamentais à prática profissional dos enfermeiros. O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2019), prevê que o EEESMO cuide a mulher inserida na família e comunidade durante o TP (p.13562), sendo que um dos critérios de avaliação desta competência - n.3.1.3 - assenta na capacidade do EEESMO em conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção de conforto e bem-estar durante o TP.

A dor durante o TP tem duas etiologias: dor visceral e dor somática. A dor predominante no primeiro estágio do TP é uma dor visceral, de localização imprecisa, resultante das alterações do colo, distensão do segmento inferior e consequente isquemia uterina. No 2º estágio do TP, a dor é somática, caracteristicamente mais intensa, aguda e bem localizada, e resulta do estiramento dos tecidos perineais e pavimento pélvico, de forma a permitir a passagem do feto pelo canal de parto (Gribel, et al., 2022).

Dentro dos fatores fisiológicos, os mais evidentes são os que estão relacionados com o aumento da intensidade, duração e frequência das contrações uterinas. A paridade, variedade do polo cefálico, macrosomia fetal e posição da grávida são fatores físicos que podem ter influência na experiência dolorosa do TP (Machado, et al., 2017). Relativamente aos fatores psicossociais são variadíssimos e entre eles destacam-se a experiência de vida adquirida, cultura, etnia, estado emocional e o tipo de preparação para o momento do nascimento, que podem influenciar a percepção e expressão da dor. Os autores destacam os fatores ambientais, tendo em conta que o ambiente que rodeia a grávida tem impacto direto na forma como esta vive o momento do parto. E por ambiente entende-se não só o ambiente físico (instalações, luminosidade, som ambiente, temperatura) como também o comportamento assumido pela equipa de saúde, onde se torna imprescindível haver um ambiente de acolhimento à mulher/casal, atendendo às suas dúvidas, respeitando a sua privacidade, privilegiando as suas escolhas e implementando intervenções que promovam o seu conforto holístico (Lança, 2017; Kolcaba, 2003).

Além de alertar a mulher para o início do TP, a dor desempenha um papel valioso na cascata neuro-hormonal. A dor ativa o sistema simpático, responsável pelo aumento da tensão nos ligamentos uterinos, e conduz à inibição da produção de ocitocina e endorfinas (Gribel, et al., 2022). A ocitocina assume um papel de destaque na neuromodulação durante o TP. Além de responsável pelas contrações uterinas e reflexo de Ferguson, ativa o sistema parassimpático, e inibe consequentemente o sistema simpático, produzindo um efeito analgésico e calmante, não só para a mulher como para o feto. As beta-endorfinas são opioides endógenos e têm também um papel de destaque nas respostas à dor durante o TP. Ativam os centros de prazer no cérebro, através do aumento dos recetores centrais e potenciam as sensações de bem-estar, promovendo uma analgesia endógena (Gribel, et al., 2022).

Ao longo da história, o parto era conhecido como um evento íntimo, natural e fisiológico que ocorria em ambiente familiar. No século XX, com mais expressão após a 2ª Guerra Mundial, e de forma a combater as elevadas taxas de mortalidade materna e neonatal, o parto é institucionalizado no ambiente hospitalar e visto como um procedimento médico (Bruggemann, et al., 2005). A medicalização e instrumentalização do parto veio retirar a participação ativa da mulher neste processo fisiológico, e este passou a ser planeado e gerido em função da estrutura e rotina das instituições e das equipas de saúde (Bruggemann, et al., 2005).

A rápida expansão do modelo biomédico em obstetrícia levou à utilização de uma série de práticas destinadas a iniciar, regular, acelerar e monitorizar o processo fisiológico do TP, com o objetivo de melhorar os resultados maternos e neonatais (OMS, 1996).

Por um lado, são inegáveis os contributos valiosos que o modelo biomédico trouxe à prestação de cuidados de saúde. Foi graças aos avanços científicos e tecnológicos e à formação dos profissionais, que se tornou possível diminuir drasticamente as taxas de mortalidade e morbilidade materna e neonatal (Fertonani, et al., 2015). Por outro lado, a instrumentalização de um processo fisiológico pode gerar uma série de cascatas interventivas que por vezes podem ser inúteis, inoportunas, desadequadas ou até mesmo desnecessárias (Freitas, 2017).

A humanização dos cuidados obstétricos pressupõe uma assistência holística à parturiente (Possati, et al., 2017). Em 2018 a OMS emitiu novas recomendações para a promoção de uma experiência de parto positiva, onde refere que as medidas não farmacológicas, onde se destaca a hidroterapia, podem reduzir o desconforto do trabalho de parto, aliviar a dor e melhorar a experiência de parto para cada mulher (OMS, 2018).

1.2. Gestão da Dor no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto

Os mecanismos de controlo da dor incluem-se no conjunto de escolhas que é feito pela parturiente e são parte integrante do plano de parto. Devem ir ao encontro das expectativas e preferências de cada parturiente (OMS, 2018). Cabe às equipas de saúde fornecer informação adequada, assente na melhor evidência disponível, sobre as diversas possibilidades de gestão da dor, salvaguardando o direito de autodeterminação da

parturiente, para que esta faça as suas escolhas de forma livre e esclarecida (OE/APEO, 2012; ICM 2019; OE, 2019).

Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções que promovam o conforto da parturiente, fazem parte das intervenções autónomas da/o EEESMO. É também da sua competência, colaborar com outros profissionais na implementação de medidas de prevenção e controlo da dor (Regulamento n.º391/2019, 2019).

Sendo o alívio da dor um direito da parturiente, é obrigação das instituições e dos profissionais disponibilizar as medidas necessárias. Para além disso, é fundamental que, a par dos recursos disponíveis, haja uma atualização das equipas e que a sua prática seja baseada na melhor e mais recente evidencia científica (ACOG, 2016; OMS 2018).

A analgesia em obstetrícia tem vindo a ser desenvolvida e existem hoje variados métodos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis para o alívio da dor durante o TP. Relativamente aos métodos farmacológicos, existem três grupos: analgesia sistémica, que utiliza essencialmente opioides, a analgesia do neuroeixo e a analgesia inalatória. Uma analgesia eficaz constitui um enorme desafio às equipas de anestesiologia, uma vez que o objetivo não é apenas bloquear a dor associada ao TP, mas também garantir a segurança da parturiente e do feto, permitindo um processo natural e sem distocias evitáveis (Lança, 2017; Gribel, et al., 2022).

A analgesia farmacológica sistémica, utiliza opioides como a petidina e o remifentanil, ambos agentes sintéticos de ação rápida, que podem originar alterações no *outcome* neonatal, além de poderem ter um efeito excessivamente sedativo nas grávidas (Lança, 2017).

Relativamente à analgesia neuroaxial ou analgesia regional, consiste na administração de fármacos (anestésicos locais e/ou opióides), no espaço epidural ou subaracnoideu, com vista a inibir o impulso nervoso. Existem três tipos de bloqueios na analgesia neuroaxial: bloqueio epidural, bloqueio sequencial e bloqueio subaracnoideu simples. Deste tipo de analgesia farmacológica, podem ocorrer reações que derivam da medicação (prurido, náuseas, vômitos, tremores, retenção urinária), como reações que derivam da técnica em si, como por exemplo a cefaleia pós punção da dura-máter e a lombalgia no local da punção (Gribel, et al., 2022).

A analgesia inalatória tem sido uma alternativa farmacológica crescente. O efeito analgésico inalatório é proporcionado pela autoadministração de 50% protóxido de azoto

e 50% de oxigénio, através de uma máscara inalatória. A sua total eficácia analgésica não está ainda comprovada, mas tem sido apontada como uma forma eficaz de devolver sensação de controlo à parturiente, uma vez que é a própria que faz a sua gestão de utilização (Lança, 2017; Gribel, et al., 2022).

Embora eficazes no alívio da dor no TP, os métodos farmacológicos não são inócuos. Todos eles comportam efeitos adversos para a mãe e feto, além de poderem aumentar a duração do período expulsivo e aumentar assim a probabilidade de distócias no parto (Tuncay, et al., 2019).

Desde 2002 que a OMS recomenda que os Métodos Não Farmacológicos (MNF) devem ser uma abordagem de primeira linha para a gestão da dor no TP (OMS, 2002). Intervenções como encorajar a mulher a deambular, a utilizar a bola de parto, a adotar diferentes posições, proporcionar técnicas de relaxamento, incentivar a utilização do duche de água quente e as massagens, são alguns exemplos de MNF que, para além de serem descritas como eficazes no alívio da dor, incorporam intervenções autónomas do EEESMO, e contribuem para o empoderamento da parturiente e para uma experiência de parto positiva (Regulamento n.º 391/2019; OMS, 2018).

A “Gate-control Theory of Pain”, proposta por Melzack e Wall em 1965, vem destacar a relevância da introdução de estímulos que reduzam ou bloqueiem as vias nervosas de transmitir sensações de dor/desconforto ao sistema nervoso central. Esta teoria propõe que os MNF, tais como musicoterapia, a hidroterapia, o controlo da respiração ou aplicação de massagens, bloqueiam um portão nervoso ao nível da medula, através da sua ação cortical. Esta estimulação positiva dos sentidos vai desencadear uma resposta na neuromodulação hormonal durante o TP, e contribuir para a redução do desconforto, sem impedir no entanto uma experiência livre de dor (Campel, et al., 2020).

A utilização dos MNF potencia a capacidade da parturiente para lidar com a dor, uma maior consciência sobre o seu corpo e sobre o processo de parto, e proporciona uma sensação de apoio à parturiente, tanto pela envolvimento da pessoa significativa como dos profissionais que medeiam estes métodos (Benfield, et al., 2018).

A gestão da dor é um processo de cada grávida e existem muitos MNF que podem ser aplicados em função da expectativa individual de cada grávida e dos recursos disponíveis (Ferreira S., 2016). A evidência é concordante no que diz respeito ao impacto que estas medidas podem ter na vivência de um parto positivo, ajudando as mulheres a

ter um papel ativo durante o TP, devolvendo-lhes a sensação de controlo e empoderamento (OMS, 2018; Sharifipour et al., 2022).

1.3. Contributos da Hidroterapia Através do Duche de Água Quente no Primeiro Estádio do TP

A palavra hidroterapia deriva do grego "*hydor*", que significa água e de "*therapeia*" que significa tratamento (Rosa, et al., 2022). De acordo com os descritores de Ciências da Saúde, hidroterapia define-se por utilização interna ou externa da água com fins profiláticos e terapêuticos.

Conotada à fecundidade, fertilidade, à energia feminina, ao sagrado e à origem da vida, a água assume ao longo da história e em várias culturas e religiões, um papel importante, dotado de vários simbolismos e significados (Rosa, et al. 2022).

O interesse científico pela aplicabilidade da hidroterapia no TP remonta aos anos 60, sendo que só a partir dos anos 80, com Michel Odent a criar o primeiro centro de parto na água, começaram a emergir os primeiros estudos sobre os contributos da água durante o TP (Harper, 2002; Cowan, et al., 2017).

A água detém inúmeras propriedades que se tornam benéficas durante o TP: o efeito hidrostático, que se caracteriza pela pressão da água nos tecidos, o efeito hidrocínético que permite a fluatuabilidade e o seu efeito hidrotérmico, que permite a alteração da temperatura corporal (Rosa, et al. 2022).

Existem diversas formas de utilizar a hidroterapia, e estas variam de acordo com o objetivo terapêutico, com a forma, local e duração da aplicação, e ainda com o estado (sólido, líquido ou gasoso) da água que é utilizado (Cowan, et al., 2017).

Os benefícios da utilização da hidroterapia durante o primeiro estágio de TP têm sido descritos pela evidência científica, seja através da imersão como através da aplicação pelo duche de água quente, e são várias as diretivas, nacionais e internacionais, que recomendam a utilização deste MNF em parturientes de baixo risco, com idades gestacionais compreendidas entre as 37 e 42 semanas (ACNM, 2014; ACOG, 2016; ICM, 2019; MCEMO, 2022).

A hidroterapia através da aplicação do duche de água quente inibe o sistema nervoso simpático, conduz à libertação de endorfinas e redução de catecolaminas, o que possibilita o alívio da dor (Lee, et al., 2013; Stark., 2017; Hu, et al., 2021). O impacto rítmico

da água quente proporciona uma distração sensorial agradável, levando a uma resposta neuroendócrina que contribui para a sensação de alívio e de relaxamento (Benfield, et al., 2010; Benfield, et al., 2018; Taskin, 2020).

O efeito hidrotérmico da água quente contribui para a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, gerando uma melhoria da perfusão uterina e o relaxamento das fibras musculares (Stark, 2017; Hu, et al., 2021; Zhang, et al., 2022).

Atualmente existem alguns estudos que indicam que a aplicação da hidroterapia através do duche de água quente, para além de potenciar a capacidade das parturientes gerirem a dor, está associada a maior probabilidade de ocorrerem partos eutócicos (Zhang, et al., 2022; Mellado-Garcia, et al., 2023).

Outro achado relevante sobre a aplicação da hidroterapia através do duche de água quente relaciona-se com a progressão do TP. A utilização desta medida tem sido associada à diminuição da duração do primeiro estágio do TP, não só pela resposta neuroendócrina, como também por ser uma estratégia que permite a verticalidade e liberdade de posições durante a sua aplicação (Henrique, et al., 2018; Tuncay, et al., 2019; Mellado-Garcia, et al., 2023).

Ainda que seja uma estratégia que não exige formação prévia das mulheres, nem necessidade de recursos físicos específicos, uma vez que os blocos de partos em Portugal dispõem de chuveiros, sejam individuais ou partilhados, é essencial que a equipa de saúde informe a parturiente das recomendações específicas que garantem não só a efetividade como a segurança da aplicação da medida, bem como a existência de normas e protocolos internos que uniformizem a sua aplicação (ACOG, 2016).

O duche de água quente é por isso uma estratégia efetiva, alternativa e/ou complementar às medidas farmacológicas na gestão da dor, e contribui para o empoderamento da parturiente e para uma vivência positiva do TP (Sharifipour et al., 2022).

1.4. A Promoção do Conforto Através da Água: Referencial

Teórico de Katherine Kolcaba

O conceito de Conforto é inerente e essencial à prática de cuidados de Enfermagem. É um conceito complexo e multidimensional e assume especial relevância para a mulher/casal em TP (Martins, et al., 2022). Para Kolcaba, é um resultado positivo, holístico

e operacionalizável que surge como resultado das intervenções de enfermagem (Kolcaba, 2003).

Nesta teoria foram definidas duas dimensões de Conforto: a primeira dimensão diz respeito a três estados de conforto: **alívio**, **tranquilidade** e **transcendência**. A segunda dimensão contextualizada do conforto: conforto **físico**, conforto **psicoespiritual**, conforto **ambiental** e conforto **social**. (Kolcaba, 2003).

Para sintetizar os tipos de conforto, Kolcaba contou com três teóricos: O **alívio** foi definido por Orlando em 1961/1990, em que descreveu a experiência de um paciente que teve uma necessidade específica de conforto que foi satisfeita. O estado de **tranquilidade** foi sintetizado a partir do trabalho de Henderson em 1978, em que o autor descrevia 13 funções básicas dos seres humanos que tinham de ser mantidas em homeostase. O conceito de **transcendência** emergiu da teoria de Paterson e Zdard em 1976/1988, e foi definido pelo estado atingido quando uma pessoa ultrapassa ou supera os seus problemas ou a sua dor (Kolcaba, 2003).

Relativamente à segunda dimensão desta teoria, Kolcaba menciona que a experiência de conforto é sentida nos quatro contextos já mencionados anteriormente. O **contexto físico** engloba as sensações corporais e fisiológicas que condicionam o estado físico do ser humano, tais como o repouso, o estado nutricional, a hidratação e a eliminação. O **contexto psicoespiritual** combina as componentes mentais, espirituais e emocionais, onde se inclui a autoestima, o autoconceito e a sexualidade. O **contexto social** engloba as relações interpessoais, familiares e sociais. Por último, o **contexto ambiental**, que remete para o ambiente externo, as suas condições que englobam aspetos naturais ou artificiais como a luz, o ruído, a temperatura, e o impacto que estes têm no bem-estar da pessoa (Kolcaba, 2003).

Para Kolcaba os seres humanos têm **respostas holísticas** aos estímulos, e demonstram um esforço ativo para satisfazer, ou para que lhes satisfaçam, as suas necessidades básicas (Kolcaba, 2003).

A necessidade de cuidados emerge de uma situação de desequilíbrio, ou seja, quando um estímulo ou tensão induzem forças obstrutivas que superam as forças facilitadoras. O estímulo para esta autora é parte integrante do ambiente e desencadeia diferentes reações durante um determinado episódio da vida. As forças obstrutivas são aquelas que correspondem à necessidade de cuidados, as forças facilitadoras estão

relacionadas com os cuidados de saúde prestados pelo Enfermeiro, e as forças interativas são as variáveis que influenciam todo o processo, onde se incluem as experiências passadas, a idade ou estado emocional (Kolcaba, 2003). No modelo de cuidados intraparto, são várias as medidas que contribuem para a sensação de conforto da parturiente, onde se inserem os MNF para o alívio da dor, a criação de um ambiente acolhedor, a liberdade de movimentos, o apoio contínuo e a possibilidade de ingestão de líquidos e alimentos (OE, 2019; ICM, 2019; DGS, 2023).

Para esta Teórica, um dos principais objetivos da enfermagem é ajudar a pessoa a ultrapassar o sofrimento, obtendo conforto e consolidando o seu potencial para conseguir atingir o seu projeto de vida (Kolcaba, 2003). A presença de uma tensão negativa gera um desequilíbrio entre as forças obstrutivas e as forças facilitadoras. Cabe ao Enfermeiro identificar as necessidades de conforto, e direcionar as intervenções com o objetivo de mover a tensão numa direção positiva (Kolcaba, 2003). Durante o TP, o empoderamento da mulher/casal é uma condição essencial para que a parturiente experiencie a sensação de conforto, contribuindo para que se sinta confiante, respeitada e envolvida na tomada de decisão sobre si própria e sobre o seu parto (OE, 2019; ICM, 2019).

Tendo em conta que uma das intervenções específicas do EEESMO é promover o conforto e o alívio à parturiente e família durante o TP (OE, 2019), a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba pode nortear e estruturar as intervenções do EEESMO, no planeamento, aplicação e avaliação das suas intervenções, proporcionando cuidados de conforto holístico centrados na mulher durante o TP.

A aplicação de hidroterapia através do duche de água quente durante o TP tem como objetivo não só aliviar a dor enquanto sensação física, como também proporcionar relaxamento, tranquilidade e conforto. É uma estratégia que motiva a parturiente a ter um papel ativo, fomenta a sintonia com o seu corpo e com as suas emoções, permite a transcendência da dor e a sensação de controlo sobre o processo de parto e empodera uma resposta positiva à natureza do TP (Kolcaba, 2003; Rosa, et al., 2022; Sharifpour, et al., 2022).

2. DESENVOLVIMENTO DE UMA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

Um dos objetivos deste percurso académico é a obtenção do grau de mestre, conferido ao desenvolver atividades de investigação baseadas na prática e orientadas para o desenvolvimento profissional (Decreto de Lei n.º 74/2006, p. 2.246). Além disso, uma das competências comuns dos Enfermeiros Especialistas é basear a sua prática clínica na mais atual evidência científica, e para isso é necessário que interprete, organize e divulgue evidência pertinente e que contribua para o desenvolvimento da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro de 2019).

O paradigma da Prática Baseada na Evidência (PBE) materializa-se tanto na área da prática clínica como na área da investigação. É a investigação que possibilita a ampliação do conhecimento, mas é a sua mobilização para a prática clínica que fomenta o pensamento crítico e a tomada de decisão (Crossetti, et al. 2017).

Este capítulo aborda a metodologia e processos de trabalho desenvolvidos e está dividido em 3 subcapítulos: no primeiro subcapítulo consta a *Scoping Review* que permitiu mapear a evidência científica acerca da temática em estudo, no segundo subcapítulo consta a investigação primária realizada para tentar colmatar o *gap* identificado na SR, e o terceiro subcapítulo onde descrevo as atividades efetuadas para a aquisição, produção e divulgação de conhecimento durante o ER.

2.1. Mapeamento da Evidência Científica: *Scoping Review*

Com o propósito de analisar as experiências das parturientes que utilizaram a hidroterapia, através do duche de água quente, para o alívio da dor, procedi a uma revisão sistematizada utilizando a metodologia da SR e seguindo as nove etapas preconizadas pelo “The Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis” (Peters, et al., 2020), cujo protocolo se encontra no apêndice I.

Este tipo de revisão pretende mapear a evidência disponível sobre determinada temática, possibilitando uma visão mais alargada, capaz de identificar conceitos e até compreender limites conceituais (Peters, et al., 2020).

A revisão efetuada teve como ponto de partida a questão construída através da mnemónica PCC (P – População; C – Conceito; C – Contexto), proposta pelo JBI (Peters,

et. al., 2020): **Quais as experiências das parturientes na utilização da hidroterapia para alívio da dor?**

O principal objetivo desta SR foi mapear a evidência científica disponível que permitisse conhecer as experiências de mulheres que tenham utilizado o duche de água quente durante o primeiro estágio do TP, para o alívio da dor.

De forma a mapear a evidência que respondesse à questão de partida, foram definidos os seguintes critérios de elegibilidade: estudos qualitativos, quantitativos ou mistos; publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, a partir de 2014; estudos que contemplassem as experiências das mulheres com a utilização da hidroterapia por duche de água quente, no primeiro estágio do TP, e que este tivesse decorrido em ambiente hospitalar.

A estratégia de pesquisa, segundo Peter et al., (2020) deverá ser o mais abrangente possível, afim de identificar fontes primárias de evidência, publicadas ou não; para isso deve obedecer a três etapas, que foram seguidas nesta SR: 1) Inicialmente foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e ISI *Web of Knowledge*, para aceder às palavras mais utilizadas sobre a temática, bem como aos termos indexados nos títulos e resumos; 2) Utilizando os termos e palavras da primeira pesquisa, foi efetuada uma segunda pesquisa, com objetivo de cruzar os termos indexados com as palavras de linguagem natural, através dos operadores *booleanos* [OR] para termos/palavras com o mesmo significado e o operador *booleano* [AND] para termos/palavras com significado distinto; estes descritores podem ser consultados na tabela presente no apêndice II. 3) Na terceira etapa foi realizada uma análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados, de forma a obter estudos adicionais pertinentes para a pesquisa.

O processo de extração, triagem, identificação de resultados foi realizado por dois revisores, de forma independente. A seleção dos artigos foi realizada através da leitura do título e resumo, e sempre que existiram dúvidas, foi feita a sua leitura integral.

No total foram selecionados 251 artigos, 81 artigos na *Medline*, 88 artigos na *ISI Web of Science* e 82 artigos na *CINAHL*. Após remoção dos artigos duplicados, foram selecionados 131 artigos; Destes apenas 25 foram selecionados para leitura do título e resumo. Nesta triagem foram excluídos 12 artigos, 6 artigos por não estarem disponíveis para leitura completa, e 6 artigos que não cumpriam os critérios de inclusão. Foram selecionados 11 artigos para leitura integral, sendo que 8 foram excluídos por não serem

referentes a hidroterapia por duche de água quente ou por não abordarem concretamente as experiências das parturientes. Foram assim selecionados 3 artigos. O fluxograma das diferentes fases da revisão foi realizado através do PRISMA *Flow Diagram*, de acordo com as recomendações do JBI (Peter, et. al, 2020) e está disponível para consulta no apêndice III.

2.1.1. Discussão dos Resultados da *Scoping Review*

O principal objetivo desta SR foi mapear estudos que avaliassem as experiências de parturientes acerca da utilização do duche de água quente, no alívio da dor no 1º estágio do trabalho de parto. O quadro de síntese dos resultados desta SR, encontra-se disponível para consulta no apêndice IV.

No estudo levado a cabo por Sharifpour e colaboradores (2022), é possível identificar diferenças estatisticamente significativas relativamente à experiência de parto, percecionada pelas participantes do grupo que recebeu a hidroterapia através do duche de água quente. As parturientes que receberam a hidroterapia através do duche quente relataram também mais suporte por parte da equipa de saúde e maior controlo durante o processo de parto.

Os objetivos do estudo clínico randomizado de Kirca e Kanza, (2022) foram avaliar a eficácia de dois MNF e perceber a implicação da sua utilização na experiência de parto positiva e sensação de conforto no pós-parto. Houve uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo que recebeu a hidroterapia e o grupo do controlo, no que diz respeito à experiência de parto e sensação de conforto. Também em relação ao alívio da dor, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa, tendo sido relatado maior alívio pelas parturientes que receberam a hidroterapia através do duche.

Gayeski, et al. (2015) levaram a cabo um estudo transversal para compreender o ponto de vista de primíparas sobre a utilização dos MNF para o alívio da dor durante o TP. A hidroterapia por duche de água quente foi o segundo MNF mais utilizado pelas parturientes, que relataram mais satisfação associada à sua utilização. Mais de metade das mulheres experienciaram maior apoio por parte das enfermeiras obstetras durante a aplicação da medida.

Apesar de escassos, os resultados nesta SR revelam que a utilização da hidroterapia por duche de água quente está associada a uma maior satisfação, maior sensação de

controlo e experiência de parto positiva (Gayeski, et al., 2015; Kirca, et al, 2022; Sharifpour, et al., 2022; Tereso et al., 2023).

Ainda que o objetivo da SR não tenha sido averiguar a efetividade da hidroterapia no alívio da dor durante o TP, é possível identificar em todos os artigos que a sua utilização reduziu a perceção de dor referida pelas parturientes (Gayeski, et al., 2015; Kirca, et al, 2022; Sharifpour, et al., 2022), à semelhança do que tem sido descrito na literatura para a hidroterapia por imersão (Shaw-Battista, 2017).

Foi ainda identificada uma maior sensação de apoio pela parturiente, por parte da equipa de saúde durante a aplicação deste MNF (Sharifpour, et al., 2022; Gayeski, et al., 2015).

Importa também referir que os estudos obtidos nesta revisão apontam para que o conhecimento prévio das mulheres acerca dos MNF determina a sua aplicabilidade no momento do parto (Gayeski, et al., 2015). Desta forma, assume-se a importância de informar e capacitar as mulheres sobre estes métodos disponíveis para o alívio da dor no TP, durante o período pré-natal e não apenas durante o TP.

Apesar da sua relevância no contexto atual, esta SR possui algumas limitações que devem ser discutidas. O facto de se debruçar sobre as experiências e não sobre a efetividade da hidroterapia, somando ao facto da forma de aplicação da hidroterapia em estudo ser através da aplicação do chuveiro e não através de imersão, fez que com muitos artigos fossem eliminados, reduzindo muito os resultados da pesquisa. Contudo, esta expressão foi elaborada após a pesquisa exploratória que antecedeu a revisão, e, portanto, baseada no atual conhecimento sobre o tema em questão. A escassez de estudos que explorem concretamente a experiência das mulheres na utilização da hidroterapia por duche de água quente e que identifiquem possibilidades e dificuldades na utilização deste MNF, revela a necessidade de produção de investigação primária qualitativa. Torna-se manifesta a necessidade de investigar com maior profundidade a experiência das parturientes com a utilização desta medida, de forma a gerar contributos que permitam avanços no cuidado centrado na pessoa (Agency for Healthcare Research and Quality, 2021), e que fomentem a utilização desta medida, de baixo custo, sem riscos associados e que contribui positivamente para a experiência positiva do parto.

2.2. Investigação Primária como Resposta ao *Gap* Identificado na *Scoping Review*

A realização da SR permitiu identificar uma lacuna na evidência disponível sobre as experiências das parturientes no alívio da dor através da utilização da hidroterapia. Esta identificação foi o ponto de partida para o desenvolvimento empírico da presente investigação, que decorreu entre abril e setembro de 2023.

A investigação científica é um instrumento fundamental para a obtenção e validação do conhecimento, para o qual é necessário seguir rigorosos procedimentos, de forma racional, sistemática e organizada (Coutinho, C., 2021).

A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) afirma que a determinação das experiências dos indivíduos nos serviços de saúde é um passo fundamental para o avanço no cuidado centrado na pessoa. Sendo uma componente integral da qualidade dos cuidados, a experiência do cliente de cuidados de saúde inclui vários aspetos da prestação de cuidados, nomeadamente a facilidade de acesso, eficácia e segurança dos cuidados e a comunicação efetiva com os prestadores (AHRQ, 2021).

Este ponto do relatório pretende descrever a metodologia utilizada na realização do estudo empírico. Segundo Fortin, et al., (2009), a fase metodológica é determinante para obtenção de respostas à questão de investigação.

2.2.1. Tipo de Estudo, Objetivos e Questão de Investigação

Para este trabalho de investigação, optou-se pela realização de um estudo exploratório, de carácter descritivo e natureza qualitativa.

A pesquisa qualitativa procura dar sentido à experiência humana identificando padrões e dando sentido a grandes quantidades de informação, obtidas a partir da perspetiva dos seus participantes; é uma forma de compreensão da realidade, que tem em consideração os diferentes pontos de vista e os contextos que estão relacionados (Gonçalves, et al., 2021).

Segundo Fortin, et al., (2009), a questão de investigação deve ser baseada na revisão bibliográfica realizada previamente, que possibilita a identificação de conhecimento existente que fundamenta a questão, ou pelo contrário, verifica lacunas de conhecimento e identifica a necessidade de explorar de forma diferente determinada temática. Tendo em conta o *gap* identificado na SR, acerca das experiências das mulheres

no alívio da dor através da utilização da hidroterapia por duche de água quente durante o TP, e sendo este um recurso eficaz, de baixo custo e largamente disponível, o objetivo deste estudo é descrever as experiências das parturientes com a utilização da hidroterapia através do duche, como medida não farmacológica para o alívio da dor.

Desta forma, para este estudo formulou-se a seguinte questão de investigação: “Quais as experiências das parturientes com a utilização da hidroterapia por duche de água quente para o alívio da dor?”

2.2.2. Participantes

Define-se por participantes um conjunto de pessoas que apresentam características ou experienciam situações idênticas (Coutinho, 2021). Neste estudo as participantes eram mulheres que utilizaram a hidroterapia através do duche de água quente para o alívio da dor durante o primeiro estágio do TP. As participantes foram selecionadas através das redes sociais, tendo sido definidos como critérios de participação terem idade superior a 18 anos, terem tido experiência de parto ocorrida até 1 ano, e terem utilizado a hidroterapia como estratégia para o alívio da dor durante o primeiro estágio do TP em ambiente hospitalar.

A idade média das participantes situou-se nos 32.75 anos, sendo o mínimo de 27 anos e o máximo de 37 anos, o Desvio Padrão foi de 4,645. Quanto às habilitações literárias, 90% tinham o ensino superior e 10% o ensino secundário.

2.2.3. Instrumento de Colheita de Dados

Designa-se por instrumento de colheita de dados qualquer recurso ao qual o investigador possa recorrer para conhecer determinados fenómenos e extrair a partir deles informação (Vilelas, 2020).

Tendo em conta que o objetivo do estudo é descrever as experiências das mulheres na utilização da hidroterapia por duche de água quente, para o alívio da dor durante o TP, e tendo também em conta a profundidade e diversidade que caracterizam essas experiências, optou-se pela realização de um *Focus Group* (FG) em formato *online*.

FG é uma técnica de pesquisa exploratória, enquadra-se num tipo particular de entrevista em grupo, onde é esperada a interação dos participantes, mediados por um moderador, que deve adequar a entrevista consoante os objetivos delineados para o estudo (Krueger, 1998; Ryan et al., 2014; Morgan, 2019).

O recurso ao FC enquanto instrumento de investigação revela-se pertinente quando se pretende perceber em profundidade a diversidade de determinadas experiências (Morgan, 2019).

Para além de ser um método mais rápido e eficaz de colher dados a um conjunto de pessoas, uma das vantagens da utilização do FG são os *insights* que surgem com a partilha e a interação entre os participantes. Esta dinâmica é uma mais valia para a investigação em saúde, e amplamente utilizada, uma vez que permite ao investigador perceber a diversidade dentro de um determinado grupo (Morgan, 2019).

A metodologia de FG exige um planeamento adequado, desenhado de forma a obter informação relevante. Foi por isso elaborado um guião a partir dos construtos identificados na revisão da literatura, a propósito da temática em estudo, que pode ser consultado no apêndice V.

A sessão de FG decorreu no dia 29 de maio 2023 e foi realizada em formato *online* através da plataforma Zoom *Meetings*, de forma facilitar a participação das participantes e minimizar incómodos com a deslocação. O *link* de acesso foi disponibilizado após preenchimento e envio do consentimento informado de cada uma das participantes. O FG foi conduzido por duas moderadoras e durante a colheita de dados o papel de moderadora foi assumido pela investigadora responsável e pela sua orientadora, que possui mais experiência neste tipo de método, tendo sido realizado apenas o registo áudio do FG.

2.2.4. Tratamento e Análise de Dados

O tratamento de dados foi feito seguindo os pressupostos de Bardin (2016), para a análise de conteúdo. Esta forma de tratamento de dados é amplamente utilizada nas ciências humanas e sociais, e é o método mais comum para o tratamento de dados na pesquisa qualitativa (Vilelas, 2020).

A análise de conteúdo é um processo sistemático, que obedece a determinadas etapas, sendo que a primeira fase se designa por pré-análise. Esta é uma fase de organização, que permite a sistematização das ideias, de forma a orientar um esquema preciso, essencial às fases seguinte. A Segunda fase designa-se por exploração do material e compreende a escolha das unidades de registo, codificação e categorização. A terceira e ultima fase é dedicada ao tratamento e interpretação dos dados, em que o investigador dá significado aos dados obtidos (Bardin, 2016).

Na fase de pré-análise procedeu-se à transcrição integral da sessão de FG após a qual se fizeram leituras flutuantes. Na fase de exploração do material foram tomadas decisões relativamente à codificação das participantes (P1, P2, P3, P4) e as unidades de unidades de registo foram agrupadas de forma imparcial por significados próximo (Bardin, 2016).

A categorização é um processo estruturalista que pretende isolar os elementos e reparti-los de forma a impor um determinado nível de organização. Foi realizada à *posteriori* e emergiu da análise textual, definindo dimensões e agrupando categorias e sub-categorias, segundo o significado, sentido próximo e pertinência com os objetivos propostos (Bardin, 2016). No apêndice VII está disponível para consulta a Grelha de Análise de Conteúdo.

2.2.5. Considerações e Procedimentos Éticos

Em investigação, as Considerações Éticas assumem um caráter decisivo para determinar os benefícios da mesma para os indivíduos e para a sociedade. Delimitam os direitos e os deveres estabelecidos no processo de investigação, em todas as suas etapas (Vilelas, 2020).

No decorrer do presente estudo foram seguidos os princípios éticos fundamentais, entre eles o rigor, a confidencialidade, o sigilo, o anonimato e o consentimento livre e informado. De forma a salvaguardar estes princípios, foi solicitado um parecer ao Conselho de Ética da ESEL, que emitiu um parecer favorável à realização do estudo, que se encontra disponível para consulta no anexo I.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todas as participantes no estudo, previamente à sua participação. Foi reforçada a informação de que a sua desistência poderia ocorrer em qualquer momento do estudo, sem qualquer tipo de consequência ou necessidade de explicação. Foi também reforçada a informação de que a colheita de dados seria confidencial, e que todos os dados obtidos seriam codificados e utilizados apenas para análise estatística; o conteúdo da gravação ficou apenas na posse da investigadora, e será destruído após a conclusão desta etapa académica.

2.2.6. Apresentação e Análise dos Resultados

Participaram neste estudo 4 mulheres, cuja identidade foi codificada através de P1, P2, P3 e P4. Os partos das participantes ocorreram em média há 3,5 meses, sendo que o

parto mais recente ocorreu há 2 meses e o mais antigo há 10 meses, o Desvio Padrão foi de 3,593. Todas recorreram à hidroterapia através do duche de água quente para o alívio da dor durante o primeiro estágio do TP, em ambiente hospitalar.

Tendo por base o referencial teórico explorado e de acordo com os objetivos do estudo, procede-se agora à apresentação dos resultados.

Da análise dos dados emergiram três dimensões, com categorias e sub-categorias que são apresentadas no quadro 1.

Tabela 1 – Tabela de Categorização

<i>Dimensões</i>	<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>
Satisfação com a aplicação da estratégia	Alívio da dor;	-
	Relaxamento;	-
	Diminuição da duração do TP.	-
Fatores facilitadores para a utilização da estratégia	Acompanhamento;	-
	Apoio da Equipa de Enfermagem;	-
	Informação Prévia.	Outras Mulheres; Profissionais de Saúde.
Barreiras na utilização da estratégia	Acesso;	-
	Condições físicas desadequadas;	-
	Desconhecimento das especificidades da aplicação da estratégia.	Locais e tempo de aplicação;
		Temperatura da água;
		Normas de segurança.

Como questão “*quebra gelo*” foi perguntado às participantes qual era a sua opinião sobre a aplicação da hidroterapia através do duche de água quente. Todas as participantes do estudo referiram satisfação com a utilização da medida. O primeiro benefício apontado por todas as participantes foi a eficácia deste MNF para o alívio da dor durante o primeiro estágio do TP, como se pode observar nas unidades de registo:

“(…) a utilização do **duche foi fundamental**. Utilizei o duche de água quente cumulativamente com a bola de pilates”(…) Mas naquela fase do trabalho de parto foi, sem dúvida, uma **estratégia chave**.” (P1);

*“(...) antes de entrar no hospital eu estava mesmo com muitas dores, e aí sim o **duche aliviou bastante**” (P4);*

*“(...) deram-me várias opções para alívio da dor. (...) Até ter tomado a decisão de ter levado epidural, **o que me aliviava a dor era só e apenas o duche.**” (P3);*

*“(...) e eu **não tive quase dores nenhuma**s e tenho a **certeza que o duche ajudou bastante.**” (P2)*

Ainda dentro da dimensão que diz respeito à satisfação com a aplicação da hidroterapia por duche de água quente, duas participantes referiram um aumento do relaxamento, como se pode verificar nas seguintes unidades de registo:

*“(...)quando me sugeriram o duche, **tudo relaxou.** Ajudou bastante”(...)“ Ajudou-me no relaxamento e acho que fez com que o processo fosse muito mais rápido.” (P2);*

*“Senti o mesmo: um relaxar geral do corpo. Ajuda a que tudo corra um bocado melhor (...) Permitiu-me **relaxar o corpo todo** e estar **menos nervosa** com todo o processo.” (P1)*

Apenas uma participante referiu ter sentido diminuição na duração do TP, como se observa na unidade de registo:

*“Fiz 2 duchas no final do dia (...) ainda em fase latente (...) entretanto **a dilatação ocorreu em 20 minutos.**” (...) Eu acho que o duche ajudou bastante a encurtar o tempo do trabalho de parto.” (P3)*

No que diz respeito aos fatores reconhecidos como facilitadores na utilização da estratégia, emergiram três categorias e duas subcategorias. O envolvimento do acompanhante foi algo percecionado como facilitador da utilização da hidroterapia através do duche de água quente, não só nas deslocações necessárias para a aplicação da medida, como durante a própria aplicação, onde os acompanhantes podiam direcionar os jatos de água e aplicar pressão em determinados pontos dolorosos . Este acompanhamento e presença promoveu momentos de proximidade e partilha, como se pode observar nas seguintes unidades de registo:

*“No meu caso eu tive sempre **companheiro presente**, no parto e na indução, que foi quando utilizei todas as estratégias” (...) “Houve um momento que ele saiu e fiquei numa ansiedade enorme, tentei **gerir essa ansiedade.**” (P2);*

*“No meu caso acho que **foi fundamental a companhia** do meu namorado. Foi **ele que me lembrou** que eu devia ir para o duche para ajudar a aliviar a dor (...)” (P4);*

*“Para mim também **foi essencial a presença do companheiro para a aplicação dos jatos de água**. Embora tenha sido no privado, eu penso que se estivesse sozinha, não fosse tão fácil, talvez não sentisse à vontade com as enfermeiras para esse auxílio” (...)*
*“a verdade é que a **presença do meu companheiro ajudou muito...** a apontar o chuveiro exatamente para o local, e fazer as compressões no local” (P1);*
*“Também acho que no meu caso foi fundamental (...) **acho que se estivesse sozinha não teria tanto a vontade**, nem teria uma pessoa sempre disponível para ir comigo sempre que eu quisesse ir” (...) “como o chuveiro não ficava no quarto, tinha de me deslocar, **foi fundamental ter lá alguém**.” (P3)*

Relativamente ao apoio prestado pela Equipa de Enfermagem, todas as participantes o descreveram como essencial para a utilização da estratégia, fazendo referencia à sensação de cuidado e respeito pelas suas escolhas durante todo o TP, como é possível observar nas unidades de registo:

*“(...) as **enfermeiras foram fundamentais** para me ajudar.” (P2);*
*“(...) **sempre muito atenciosos, com palavras de apoio e compaixão**, que são tão importantes.” (P4);*
*“(...) só tenho a **dizer bem de todas as equipas** que passaram. Todas as pessoas nos deixaram super à vontade, e tentaram sempre respeitar o plano de parto, e como eu indicava que queria evitar a analgesia, **tiveram sempre o cuidado de me fazer ver que havia várias formas de aliviar a dor**” (P3);*
*“**senti bastante apoio das equipas**, não podia ter tido equipas melhores... e também senti que respeitaram o meu plano de parto, dentro de praticamente tudo” (...) (P1)*

Quando questionadas sobre o conhecimento prévio acerca da hidroterapia através do duche quente, foram identificadas duas fontes de informação distintas, das quais emergiram duas subcategorias: informação prévia transmitida informalmente, através de outras mulheres, e informação prévia transmitida por profissionais de saúde. Apenas duas participantes referiram ter tido conversas com amigas que lhes referiram a aplicação da hidroterapia através do duche durante o primeiro estágio do TP, como se verifica nas unidades de registo:

*“(...) **comigo ninguém comentou** que tinha utilizado esta estratégia [do duche] até porque no meu seio de amigas todas quiseram levar logo a epidural e que eu era maluca por não querer levar.” (P3);*

*“(...) **tive uma amiga que tinha sido mãe antes e ela utilizou o duche** durante todo o trabalho de parto. E foi ela que me aconselhou [a utilizar o duche]” (P4);*

*“(...) e penso que até antes em **conversa com amigas**, que já tinham sido mães, e **muitas me relataram que utilizaram o duche** no trabalho de parto para o alívio da dor “Eu também (...) Só uma amiga é que não utilizou [o duche] porque na fase de trabalho de parto em que estava, considerou que o duche não era suficiente e pediu logo epidural.” (P1)*

Relativamente à informação prévia obtida através dos Profissionais de Saúde, todas as participantes relataram que essa informação lhes foi transmitida durante os cursos de preparação para o parto, como se observa nas próximas unidades de registo:

*“No meu caso foi no **curso de preparação para o parto**, que fiz com a Enf.^a C., no Centro de Saúde” (P4);*

*“Eu ouvi falar no **curso de preparação para o parto**, que fiz no hospital onde tive o parto e lá eles disseram logo quais é que eram os recursos que tínhamos no hospital.” (P3);*

*“Já tinha ouvido falar dela [da estratégia do duche]. **Já conhecia as suas vantagens.**” (P2);*

*“No meu caso também foi durante o **curso de preparação para o parto**” (P1)*

Quando questionadas sobre eventuais constrangimentos na aplicação do duche, as participantes fizeram relatos sobre situações distintas, e desses relatos foi identificada a dimensão de barreiras à utilização da estratégia, onde foram categorizadas o acesso ao duche, determinadas condições inadequadas da estrutura física e o desconhecimento das especificidades da aplicação da estratégia, para que a sua aplicação seja segura e efetiva. Desta última categoria sobre as especificidades da aplicação, emergiram três subcategorias: Locais e tempo de aplicação da água; Temperatura da água e Normas de segurança para aplicação do duche quente.

Relativamente à localização do duche, duas participantes tinham acesso a um duche partilhado, fora do seu quarto e que despendiam de algum esforço para se deslocar, e duas tinham duche individual, localizado dentro do seu quarto.

*“No meu caso **era fora** [o duche] e **tínhamos de passar por todos os quartos**. Na altura não havia ninguém, mas sim tinha de passar por todos os quartos. E só havia 1 duche. Mas ninguém estava a utilizar.” (...) a única desvantagem seria o facto de não*

*termos acesso no nosso quarto... Na verdade eu acho que **se tivesse no quarto se calhar até tinha aguentado** um bocadinho mais até ter pedido a epidural...mas o facto de ter de me **deslocar num corredor inteiro com mais pessoas**, já me estava a **deixar cansada**.” (P3);*

*“(...) no meu caso **o duche era muito perto do quarto**.”(...) “a casa de banho partilhada, e os duches individuais, com cortina” (P2);*

*“No meu caso não. Eu tive o meu parto num hospital privado, e o **duche era dentro do quarto**.” (P1)*

Em relação às condições físicas inadequadas, uma participante referiu a ocorrência de acumulação excessiva de água com a utilização do duche, e que esta era provocada pela própria base do duche, que não era eficaz na retenção e escoamento da água. Outra participante destacou a dificuldade em conseguir regular eficazmente a temperatura da água, tendo referido o mau estado das torneiras, de acordo com as seguintes unidades de registo:

*“(...) o **duche era muito raso** o que fazia com que a água saísse com muita facilidade, portanto houve ali quase uma pequena **inundação**” (P1);*

*“(...)Para mim foi muito **difícil regular a temperatura da água** naquele chuveiro, confesso... As torneiras eram bastante antigas, e era difícil de regular” (P2).*

O desconhecimento das especificidades da aplicação da estratégia não foi percecionado pelas participantes como uma barreira à sua utilização, no entanto considera-se que esse desconhecimento pode contribuir para uma ineficácia da medida ou até mesmo colocar em causa determinadas condições de segurança. Desta categoria emergiram três subcategorias, sendo que a primeira foi sobre os locais e tempo de aplicação da água, e para a qual se destacam as seguintes unidades de registo:

*“No meu caso **não houve nenhuma indicação**(...) Mesmo no curso de preparação disseram-nos para irmos pondo [a água] nos sítios que aliviasse mais (...)” (P3);*

*“**Não tive acesso a informação** sobre qual a duração aconselhada (...)Fomos usando conforme o que ía sentindo (...)” (P1);*

*“Eu também não tinha **nenhuma informação** sobre os locais nem o tempo da aplicação da água (...)” (P2);*

*“No meu caso, **também não tive qualquer indicação** do tempo [da aplicação da medida] e para além da zona lombar, eu senti necessidade de aplicar os jatos na zona pélvica, porque sentia muita pressão (...)” (P4).*

Relativamente à segunda subcategoria, relaciona-se com a temperatura da água e nenhuma das participantes teve acesso a qualquer recomendação sobre este aspeto fundamental da aplicação da medida, e seguiram a sua intuição e preferência para estabelecer a temperatura da água, como se observa nas unidades de registo:

*“No meu caso foi relativamente fácil, **senti mais alívio com a água morna**, com a água mais quente. A água mais fria causa-me mais tensão muscular, então como eu procurava alívio (...)” (P1);*

*“**No meu caso tinha de ser mesmo muito quente...** Aliás as vezes estava tão quente que eu tinha de tirar um bocadinho... mas era assim que me aliviava a dor (...)” (P3);*
*“(...)Muito quente não era confortável, ficava muito vermelha na pele, e não me sentia confortável... fria também não...portanto **tentei ter uma temperatura amena..** não medi mas penso que devia estar perto da temperatura corporal..” (P2)*

A terceira subcategoria a emergir foi sobre as normas de segurança para aplicação da estratégia, e apenas uma participante referiu lhe terem sido explicadas pela equipa como se observa na unidade de registo:

“(...) disseram-me sempre para ter a cadeira ao pé, para me agarrar nas barras de segurança, caso me sentisse a ficar mal disposta para me sentar, tinha também a campainha para puxar e para deixar a porta aberta. E para utilizar os chinelos antiderrapantes.” (P2)

Para esta análise importa referir que nenhuma das participantes tinha experiência anterior com a utilização da hidroterapia durante o TP, uma vez que eram todas primíparas. Parece-me ainda relevante evidenciar que das quatro participantes apenas uma referiu ter sido submetida a avaliação da dor através de escala numérica antes da aplicação da estratégia.

De fazer referência também às sugestões deixadas pelas participantes nomeadamente em relação à divulgação da hidroterapia como estratégia eficaz no alívio da dor durante o primeiro estágio do TP, onde propõem que esta divulgação pode ser mais efetiva se for através dos *media*, como se observa na seguinte unidade de registo:

“(...)Seja um pequeno anúncio, ou nas redes sociais, ou na televisão.. ou nas paragens de

autocarro... acho que às vezes estas pequenas estratégias vão mudando a mentalidade das pessoas (...)" (P1). Referiram também a importância de ser uma estratégia abordada com mais profundidade durante os cursos de preparação para o parto: "(...) Falaram das medidas não farmacológicas, mas de uma forma muito superficial. Falaram de algumas medidas mas não falaram de todas... não falaram do duche... falaram de algumas mas não exploraram muito." (P2)

2.2.7. Discussão dos Resultados

Através deste FG foi possível identificar satisfação de todas as participantes com a aplicação da hidroterapia através do duche de água quente. Este achado vai ao encontro do que já é suportado pela literatura e também com o que pude observar durante a prestação de cuidados em contexto dos ensinos clínicos. Diversas pesquisas têm demonstrado que a utilização da água quente através do duche, tem resultados efetivos na diminuição da dor durante o primeiro estágio do trabalho de parto (Stark, et al., 2017; Tuncay, et al., 2019; Sharifpour, et al., 2022; Tereso et al., 2023).

Além do alívio da dor, foi reconhecido por metade das participantes o efeito de relaxamento físico e psicológico durante a aplicação da hidroterapia através do duche. O impacto rítmico da água morna no corpo proporciona uma distração sensorial agradável (Stark, et al., 2017). Durante a realização do estágio, quer no serviço de MMF como no BP, tive a perceção da sensação de relaxamento das parturientes gerada com a aplicação da medida. A temperatura morna da água induz a vasodilatação periférica e potencia a redistribuição do fluxo sanguíneo, contribuindo para a melhoria da perfusão uterina e para o relaxamento muscular (Benfield, et al., 2010; Benfield, et al., 2018). Apenas uma participante referiu associar a aplicação da medida com a diminuição da duração do TP. A evidência científica tem descrito que a verticalidade inerente às deslocações para aplicação do duche e as mudanças de posição que podem ser assumidas pela parturiente associadas ao calor da água durante a aplicação da medida, são um auxílio na progressão do TP (Lee, et al., 2013; Hu, et al., 2021; Zhang, et al., 2022).

A presença e envolvimento do acompanhante durante a aplicação do duche de água quente foi algo destacado por todas as participantes. Todas consideram fundamental contarem com o apoio da pessoa significativa, e que a sua presença foi um fator facilitador. De facto a evidência científica reforça a importância da presença da pessoa significativa para uma experiência de parto positiva, sendo que a utilização de MNF, como

a hidroterapia, pode ser uma forma de promover o envolvimento da pessoa significativa durante o TP (Camargo, et al., 2018). Durante a realização do EC no contexto de MMF, a pessoa significativa podia acompanhar a parturiente ao duche, caso fosse essa a sua vontade, e pude observar que eram momentos de cumplicidade, que pareciam contribuir para a promoção do conforto holístico da mulher.

Outro fator facilitador para aplicação da estratégia destacado pelas participantes foi o apoio prestado pela equipa de enfermagem. A literatura tem destacado que além de satisfação, as parturientes referem sentir-se apoiadas e seguras na utilização da hidroterapia por duche de água quente, precisamente por ser uma técnica onde há um acompanhamento por parte da equipa de enfermagem (Gayeski, et al. 2015; Sharifipour et al., 2022).

Relativamente à categoria “informação prévia”, os resultados dos dados analisados foram concordantes com os achados na literatura: o conhecimento prévio sobre determinados MNF influencia a sua aplicabilidade no momento do parto (Lindholm, et al., 2014; Almeida, et al., 2015). Apenas duas participantes referiram ter tido conhecimento da estratégia através de amigas. Todas as outras participantes referiram ter tido acesso a informação sobre hidroterapia nos cursos de preparação para o parto. A necessidade de acesso a informação clara e detalhada sobre a aplicação da estratégia durante a preparação pré-natal é de máxima relevância, uma vez que é um período em que as mulheres estão recetivas a receber informações sobre o TP e esse conhecimento vai contribuir para uma tomada de decisão informada e esclarecida no momento do parto (Pereira, M., 2016).

Os espaços e equipamentos a que as participantes tiveram acesso, tinham características diferentes no que diz respeito ao duche. Uma das participantes teve acesso ao duche dentro do quarto, sendo que as outras participantes tinham acesso a duche partilhado, fora do seu quarto. Ainda que não seja uma realidade disponível em todos os blocos de parto em Portugal, o duche individual é convidativo e mais conveniente à sua utilização permitindo maior privacidade e conforto, já o duche partilhado expõe as parturientes a desconfortos inerentes às deslocações no serviço, necessárias para poderem aplicar a estratégia durante o TP. Durante o EC no BP, o duche existente era partilhado, em alternância, pelas parturientes de todo o serviço, e assisti a

alguns constrangimentos que não se constataam quando estão acessíveis espaços individuais com duche.

As condições físicas não foram apontadas pelas parturientes como barreiras, no entanto considerei que os dados identificados poderiam ser uma barreira à segurança e à eficácia da sua utilização. As condições físicas são essenciais para garantir os parâmetros de segurança e de eficácia inerentes à aplicação da estratégia. É imperativo que os dispositivos de duche nos blocos de parto estejam equipados com barras de segurança, banco, campainha de emergência, cortinas que garantam a privacidade da parturiente, escoamento de água e torneiras em bom estado de funcionamento, de forma a proporcionar uma experiência segura e satisfatória (Camargo, et al., 2018).

Relativamente ao desconhecimento das especificidades da aplicação da estratégia, emergiram três subcategorias: Locais e tempos de aplicação, temperatura da água e normas de segurança. No que concerne aos tempos e locais de aplicação, nenhuma das participantes referiu ter tido acesso a essa informação, nem no âmbito do curso de preparação para o parto nem durante o TP. Os estudos que avaliaram a efetividade da hidroterapia através do duche de água quente para alívio da dor durante o primeiro estágio do TP indicam que aplicação é mais eficaz quando o duche é direcionado em intervalos de tempo entre 10 e 20 minutos (Shaw-Battista, 2017; Henrique et al., 2018; Hu; et al., 2021). No que diz respeito aos locais de aplicação, as parturientes devem ser aconselhadas a direcionar os jatos de água às zonas mais dolorosas, que habitualmente são a região pélvica, dorsal e abdominal (Lee, et al., 2013; Benfield, et al, 2018).

São vários os estudos que fazem referência à necessidade da água estar regulada numa temperatura quente para contribuir para o alívio da dor. Ainda que alguns estudos apontem que a água deva estar entre os 36,5°C/37°C (Dykes, et al., 2017; Taskin, et al. 2020), alguns autores referem que a temperatura a 37°C ou superior pode conduzir a situações de aquecimento excessivo da superfície corporal da grávida, com consequente taquicardia fetal e hipotensão materna associada (Mellado-Garcia, et al. 2023). A inexistência de termómetros nos duchos da maioria dos blocos de parto impossibilita que a temperatura da água seja avaliada com rigor, por isso a parturiente deve ser aconselhada a aplicar a água quente, de forma a proporcionar sensação de conforto. No caso das participantes deste estudo, e à semelhança do que foi descrito na subcategoria

anterior, não obtiveram acesso a esta informação nem durante a preparação para o parto nem durante o TP, e aplicaram a água a uma temperatura que lhes transmitisse alívio e relaxamento.

Apenas uma participante teve acesso a informações relativas às normas de segurança para aplicação da estratégia. Existem várias normas de segurança relativas à aplicação da hidroterapia, que devem ser criteriosamente explicadas às parturientes, de forma a garantir a sua segurança. Entre estas normas destacam-se a necessidade dos duches estarem equipados com barras de apoio, campainha de emergência, banco de apoio e a utilização de chinelos antiderrapantes pelas grávidas, para minimizar o risco de queda. As grávidas devem também ser avaliadas obstetricamente antes da aplicação da medida, de forma a determinar se estão ou não reunidas as condições clínicas que permitem a aplicação da estratégia: ausência de hemorragia ou infeções vaginais ativas, e bem-estar materno e fetal assegurado (ACNM, 2014; ACOG, 2016).

2.2.8. Considerações Finais e Implicações para a Prática de Cuidados

Nesta pesquisa, um aspeto que pode ser considerado como uma limitação diz respeito ao facto de só ter sido realizado um FG. Apesar da seleção das participantes ter sido feita com a preocupação de garantir heterogeneidade e diversidade, ainda nos restam algumas dúvidas acerca da obtenção da saturação dos dados.

Sobre a não realização de um segundo FG, realço a dificuldade que tive em recrutar participantes. Esta dificuldade pode estar relacionada com o facto das participantes para este estudo estarem a viver o período pós-parto, considerado como um momento crítico para a mulher e para a família (OMS, 2022), que implica uma adaptação a uma nova realidade exigente, influenciada por fatores stressantes e necessidades específicas (Carvalho et al., 2017; Savage, 2020).

Ainda assim, existem considerações relevantes para a prática de cuidados, que podem contribuir para a implementação desta estratégia de forma consistente nos serviços de saúde. Apesar de ser considerada uma estratégia de baixo custo e sem efeitos secundários, a hidroterapia através do duche de água quente exige que sejam assegurados determinados aspetos que garantam a sua efetividade. É fundamental que as parturientes sejam informadas dos tempos e locais de aplicação, bem como a temperatura da água ideal para produzir os efeitos expectáveis de alívio da dor e relaxamento.

A utilização da hidroterapia através do duche é uma estratégia considerada eficaz pelas parturientes, que pode ser utilizada como alternativa ou como complemento às medidas farmacológicas no controlo e gestão da dor. Está ainda associada a uma experiência de parto positiva, que empodera e restitui o protagonismo da mulher no seu TP. Para que a utilização desta medida seja consistente nos serviços é importante que tenham disponíveis os recursos necessários, em condições que garantam a sua segurança e efetividade. É ainda fundamental que a abordagem desta temática durante os cursos de preparação para o parto seja feita de forma mais aprofundada, destacando dados de evidência científica relativos aos benefícios, parâmetros de segurança e aos critérios de aplicação, de forma a empoderar os casais sobre as diferentes estratégias para o alívio da dor, e contribuir para uma escolha consciente e informada no momento do parto.

2.3. Atividades de Aquisição, Produção e Divulgação de Conhecimento Durante o ER

Segundo o Regulamento n.º140/2019, uma das competências comuns do Enfermeiro Especialista é ter um papel ativo na área de investigação e ser um elemento facilitador nos processos de aprendizagem, que contribuam para a melhoria da qualidade em saúde (Regulamento n.º140/2019, 2019).

Com o objetivo de aprofundar conhecimentos sobre a temática explorada no decorrer deste ER, frequentei o Curso de Hidroterapia para Profissionais, com duração de 40h. O investimento feito nesta formação foi fundamental para adquirir conhecimentos específicos sobre as propriedades da água, e compreender os seus efeitos no corpo físico e espiritual da mulher grávida; Permitiu ainda adquirir conhecimentos teóricos e práticos sobre as aplicabilidades da hidroterapia na gravidez, parto e pós parto. Foi de facto uma experiência enriquecedora, e que trouxe valiosos contributos para a minha prática profissional. O certificado do curso encontra-se disponível para consulta no anexo II.

Integrei a Comissão Organizadora e participei como preletora na Conferência “Hidroterapia: Conceitos, Técnicas e Procedimentos”, na mesa “Hidroterapia: da produção do conhecimento à disseminação”, no âmbito do 1º Seminário Internacional de Investigação do Projeto *Hidra2Born* – Prática Baseada em Evidência para o Alívio da Dor

Durante o Trabalho de Parto. A comunicação livre encontra-se disponível para consulta no apêndice VII e os respetivos certificados, no anexo III e anexo IV.

Um dos achados durante a pesquisa bibliográfica sobre a temática em estudo, foi a relação entre o conhecimento prévio sobre os MNF onde se inclui a hidroterapia, com a sua aplicabilidade durante o TP (Lindhölm, et al., 2014; Almeida, et al., 2015). Por esse motivo, no EC de Cuidados de Saúde Primários (CSP), partilhei os resultados da SR com a Enfª Orientadora, planeei e dinamizei sessões com os casais a frequentar o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) de forma a divulgar os benefícios, critérios e recomendações da hidroterapia através do duche de água quente para o alívio da dor durante o TP. O planeamento e sessão encontram-se disponíveis para consulta nos apêndices VIII e IX.

No EC de Medicina Materno-Fetal (MMF) elaborei um folheto sobre os benefícios e recomendações da hidroterapia através do duche de água quente, que passou a ser disponibilizado a todas as grávidas internadas para Indução do Trabalho de Parto (ITP) naquele serviço, de forma divulgar a estratégia e contribuir para uma tomada de decisão livre e esclarecida no que diz respeito ao alívio e gestão da dor durante o TP. O planeamento e o folheto estão disponíveis para consulta nos apêndices X e XI.

Durante o EC no Bloco de Partos (BP), além de ter divulgado, incentivado e facilitado a utilização da estratégia junto das grávidas a quem prestei cuidados, elaborei um Poster que foi colocado em todas as salas de parto, com as recomendações atuais, os critérios de elegibilidade e de exclusão para aplicação da estratégia e com as respetivas orientações de segurança de utilização. O planeamento e o poster estão disponíveis para consulta no apêndice XII e apêndice XIII respetivamente. Dinamizei ainda uma sessão de partilha com a equipa de enfermagem do BP para divulgar os resultados da SR, apresentar o poster e fomentar a utilização da estratégia junto da equipa. O planeamento e a sessão estão disponíveis para consulta no apêndice XIV e apêndice XV respetivamente.

3. REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DURANTE O ESTÁGIO COM RELATÓRIO

O ER decorreu em cinco contextos diferentes, de 26 de setembro 2022 a 7 de julho 2023. O percurso realizado permitiu a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas, na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, nas diferentes fases do ciclo de vida. As diferentes experiências foram alicerçadas na prática reflexiva e sustentadas não só pela evidência científica como pela Teoria do Conforto, de Katherine Kolcaba (2003).

O Enfermeiro especialista tem competências comuns nos domínios da responsabilidade ética, legal e profissional. Ao longo de todo o ER, a minha prestação de cuidados foi regida pelos valores éticos e legais que norteiam a profissão de Enfermagem, e salvaguardei sempre a defesa dos direitos humanos e a dignidade das pessoas de quem cuidei (Ordem dos Enfermeiros, 2015^a; Regulamento n.º 140/2019, 2019). Na participação de cuidados à mulher/família, respeitei os seus valores e preferências, promovi o conforto holístico e sua autonomia. Assegurei uma conduta seguindo os princípios que regem o Código Deontológico (2015a) e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] (2015b). No primeiro contacto estabelecido com cada pessoa alvo dos meus cuidados, identifiquei-me como estudante do CMESMO e solicitei sempre consentimento para a prestação de cuidados.

A obtenção de grau de mestre é um dos meus objetivos formativos, e por esse motivo durante este ER fui adquirindo conhecimentos e desenvolvendo atividades relacionadas com a investigação e divulgação científica, como forma de potenciar o meu desenvolvimento profissional e assegurei a mobilização dessa evidência para conceber, planear e executar os cuidados especializados prestados (Decreto de Lei n.º 74/2006, p. 2.246).

O presente capítulo está dividido em 6 subcapítulos de forma a organizar a análise do percurso de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO, e pretende refletir criticamente sobre as experiências vividas nos diferentes contextos clínicos e que permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas. No anexo V disponibilizo a síntese de registo das atividades práticas realizadas no ER, devidamente assinada pela Sra.^a Prof.^a Orientadora e pela Regente da UC.

3.1. Cuida a Mulher Inserida na Família e Comunidade no Âmbito do Planeamento Familiar e Durante o Período Pré-concepcional

Para a aquisição desta competência especializada foram fundamentais o EC de CSP e o EC de Ginecologia. Ambos contribuíram para a vivência de experiências diferentes e igualmente enriquecedoras, que trouxeram valiosos contributos para a minha prática profissional.

Nestes dois contextos participei ativamente em dezenas de consultas de PF e em consultas de aconselhamento pré-concepcional. Estes dois contextos permitiram-me uma visão diferente do protagonismo do EEESMO nestas consultas. No EC de CSP tive o privilégio de participar em consultas de PF onde se faziam citologias e colocação/remoção de dispositivos de contraceção reversíveis de longa duração, com total autonomia do EEESMO. No contexto de Ginecologia, observei a existência de uma organização diferente deste tipo de consulta, onde estes procedimentos são realizados pelo médico assistente, sendo que o EEESMO realiza apenas uma consulta prévia.

Ainda que a colocação de implantes hormonais e Sistemas Intrauterinos (SIU) seja considerada uma atividade interdependente, por exigir uma prescrição médica prévia, a sua colocação pode ser realizada autonomamente pelo EEESMO. Segundo o Parecer n.º50/2014 e o parecer n.º21/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade, o EEESMO tem preparação científica e técnica, estando habilitado para assumir a responsabilidade pela implementação destas intervenções, no âmbito do planeamento familiar (MCESMO, 2014; MCESMO, 2017).

Durante as consultas de PF procurei sempre entender os motivos que levaram à procura de cuidados de saúde, fazia uma anamnese de forma a perceber o contexto clínico, social e familiar, e adequava a Educação Para a Saúde (EPS) às necessidades individuais de cada pessoa. Procurei sempre criar um ambiente acolhedor e empático, e o foco das minhas intervenções centrava-se na promoção do conforto holístico das utentes (Kolcaba, 2003).

Foi no âmbito das consultas de PF no EC de CSP que tive oportunidade de introduzir um SIU e dois implantes subcutâneos. São ambos métodos de contraceção removíveis de longa duração, e que para além da forma de aplicação diferem no tipo de atuação hormonal. O SIU tem duração que pode variar de 3 a 7 anos, a sua atuação altera o

espessamento do muco cervical, e dependendo da dosagem inibe a fecundação, provoca atrofia glandular e inibição do desenvolvimento folicular e ovulação. Já o implante subcutâneo tem uma durabilidade de 3 a 5 anos, a sua ação hormonal inibe a ovulação e aumenta a espessura do muco cervical, induzindo a alterações do endométrio que são desfavoráveis à nidação (Pacheco, et al., 2020).

O EEESMO é um interveniente privilegiado para avaliar, diagnosticar, aconselhar e acompanhar as pessoas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. É fundamental que detenha saberes científicos atualizados sobre os métodos de contraceção disponíveis e que procure assegurar a liberdade, individualidade e segurança na escolha contracetiva (ICM, 2019; OE, 2019).

Participei ainda na Consulta do Adolescente, onde EEESMO tem a possibilidade de advogar pelos direitos das crianças e pessoas jovens (tendo uma abordagem inclusiva, aberta a todos os jovens LGBTIQ+), onde promove a sua saúde, direciona as suas ações tendo em conta o ambiente em que estes jovens vivem e se desenvolvem, promovendo melhores níveis de literacia em saúde sexual, ginecológica e reprodutiva.

A consulta pré-concepcional é determinante para melhorar o prognóstico de gravidez, uma vez que alguns dos fatores que condicionam o futuro de uma gestação podem ser modificados ou até eliminados (DGS, 2015). Durante a realização destas consultas centrei sempre as intervenções na mulher, envolvendo a pessoa significativa e promovendo o seu conforto holístico (Kolcaba, 2003). Realizei EPS sobre as necessidades identificadas em cada mulher, incidindo em hábitos alimentares e estilo de vida saudável, assim como sobre vacinação e riscos de consumos de substâncias nefastas. A EPS era também dirigida com intuito de promover a literacia do ciclo menstrual e a importância do registo das menstruações. Era também nestas consultas que fazia a recomendação sobre a importância da suplementação na fase pré-concepcional, uma vez que o ácido fólico permite a redução do risco de defeito no tubo neural e o iodeto de potássio permite colmatar as necessidades diárias do feto na síntetização das hormonas tiroideias (DGS, 2015).

3.2. Cuida a Mulher Inserida na Família e Comunidade Durante o Período Pré -natal

A gravidez é um período significativo na vida de uma mulher/casal, no qual ocorrem diversas alterações físicas, emocionais e psicológicas. O EEESMO é o profissional capacitado para acompanhar a mulher/casal nesta fase da vida, competente para vigiar a gravidez, avaliar a saúde materno-fetal, identificar fatores de risco que possam comprometer o prognóstico da gravidez e empoderar a mulher/casal para viver esta fase de transição, de forma saudável e positiva (ICM, 2019; OE, 2019).

Para a aquisição e desenvolvimento destas competências especializadas foram fundamentais os EC nos contextos de CSP, Medicina Materno-fetal (MMF) e Bloco de partos (BP), que permitiram realizar 169 exames pré-natais e prestar cuidados a 64 mulheres grávidas em situação de risco.

A assistência pré-natal de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é entendida como um *continuum* de cuidados concebidos e implementados pelo EEESMO, centrados na promoção da adaptação à gravidez e à parentalidade, assim como a preparação para o parto e elaboração do plano de parto, contribuindo para a saúde da mulher/criança/família e para uma experiência positiva (Cardoso, A., et al., 2023).

Nas consultas de vigilância da gravidez de baixo risco, estabeleci uma relação empática e em parceria com a grávida/casal, elaborei um plano de cuidados centrado nas suas necessidades, adaptado à sua realidade e que promovesse uma vivência saudável da gravidez. Durante estas consultas recorri sempre ao Boletim de Saúde da Grávida (BSG), para consultar e registar todos os dados pertinentes, de forma a garantir a continuidade dos cuidados. Procedi a EPS tendo em conta a idade gestacional bem como as necessidades específicas de cada grávida, e procedi ao exame físico e obstétrico: determinava o peso e progressão ponderal, sinais vitais, avaliava a altura do fundo uterino, e realizava manobras de Leopold para identificação da estática fetal (a partir das 36 semanas de gestação); identificava movimentos fetais, auscultava os batimentos cardíacos fetais com recurso a doppler, avaliava os resultados dos exames auxiliares de diagnóstico, e avaliava o risco pré-natal com recurso à Tabela de Goodwin Modificada (TGM). Estas consultas eram momentos privilegiados para promover a autonomia da grávida e transmitir informações que lhe permitisse identificar desvios da normalidade, como por exemplo sinais de alarme e alterações nos movimentos fetais (DGS, 2015; ICM, 2019).

O EEESMO é o elemento mais capacitado para conceber, planejar, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar os programas de preparação para o parto, nascimento, parentalidade e recuperação pós-parto (OE, 2019; DGS, 2020). O EC de CSP decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) onde eram realizadas as sessões no âmbito dos Programas de Preparação para o Nascimento e Parentalidade (PPNP) e Programas de Recuperação Pós-Parto (PRPP). O grande objetivo destes programas é transmitir competências e habilidades à mulher/pessoa significativa, para lidar com todas as transformações e adaptações que a gravidez, parto e pós-parto exigem, e que estas transições sejam traduzidas em experiências positivas e saudáveis (Cardoso, et al., 2023).

A oportunidade de cooperar no planeamento, realização e avaliação de sessões no âmbito dos cursos do PPNP e do PRPP excedeu a minha expectativa. Estas sessões são momentos privilegiados com a mulher/pessoa significativa, para se manter uma relação de cooperação e contribuir para o seu empoderamento, bem-estar e conforto holístico (Kolcaba, 2003; ICM 2019; OE, 2019). Estes programas são de grande relevo no âmbito da saúde comunitária, uma vez que empoderam os casais e as famílias a lidar com a vivência da gravidez, parto e puerpério, e destacam o valioso alcance das intervenções autónomas do EEESMO e da sua relevância para a continuidade de cuidados (Cardoso, A., et al., 2023; ICM, 2019; OE, 2019).

Ainda no âmbito do acompanhamento pré-natal, o EEESMO presta cuidados especializados à grávida e família no decorrer de complicações ou patologia, e deve por isso identificar, prevenir, monitorizar e avaliar o bem estar-materno e fetal (ICM, 2019; OE 2019). As experiências nos contextos de MMF e BP foram fundamentais para desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais, no âmbito da avaliação obstétrica e do bem estar materno-fetal. A aprendizagem da leitura e da interpretação dos traçados da cardiocotografia (CTG) foi fundamental para a identificação atempada de problemas, e para a atuação em conformidade (ICM, 2019; OE, 2019).

Aos longo do ER prestei cuidados a grávidas em situação de ameaça de parto pré-termo (APPT), com hemorragias do 2º e 3º trimestre, pré-eclâmpsia, rutura prematura de membranas (RPM) e diabetes gestacional.

As hemorragias do 2º e 3º trimestre são definidas como uma das complicações críticas na gravidez e a sua gravidade depende da etiologia causal, mas são sempre

situações que podem por em risco a vida da grávida e/ou do feto (Areia, 2017). Prestei cuidados a uma grávida, cuja causa da hemorragia era uma placenta prévia total, com vasa prévia. Outras grávidas a quem prestei cuidados, tinham como causa subjacente o Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida (DPPNI). Independentemente da etiologia, as hemorragias são sempre situações graves, que podem rapidamente tornar-se em situações emergentes. Nestas situações é imperativo que haja uma avaliação rigorosa do estado hemodinâmico da grávida, do bem estar materno-fetal, que se informe a grávida dos sinais de alarme a que deve estar atenta, e que se implementem medidas que possam minimizar a ansiedade e que contribuam para o seu conforto holístico (Kolcaba, 2003; Nomura, et al., 2022).

A Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT) foi a condição clínica com que contactei mais durante o ER. Caracteriza-se pela existência de contractilidade uterina regular e dolorosa antes das 37 semanas, sobreponível com a distensão do segmento inferior do útero, mas sem consequência no apagamento e na dilatação do colo (Moura, 2017).

A gravidez é um período de vulnerabilidade para a mulher/família. Existe muitas vezes o receio de que algo no processo gravídico corra menos bem, gerando ansiedade à mulher/casal. No caso dos casais que experienciam a APPT, esse receio transforma-se em realidade. As intervenções farmacológicas – muitas vezes dependentes de atos e protocolos médicos - são de especial importância na prevenção de complicações, mas as intervenções não farmacológicas, o estabelecimento de uma relação empática e holística com especial enfoque no apoio emocional torna-se preponderante, e onde o EEESMO consegue ter uma atuação autónoma (Kolcaba, K., 2003; ICM, 2019; OE, 2019).

Ainda no âmbito dos cuidados pré-natais, o EEESMO deve estar capacitado para intervir junto da mulher/pessoa significativa que vivencia um processo de aborto. Em 2007 foi despenalizada a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas completas de gestação (Lei n.º 16/2007). De acordo com os artigos da referida lei, a IVG processa-se em três momentos: uma consulta prévia, onde são pedidos exames para confirmação da idade gestacional, fornecidas informações e esclarecidas dúvidas e receios. Esta consulta é precedida por um período de reflexão, de pelo menos 3 dias.

Uma das experiências que contribuiu para a aquisição de competências especializadas foi a participação na Consulta de Gravidez Indesejada (CGI). Esta é uma

consulta onde o EEESMO tem autonomia, havendo protocolos com a equipa médica de forma a garantir as prescrições terapêuticas e requisições analíticas. A primeira consulta é realizada pelo EEESMO, onde livre de preconceitos e juízos de valor, realiza ecografia para confirmação da idade gestacional, fornece todas as informações inerentes ao processo e esclarece dúvidas. O segundo momento consiste na realização da IVG, que pode ser através de procedimento cirúrgico ou medicamentoso. No terceiro momento é realizada a consulta de *follow-up*, num prazo máximo de 15 dias, de forma a confirmar se a IVG foi bem sucedida. Nesta consulta é prescrito método contraceptivo e agendada consulta de saúde reprodutiva e planeamento familiar.

3.3. Cuida a Mulher Inserida na Família e Comunidade Durante o Trabalho de Parto

Define-se por TP um conjunto de fenómenos fisiológicos, que se dividem por 4 estádios com características bem definidas: o primeiro estágio traduz-se no apagamento e dilatação do colo, marcado pela contractilidade regular e dolorosa que leva à dilatação cervical completa. O segundo estágio denomina-se por período expulsivo, e que se traduz na passagem do feto pelo canal de parto, culminando no seu nascimento. O terceiro estágio é designado por dequitação, que se inicia com a expulsão do feto e termina com a expulsão da placenta, e por último o quarto estágio, que decorre nas primeiras duas horas após a expulsão da placenta, denominado também por puerpério imediato (Amorim, et al. 2022).

Uma das competências do EEESMO é cuidar da mulher/casal durante o TP, identificar, monitorizar, promover e assistir o parto fisiológico, de início espontâneo, após as 37 semanas de gestação, com apresentação cefálica e considera de baixo risco (OMS, 2018, ICM 2019; OE, 2019). É ainda responsabilidade do EEESMO a criação de um ambiente seguro, empático, respeitador e promotor de conforto holístico, que facilite uma experiência de parto positiva e otimize a saúde da parturiente e RN (Kolcaba, 2003; ICM, 2019).

Ao longo do ER tive possibilidade de prestar cuidados a mais de 70 parturientes no primeiro estágio do TP. Algumas destas parturientes encontravam-se em situação de risco materno ou fetal. Segundo a OMS o primeiro estágio do TP é constituído por duas fases distintas: a fase latente, caracterizada por contrações uterinas dolorosas, de

amplitude e frequência variáveis, que conduzem a alterações do colo uterino até aos 5 cm. A fase ativa caracteriza-se por contrações uterinas dolorosas e regulares, que contribuem para a dilatação cervical mais rápida, dos 5 cm até à dilatação completa (OMS, 2018).

A admissão das grávidas no BP, fosse através do SUOG ou por transferência do serviço de MMF, era um momento privilegiado: apresentava-me à grávida/pessoa significativa e tentava assegurar um ambiente calmo e acolhedor. Reunia todas as informações necessárias, explicava alguns dos procedimentos iniciais, tentava perceber e gerir as suas expectativas. Este era um momento crucial para se estabelecer uma relação terapêutica, fundamental para todo o processo de empoderamento da grávida/pessoa significativa e que contribui para uma experiência de parto positiva (OMS, 2018).

Após estabelecer relação, questionava sempre a mulher/casal sobre a existência de um plano de parto. O plano de parto é um instrumento, físico ou mental, elaborado pelo casal, que reflete as suas expectativas, valores familiares e culturais, e a informação que obtêm sobre o processo do TP (OMS, 2018; OE 2019; DGS, 2023). A experiência que tive ao longo deste estágio permitiu-me perceber que mais importante do que o plano de parto é o debate que se tem com a grávida/pessoa significativa sobre o mesmo. Gerir as expectativas e ajustar os planos de acordo com a realidade que vai acontecendo, acolher e apoiar incondicionalmente a grávida nesta gestão de expectativas e sentimentos (Kolcaba, 2003; ICM, 2019).

A monitorização cardiotocográfica (CTG) era iniciada logo após a admissão da grávida no serviço. Ainda que as recomendações, nacionais e internacionais, apontem os benefícios da monitorização intermitente nas gravidezes de baixo risco (OMS, 2018; DGS, 2023), neste serviço todas as grávidas são monitorizadas continuamente. Todos os aparelhos de monitorização CTG do BP funcionam por telemetria *wireless*, e por isso a monitorização contínua nunca condicionou a liberdade de movimentos das Parturientes. É ainda um sistema à prova de água e permite inclusivamente a monitorização do bem estar materno-fetal durante a aplicação de hidroterapia.

Ainda que a grande maioria das parturientes a quem prestei cuidados tivesse recorrido à analgesia epidural, durante a fase latente do primeiro estágio eram utilizadas essencialmente medidas não farmacológicas; caso estas não fossem suficientes para o

alívio da dor era utilizada medicação endovenosa. Tendo sempre em conta as preferências da mulher/casal, divulguei, incentivei e implementei diversas medidas não farmacológicas (tais como hidroterapia, bola de Pilates e amendoim, massagem, técnicas de respiração, musicoterapia, dançaterapia) que integram os domínios das competências autónomas do EEESMO e incluí sempre a pessoa significativa, de acordo com a vontade da mulher (Kolcaba, 2003; ICM, 2019; OE, 2019).

O EC no BP foi uma oportunidade privilegiada para divulgar e incentivar a utilização da hidroterapia através do duche de água quente. Todas as grávidas a quem prestei cuidados eram elucidadas sobre os benefícios da hidroterapia. O que pude verificar é que as instalações do serviço por vezes eram a única condicionante na adesão das parturientes a aplicarem hidroterapia. As salas de parto, apesar de serem individuais e permitirem um TP com toda a privacidade, não dispunham de casas de banho. Estas eram partilhadas pelas parturientes, e por isso só podiam ser acompanhadas por um elemento da equipa, não sendo possível a presença da pessoa significativa durante a aplicação da medida. No entanto é de realçar que os equipamentos de monitorização CTG serem à prova de água contribui para a sensação de segurança da parturiente e também da equipa, durante a aplicação da medida.

Corroborando os achados da pesquisa bibliográfica feita ao longo deste mestrado, observei na prática os benefícios da aplicação da hidroterapia: o aquecimento da superfície corporal contribui para o alívio efetivo da dor e relaxamento dos tecidos, a verticalidade e mobilidade inerente ao caminhar até ao duche facilita a progressão do TP, e é uma medida que contribui para a satisfação da parturiente e para uma experiência de parto positiva (Henrique et al., 2018).

Uma das formas de avaliação da progressão deste primeiro estágio do TP é proceder ao exame vaginal. Esta avaliação é recomendada pela OMS (2018) e pela DGS (2023) para ser efetuada de 4/4 horas, podendo ser antecipada caso a parturiente refira um agravamento da dor ou caso surja alguma alteração que o justifique. Com esta técnica aprendi a avaliar não só as características do colo uterino (apagamento, dilatação, posição e consistência), como aprendi também a avaliar os indicadores da estática fetal, como a apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), posição (esquerda ou direita), atitude (flexão ou deflexão), variedade (anterior, posterior ou transversa), progressão (planos de Hodge) e situação (longitudinal, transversa ou oblíqua). É uma técnica que permite ainda a

avaliação das características do líquido amniótico, em caso de rotura de membranas (artificial ou espontânea). Esta foi uma técnica que fui desenvolvendo gradualmente, sem grandes dificuldades e que me permitiu adquirir a competência específica do EEESMO, em que “avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o TP” (OE, 2019).

Ainda que as recomendações da OMS (2018) não aconselhem de forma empírica a utilização de fármacos para acelerar o trabalho de parto, houve situações de paragem de progressão do TP, em que a utilização de ocitocina e antiespasmódicos se mostrou benéfica. Este tipo de abordagem era sempre discutida em equipa, e tal como todas as intervenções, era apenas realizado caso a grávida consentisse. Numa destas situações em que foi utilizada ocitocina sintética, verificou-se taquissistolia (mais do que 5 contrações em 10 minutos). A perfusão de ocitocina foi imediatamente parada, a parturiente foi posicionada em decúbito lateral esquerdo, de forma a permitir uma maior oxigenação uteroplacentária, e após indicação da equipa médica foi administrado um tocolítico endovenoso (salbutamol) de forma a reverter o efeito da ocitocina. Este tipo de situações permitiu-me desenvolver a competência específica de EEESMO, de identificar, monitorizar situações de desvio ao padrão normal do TP, e referenciar as situações que vão para além da nossa área de atuação (OE, 2019).

Durante este EC tive oportunidade de efetuar rotura artificial da bolsa amniótica, sem objetivo de prevenir atraso ou acelerar a progressão do TP, mas sim de verificar as características do líquido amniótico, em situações específicas de CTG suspeito, e sem presença de contraindicações para esta técnica (STB positivo, lesão por vírus herpes ativa ou HIV) (OMS, 2018). Esta é uma técnica asséptica, que tem de ser explicada e consentida pela parturiente. Deve ser efetuada durante a contração uterina, utilizando uma pinça de Herff, com a apresentação fetal insinuada de forma a prevenir o risco de prolapso/compressão do cordão umbilical.

O segundo estágio do TP, também denominado por período expulsivo, inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto (Amorim, et al. 2022). A duração deste estágio varia de mulher para mulher. Caso o CTG se mantenha tranquilizador e a posição fetal seja favorável ao parto vaginal espontâneo, para uma nulípara este período pode durar duas a três horas, e em multíparas, uma hora a duas horas, sem que haja nenhuma intervenção (Gill, et al., 2022).

Durante este EC prestei cuidados a 52 parturientes no segundo estágio do TP. Pela contingência de fecho da urgência de duas em duas semanas, e outras situações que estiveram fora do meu alcance, não foi possível atingir os 40 partos. No entanto, consegui participar de forma quase autónoma em 31 partos eutócicos e participei ativamente em 21 partos distócicos, conforme preconizado pela Lei N.º 25/2014 ponto 5.1. B do Anexo II, para a obtenção do título de parteira (Lei n.º 25/2014, 2014).

O BP onde decorreu o meu estágio contava com marquesas de parto que permitiam a adoção de diferentes posições, e tinha ainda disponível um banco de parto, que é um recurso nem sempre utilizado por todos os elementos da equipa. Sem sombra de dúvidas que uma das experiências mais gratificantes neste contexto foi incentivar as parturientes na adoção de posições verticais durante todo o TP, incluindo neste período expulsivo. A posição de litotomia continua a ser praticada por alguns profissionais e é também a posição pretendida por algumas mulheres. Nestas situações tentava explicar que a verticalidade durante o TP facilita a descida da apresentação fetal, reduz a duração do período expulsivo e está relacionada com uma maior satisfação do TP por parte da mulher/casal (Balaskas, 2017); no entanto respeitava sempre a escolha da parturiente de forma a proporcionar conforto, e que contribuísse para uma experiência respeitadora, segura e positiva daquele momento (Kolcaba, 2003; ICM, 2019).

Na maioria dos partos que assisti adotei uma postura "*hands-off*", ía encorajando a parturiente, reforçando positivamente o seu esforço e empenho nesta fase, que por vezes é desafiante. Relativamente aos esforços expulsivos, as recomendações da OMS (2018) são para que não sejam feitos esforços dirigidos, permitindo à mulher seguir o seu próprio impulso. No entanto, em certas situações, este instinto ficava alterado devido à analgesia epidural, sendo necessário dar alguma orientação.

Na iminência da expulsão do feto tentava adotar uma atitude expectante e procedia apenas a manobras de proteção do períneo. Recorri várias vezes à manobra Ritgen modificada, com aplicação de compressas com água morna e com aplicação de massagem com gel lubrificante. Era neste momento que avaliava a necessidade de realização de episiotomia. De acordo com as recomendações nacionais e internacionais, a episiotomia por rotina não é considerada uma boa prática (OMS, 2018). No entanto, em certas situações, a episiotomia pode efetivamente prevenir complicações (em caso de hipoxia fetal ou quando existem sinais de laceração grave perineal) (DGS,

2023). Dos 31 partos assistidos realizei apenas 3 episiotomias. A maioria das lacerações que ocorreram foram de 1º e 2º grau, o que me permitiu praticar a técnica de sutura.

Após a expulsão da cabeça fetal, procedia sempre à pesquisa do cordão umbilical. Todas as circulares cervicais com que me deparei ao longo deste EC não implicaram a laqueação precoce do cordão e foram suficientemente largas para passar pela cabeça ou pelo tronco fetal. Não tive possibilidade de assistir a nenhuma manobra de *Somersault*. Após a rotação externa, procedia ao desencravamento, realizando uma tração da apresentação para baixo, até o ombro anterior ser exteriorizado, e de seguida a mesma tração para cima, de forma a exteriorizar o ombro posterior. No início do EC tinha alguma receio em fazer esta tração, e acho que este receio estava relacionado com a eventual possibilidade de me deparar com uma distócia de ombros, sendo que nunca cheguei a presenciar nenhuma.

O momento da expulsão do feto era vivido com grande emoção. Tive de aprender a gerir esses sentimentos, de forma a não perder o foco nos momentos subsequentes. Verificava a hora exata da expulsão e, caso não fossem necessárias manobras de intervenção para adaptação à vida extrauterina do RN, este era colocado no abdómen da mãe, promovendo o contacto pele a pele e a amamentação precoce, caso fosse esse o desejo da parturiente.

Desde 2013 que a OMS recomenda a laqueação tardia do cordão, uma vez que a evidência tem descrito inúmeras vantagens associadas a esta abordagem: permite a passagem de sangue da placenta para o RN, possibilitando o aumento das reservas de ferro, o que se tem vindo a relacionar com a prevenção da anemia infantil, aumento do numero de células estaminais e redução de situações de hemorragia intraventricular, enterocolite necrosante e sépsis infantil (Mc. Donalds, et al., 2014).

O terceiro estágio inicia-se imediatamente após a expulsão do feto e termina com a expulsão da placenta (Graça, 2017). Durante este estágio, a vigilância passa a ser dividida entre a mulher e o RN. Após o nascimento, e se estivessem reunidas as condições clínicas necessárias, o RN era colocado em contacto pele a pele, caso fosse esse o desejo da mãe. Esta é uma medida recomendada pela OMS, que promove o aleitamento e vínculo materno, previne a hipotermia neonatal e possibilita a adaptação do RN à vida extrauterina (OMS, 2018).

Logo após o nascimento, o tamanho do útero reduz significativamente, o que contribui para a diminuição da área de implantação da placenta. A tensão provocada leva à formação de um hematoma retroplacentário, o que acelera a separação da placenta do local de inserção. Após a separação da parede uterina, desce para o segmento inferior do útero e sai através do canal de parto (Graça, 2017). Existem dois mecanismos de dequitação: o de *Shultze*, que presenciei na maioria das vezes, em que se verifica primeiro a exteriorização da face fetal da placenta, e o que é descrito na literatura como sendo o mais frequente; e o mecanismo de *Duncan*, em que se verifica a exteriorização da face materna, e o qual presenciei apenas 3 vezes.

Existem dois tipos de condutas neste estágio do TP: a conduta expectante e a conduta ativa. A primeira, como o nome indica, implica não haver qualquer tipo de manobras, e deixar que a dequitação ocorra espontaneamente. A conduta ativa implica a manobra de *Brandt-Andrews* (tração controlada do cordão umbilical combinada com massagem uterina), e tem vindo a ser recomendada pelas várias organizações internacionais, de forma a prevenir a Hemorragia Pós-Parto (HPP) (ACOG, 2017; OMS 2018; FIGO, 2022).

No decorrer deste estágio aprendi a ter uma atitude que combinasse uma conduta expectante e ativa. Era neste período que procedia a colheitas do cordão, caso houvesse essa indicação, observava o períneo para verificar presença de eventuais lacerações. Clampava o cordão perto do períneo de forma a exercer alguma tração, enquanto exercia pressão supra-púbica. Quando se verificava o sinal positivo de Kustner, indicativo de descolamento da placenta, procedia a uma tração controlada do cordão ao mesmo tempo que a parturiente fazia os últimos esforços expulsivos. Assim que a placenta era exteriorizada pelo canal vaginal, procedia à manobra de Jacob-Dublin, que consiste na rotação da placenta em torno do seu eixo, de forma a garantir a dequitação completa, sem retenção de membranas (Graça, 2017).

Após a dequitação era administrada ocitocina, de acordo com o protocolo do serviço (20UI em 500ml de soro fisiológico). Era também a altura que se fazia massagem uterina, até estar formado o globo de segurança de *Pinard*. Só após estar garantida uma perda de sangue considerada normal, e o globo de segurança estar formado é que procedia à verificação da placenta.

Depois da expulsão e verificação da placenta, e verificação do estado da mulher e do RN, procedia à revisão da cavidade vaginal, vulva e períneo e avaliava a extensão da lesão. Caso se verificassem lacerações ou se tivesse sido realizada episiotomia, procedia à técnica de sutura. Nos casos de mulheres que não tinham recorrido a analgesia epidural, a perineorrafia era feita sob a anestesia local com lidocaína. Nos casos de mulheres que tivessem recorrido à analgesia epidural, era sempre administrado um reforço de forma a possibilitar a perineorrafia minimizando a dor.

De início tinha muita dificuldade em realizar a técnica de sutura e sobretudo a perceber a correspondência dos diferentes planos. Ao longo do estágio no BP pude aperfeiçoar a técnica, e o facto de ter assistido a partos acompanhada por diferentes EEESMOs, possibilitou-me a aprendizagem de várias técnicas de sutura. Dos 31 partos assistidos, foram reparadas 18 lacerações de 1º e 2º grau, e realizadas 3 episiorrafias.

O quarto estágio do TP é também designado por período de puerpério imediato, e que diz respeito ao estabelecimento da homeostase após o parto (Amorim, et al. 2022). Mantém-se uma vigilância frequente, não só do estado materno, como também do estado do RN. É feita uma verificação do globo de segurança de *Pinard*, avaliação dos sinais vitais e existência de globo vesical. A bexiga distendida pode ter influencia na contração uterina, e pode ser um fator que contribui para quadros de atonia uterina (OMS, 2018). Nos casos em que a puérpera não conseguisse urinar espontaneamente, e caso avaliasse a existência de globo vesical, era proposta a realização de um esvaziamento vesical.

O RN era observado frequentemente de modo a avaliar a sua adaptação à vida extrauterina, assim como a sua adaptação à amamentação, caso esse fosse um desejo materno. Em caso de suspeita de alguma dificuldade ou alteração no RN, era contactada a equipa da neonatologia, de forma a salvaguardar e transferência para o puerpério de forma segura.

Após a promoção de cuidados de higiene e conforto, de avaliação do bem estar puerperal e do RN, e da avaliação do vínculo parental, era fornecida uma refeição à puérpera e realizada a transferência da díade para o internamento de obstetrícia. Nesta transferência era fundamental transmitir todos os elementos pertinentes decorrentes da gravidez, parto e pós parto imediato, de forma assegurar a continuidade dos cuidados (OE, 2019).

Ao longo do ER prestei cuidados a mulheres/casal em situação de perda gestacional. A *National Bereavement Care Pathway* (NBCP) defende que além de ser essencial estabelecer uma relação empática e de confiança, é imperativo perceber os desejos da mulher para este momento, explicar todos os procedimentos e providenciar possibilidades de recordações daquele momento, tais como pegar no feto, fazer impressões plantares ou tirar fotografias (NBCP, 2020). Procurei sempre respeitar as suas necessidades, proporcionando cuidados respeitadores do seu processo de luto, procurando conhecer as suas crenças e respeitar as suas decisões (NPBC, 2020).

3.4. Cuida a Mulher Inserida na Família e Comunidade Durante o Período Pós -natal

O puerpério é o período que se inicia imediatamente após o parto e termina ao fim de seis semanas. Este pode ser dividido em: puerpério imediato, que engloba as primeiras vinte e quatro horas; puerpério precoce, desde as primeiras vinte e quatro horas até ao final da primeira semana; e puerpério tardio, desde a segunda semana até ao final da sexta semana após o parto (Centeno, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2022), o período pós-parto constitui um período crítico para a mulher, recém-nascido e família, e é considerado um evento de vida significativo e difícil, em que ocorrem modificações a nível emocional, físico, social e espiritual (Savage, 2020).

Para a aquisição destas competências especializadas, foram essenciais os estágios no BP, no Serviço de Puerpério, e nos CSP tendo prestado cuidados a 106 puérperas e 107 RN.

Durante o estágio no serviço de Puerpério, aquando a admissão da díade, procurava avaliar o bem-estar e o conforto da puérpera, avaliar como tinha sido a experiência do parto, e acolher a puérpera no espaço e na dinâmica do serviço. De seguida procedia à avaliação puerperal, no sentido céfalo-caudal: começava pela avaliação dos sinais vitais, avaliação da pele e mucosas, avaliação das mamas e mamilos, (aproveitava e percebia a intenção sobre a amamentação, e mediante o feedback, adequava alguns ensinamentos iniciais), avaliação da involução uterina, avaliação do períneo e de eventuais perineorrafias, (avaliação do abdómen e penso abdominal no caso de cesarianas),

eliminações ou eventualmente presença de drenagem vesical, avaliação e caracterização dos lóquios (quantidade, cor, cheiro), e estado dos membros inferiores.

Os momentos de admissão da díade no serviço são importantes para a avaliação e despiste de eventuais complicações na saúde da puérpera (assim como do RN). As hemorragias, infeções, fenómenos tromboembólicos e as alterações psiquiátricas são as principais complicações no período pós-parto (Centeno, 2017).

Após a dequitação o útero inicia gradualmente a involução uterina, através das contrações do miométrio. Esta involução é influenciada por diversos fatores tais como o tipo de parto, amamentação e multiparidade. Após o parto o fundo do útero é palpável ao nível da cicatriz umbilical e ao fim da primeira semana palpável acima da sínfise púbica (Centeno, 2017).

Durante a prestação de cuidados à puérpera e RN procurei sempre identificar eventuais desvios à normalidade de forma a poder prevenir complicações, como as que estão relacionadas com a involução uterina (útero desviado da linha média, amolecido, volumoso ou acima da linha da cicatriz umbilical nas primeiras 24h), ou por exemplo com os fenómenos tromboembólicos. O risco de tromboembolismo venoso (TEV) está aumentado 4-6 vezes na gravidez e 20-30 vezes no puerpério, sendo o tromboembolismo pulmonar a principal causa de morte materna nos países desenvolvidos (Centeno, 2017).

Para além das alterações físicas, o puerpério caracteriza-se por diversas alterações hormonais e emocionais. A mulher encontra-se numa fase de enorme aprendizagem, de adaptação ao RN e ao novo papel, o que por vezes se traduz num período de maior fragilidade psicológica e emocional. A angústia e a sensação de frustração são sentimentos comuns e nem sempre fáceis de gerir num momento que se pensa e se advinha sempre tão feliz: o nascimento de um filho (Leitão, M. 2016).

Neste sentido é fundamental que o EEESMO possua conhecimentos adequados sobre as possíveis alterações neste período para que possa identificar precocemente eventuais desvios à normalidade e adequar as suas intervenções de forma a promover o conforto holístico da puérpera/RN (Kolcaba, K., 2003; Leitão, M., 2016; ICM, 2019; OE, 2019).

A avaliação puerperal era seguida pela avaliação do RN. Era também feita no sentido Céfalo-caudal, e à medida que ia avaliando os parâmetros explicava alguns fatores e direcionava a EPS para as dúvidas que a puérpera/pessoa significativa iam colocando.

Começava por fazer avaliação da cabeça, verificava as fontanelas, a presença de eventuais lesões do parto (bossas, esfacelos). Avaliava a inserção do pavilhão auricular, olhos, a boca, língua e palato. À medida que despia o bebé avaliava o abdómen, membros superiores e inferiores, genitais e orifício do ânus, presença e vigor dos reflexos. Aproveitava este momento para realizar ensinamentos sobre o desenvolvimento, comportamento e alimentação do RN, adequados às especificidades e necessidades de cada tríade.

Um cuidado que tentava ter sempre com os RN amamentados, que tinham de ser submetidos a procedimentos mais invasivos (como administração de vacina contra hepatite B ou a realização do rastreio precoce de doenças metabólicas), a sua realização era sempre feita enquanto estavam adaptados à mama. Segundo o parecer n.º 07/2020 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, as boas práticas recomendam que se coloque o lactente à mama, antes e durante o procedimento, mantendo-o alguns minutos após o término. A amamentação é considerada uma combinação de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor no RN e lactante: a criança é abraçada pela mãe, o contacto pele a pele pode estar presente, o reflexo de sucção combinado com a ingestão de endorfinas naturalmente presentes no leite materno, permite um relaxamento do bebé (DGS, 2012). Nos casos em que o RN não estava acompanhado pela mãe ou nos casos dos bebés que eram alimentados por leite artificial, recorri à contenção e à promoção da sucção não nutritiva, de forma a minimizar a dor (DGS, 2012).

Antes de qualquer prestação de cuidados ao RN, solicitava o consentimento informado e esclarecido à puérpera. Estes cuidados eram sempre prestados junto à mãe, e se acontecessem em horário de visitas, junto da pessoa significativa. Eram momentos privilegiados para orientação e EPS sobre os mais variados temas que dizem respeito ao desenvolvimentos do RN, como por exemplo: sinais e sintomas de alarme, banho e cuidados de higiene, limpeza do coto umbilical, mudança da fralda, características físicas e comportamentais desta fase do desenvolvimento, importância do contacto pele a pele, prevenção do síndrome de morte súbita, sono e repouso do RN.

Por vezes, aquando estas avaliações, deparava-me com bebés ictericos, e caso se confirmasse o valor aumentado da bilirrubina, comunicava à equipa médica, de forma a dar início ao tratamento através da fototerapia. Segundo a Sociedade Portuguesa de

Neonatologia (SPN), (2013), a icterícia é a patologia mais frequente no RN. Caracteriza-se pela acumulação de bilirrubina, sendo visível uma coloração amarelada na pele e esclerótica. A sua progressão é cefalo-caudal, e surge entre o segundo e terceiro dia de vida do RN (Ventura, 2016).

A icterícia fisiológica, cujos valores estão entre 5 – 12mg/dl desaparece ao fim de quinze dias, aproximadamente. Todavia quando o valor é superior a 12mg/dl, é considerada patológica e exige tratamento adequado (SPN, 2013).

O tratamento de eleição para a correção da icterícia neonatal é a fototerapia (SPN, 2013). No local onde decorreu o meu EC os aparelhos disponíveis para fototerapia são o *Bilibed*, *Neoblue* e o Túnel, sendo que todos permitem a realização de fototerapia no quarto, junto da mãe. Neste bebês, os cuidados iniciais eram a proteção dos olhos com viseiras opacas, deixando o nariz livre. Durante o tratamento foi monitorizado o peso, a diurese e a manutenção da hidratação. Foram feitos os ensinamentos às mães sobre a importância das pausas para alimentar os seus bebês e fazer contacto pele a pele e transmitir sinais de possíveis efeitos secundários, como por exemplo hipertermia e fezes moles (SPN, 2013).

Durante este EC verifiquei que o aleitamento materno é o tema que mais dúvidas suscita nas puérperas e também o que traz maiores dificuldades. Segundo o ICM (2019), o EEESMO tem o dever de apoiar e promover o aleitamento materno, sendo por isso necessário que se atualize constantemente com as mais atuais recomendações. Neste sentido, frequentei o curso “Os princípios básicos da lactação humana”, com duração de 40h destinado a profissionais de saúde, cujo certificado se encontra no anexo VI.

A filosofia do alojamento conjunto permite a observação constante do RN pela mãe, o que a leva a conhecer melhor o seu filho e possibilita a comunicação imediata em caso de qualquer alteração à normalidade. A OMS indica ainda que a permanência conjunta da díade favorece a precocidade, intensidade e assiduidade do aleitamento materno e a sua manutenção por tempo mais prolongado (OMS, 2022).

Alem da promoção do aleitamento materno, o EEESMO deve implementar as intervenções necessárias para promover a literacia e a educação para a saúde, contribuindo para o empoderamento das mulheres na tomada de decisão (ICM, 2019, OE, 2019).

Uma vez que o tema do meu estudo de investigação está relacionado com o trabalho de parto, não achei pertinente partilhá-lo formalmente com a equipa do serviço de puerpério. Pretendia que fosse uma temática que pudesse trazer contributos à prática dos enfermeiros do serviço, e por isso considerei pertinente partilhar as novas recomendações emitidas no protocolo da *Academy Breastfeeding Medicine* (ABM) de 2022 (ver apêndice XVI e XVII), uma vez que a maioria dos elementos desconheciam as novas orientações de atuação. Foi uma sessão divulgada não só no serviço de puerpério mas também nos serviços de medicina materno-fetal e sala de partos. Contou com uma adesão de 76 participantes e foi dinamizada online. Acho ainda relevante referir que no passado mês de dezembro fui convidada pela comissão organizadora das Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência daquele hospital, para participar como palestrante nessas jornadas, de forma a partilhar novamente com a equipa o protocolo da ABM, e cujo certificado se encontra disponível para consulta no anexo VII.

O EEESMO coopera com a equipa multidisciplinar no tratamento do RN com alterações morfológicas e funcionais durante o período neonatal e deve apoiar emocionalmente a puérpera e a família que vivenciam este tipo de situações (ICM, 2019; OE, 2019).

O contexto de neonatologia foi fundamental para adquirir competências especializadas, e ainda que tenha sido um estágio curto, de observação, possibilitou-me a vivência de experiências enriquecedoras: Assisti à transferência de um RN em estado crítico, do bloco de partos para a UCIN e também de prestei cuidados a um RN pré-termo, cuja mãe tinha ficado ao meu cuidado no bloco de partos.

Foram também dias que me sensibilizaram para a importância dos cuidados neuroprotetores e do papel do EEESMO nesta forma de entender e cuidar o recém-nascido. A filosofia destes cuidados neuroprotetores suportam o desenvolvimento dos RN, e incluem a criação de um ambiente de cura, a gestão do stress e da dor, prestação de cuidados em colaboração com a família, a manipulação e posicionamento, a proteção da pele e do sono e ainda a otimização da nutrição (Altimier, et al., 2016).

Na UCIN onde decorreu o meu EC, os cuidados aos RN são organizados de forma a que todas as intervenções necessárias sejam realizadas ao mesmo tempo e de preferência na presença dos pais. No momento da visita médica otimizam-se os cuidados de enfermagem: são realizadas colheitas, cuidados de higiene e alternância de decúbito.

Estas manipulações são feitas com a maior brevidade possível, de forma a garantir repercussões mínimas a nível hemodinâmico e do neurodesenvolvimento (Martins, et al., 2019).

Apesar de ser um serviço onde se encontram RN que necessitam de cuidados altamente especializados, os pais são, sempre que possível, envolvidos nos cuidados aos seus filhos. São os enfermeiros que mais tempo passam com estas famílias e por isso são elementos privilegiados para promover a relação entre RN e família e centrar os cuidados com base nas suas necessidades. Uma forma de contribuir para esses momentos de conexão e garantir cuidados neuroprotetores é promover o método canguru, mesmo em situações de RNPT ou de baixo peso ao nascer (Martins, et al., 2019; OMS, 2021).

Sempre que a situação clínica dos RN o permita, as famílias são encorajadas a adotar esta prática, sempre apoiadas pela equipa de enfermagem. O método canguru tem sido apontado na evidência científica atual como um método muito eficaz, capaz de fornecer componentes de cuidado e suporte ao desenvolvimento dos bebés. Privilegia o contacto pele a pele prolongado, proporciona um ambiente sensorial adequado ao RN e também ao cuidador e tem implicações positivas na manutenção do estado hemodinâmico do RN (OMS, 2021).

3.5. Cuida a Mulher Inserida na Família e Comunidade Durante o Período do Climatério e Menopausa

Tive oportunidade de colaborar na prestação de cuidados às utentes no âmbito da consulta de uroginecologia, e este foi um dos contextos que me permitiu adquirir e desenvolver competências especializadas para cuidar da mulher durante o período da climatério/menopausa.

O climatério corresponde à transição entre a fase reprodutiva e o seu termo absoluto. A menopausa é definida como um biomarcador da transição da plena capacidade reprodutiva para decrepitude ovárica. A sintomatologia característica deste período está relacionada com a diminuição da reserva ovárica e consequente hipoestrogenismo (Alegra, et al., 2021).

As patologias mais frequentes na consulta de uroginecologia são relacionadas com Prolapsos de Órgãos Pélvicos (POP) e com as Incontinências Urinárias (IU).

Segundo Pereira S., e coautores, o POP é definido pela protusão das paredes vaginais e órgãos adjacentes, por flacidez das estruturas de suporte, sendo considerado uma disfunção do pavimento pélvico que geralmente ocorre pós menopausa e afeta negativamente a qualidade de vida da mulher. Os fatores de risco para o POP podem ser gravidez e parto vaginal, diminuição dos estrogénios, mulheres em pós-menopausa, status pós-histerectomia, obesidade, obstipação, tosse crónica e elevações de carga repetidas (Pereira, et al., 2019).

Segundo o Consenso Nacional de Uroginecologia, a avaliação dos sintomas de POP e a sua relação com a qualidade de vida da mulher, são fundamentais para a decisão terapêutica (Candoso, et al., 2021).

Existem dois tipos de abordagens no tratamento do POP: abordagem conservadora, com a colocação de pessários e abordagem cirúrgica. Independentemente do tratamento, é essencial que a intervenção clínica passe também por EPS e que contribua para a mudança de hábitos de vida (perda de peso, abstinência tabágica, abstinência em pegar pesos). Paralelamente à mudança de estilos de vida, é fundamental o encaminhamento destas utentes para terapêutica de reabilitação, que é feita através de fisioterapia pélvica. (Pereira, et al., 2019).

Independentemente da idade, todas as mulheres com POP a quem prestei cuidados referiram enorme desconforto físico, com grande impacto no seu estado psicológico e afetivo. Muitas destas utentes ficam meses à espera de serem chamadas para avaliação por fisioterapia. A EPS torna-se ainda mais importante, uma vez que se trata de consciencializar a mulher para contrações perineais, para eventuais ganhos de tonicidade e melhoria do suporte estrutural do pavimento pélvico.

A incontinência urinária (IU) é definida pela perda involuntária de urina pela uretra. Pode ser caracterizada em três tipos: incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência urinária mista (IUM) (Brito, et al. 2017).

A IUE resulta de esforços como, por exemplo, rir, tossir, correr e espirrar. A IUU é caracterizada por uma vontade súbita e incontrolável de urinar. A IUM associa as queixas de incontinência urinária de esforço e de urgência. A abordagem vai depender da anamnese, da existência ou não de causas sistémicas, da gravidade e do impacto na qualidade de vida da mulher. É essencial identificar precocemente causas que possam

ser reversíveis, tais como obstipação, infecção urinária, consumo de álcool e de cafeína (Rosado, et al. 2019).

Recordo uma consulta em particular, de uma senhora submetida à colocação de um *sling* pubo-vaginal. Esta técnica cirúrgica utiliza o próprio tecido da utente para efetuar o suporte uretral (Candoso, et al., 2021). Para ser candidata à cirurgia, esta utente teve de perder peso e baixar o seu IMC, de forma a garantir o sucesso do procedimento. Era inegável o bem-estar verbalizado por aquela mulher. Referiu que desde o pós-parto do terceiro filho ocorriam perdas esporádicas de urina, mas que com a menopausa sentiu um agravamento do quadro, que a levou inclusivamente a usar fraldas. Esta situação, segundo a própria, teve um impacto negativo na relação com o seu companheiro, com a sua autoestima e com a sua saúde mental.

A participação nestas consultas tornou-me ainda mais consciente para a importância do acompanhamento holístico das mulheres durante o período de menopausa/climatério, uma vez que a sintomatologia característica desta fase pode impactar várias esferas da sua saúde. Através de EPS o EEESMO pode ajudar estas mulheres a melhorarem a sua qualidade de vida, em todas as suas dimensões (ICM, 2019; OE 2019; Kolcaba, K., 2003).

3.6. Cuida a Mulher Inserida na Família e Comunidade a Vivenciar Processos de Saúde/Doença Ginecológica

Para a aquisição destas competências específicas foram fundamentais os EC de CSP e de Ginecologia.

No EC de Ginecologia, a consulta de Patologia do Colo é realizada em parceria com um médico. A colposcopia é o procedimento de eleição para observar a vulva, vagina e colo do útero, em mulheres cujas citologias apontam indícios de lesões suspeitas. Nestas consultas tive possibilidade de colaborar durante os procedimentos, e prestar apoio às utentes durante e após a sua realização, salvaguardando o seu conforto e promovendo um ambiente seguro e terapêutico (Kolcaba, K., 2003; Capela, et al., 2018).

A maioria das mulheres a quem prestei cuidados nesta consulta estava com enorme ansiedade face aos resultados do exame. Uma vez que vêm já referenciadas com rastreios suspeitos, o medo de existência de lesões graves está presente e relaciona-se com outros receios relativos à vida sexual, como por exemplo o medo da infertilidade e

eventuais disfunções sexuais. É por isso fundamental implementar intervenções que proporcionem apoio, conforto e informação relevante de forma tranquilizar o mais possível estas utentes e as suas famílias (ICM, 2019; OE, 2019; Kolcaba, K., 2003).

Na consulta de Ginecologia prestei cuidados a mulheres que iriam ser submetidas a Histeroscopias. A Histeroscopia é considerada o exame *gold standart* na avaliação da cavidade endometrial. Este exame possibilita a visualização direta do canal cervical e cavidade uterina e, na presença de lesões, permite biópsia ou tratamento cirúrgico imediato (Capela, et al, 2018). Antes deste exame as mulheres são encaminhadas para uma consulta de enfermagem. Esta consulta é essencial pois para além de reunir dados importantes sobre a história clínica e ginecológica, é um momento privilegiado para realizar EPS sobre o procedimento que se vai realizar, a preparação necessária, bem como os cuidados necessários e os sinais de alerta após o mesmo, aos quais devem estar atentas. Neste contexto a histeroscopia é efetuada sem recurso a analgesia/anestesia. É por isso importante preparar a mulher para o que vai ser submetida, uma vez que quanto mais preparadas e informadas estiverem sobre o exame, maior tolerância e autocontrolo poderão sentir.

No EC de CSP participei na consulta autónoma do EEESMO dirigida a utentes sem médico de família, onde realizei colpocitologias e desenvolvi competências sobre o cancro do colo do útero e da importância do rastreio, sobretudo nestas utentes, que sem médico de família poderiam não realizar atempadamente este exame.

O cancro do colo do útero (CCU) representa um grave problema de saúde pública. O seu prognóstico está relacionado com o tipo histológico, invasão linfovascular, extensão tumoral, metastização ganglionar e com a presença do Papiloma Vírus Humano (HPV), sendo que os tipos 18 e 16 são considerados de alto risco oncogénico (Pragal, et al., 2020).

Foi no contexto de Ginecologia que promovi uma sessão de partilha e reflexão com a equipa multidisciplinar, onde abordei a temática “Os lugares do Prazer nos cuidados de saúde”, cujo planeamento e apresentação podem ser consultados nos apêndices XVIII e XIX. Esta sessão tinha sido apresentada no âmbito da minha participação como preletora no *Webinar* “Questionando os Direitos Humanos em Torno da Saúde Sexual”, e cujo certificado se encontra no anexo VIII. A dinamização desta sessão teve como objetivo promover o debate saudável em torno desta temática. Sendo a sexualidade um aspeto

central do ser humano, e sendo o prazer uma dimensão tão importante na vivência da sexualidade plena, torna-se fundamental que os profissionais de saúde considerem a vivência da sexualidade durante a prestação de cuidados, e que haja uma abordagem positiva, holística e inclusiva da saúde sexual, onde seja possível a expressão de desejos, crenças e valores sobre esta temática (Ford, et al., 2021; Kolcaba, 2003).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso efetuado ao longo do ER foi vivido em plenitude, com grande motivação e entusiasmo. Foi um período exigente mas muito enriquecedor, não só a nível profissional e académico, como a nível pessoal.

A diversidade dos contextos de EC permitiu-me prestar cuidados a uma grande multiplicidade de mulheres/RN/casais, e possibilitou o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais do cuidado especializado no âmbito da saúde materna, obstétrica, neonatal e ginecológica.

Ao longo de todo o percurso, assegurei uma prática reflexiva, baseada em evidência científica e alicerçada nos princípios éticos, legais e deontológicos que regem a nossa profissão. A Teoria do Conforto, de Katherine Kolcaba, norteou a minha decisão e prática clínica, e o conforto holístico esteve sempre como foco central nos planos de cuidados delineados.

A realização da SR e do estudo qualitativo foi desafiante, não só pela dificuldade em identificar artigos e recrutar participantes, como também pela minha inexperiência na realização de trabalhos com este rigor científico.

Ainda assim, a revisão da literatura e o estudo empírico sobre as experiências das mulheres com a hidroterapia, bem como a formação de 40h de Hidroterapia para Profissionais, que fiz durante o ER, fortaleceram a minha perspetiva sobre a importância deste método não farmacológico e nos contributos que pode ter na promoção de um TP positivo. Os achados, quer na revisão de literatura como no estudo empírico sugerem que esta medida, de baixo custo e sem riscos associados, é eficaz e promotora de uma vivência positiva do TP. No entanto é fundamental que seja divulgada, assim como as respetivas recomendações de segurança.

Devo ainda ressaltar que, apesar do meu estudo se relacionar com o momento do parto, houve interesse em explorar outras áreas da prestação de cuidados especializados, sendo que a área da ginecologia, da sexualidade e dos direitos humanos suscitaram enorme interesse. O cuidado especializado do EEESMO nestas áreas em particular pode trazer contributos importantes para a saúde das mulheres, das pessoas LGBTQIA+ e na defesa pela igualdade e salvaguarda dos direitos humanos.

O percurso ao longo deste ER foi desafiante, implicou uma grande sobrecarga de trabalho, de forma a dar resposta a todas as exigências académicas. No entanto este foi também um percurso que permitiu um maior conhecimento sobre mim própria. Consegui adaptar-me a situações novas e desafiantes, tendo sempre noção das minhas capacidades e limitações. Perante alguns constrangimentos treinei a minha resiliência, identifiquei fragilidades, trabalhei para as colmatar e mantive-me motivada no meu processo de aprendizagem.

O cuidado especializado desenvolvido ao longo deste ER, no âmbito da saúde materna, obstétrica, neonatal e ginecológica assentou nos princípios da prática de Enfermagem Avançada, baseado na melhor evidência disponível, e permitiu o desenvolvimento das competências preconizadas. Finalizo esta etapa considerando que atingi os objetivos a que me propus, consciente de que existe ainda um longo percurso a construir, de forma a continuar a consolidar competências profissionais, éticas e relacionais.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACNM - American College of Nurse-Midwives (2014) – *Hydrotherapy during labor and birth*. ACNM: Silver Spring. Doi: doi.org/10.1080/19317611.2021.1955802
- Agency for Healthcare Research and Quality (2021) – *AHRQ Publishing and Communications Guidelines*. Agency for Healthcare Research, Rockvill, MD.
- Alegria, S., Neves, A. R., Couto, D., Arteiro, D., Águas, F., Gerales, F., Ramilo, I., Carvalho, M. J., Caramelo, O., Gonçalves, S., Ramos, V. (2021) – *Consenso Nacional sobre Menopausa*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ginecologia
- 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 Obstetricians and Gynecologists (2016) – *A Model Practice Template for Hydrotherapy in Labor and Birth*. Journal of Midwifery & Women's Health, 62(1) pp. 120-s. doi: 10.1111/jmwh.12587
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2017). *Approaches to Limit Intervention during Labor and Birth*. Committee Opinion n.º 687. Acedido de <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-ObstetricPractice/co687.pdf?dmc=1&ts=20180403T1422524337>
- Amorim, M., Katz, L., Rezende Filho, J. (2022) *Estudo Clínico e Assistência ao Parto*. In Rezende Filho, J., Rezende Obstetrícia (14ª ed. Pp. 194-225) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2018). *Sobre a dor: A dor como 5º sinal vital*. Acedido a 6 de maio de 2022, de <http://apeddor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor-como-5-sinal-vital>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2020). *Sobre a dor: O que a dor?*. Acedido 10 janeiro 2022, de <http://aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor>
- Ayers, S., & Sawyer, A. (2019). *The Impact of Birth on Women's Health and Wellbeing*. In O. Taubman-Ben-Ari (Ed.), *Pathways and Barriers to Parenthood* (pp. 199-218). Springer.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Benfield, R.D., Heitkemper, M. M., & Newton, E. R. (2018). *Culture, bathing and hydrotherapy in labor: An exploratory descriptive pilot study*. Midwifery, 64, 110–114. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.005>

- Benfield, R.D., Hortobágyi, T., Tanner, C. J., Swanson, M., Heitkemper, M. M., & Newton, E, R. (2010). *The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses and contraction dynamics during labor*. Biol Res Nurs. 12(1):28-36.
doi:10.1177/1099800410361535
- Bruggemann, O., Parpinelli, M., Osis, M. (2005) – *Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura*. Cadernos de Saúde Pública 21. ELI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500003>
- Camargo, J.C., Varela, V., Ferreira, F.M.; Pougy, L., Ochiai, A.M.; Santos, M.E., Grande, M.C. (2018) – *The waterbirth Project: São Bernando Hospital Experience*. Women and Birth. Doi: 10.5902/2179769223270
- Campbell, T.S., Johnson, J.A., Zernicke, K.A. (2020). *Gate Control Theory of Pain*. In: Gellman, M.D. (eds) Encyclopedia of Behavioral Medicine. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_1134
- Capela, E., Castro M.G., Mações, A., Moreira A., Reis, A.P., Regalo, A., Melo, B., Neves, J.P. (2018) – *Consenso Nacional sobre Hemorragias Uterinas Anormais*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ginecologia
- Cardoso, A.; Aires, C; Machado, S.; Silva, C; Grilo AR (2023) – *Guia Orientador de boas Práticas: Preparação para o Parto*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros
- Carvalho, J., Gaspar, M., & Cardoso, A. (2017). Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: Initial difficulties. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 35(3), 285–294. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a05>
- Centeno, M. (2017). *Puerpério e Lactação*. In L. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (5ª, pp. 372–380). LIDEL.
- Coutinho, C. (2021). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª ed.). Almedina.
- Cowan, E; Healem R., Horrigan, J., Koren, I. (2017) – *Hydritherapy as a Nursing Intervention for Labour Pain*. Diversity of Research in Health Journal. Vol. 1 pp 121-132.
- Crossetti, M. G., Goés, M. G. (2017). *Translação do conhecimento: um desafio para prática de Enfermagem*. Revista Gaúcha Enfermagem, 38(2). Acedido em <http://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/164929/001025160.pdf?sequence=1>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). *Graus académicos e diplomas do ensino superior. Assembleia da República*. Diário da República, 1.ª série (N.º 157 de 16-08-2018), 4147-4182. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>;

- Derya, Y. (2015) – *The effect of Nursing Care Based on Comfort Theory on Women's Postpartum Comfort levels after Caesarean Sections*. International Journal of Nursing Knowledge. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12122>
- DGS (2012)- *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Nº 024/2012. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital*. Registo sistemático da intensidade da Dor. DGS. Acedido a 6 junho 2022, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circularnormativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto* (Orientação). (Direção-Geral da Saúde, Ed.). www.dgs.pt
- Direcção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programanacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>;
- Dykes, H., Johnson, J.; Frazer, C.; Hussey, L. (2017) – *Overview Hydrotherapy During Labor*. International Journal of Childbirth Education
- Fertonani, H. P., Pires, D. E., Biff, D., & Scherer, M. D. (2015). *Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira*. Ciências & Saúde Coletiva, 20(6), 1869-1979. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>
- Ford, J. v., el Kak, F., Herbenick, D., Purdy, C., Tellone, S., Wasserman, M., & Coleman, E. (2021). *Sexual Pleasure and Healthcare Settings: Focusing on Pleasure to Improve Healthcare Delivery and Utilization*. International Journal of Sexual Health, 33(4), 572–586. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1955802>
- Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação: da conceção à realização* (10ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Freitas, C. M. S. (2017). *A humanização dos cuidados como caminho para a excelência da prática de enfermagem* [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/22918>;
- Gill, P.; Henning, J. M.; Van Hook, J. W. (2022). *Abnormal Labor*. StatPearls Publishing. National Library of Medicine - National Institutes of Health <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459260/>
- Gonçalves, S., Gonçalves, J., Marques, C. (2021) – *Manual de Investigação Qualitativa: Conceção, Análise e Aplicações*. Lisboa: Lidel

- Gribel, G., Palmiro A. (2022). *Analgesia e Anestesia*. In Rezende Filho, J., Rezende Obstetrícia (14ª ed. Pp. 246-251) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Harper, B. (2002) *Parto en agua: La única técnica creada por mujeres para las mujeres*. Revista Obstare El mundo de la Maternidad nº4 págs. 24-30
- Henrique, A., Gabrielloni, M., Rodney, P., & Barbieri, M. (2018). *Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial*. International Journal of Nursing Practice, 24(3): e12642. doi: 10.1111/ijn.12642.
- Hu, Y., Lu, H., Huang, J., & Zang, Y. (2021). *Efficacy and safety of non-pharmacological interventions for labour pain management: A systematic review and Bayesian network meta-analysis*. J Clin Nurs. 30(23-24):3398-3414. doi: 10.1111/jocn.15865.
- International Confederation of Midwives. (2019). *Essential Competencies for Midwifery Practice*.https://www.internationalmidwives.org/assets/files/generalfiles/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct5db05248843e8.pdf
- Kirca, A., Kanza Gul, D. (2022) – *Effects of acupressure and shower applied in the delivery on the intensity of labor pain and postpartum comfort*. European Journal of Obstetrics &Gynecology and Reproductive Biology. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.04.18>
- Kolcaba, K. (2003) – *Comfort Theory and Practice: A Visions for Holistic Health Care and Research*. NY: Springer Publishing Company, Inc.
- Krueger, R. A. (1998). Developing questions for Focus groups. Sage Publication
- Lança, F. (2017) – *Analgesia e Anestesia Intraparto*. In: Graça, L. M. (2017) – Medicina Materno Fetal. Lisboa: 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>
- Lei n. o 110/2019. (2019). *Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei n.o 15/2014, de 21 de março*. I Série(N. o 172 de 9 de setembro de 2019), 94– 101.
- Lei n. 16/2007. (2007). *Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez*. I Série(N.o 75 de 17 de Abril de 2007), 2417–2418. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2007/04/07500/24172418.pdf>
- Lei n. 25/2014. (2014). *Procede à segunda alteração à Lei n.o 9/2009, de 4 de março, e transpõe parcialmente para a ordem jurídica interna a Diretiva n.o 2013/25/UE, do Conselho, de 13 de maio, que adapta determinadas diretivas no domínio do direito*

- de estabelecimento e da livre prestação de serviços, devido à adesão da República da Croácia. I Série(N.o 84 de 2 de Maio de 2014), 2540–2604.
- Leitão M. (2016) – *Alterações Psicológicas no Puerpério*. In Nené (Ed.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. LIDEL.
- Machado, M. H. & Graça, L. M. (2017). *Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral*. In L. M. Graça (Coord.) *Medicina Materno-Fetal* (pp.220- 228). Lisboa: Lidel.
- Martins, A.; Sousa, P.; Marques, R. (2022) – *Conforto: Contributo Teórico para a Enfermagem*. Cogitare Enfermagem. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>
- Martins, L. A. et al. (2019). *Implantação do protocolo de termorregulação para recém-nascido em procedimentos cirúrgicos*. *Revista Gaúcha de Enfermagem* v. 40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180218> (Acedido a 14/05/2023)
- Mccartney, D., Kak, E., Loeber, O., Booke, F., Mjwana, N., Kasasbeh, N. A., Coates, R., Gruskin, S., Yadav, V., Mofokeng, T., Oosterhoff, P., Erofeeva, L., Khizanishvili, G., & Kismödi, E. (2017). *Congress of the World Association for Sexual Health (WAS)*. www.gab-shw.org
- McDonald, S., Middleton, P., Dowswell, T. & Morris, P. (2014). *Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes*. *Cochrane Review Journal*, 9(2), 303-397. <https://doi.org/10.1002/ebch.1971>.
- Mellado-Garcia, E.; Diaz-Rodriguez, L., Cortés-Martin, J.; Garcia, J.; Sola, B.; Blaque, R. (2023) – *Safety and Effect of the Use of Hydrotherapy During Labour: A Retrospective Observational Study*. *Journal Clin. Med* 2023, 12(17) <https://doi.org/10.3390/jcm12175617>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2022) – *Assembleia do CEESMO: Plano de Atividade a Desenvolver em 2022*. 3ª Assembleia, 20 Janeiro 2022.
- Moura, J. (2017). *Hemorragias do primeiro trimestre*. In L.M. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (5ªed. pp. 521-527). Lisboa: Lidel
- National Bereavement Care Pathway. (2020). *Stillbirth - Full Guidance Document* (1a). NBCP. www.nbcpathway.org.uk
- Nomura, R., Viegas dos Reis, N. S., Rezende Filho, J. (2022) *Descolamento Prematuro da Placenta*. In Rezende Filho, J., Rezende *Obstetrícia* (14ª ed. Pp. 367-372) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- OMS (2021). *Nurturing care for every newborn: thematic brief*. OMS: Geneva

- Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2012). *Pelo direito ao parto normal. Uma visão partilhada*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2014) – *Parecer n.º 50/2014 da Mesa do Colégio da Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia*. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_50_2014_Colocacao_de_DIU_IMPLANON_e_marcacao_de_CVG_de_Baixo_Risco_Assim_Gravida_DIAB.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017) - *Parecer nº21/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia*. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer21_2017_MCEESMO_DotacoesSegurasEESMO.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras (A. Barradas, A. Torgal, A. Gaudêncio, A. Prates, C. Madruga, E. Clara, E. Santos, E. Salgueiro, J. Varela, L. Leite, M. Fernandes, M. Ferreira, S. Rodrigues, S. Santos, V. Rocha, & V. Varela, Eds.). Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization. https://cdn1.sph.harvard.edu/wpcontent/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2018). *Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Genebra: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>;
- Organização Mundial de Saúde (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Genebra: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/97892400459891>
- Organização Mundial de Saúde, & UNICEF. (2017). *Aconselhamento em aleitamento materno - manual do participante*.
- Pacheco, P. A., Rosa Costa, A., Lanhoso, A., Teresa, A., Santos, A., Rodrigues, C., Rebelo, C., Capela, E., Águas, F., Geraldês, 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 2020*.
- Pegoraro, A., Santo, M., Takamori, J., Carvalho, W., Oliveira, R., Barbosa, C., Nimwegen, A. (2018) – *Prevalência e intensidade da dor na histeroscopia diagnóstica*. Faculdade de Medicina ABC, Santo André. Brasil. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AO4916

- Pereira, M., (2016) – *Métodos de Preparação Para o Nascimento* in Néné M, et al., *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* 1ª Edição. Lisboa: Lidel
- Pereira, S., Pereira, I., Henriques, A. (2019) – *Prolapso Urogenital* (p. 209 – p.213). In: *Ginecologia Fundamental*. Lisboa: Lidel
- Possati, A. B., Prates, L. A., Cremonese, L., Scarton, J., Alves, C. N. & Ressel, L. B. (2017). *Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras*. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem. 21(4), 1-6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366>;
- Pregal, A., Gouveia, A., Sousa A., Palha A., Machado A, Pereira, D., Santos, F., Vieira Pinto, F., Oliveira, H., Marques R.; Caramelo, O., Santos, V., Pereira de Sousa, R., Veiga, V., Gomes Flor, V. (2020) – *Cancro Ginecológico: Consensos Nacionais*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ginecologia
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro de 2019. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, n.º 26/2019, Série II de n.º 140/2019, p. 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>
- Regulamento n.º 391/2019 de 5 de Maio de 2019. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Diário da República n.º 85/2019, Série II de n.º 391/2019, p. 13560 – 13565 (2019a) ELI: <https://dre.pt/application/cessid/122216892>
- Rosado, R., Henriques, A., Pereira, I. (2019) – *Incontinência urinária*. In: *Ginecologia fundamental*. Lisboa: Lidel.
- Rosa, M., Gabriels, I. (2022) – *Curso de Hidroterapia para Profissionais*. Lisboa: Aquamãe.
- Savage, J. S. (2020). *A Fourth Trimester Action Plan for Wellness*. The Journal of Perinatal Education, 29(2), 103–112. <https://doi.org/10.1891/j-pe-d-18-00034>
- Sharifipour, P., Kheirkhah, M., Rajati, M., Haghani, H. (2022). The effect of delivery ball and warm shower on the childbirth experience of nulliparous women: a randomized controlled clinical trial. *Trials*, 23(1). doi.org/10.1896/s1743-022-06358-x
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2013). *Consenso de Icterícia Neonatal*, acedido em: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf
- Stark, M. A. (2017). *Testing the effectiveness of therapeutic showering in labor*. the Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 31(2), 109-117. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000243>

- Taskin, A., Ergin, A. (2020) – *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, Vol. 43, 2022 <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1925282>
- Tereso, A., Lopes, F., Guterres, R. ., Bértolo, H., Carvalhal, L., & Curado, A. (2023). Efetividade do duche terapêutico no alívio da dor no primeiro estágio do trabalho de parto. *PensarEnfermagem*, 27(1). <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.280>
- Tuncay, S., Kaplan, S., Tekin, O. (2019). *An assessment of the effects of hydrotherapy during the active phase of labor on the labor process and parenting behavior*. Clinical Nursing Research, 28(3), 298-320. <https://doi.org/10.1177/1054773817746893>
- Ventura, R. (2016). *Os Primeiros Dias do Recém Nascido*. In M. Néné, (Ed.) - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. LIDEL
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: o processo de construção do conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo
- Vitorino, A., Pacheco, A., Pedro, A., Moniz, A., Telhado, C., Mota, F., Solheiro, H., Nabais, H., Saraiva, J., Borrego, J., Cabral, J., Moutinho, J., Barros, M., Cruz, M, Nascimento, M., Ilheu, O., Batista, P., Sousa, R., Fraga, T., Rebelo, T., Gonçalves, V., Monteiro, V., Gomes, Z. (2014) – *Consenso Nacional sobre infeção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ginecologia
- Zhang, G., & Yang, Q. (2022). *Comparative Efficacy of Water and Conventional Delivery during Labour: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Journal of Healthcare Engineering, 29(2022):7429207. doi:10.1155/2022/7429207

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROTOCOLO DA *SCOPING REVIEW*

EXPERIÊNCIAS DAS PARTURIENTES NA UTILIZAÇÃO DE HIDROTERAPIA PARA O ALÍVIO DA DOR: UM PROTOCOLO DE *SCOPING REVIEW*

Margarida Machado¹

¹Enfermeira Licenciada, Mestranda em Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) email: margaridmachado@campus.esel.pt

1. OBJETIVO/QUESTÃO DE PESQUISA

Objetivo: mapear a evidencia científica existente sobre as experiencias das parturientes com a utilização da hidroterapia para o alívio da dor.

Questão de pesquisa: *Qual a experiência das parturientes que utilizaram a hidroterapia para o alívio da dor?*

A formulação da questão de revisão baseou-se na mnemónica PCC (Peters, et. al., 2020).

Acrónimo	P (População)	C (Conceito)	C (Contexto)
Descrição das componentes	Female; Parturient; Women; Expectant mother.	Hydrotherapy; Warm-Shower; Bath; Immersion; Pain Relief; Labor Pain	Labor; Labor First Stage; Childbirth

2. BACKGROUND

O parto é um momento crucial na vida das mulheres e das suas famílias, tendo um impacto significativo no bem-estar psicológico e na relação com o bebé. A dor durante o trabalho de parto é uma preocupação comum e pode afetar negativamente não só o progresso do trabalho de parto como a vivência do puerpério (Lehuteur, et al., 2017).

Sendo um conceito subjetivo e multidimensional, a dor precisa de ser compreendida e gerida de acordo com as preferências de cada mulher. Atualmente, estão disponíveis um conjunto de soluções para o alívio da dor, farmacológicas e não farmacológicas, que devem ser disponibilizadas à parturiente (Henrique, et al., 2018).

Embora se reconheça a importância das intervenções médicas e farmacológicas na diminuição da morbilidade e mortalidade, materna e neonatal, é importante mencionar

que o excesso de medicalização do trabalho de parto pode resultar na perda do papel central da mulher neste processo (Boateng, et al., 2019).

Restituir à mulher o protagonismo no trabalho de parto é uma das várias formas de humanizar os cuidados na assistência ao parto. A evidência científica atual diz-nos que a utilização de métodos não farmacológicos no geral, e da hidroterapia em particular, oferece vantagens significativas na progressão do trabalho de parto, no alívio da dor, permitem uma vivência de parto positiva e devolvem a sensação de controlo à parturiente (Shaw-Batista, et al. 2017).

A utilização dos métodos não farmacológicos, onde se inclui a hidroterapia, é recomendada nas diretivas mais atuais, internacionais e nacionais (ACOG, 2016, NICE 2023). No modelo intraparto definido pela OMS para uma experiência de parto positiva, recomenda-se fortemente a utilização destas medidas, que promovem não só a melhoria da sensação física da dor como alteram a sua perceção (OMS, 2018).

Em 2012, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem e Saúde Materna e Obstetrícia, emitiu um indicador de evidência, promotor da utilização das medidas não farmacológicas, onde se destaca a hidroterapia. É de ressaltar que o planeamento, implementação e avaliação destas medidas não farmacológicas são parte integrante das intervenções autónomas do EEESMO, junto da parturiente (CMESMO, 2012).

Em 2022, a MCMESMO definiu como uma das atividades prioritárias e específicas para esse ano e anos subsequentes, o investimento na formação dos enfermeiros especialistas, nestas técnicas facilitadoras do trabalho de parto, onde se incluem as medidas não farmacológicas (MCMESMO/OE, 2022).

A maioria dos benefícios da utilização da hidroterapia são explicados pelos efeitos cinéticos e térmicos da água quente (Rosa M., et. al., 2022). Dos vários benefícios, físicos e psicológicos, identificados pela evidência científica, destacam-se: o relaxamento da parturiente, o incentivo à mobilidade/alternância de posicionamento que favorecem a verticalidade intraparto, a inibição de catecolaminas e aumento de endorfinas que favorecem o alívio da dor e permitem o adiamento da utilização de medidas farmacológicas, quer para efeitos analgésicos como para efeitos de aceleração do trabalho de parto (Benfield, R.D., et. al. 2010/2018; Hu, Y. et al., 2021)

Através desta *Scoping Review* pretendo mapear a evidência existente sobre a experiência das parturientes com a utilização desta medida não farmacológica, de forma

a perceber os benefícios e constrangimentos identificados aquando a sua utilização, e gerar contributos que facilitem a utilização deste recurso de forma consistente.

3. PALAVRAS-CHAVE

Labor, hydrotherapy, warm-shower, pain relief.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Estudos qualitativos, quantitativos ou mistos;
- Publicados a partir de 2014;
- Publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola;
- Trabalho de parto assistido em meio hospitalar;
- Parturientes no 1º estágio do trabalho de parto;
- Estudos que caracterizem a experiência de mulheres que tenham utilizado a hidroterapia através do duche de água quente para alívio da dor;

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Nesta revisão *Scoping* consideram-se como critérios de exclusão os estudos que omitam os critérios de inclusão definidos.

6. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa, segundo Peter et al., (2020) deverá ser o mais abrangente possível, afim de identificar fontes primárias de evidência, publicada ou não. Deste modo, nesta revisão será realizada uma estratégia de pesquisa por três etapas.

Recorrendo à plataforma EBSCO, será efetuada uma pesquisa nas bases de dados *CINAHL Plus With Full Text*, *MEDLINE with Full Text* e *ISI Web of Knowledge*. As expressões de pesquisa serão um resultado da combinação dos descritores, em linguagem natural e indexada, através de operadores *booleanos* [OR] e [AND].

A primeira fase será uma pesquisa nas bases de dados supramencionadas, através de termos em linguagem natural. Posteriormente serão identificadas as palavras-chave e os termos indexados, que vão ser utilizados na segunda etapa da pesquisa. De forma a garantir a abrangência da pesquisa, serão identificados artigos ou referências nas bibliografias dos estudos, que contemplem os critérios de inclusão definidos.

A seleção dos artigos será realizada após a leitura do título e do resumo, ou até mesmo do texto integral, caso o título e resumo não forneçam as informações necessárias à determinação da sua inclusão ou exclusão.

7. EXTRAÇÃO DE DADOS

Os dados extraídos dos artigos selecionados serão apresentados numa tabela-resumo, que expresse de forma lógica e sumária as informações mais relevantes, como o ano de publicação, o autor, o título, fonte, o tipo de estudo e o contexto.

Durante o processo de extração, caso sejam necessários esclarecimentos adicionais, serão contactados os autores dos estudos, processo esse que será sempre realizado por dois revisores, havendo a possibilidade de recorrer a um terceiro revisor, em caso de divergência.

8. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Seguindo as recomendações metodológica do JBI (Peter et al., 2020), os resultados desta *Scoping Review*, serão apresentados em forma de quadro e de um resumo descritivo, tendo por base a questão de pesquisa, e que constará no Relatório de Estágio

9. CONFLITOS DE INTERESSE

Declaro não existirem conflitos de interesse na realização deste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Committee opinion nº 679: *Immersion in Water during Labor and Delivery*. Obstet Gynecol, 128(5):e231-e236. doi:10.1097/AOG.0000000000001771
- Benfield, R.D., Heitkemper, M. M., & Newton, E, R. (2018). Culture, bathing and hydrotherapy in labor: An exploratory descriptive pilot study. Midwifery, 64:110–114. doi:10.1016/j.midw.2018.06.005.
- Benfield, R.D., Hortobágyi, T., Tanner, C. J., Swanson, M., Heitkemper, M. M., & Newton, E, R. (2010). The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses and contraction dynamics during labor. Biol Res Nurs. 12(1):28-36. doi:10.1177/1099800410361535
- Boateng, E.; Kumi, L.; Diji, A. (2019) – Nurses and midwives’ experiences of using non-pharmacological interventions for labour pain management: a qualitative study in Ghana. BMC Pregnancy and Childbirth, <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2311-x>
- CMESMO/OE (2022). Mesa do Colégio da Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia /Ordem dos Enfermeiros: Plano de atividades a desenvolver em 2022 – Aprovado por unanimidade na 3ª assembleia Ordinária do CEESMO. Porto
- Henrique, A., Gabrielloni, M., Rodney, P., & Barbieri, M. (2018). Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial. International Journal of Nursing Practice, 24(3): e12642. doi: 10.1111/ijn.12642.
- Hu, Y., Lu, H., Huang, J., & Zang, Y. (2021). Efficacy and safety of non-pharmacological interventions for labour pain management: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. J Clin Nurs. 30(23-24):3398-3414. doi: 10.1111/jocn.15865.
- Lehuteur, D., Strapasson, M., & Fronza, E. (2017). Non-Pharmacological Management of Relief in Deliveries Assisted by an Obstetric Nurse. Revista de Enfermagem UFPE online, 11(12):4929-4937.
- National Institute for Health Care Excellence (2022). Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline [CG190]. NICE.

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>

Sharifipour, P., Kheirkhah, M., Rajati, M., Haghani, H. (2022). The effect of delivery ball and warm shower on the childbirth experience of nulliparous women: a randomized controlled clinical trial. *Trials*, 23(1). doi.org/10.1896/s1743-022-06358-x

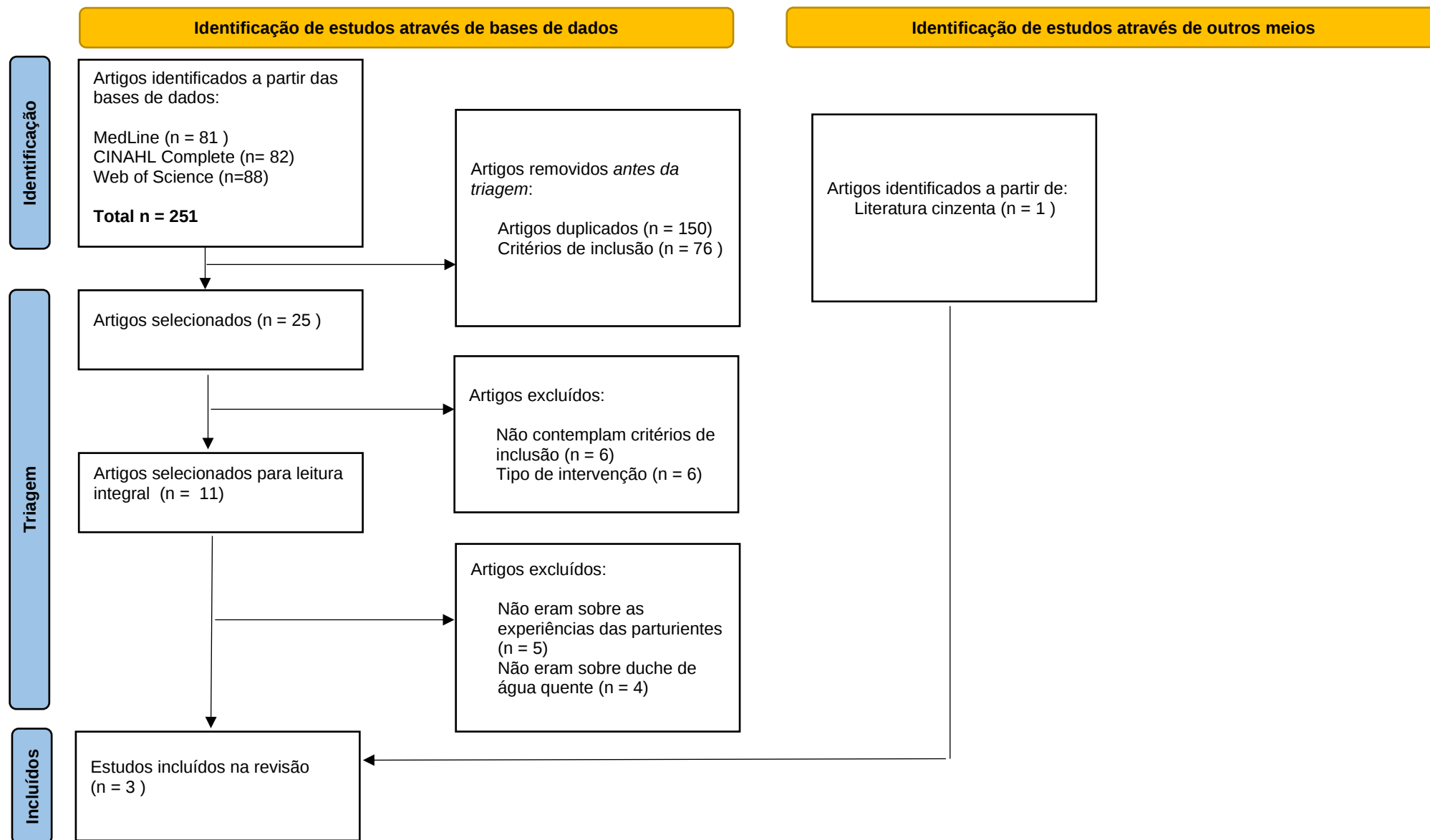
Shaw-Battista, J. (2017) - Systematic Review of Hydrotherapy Research: Does a Warm Bath in Labor Promote Normal Physiologic Childbirth? *Perinat Neonat Nurs*, 31(4):303-316. doi:10.1097/JPN.0000000000000260.

APÊNDICE II – TERMOS DE PESQUISA

Termos de Pesquisa nas Bases de Dados *online*

Elementos do PCC	Base de Dados CINAHL através da EBSCOhost	Base de Dados MedLine através da EBSCOhost	ISI Web of Knowledge
População: Parturientes	Linguagem Natural: Parturient Pregnant women Pregnant Termos indexados: Expectant mothers	Linguagem Natural: Parturient ; Pregnant women ; Pregnant. Termos indexados: Pregnant women	Linguagem Natural: Parturient ; Pregnant ; Women ; Pregnant ; Expectant mothers.
Conceito : Hidroterapia Alívio da dor Trabalho de Parto	Linguagem natural : Hydrotherapy ; Shower ; Warmshower ; Waterbirth ; Pain relief ; Labor Pain ; Pain mangement; Labor. Termos indexados : Hydrotherapy Bathing and baths; Comfort ; Labor.	Linguagem natural : Hydrotherapy ; Shower ; Warmshower ; Waterbirth ; Pain relief ; Labor Pain ; Labor Termos indexados: Hydrotherapy; Water; Baths; Labor Pain; Patient Comfort.	Linguagem natural: Hydrotherapy; Water; Warm shower; Showering; Bath; Pain management; Comfort; Labor; Labor pain
Contexto : 1º Estádio do TP (não aplicado para pesquisa)	Não foi aplicado contexto na pesquisa	Não foi aplicado contexto na pesquisa	Não foi aplicado contexto na pesquisa

APÊNDICE III – Fluxograma PRISMA



APÊNDICE IV – QUADRO SÍNTESE DE RESULTADOS DA *SCOPING REVIEW*

Autores / Ano / Título	Local	Objetivo do estudo	Tipo de estudo e dimensão da amostra	Tipo de intervenção	Resultados
Sharifpour, P.; Kheirkhah, M.; Rajati, M; Hghani, H. 2022 “The Effect of delivery ball and warm shower on the childbirth experience of nulliparous women: randomized controlled clinical trial”	Irão	Comparar a experiência das mulheres que utilizaram a bola de parto e o duche de água quente durante o primeiro estádio do TP, com a experiencia das mulheres que não receberam este tipo de intervenção	Ensaio clinico randomizado 105 nulíparas	Foram criados três grupos. Grupo A – 35 mulheres utilizaram bola de parto a partir dos 4cm de dilatação e receberam hidroterapia por duche de água quente aos 7 cm de dilatação; Grupo B – 35 mulheres utilizaram apenas a bola de parto; Grupo C – 35 mulheres receberam apenas cuidados de rotina intraparto. Foi	Diferenças estatisticamente significativas na experiência de parto relatada pelas mulheres dos diferentes grupos. As mulheres do grupo A, que utilizaram duche de agua quente e a bola de parto tiveram melhor experiência, maior sensação de suporte pelas enfermeiras e maior controlo no seu parto, do que as mulheres do grupo B e C.

				fornecido a todas as parturientes um questionário sobre a experiência de parto, duas horas pós-parto.	
Kirca, A.; Gul Kanza, D. 2022 “Effects of acupressure and shower applied in the delivery labor pain and postpartum comfort”	Turquia	Estudar o impacto da acupressão e do duche de água quente no alívio da dor e o impacto da sua utilização no conforto pós-parto.	Ensaio clínico randomizado 80 parturientes	Grupo experimental 1 – recebeu acupressão Grupo experimental 2 – recebeu hidroterapia através do duche quente Grupo de controlo – recebeu os cuidados de rotina daquele hospital. Foi avaliada a dor antes e depois dos procedimentos e preenchido um questionário no pós parto.	Diferença estatisticamente significativa no alívio da dor, por parte do grupo 2, comparativamente ao grupo 1 e de controlo. As participantes do grupo 2 relataram maior relaxamento do que as do grupo 1.
Gayeski, M.; Bruggermann, O.; Monticelli, M.;	Brasil	Compreender o ponto de vista das primíparas sobre a utilização de MNF	Estudo transversal	Entrevistas efetuadas no momento da alta hospitalar sobre a	O segundo MNF mais utilizado e que proporcionou

Santos, E. 2015 “Application of non-pharmacological methods to relieve pain during labor: The point of view of primiparous women”		para o alivio da dor no TP	188 mulheres	experiência da utilização dos MNF. Relação entre os dados demográficos, utilização dos MNF e o grau de satisfação	maior satisfação foi o duche de água quente. (91,5%) 47,3% das mulheres referiu que se sentiu apoiada pelas enfermeiras obstetras na utilização do duche de água quente.
--	--	-----------------------------------	---------------------	--	--

APÊNDICE V – GUIÃO DO *FOCUS GROUP*

Guião do *Focus Group* ONLINE

Abertura

- ❖ Receber as participantes, dar as boas-vindas e agradecer a participação;
- ❖ Apresentar mais uma vez o tema que se vai discutir de uma forma resumida;
- ❖ Informar novamente os participantes sobre os objetivos do estudo, do *Focus Group* por videoconferência, da gravação áudio do mesmo e sobre os fins a que se destinam os dados
- ❖ Esclarecer as regras inerentes à realização do *Focus Group* de forma simples, rápida e fácil de entender:
 - Garantir a confidencialidade de toda a informação recolhidas;
 - Apelar às participantes para considerarem confidenciais as informações a que tiverem acesso durante a entrevista;
 - Garantir o sigilo de todos os participantes no *Focus Group*;
 - Pedir aos participantes para evitarem discussões paralelas para que todos os elementos possam falar e serem ouvidos;
 - Reforçar a ideia de que todas as participações e opiniões são importantes, de que não há respostas certas nem erradas;
 - Explicar que por vezes pode haver a necessidade da moderadora interromper a discussão no intuito de ceder a palavra a outro participante menos interventivo ou sempre que exista um desvio do assunto pretendido;
 - Reforçar a ideia de que a colaboração de todas as participantes é voluntária e que em caso de pretenderem desistir da sua participação, podem fazê-lo livremente sem necessidade de se justificarem.

Duração prevista para esta fase: 10 minutos

Introdução

Como já sabem, este projeto tem como objetivo descrever as vossas experiências com a utilização do duche de água quente durante o trabalho de parto.

Assim, como ponto de partida propomos que partilhem as vossas experiências.

- Qual a vossa opinião sobre a aplicação do duche de água quente durante o TP?
- Das pessoas presentes que utilizaram o duche, que vantagens e desvantagens é que destacam?
- Esta medida foi-vos recomendada/sugerida ou foi por vossa iniciativa?
- Já tinham tido experiência anterior com o duche de água quente?
- Acham que a utilização foi fácil? Tiveram algumas dificuldades na sua aplicação?
- Quem vos falou pela primeira vez sobre o duche de água quente para o alívio da dor e quando?
- Querem acrescentar mais alguma coisa em relação à vossa experiência com esta medida?

Conclusão:

Para encerrar esta discussão, gostaríamos de saber se querem acrescentar mais alguma coisa ou deixar algum comentário ou sugestão.

Agradecimento pela participação.

APÊNDICE VII – GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

Grelha de Análise de Conteúdo do *Focus Group*

Dimensões	Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Satisfação com a aplicação da água	Alívio da dor		P1 – “(...) a utilização do duche foi fundamental. Utilizei o duche de água quente cumulativamente com a bola de pilates”(…) Mas naquela fase do trabalho de parto foi, sem dúvida, uma estratégia chave.” P4 – “(...) antes de entrar no hospital eu estava mesmo com muitas dores, e aí sim o duche aliviou bastante” P3 – “(...) deram-me várias opções para alívio da dor. (...) Até ter tomado a decisão de ter levado epidural, o que me aliviava a dor era só e apenas o duche.” P2 - “(...) e eu não tive quase dores nenhumas e tenho a certeza que o duche ajudou bastante”
	Relaxamento		P2 – “(...)quando me sugeriram o duche, tudo relaxou. Ajudou bastante”(…)” Ajudou-me no relaxamento e acho que fez com que o processo fosse muito mais rápido” P1– “Senti o mesmo: um relaxar geral do corpo. Ajuda a que tudo corra um bocado melhor (...) Permitiu-me relaxar o corpo todo e estar menos nervosa com todo o processo.”
	Diminuição da duração do TP		P2 – “Fiz 2 duchas no final do dia (...) ainda em fase latente (...) entretanto a dilatação ocorreu em 20 minutos.” (...) Eu acho que o duche ajudou bastante a encurtar o tempo do trabalho de parto.”

Fatores facilitadores para a utilização da estratégia	Acompanhamento	P2 – “No meu caso eu tive sempre companheiro presente, no parto e na indução, que foi quando utilizei todas as estratégias”(…) “Houve um momento que ele saiu e fiquei numa ansiedade enorme, tentei gerir essa ansiedade.” P4– “No meu caso acho que foi fundamental a companhia do meu namorado. Foi ele que me lembrou que eu devia ir para o duche para ajudar a aliviar a dor(…)” P1 – “Para mim também foi essencial a presença do companheiro para a aplicação dos jatos de água. Embora tenha sido no privado, eu penso que se estivesse sozinha, não fosse tão fácil, talvez não sentisse à vontade com as enfermeiras para esse auxilio” (..) “ a verdade é que a presença do meu companheiro ajudou muito... a apontar o chuveiro exatamente para o local, e fazer as compressões no local” P3– “Também acho que no meu caso foi fundamental (...) acho que se estivesse sozinha não teria tanto a vontade, nem teria uma pessoa sempre disponível para ir comigo sempre que eu quisesse ir” (...) “como o chuveiro não ficava no quarto, tinha de me deslocar, foi fundamental ter lá alguém.”
	Apoio da Equipa de Enfermagem	P2 – “(…) as enfermeiras foram fundamentais para me ajudar.” P4 –“(…) sempre muito atenciosos, com palavras de apoio e compaixão, que são tão importantes.” P3 – “(…) só tenho a dizer bem de todas as equipas que passaram. Todas as pessoas nos deixaram super à vontade, e tentaram sempre respeitar o plano de parto, e como eu indicava que queria evitar a analgesia, tiveram sempre o cuidado de me fazer ver que havia várias formas de aliviar a dor”

Fatores facilitadores para a utilização da estratégia			P1 - “senti bastante apoio das equipas, não podia ter tido equipas melhores... e também senti que respeitaram o meu plano de parto, dentro de praticamente tudo” (...)
	Informação Prévia	Outras mulheres	P3– “(...) comigo ninguém comentou que tinha utilizado esta estratégia [do duche] até porque no meu seio de amigas todas quiseram levar logo a epidural e que eu era maluca por não querer levar.” P4 – “(...) tive uma amiga que tinha sido mãe antes e ela utilizou o duche durante todo o trabalho de parto. E foi ela que me aconselhou [a utilizar o duche]” P1 – “(...) e penso que até antes em conversa com amigas, que já tinham sido mães, e muitas me relataram que utilizaram o duche no trabalho de parto para o alívio da dor “Eu também (...) Só uma amiga é que não utilizou [o duche] porque na fase de trabalho de parto em que estava, considerou que o duche não era suficiente e pediu logo epidural.”
		Profissionais de saúde	P2 – “Já tinha ouvido falar dela [da estratégia do duche]. Já conhecia as suas vantagens.” P4. – “No meu caso foi no curso de preparação para o parto, que fiz com a Enf.^a C., no Centro de Saúde” P3 – “Eu ouvi falar no curso de preparação para o parto, que fiz no hospital onde tive o parto e lá eles disseram logo quais é que eram os recursos que tínhamos no hospital.” P1– “No meu caso também foi durante o curso de preparação para o parto”

Barreiras na utilização da estratégia	Acesso		P3– “No meu caso era fora [o duche] e tínhamos de passar por todos os quartos. Na altura não havia ninguém, mas sim tinha de passar por todos os quartos. E só havia 1 duche. Mas ninguém estava a utilizar.” (...) a única desvantagem seria o facto de não termos acesso no nosso quarto... Na verdade eu acho que se tivesse no quarto se calhar até tinha aguentado um bocadinho mais até ter pedido a epidural...mas o facto de ter de me deslocar num corredor inteiro com mais pessoas, já me estava a deixar cansada.” P2 – “(...) no meu caso o duche era muito perto do quarto.”(...) “a casa de banho partilhada, e os duches individuais, com cortina” P1 – “No meu caso não. Eu tive o meu parto num hospital privado, e o duche era dentro do quarto.”
	Condições físicas inadequadas		P1 – “(...) o duche era muito raso o que fazia com que a água saísse com muita facilidade, portanto houve ali quase uma pequena inundação” P2 – “(...)Para mim foi muito difícil regular a temperatura da água naquele chuveiro, confesso... As torneiras eram bastante antigas, e era difícil de regular”
	Desconhecimento das especificidades da aplicação	Locais e tempo de aplicação da água	P3 – “No meu caso não houve nenhuma indicação(...)Mesmo no curso de preparação disseram-nos para irmos pondo [a água] nos sítios que aliviasse mais(...)” P1– “Não tive acesso a informação sobre qual a duração aconselhada (...) Fomos usando conforme o que ia sentindo(...)” P2– “Eu também não tinha nenhuma informação sobre os locais nem o tempo da aplicação da água(...)”

Barreiras na utilização da estratégia	Desconhecimento das especificidades da aplicação		P4- “No meu caso, também não tive qualquer indicação do tempo [da aplicação da medida] e para além da zona lombar, eu senti necessidade de aplicar os jatos na zona pélvica, porque sentia muita pressão(...)”
		Temperatura da água	P1 – [não teve orientações] “No meu caso foi relativamente fácil, senti mais alívio com a água morna, com a água mais quente. A água mais fria causa-me mais tensão muscular, então como eu procurava alívio(...)” P3- [não teve orientações] “No meu caso tinha de ser mesmo muito quente... Aliás as vezes estava tão quente que eu tinha de tirar um bocadinho... mas era assim que me aliviava a dor(...)” P2 – [não teve orientações] “(...)Muito quente não era confortável, ficava muito vermelha na pele, e não me sentia confortável... fria também não...portanto tentei ter uma temperatura amena.. não medi mas penso que devia estar perto da temperatura corporal..”
		Normas de segurança para aplicação da estratégia	P4 – “Não.” [não teve explicação] P1- “Que me recorde, também não.” P2 – “(...)disseram-me sempre para ter a cadeira ao pé, para me agarrar nas barras de segurança, caso me sentisse a ficar mal disposta para me sentar, tinha também a campainha para puxar e para deixar a porta aberta. E para utilizar os chinelos antiderrapantes.”

**APÊNDICE VIII – COMUNICAÇÃO APRESENTADA NO 1º SEMINÁRIO
INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO DO PROJETO *HIDRA2BORN***

Hidroterapia:

Conceitos, técnicas e procedimentos

Margarida Machado
Mestranda do 1º CMSSMO
Investigadora do CIDNUR

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Fevereiro 2023



1

Sumário

- 01 Simbologia da Água
- 02 Os efeitos terapêuticos da água
- 03 Hidroterapia no 1º estágio do trabalho de parto
- 04 Aplicabilidade durante o TP: o banho de imersão e o duche de água quente
- 05 Vantagens da aplicação da hidroterapia durante o TP
- 06 Recomendações para a prática
- 07 Referências bibliográficas

2

Simbologia da Água

» Ao longo da história existem relatos, gravuras e pinturas associadas ao efeito terapêutico da água.

» Na Medicina Tradicional Chinesa, a água está associada ao elemento yin, ao feminino e à fertilidade.

» Existem muitas simbologias e analogias que associam a água ao ventre materno.

(Rosa, M, 2022)

3

Os efeitos terapêuticos da água

Hidroterapia: Deriva do grego "hydor", "hydatos" = água e "therapeia" = tratamento

- » Hidroterapia pressupõe a utilização da água para fins profiláticos e terapêuticos.
- » Existem diversas formas de se usar a água como elemento terapêutico. O termo hidroterapia engloba todas elas, e diferem na forma distinta como utilizam a água: temperatura, duração e forma de aplicação.

(Bianchi, M et. al. 2016; Rosa, M., 2022)

4

Os efeitos terapêuticos da água

Propriedades Físicas da Água

Hidroestáticas: (Corpo em equilíbrio)

- Pressão hidroestática
- Impulsão;
- Densidade Relativa;

Hidrodinâmicas: (forças que atuam durante o movimento)

- Força de arrasto;
- Resistência;
- Turbulência;
- Tensão superficial;
- Viscosidade.

(Bianchi, M et. al. 2016; Rosa, M, 2022)

5

Os efeitos terapêuticos da água

Efeitos da água nos diversos sistemas corporais

Sistema Cardiovascular

Sistema Respiratório

Sistema Linfático

Sistema Musculo-Esquelético

Sistema Renal

Sistema Nervoso

Sistema Termorregulador

(Bianchi, M et. al. 2016; Rosa, M, 2022)

6

Hidroterapia no 1º estágio do trabalho de parto

1º Estádio do Trabalho de parto:

- Inicia-se com contrações regulares e dolorosas;
- Termina com a dilatação completa.

- Para ter efeitos benéficos durante o 1º estágio do Trabalho de Parto, a hidroterapia é aplicada através da água quente;

- Água entre os 36 e 37,5°C;

- O calor da água aumenta a viscoelasticidade dos tecidos, diminui a rigidez articular, melhora a perfusão sanguínea, conduz a um relaxamento muscular.

(ACNM, 2014; ACOG, 2016; Allen, R, et al., 2017; Benfield, R, et al., 2018)

7

Formas de aplicação da hidroterapia durante o 1º estágio do trabalho de parto

Hidroterapia por imersão



Fonte: <https://www.achieveyourbirth.com/>

Hidroterapia por duche de água quente



Fonte: <https://www.achieveyourbirth.com/>

8

Hidroterapia por imersão

Possibilidades de hidroterapia por imersão na gravidez e durante o trabalho de parto

- **Imersão na gravidez:** Imersão em água quente durante a gravidez, que permita a realização de exercícios funcionais, posturais, de fortalecimento muscular, estabilidade articular e de relaxamento. Contribui para o alívio de desconfortos e prepara a mulher/casal para o momento do parto.
- **Imersão durante o trabalho de parto:** Imersão numa banheira com água quente, com profundidade suficiente que permita a imersão completa do abdômen até ao nível dos ombros, durante qualquer fase do trabalho de parto, mas sem incluir o nascimento do neonato.

(Allen, R, et al., 2017; Rosa, M, 2022)

9

Hidroterapia por imersão

Laceração perineal

A hidroterapia durante o TP está associada a menores taxas de lacerações de 3º e 4º grau.

Riscos?

Infeção

A evidência científica não aponta aumento das taxas de infeção nos trabalhos de parto na água, independentemente do estado das membranas durante a hidroterapia. É necessário que as banheiras tenham critérios rigorosos de desinfeção. Presença de Pseudomonas ou Legionella são raras, mas quando ocorrem, podem ser transmitidas à mulher e/ou neonato.

Hipertermia

A elevação da temperatura materna pode resultar em taquicardia fetal. Na ausência de infeção e com reconhecimento e intervenção precoces, esta deve resolver-se ao sair da banheira ou arrefecer temperatura da água.

(ACNM, 2014; Allen, R, et al. 2017)

10

Hidroterapia por imersão

Recomendações para Hidroterapia por imersão na 1ª fase do TP

- A banheira deve conter apenas água de torneira, normal sem aditivos (por exemplo: sal, óleos essenciais, desinfetantes);
- A temperatura da água deve ser avaliada de hora em hora;
- A temperatura da água não deve exceder 37,5°C e pode ser ajustada a temperaturas mais frias de acordo com a preferência da mulher;
- A mulher pode entrar ou sair da água em qualquer altura do trabalho de parto;
- A mulher deve ser instruída a adotar posições adequadas ao entrar e sair da banheira e fazê-lo apenas com ajuda de profissional/acompanhante, garantindo as condições de segurança;
- Se ocorrerem complicações ou alterações na condição materna ou fetal que exijam uma avaliação ou tratamento posteriores fora da banheira, a mulher deve ser encorajada a sair da banheira;

(ACNM, 2014; Allen, R, et al. 2017)

11

Hidroterapia por imersão

Recomendações para Hidroterapia por imersão na 1ª fase do TP

- O posicionamento para o conforto na banheira depende das preferências da mulher;
- Promover hidratação sob a forma de líquidos orais ou fluidos intravenosos (os locais de inserção do cateter EV devem estar protegidos com um penso impermeável enquanto a mulher estiver na banheira);
- O bem-estar materno-fetal é avaliado e gerido de acordo com os protocolos comuns para qualquer outra mulher em trabalho de parto;
- Pode ser utilizado um doppler impermeável ou um equipamento de monitorização fetal eletrónico impermeável para avaliar a FCF;
- Os exames vaginais podem ser efetuados debaixo de água, se necessário;
- A autoadministração materna intermitente de óxido nítrico durante o trabalho de parto pode ser considerada.

(ACNM, 2014; Allen, R, et al. 2017)

12

Hidroterapia por duche de água quente

A aplicação de água quente através do duche apresenta bons resultados no alívio da dor durante o primeiro estágio do TP.

O duche é um recurso que pode ser disponibilizado em todos os blocos de partos.



De fácil acesso.

É um recurso com baixo custo associado.

Sem qualquer tipo de efeitos secundários.

(Bartlett, M., 2013; Shaw-Bartlett, J., 2017; Bartlett, R., 2018; Haq, Y., 2021)

13

Hidroterapia por duche de água quente

Recomendações para hidroterapia por duche de água quente na 1ª fase do TP

- É fundamental haver uma avaliação obstétrica antes da aplicação do duche;
- O duche deve estar equipado com barras de segurança laterais e campainha de urgência;
- Pode ser fornecido um banco, caso seja um recurso disponível no serviço;
- A grávida deve ir acompanhada ao duche e a equipa deve ser sempre informada previamente;
- A grávida deve ser instruída a usar chinelos antiderrapantes e para nunca brincar a porta do WC;
- A água deve estar quente (idealmente entre os 36-37,5°C), numa temperatura que seja confortável à grávida;
- Os jatos de água devem ser aplicados nas zonas onde a grávida refere mais dor (zona pélvica, dorsal e abdominal);
- A aplicação é mais eficaz quando o duche é direcionado entre 10 a 20 minutos;
- Pode ser uma medida aplicada pelo acompanhante. Pode ser combinada com outros recursos (aplicação de massagem, utilização de bola de parto);
- É fundamental avaliar e registar a dor, antes e depois da aplicação da hidroterapia.

(Bartlett, M., 2013; Shaw-Bartlett, J., 2017; Bartlett, R., 2018; Haq, Y., 2021)

14

Vantagens da aplicação da hidroterapia durante o TP

Promove a vasodilatação e melhora a perfusão útero-placentária.

Favorece a mobilidade e verticalidade: facilita a progressão do trabalho de parto

Promove o conforto e o alívio da dor

Reduz a necessidade de recurso a analgésicos/anestésicos

Abrevia a 1ª fase do trabalho de parto

Facilita o relaxamento muscular e reduz a ansiedade

Associada a taxas mais baixas de episiotomias/lacerações 3º e 4º grau

Transmite a sensação de controlo, aumenta a satisfação materna e contribui para uma vivência de parto positiva

(ACNP, 2014; Allen, R., et al., 2017; Bartlett, M., et al., 2013; Shaw-Bartlett, J., et al., 2017; Bartlett, R., et al., 2018; Haq, Y., et al., 2021)

15

Recomendações para a prática

Critérios de elegibilidade

- Gravidez de baixo risco;
- Apresentação cefálica;
- Gravidez de um único feto;
- Gestação entre as 37 – 41 semanas;
- Avaliação de critérios clínicos que garantam a segurança da estratégia de intervenção.

(ACNP, 2014; Allen, R., et al., 2017; Bartlett, M., et al., 2013; Shaw-Bartlett, J., et al., 2017; Bartlett, R., et al., 2018; Haq, Y., et al., 2021)

16

Recomendações para a prática

Situações clínicas em que a aplicação de hidroterapia NÃO está recomendada

- Perdas hemorrágicas;
- Febre materna (38°C);
- Qualquer condição que exija a monitorização contínua fetal;
- Infecções vaginais ativas;
- Problemas musculó-esqueléticos ou mobilidade reduzida (no caso da hidroterapia por imersão);
- Analgesia epidural (no caso da hidroterapia por imersão);
- Administração de medicamentos opióides ou outros sedativos.

(ACNP, 2014; Allen, R., et al., 2017; Bartlett, M., et al., 2013; Shaw-Bartlett, J., et al., 2017; Bartlett, R., et al., 2018; Haq, Y., et al., 2021)

17

Em suma...

Hidroterapia é um método eficaz no alívio da dor durante o primeiro estágio do trabalho de parto

Pode ser disponibilizada através de:

Imersão

Em Portugal, é um recurso praticamente inexistente, e por isso é raramente disponibilizado às parturientes.

Duche de água quente

Recurso disponível em todos os blocos de parto do país;
É considerado um recurso de baixo custo;
...Mas nem sempre utilizado.

18

"There is something about the power of water. People are drawn to water, spas, and sacred streams. Women in labor are drawn to water, too"

Michel Odent

19

Muito obrigada pela atenção!

20

Referências Bibliográficas

- ACNP - American College of Nurse-Midwives (2014) - Midwifery during labor and birth. ACNP. <https://www.acnp-nurse-midwives.org/education/continuing-education/2014-2015>
- Allen, R., Bartlett, R., Wilson, S., Haq, Y. (2017) - A model practice template for hydrotherapy in labor and birth. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52(5), 602-610. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.001>
- American college of obstetricians and gynecologists. (2016) - Continuous support of labor during labor and delivery. (Obstetrical, 2016) 4330-4336. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001772>
- Bartlett, M., Henderson, A., Chen, P., M., M., & Subramanian, M. C. (2013) - Water: a source of support, a source of power and a source of pain. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 292(1), 1-10.
- Bartlett, M., Henderson, A., M., & M., (2013) - Caring, bathing and hydrotherapy in labor: an exploratory descriptive pilot study. *Midwifery*, 29(2), 152-157. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.001>
- Bartlett, M., Henderson, A. (2013) - Midwifery: a professional perspective. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 292(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.001>
- Bartlett, M., Henderson, A., Chen, P., M., M., & Subramanian, M. C. (2013) - Water: a source of support, a source of power and a source of pain. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 292(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.001>
- Haq, Y., et al., (2021) - The effect of delivery ball and warm shower on the childbirth experience of multiparous women: a randomized controlled clinical trial. *Trials*, 22(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-01000-0>
- Haq, Y., et al., (2021) - The effect of delivery ball and warm shower on the childbirth experience of multiparous women: a randomized controlled clinical trial. *Trials*, 22(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-01000-0>
- Haq, Y., et al., (2021) - The effect of delivery ball and warm shower on the childbirth experience of multiparous women: a randomized controlled clinical trial. *Trials*, 22(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-01000-0>

21

**APÊNDICE IX – PLANEAMENTO DA SESSÃO SOBRE OS BENEFÍCIOS DA
HIDROTERAPIA NO ALÍVIO DA DOR, DINAMIZADA NO CONTEXTO
CLÍNICO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**



Planeamento da sessão de formação

Formação: A aplicação do duche de água quente para o alívio da dor no trabalho de parto

Formadora: Enfª Margarida Machado, Mestranda do 13º CMESMO da ESEL

Docente Orientadora: Prof. Doutora Alexandra Tereso

Orientadora Clínica: EEESMO [REDACTED]

Destinatários: Grávidas e conviventes significativos do Curso de Preparação para Nascimento e Parentalidade da UCC [REDACTED]

Objetivos:

- Divulgar a utilização do duche de água quente como medida não farmacológica para o alívio da dor durante o 1º estágio do trabalho de parto;
- Transmitir as recomendações para a utilização do duche de água quente;
- Promover o autocontrolo da parturiente na gestão da dor;

Data: 24 de Outubro	Tempo previsto: 30 minutos	Horário: 13:00-13:30
-------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

MÓDULOS	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	RECURSOS	TEMPO
Apresentação	- Objetivos da sessão - Curiosidades sobre a água	Expositivo/participativo Datashow	5 minutos
Hidroterapia	- O que é a hidroterapia - Formas de aplicação		5 minutos
Benefícios da utilização do duche de água quente	-Vantagens do uso da água durante o primeiro estágio do trabalho de parto		10 minutos
Recomendações	- Recomendações para a aplicação do duche de água quente durante o 1º estágio do TP; - Recomendações da OMS		5 minutos
Discussão		Expositivo/participativo	5 minutos

**APÊNDICE X – SESSÃO SOBRE OS BENEFÍCIOS DA HIDROTERAPIA PARA O
ALÍVIO DA DOR DINAMIZADA NO CONTEXTO CLÍNICO DE CUIDADOS DE
SAÚDE PRIMÁRIOS**

ESEL

HIDROTERAPIA

Aplicação do duche de água quente para o alívio da dor no 1º estágio do trabalho de parto

Enf.ª Margarida Machado
Mestranda em Enfermagem e saúde materna e obstétrica
ESEL 2022

Docente orientadora: Prof.ª Doutora Alexandra Tenesio
Orientadora Clínica: EEESMO Cláudia Cardoso

Objetivos da sessão

- Dar a conhecer a hidroterapia aplicada através do duche de água quente como medida não farmacológica para o alívio da dor durante o trabalho de parto.
- Informar sobre os benefícios da utilização do duche de água quente durante o primeiro estágio do TP.
- Transmitir as recomendações acerca da aplicação do duche de água quente.

Curiosidades sobre o elemento Água

- Ao longo da história existem relatos, gravuras e pinturas associadas ao efeito terapêutico e milagroso da água.
- Na Medicina Tradicional Chinesa, a água está associada ao elemento Yin, ao feminino.
- Em MTC, água está também associada à fertilidade.
- Simbologias e analogias ligadas ao ventre materno.



Associação Aquanatal, 2012

Hidroterapia

- Medida não-farmacológica que utiliza a **água** para fins terapêuticos.
- A hidroterapia eficaz para **alívio da dor e conforto** no primeiro estágio do trabalho de parto utiliza a **água quente**.
- Pode ser aplicada por imersão ou por **chuveiro**.
- Em Portugal a grande maioria dos serviços não dispõe de banheira.
- O chuveiro é um recurso que existe em todos os blocos de parto, mas muitas vezes não é utilizado.

Temperatura da água:
36,5-37°C

Shaw-Battista, J. (2017).

Benefícios da utilização do duche de água quente durante a fase de dilatação



- Melhora a gestão da dor
- Promove relaxamento muscular e reduz a ansiedade
- Proporciona conforto durante o trabalho de parto
- Promove vasodilatação: melhora a perfusão sanguínea para o útero e para o bebé
- Diminui a tensão arterial
- Diminui o trauma perineal

Sharifpour et al (2022); Benfield et al (2018)

Benefícios da utilização da água quente durante a fase de dilatação



- Favorece a mobilidade e a verticalidade
- Diminui a intervenção profissional
- Abrevia a duração do período de dilatação
- Diminui e retarda o recurso a fármacos analgésicos
- Aumenta a satisfação da mulher sobre a experiência do parto

Sharifpour et al (2022); Benfield et al (2018)

Recomendações para utilização do duche de água quente durante o TP

- Gravidez de baixo risco – mãe e bebé saudáveis;
- Gravidez de termo – entre 37 e 41 semanas;
- Temperatura da água deve estar entre os 36,5-37°C;
- É uma medida que promove a participação do acompanhante;
- Deve ser feita uma auscultação dos batimentos cardíacos fetais de forma intermitente.

A utilização do duche depende da avaliação do estado clínico da grávida, realizada pelo médico obstetra ou EEESMO

ACOG (2008), ICM (2019), OE (2019)



Recomendações da OMS

- A implementação de medidas de relaxamento, onde se inclui a hidroterapia, como estratégia não farmacológica de alívio da dor durante o trabalho de parto é recomendada pela OMS.
- Esta estratégia fomenta uma experiência de parto positiva para a mulher:
 - Contribui para um ambiente tranquilo;
 - Favorece sentimentos de conexão e de controlo no processo de trabalho de parto.

OMS, 2018

Muito obrigado pela vossa atenção!!

Bibliografia

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Committee opinion nº 679: *Immersion in Water during Labor and Delivery*. *Obstet Gynecol* 128(5):e231-e236. doi:10.1097/AOG.0000000000001771
- Benfield, R.D., Heitkemper, M. M., & Newton, E. R. (2018). Culture, bathing and hydrotherapy in labor: An exploratory descriptive pilot study. *Midwifery*, 64:110–114. doi:10.1016/j.midw.2018.06.005
- ICM (2019) Essential Competencies for Midwifery Practice – 2018 update. Acedido a 25/05/2022. Disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/generalfiles/2019/02/icmcompetencies_english_final_jan_2019-update_finalweb_v1
- Regulamento n.º 391/2019 de 5 de Maio de 2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República n.º 85/2019, Série II de n.º 391/2019, p. 13560 – 13565
- Shaw-Battista, J. (2017). Systematic Review of Hydrotherapy Research: Does a Warm Bath in Labor Promote Normal Physiologic Childbirth? *J Perinat Neonat Nurs*, 31(4):303-316. doi:10.1097/JPN.0000000000000260.
- Sharifipour, P., Kheirkhah, M., Rajati, M., & Haghanj, H. (2022). The effect of delivery ball and warm shower on the childbirth experience of nulliparous women: a randomized controlled clinical trial. *Trials*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06358-x>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO

**APÊNDICE XI – PLANEAMENTO DO FOLHETO “BENEFÍCIOS DA
APLICAÇÃO DO DUCHE DE ÁGUA QUENTE PARA O ALÍVIO DA DOR
DURANTE O TRABALHO DE PARTO” NO CONTEXTO CLÍNICO DE
MEDICINA MATERNO-FETAL**



Planeamento do folheto informativo

Título: Hidroterapia – Utilização do duche de água quente para o alívio da dor no trabalho de parto

Elaborado por: Enf^a Margarida Machado, Mestranda do 13º CMESMO da ESEL

Docente Orientadora: Prof. Doutora Alexandra Tereso

Orientadora Clínica: EEESMO [REDACTED]

Destinatários: Grávidas internadas no serviço materno-fetal do [REDACTED], a realizar indução do trabalho de parto.

Objetivos:

- Divulgar a utilização do duche de água quente como medida não farmacológica para o alívio da dor durante o 1º estágio do trabalho de parto;
- Transmitir as recomendações para a utilização do duche de água quente;
- Promover a autonomia da parturiente no alívio da dor;

Disponibilização dos folhetos:

- Distribuição pelas grávidas no momento de admissão ao serviço, para consulta durante o período de internamento;

**APÊNDICE XII – FOLHETO “BENEFÍCIOS DA APLICAÇÃO DO DUCHE DE
ÁGUA QUENTE PARA O ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE
PARTO” NO ELABORADO NO CONTEXTO DE MEDICINA MATERNO-FETAL**

ALGUMAS CURIOSIDADES SOBRE A ÁGUA:

AO LONGO DA HISTÓRIA EXISTEM RELATOS, GRAVURAS E PINTURAS ASSOCIADAS AO EFEITO TERAPÊUTICO DA ÁGUA.

NA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA, A ÁGUA ESTÁ ASSOCIADA AO ELEMENTO YIN, AO FEMININO E À FERTILIDADE.

EXISTEM MUITAS SIMBOLOGIAS E ANALOGIAS QUE ASSOCIAM A ÁGUA AO VENTRE MATERNO.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. (2016). COMMITTEE OPINION N° 679: IMMERSION IN WATER DURING LABOR AND DELIVERY. OBSTET GYNECOL, 128(5):E231-E236. DOI:10.1097/AOG.0000000000001771

BENFIELD, R.D., HEITKEMPER, M. M., & NEWTON, E. R. (2018). CULTURE, BATHING AND HYDROTHERAPY IN LABOR: AN EXPLORATORY DESCRIPTIVE PILOT STUDY. MIDWIFERY, 64:110-114. DOI:10.1016/j.midw.2018.06.005

LOPES, F., TERESO A., CURADO, M. A., BERTOLO, H., CARVALHAL L., & GUTERRES R. (2018). HYDROTHERAPY IN THE 1ST STAGE OF LABOR ANT IRS PAIN RELIEF EFFECTS: A SCOPING REVIEW. ANNALS OF MEDICINE. HTTPS://DOI.ORG/10.1080/07853890.2018.1560167

SANTANA LS, GALLO RB, FERREIRA CH, ET AL. EFFECT OF SPOONER BATH ON PAIN RELIEF OF PARTURIENTS IN ACTIVE LABOR STAGE. REV DOR. 2013;14(2):111-113

SHAW-BATTISTA, J. (2017). SYSTEMATIC REVIEW OF HYDROTHERAPY RESEARCH: DOES A WARM BATH IN LABOR PROMOTE NORMAL PHYSIOLOGIC CHILDBIRTH? J PERINAT NEONAT NURS, 31(4):303-316. DOI:10.1097/JPN.0000000000000260.

SHARIFIPOUR, P., KHEIRKHAH, M., RAJATI, M., & HAGHANI, H. (2022). THE EFFECT OF DELIVERY BALL AND WARM SHOWER ON THE CHILDBIRTH EXPERIENCE OF NULLIPAROUS WOMEN: A RANDOMIZED CONTROLLED CLINICAL TRIAL. TRIALS, 23(1). HTTPS://DOI.ORG/10.1186/s13065-022-06358-X

FONTE DE IMAGENS:

[HTTP://WWW.GETTYIMAGES.PT](http://www.gettyimages.pt)



FOLHETO ELABORADO POR:
ENF.ª MARGARIDA MACHADO
ALUNA DO 13º CURSO
DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA



DOCENTE ORIENTADORA:
PROF. DOUTORA ALEXANDRA TERESO
ORIENTADOR CLÍNICO:
EEESMO

BENEFÍCIOS DA APLICAÇÃO DO DUCHE DE ÁGUA QUENTE PARA O ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO



O QUE É A HIDROTHERAPIA?

É UMA MEDIDA NÃO FARMACOLÓGICA



QUE UTILIZA A ÁGUA PARA EFEITOS TERAPÊUTICOS.

EM TRABALHO DE PARTO PODE SER APLICADA PARA:

ALÍVIO DA DOR

PROMOÇÃO DO CONFORTO

NESTE SERVIÇO PODE RECORRER À HIDROTHERAPIA PARA O ALÍVIO DA DOR ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DO DUCHE DE ÁGUA QUENTE



Quais os benefícios da aplicação do duche de água quente durante o trabalho de parto?

- PROMOVE O CONFORTO E ALÍVIO DA DOR;
- FACILITA O RELAXAMENTO MUSCULAR E REDUZ A ANSIEDADE;
- FAVORECE A MOBILIDADE E A VERTICALIDADE;
- PROMOVE A VASODILATAÇÃO E MELHORA A PREFUSÃO SANGUÍNEA PARA O ÚTERO E PARA O BEBÊ;
- ABREVIA A DURAÇÃO DA FASE DE DILATAÇÃO;
- DIMINUI A POSSIBILIDADE DE OCORRER TRAUMA PERINEAL.

QUAIS AS RECOMENDAÇÕES PARA A A SUA APLICAÇÃO?

- É FUNDAMENTAL QUE SEJA AVALIADA POR UM ENFERMEIRO ESPECIALISTA OU MÉDICO OBSTETRA ANTES DA APLICAÇÃO DA ÁGUA;
- IR AO DUCHE COM CHINELOS ANTI-DERRAPANTES;
- DEVE IR AO DUCHE COM ACOMPANHANTE, CASO VÁ SOZINHA AVISE A EQUIPA E NÃO TRANQUE A PORTA DO WC;
- O DUCHE ESTÁ PREPARADO COM BARRAS DE APOIO E CAMPAINHA;
- APLICAR A ÁGUA QUENTE, A UMA TEMPERATURA QUE LHE SEJA CONFORTÁVEL;
- A ÁGUA PODE SER APLICADA NAS ZONAS ONDE A DOR É MAIS INTENSA: ZONA PÉLVICA, ABDOMINAL E DORSAL;
- ESTA APLICAÇÃO DEVE SER FEITA ENTRE 10 A 20 MINUTOS.

**APÊNDICE XIII – PLANEAMENTO DO POSTER “HIDROTERAPIA NA 1ª FASE
DO TRABALHO DE PARTO” ELABORADO NO CONTEXTO DE BLOCO DE
PARTOS**

Título: Hidroterapia – Utilização do duche de água quente para o alívio da dor no trabalho de parto

Elaborado por: Enf^a Margarida Machado, Mestranda do 13^o CMESMO da ESEL

Docente Orientadora: Prof^a. Doutora Alexandra Tereso

Orientadora Clínica: EEESMO [REDACTED] e EEESMO [REDACTED]

Destinatários: Grávidas em trabalho de parto no [REDACTED]

Objetivos:

- Divulgar a utilização do duche de água quente como medida não farmacológica para o alívio da dor durante o 1^o estágio do trabalho de parto;
- Transmitir as recomendações para a utilização da hidroterapia;
- Promover a autonomia da parturiente no alívio da dor;

Disponibilização do poster:

- No serviço de urgência obstétrica do [REDACTED]
- Nos quartos do bloco de partos do [REDACTED]
- No WC utilizado pelas grávidas internadas no bloco de partos do [REDACTED]

APÊNDICE XIV – POSTER “HIDROTERAPIA NA 1ª FASE DO TRABALHO DE PARTO” ELABORADO NO CONTEXTO DE BLOCO DE PARTOS

HIDROTERAPIA

NA 1ª FASE DO TRABALHO DE PARTO

O QUE É?

É a utilização externa da **água quente**, através do **duche**, para o **alívio da dor** durante o trabalho de parto.



QUAIS OS BENEFÍCIOS?

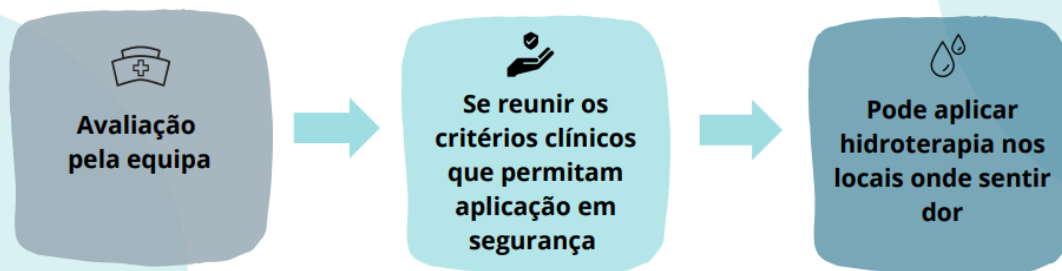
Conforto/Relaxamento

Mobilidade/Verticalidade

Abrevia o período de dilatação

Diminui probabilidade de trauma perineal

Atrasa a necessidade de recorrer a outras formas analgésicas



ASPETOS A CONSIDERAR:



Pode aplicar a água mantendo a monitorização com CTG



Obrigatório uso de chinelos/botas descartáveis antiderrapantes



O duche está equipado com campainha de emergência e banco de apoio



Não tranque a porta do WC



Temperatura da água deve ser confortável. Evite água demasiado quente



Aplique a água onde sente mais dor: zona pélvica, abdominal e dorsal



Duração da aplicação: 10-20 minutos

Referências Bibliográficas

American College of Obstetricians and Gynecologists (2016). Vol. 131, OBSTETRICS & GYNECOLOGY ACOG COMMITTEE OPINION Number. Washington; 2018 May
Barbieri, M., Henrique, A. J., Chors, F. M., Mais, N. L., & Gabrielloni, M. C. (2013). Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suça e dor no trabalho de parto. *Paul Enferm*, 26(5):478-484.
Barfield, B.D., Kucharski, M., & Pearson, S. (2018). Culture, history and hydrotherapy: a literature synthesis of research exploring the role of water in midwifery. *Midwifery*, 64:110-114. doi:10.1016/j.midw.2018.06.005

Elaborado por:
Margarida Machado
Mestranda do 13º CMESMO da ESEL
Orientadora Clínica:
EEESMO Liliana Pinheiro
EEESMO Ana Mascarenhas
Orientadora Pedagógica:
Profª. Doutora Alexandra Tereso

**APÊNDICE XV – PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO À EQUIPA DO
BLOCO DE PARTOS**



Planeamento da sessão de divulgação da Hidroterapia

Formação: Divulgação da Hidroterapia para o alívio da dor durante o trabalho de parto

Formadora: Enfª Margarida Machado, Mestranda do 13º CMESMO da ESEL

Docente Orientadora: Prof. Doutora Alexandra Tereso

Orientadora Clínica: EEESMO [REDACTED] e EEESMO [REDACTED]

Destinatários: Equipa de Enfermagem do Bloco de Partos do [REDACTED]

Objetivos:

- Promover uma prática baseada em evidência com foco de atenção na hidroterapia;
- Divulgar o projeto Hidra2Born;
- Partilhar os resultados da *Scoping Review*;
- Apresentar o Poster à equipa;
- Contribuir para a implementação da medida na prática da equipa.

Data: 22 de Maio 2023

Duração: 20 minutos

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
Introdução	Método expositivo		1 min.	Enfª Margarida Machado (Mestranda do 13º CMESMO)
Apresentação da temática	Método expositivo e interativo		5 min.	
Apresentação do projeto		Computador	1min.	
Apresentação da SR	Método expositivo e interativo	Datashow	5 min.	
Apresentação do Poster		Projeção de diapositivos	3 min.	
Discussão e partilha de ideias Avaliação da sessão	Método expositivo, interativo e participativo		5min.	

APÊNDICE XVI – SESSÃO DE FORMAÇÃO À EQUIPA DO BLOCO DE PARTOS

Hidroterapia no alívio da dor durante o trabalho de parto

Margarida Machado

Mestranda do 13º CMESMO da ESEL
Investigadora do CIDNUR

Orientadora Pedagógica: Profª. Doutora Alexandra Tereso
Orientadoras Clínicas: EEEESMO Liliana Pinheiro & EEEESMO Ana Mascarenhas



Junho 2023

1



Sumário

01
Hidroterapia no alívio da
dor das parturientes

02
O Projeto Hidra2Born

03
Scoping Review

04
Poster "Hidroterapia para o
alívio da dor"

05
Considerações finais

06
Referências Bibliográficas

2



Hidroterapia no alívio da dor das parturientes

Hidroterapia: Deriva do grego "hydor", "hydatos" = água e "therapeia" = tratamento

Hidroterapia pressupõe a utilização da água para fins profiláticos e terapêuticos.

Existem diversas formas de se usar a água como elemento terapêutico. O termo hidroterapia engloba todas elas, e diferem na forma como utilizam a água: temperatura, duração e forma de aplicação.

(Rassoli, M et. al. 2016; Langa (2017); Rosa, M. 2022)

3



Hidroterapia no alívio da dor das parturientes

Dor durante o trabalho de parto - influenciada por diversos fatores (fisiológicos, psicossociais e ambientais);

Maioria da evidência disponibilizada centra-se na hidroterapia por imersão (recurso que não está disponível na maioria dos serviços);

Evidência científica recente aponta inúmeros benefícios da hidroterapia através da aplicação do duche quente (recurso que existe em todos os blocos de partos do país).



(Rassoli, M et. al. 2016; Langa (2017); Rosa, M. 2022)

Fonte: Picta (Shutterstock)

4



Hidroterapia no alívio da dor das parturientes

Benefícios da aplicação da aplicação do duche:

Promove a
vasodilatação e
melhora a perfusão
útero-placentária

Favorece a
mobilidade e
verticalidade; facilita
a progressão do
trabalho de parto

Promove o
conforto e o alívio
da dor

Reduz/adia a
necessidade de recurso a
analgésicos

Abrevia a 1ª fase do
trabalho de parto

Facilita o relaxamento
muscular e reduz a
ansiedade

Associada a taxas mais
baixas de
epiotomias/lacerações
3º e 4º grau

Transmite a sensação de
controle, aumenta a
satisfação materna e
contribui para uma vivência
de parto positiva.

(CNMG, 2014; Albers, R. et al. 2017; Berlieri, M. et al., 2012; Shaw-Barreira, J., et al., 2017; Benfield, R., et al., 2018; Ha, Y., Lu, et al. 2021)

5



Hidroterapia no alívio da dor das parturientes

Crítérios de
elegibilidade

- Gravidez de baixo risco;
- Apresentação cefálica;
- Gravidez de um único feto;
- Idade Gestacional entre as 37 – 41 semanas;
- Avaliação de critérios clínicos que garantam a segurança da intervenção.

(CNMG, 2014; Albers, R. et al. 2017; Berlieri, M. et al., 2012; Shaw-Barreira, J., et al., 2017; Benfield, R., et al., 2018; Ha, Y., Lu, et al. 2021)

6



Hidroterapia no alívio da dor das parturientes

Situações clínicas
em que a aplicação
de hidroterapia **NÃO**
está recomendada

- Perdas hemorrágicas;
- Febre materna (38°C);
- Qualquer condição que exija a monitorização contínua fetal;
- Infecções vaginais ativas;
- Problemas musculoesqueléticos ou mobilidade reduzida;
- Analgesia epidural com bloqueio motor;
- Administração de medicamentos opióides ou outros sedativos.

(CNMG, 2014; Albers, R. et al. 2017; Berlieri, M. et al., 2012; Shaw-Barreira, J., et al., 2017; Benfield, R., et al., 2018; Ha, Y., Lu, et al. 2021)

Hidroterapia no alívio da dor das parturientes

Recomendações
para a prática

- Água morna, temperatura confortável para a parturiente;
- Aplicação dos jatos de água nas zonas de maior sensação dolorosa (região abdominal, dorsal e pélvica);
- Direcionar a água com movimentos circulares;
- Duração da aplicação entre 10-20 minutos;
- Adotar posturas que favoreçam o relaxamento;
- Adicionar outras medidas, como musicoterapia, bola de pilates.

(CNMG, 2014; Albers, R. et al. 2017; Berlieri, M. et al., 2012; Shaw-Barreira, J., et al., 2017; Benfield, R., et al., 2018; Ha, Y., Lu, et al. 2021)

7

Hidroterapia no alívio da dor das parturientes

Recomendações de
Segurança para aplicação da
hidroterapia através do
duche

- É fundamental haver uma avaliação obstétrica antes e depois da aplicação do duche;
- O duche deve estar equipado com barras de segurança laterais e campainha de emergência;
- Pode ser fornecido um banco, caso seja um recurso disponível no serviço;
- A grávida deve ir acompanhada ao duche e a equipa deve ser sempre informada previamente;
- Vigilância do bem estar materno-fetal durante o procedimento;
- A grávida deve ser instruída a usar cintos antiderrapantes e para nunca trancar a porta do WC;
- A água deve estar quente numa temperatura que seja confortável à grávida;
- É fundamental avaliar e registar a dor, antes e depois da aplicação da hidroterapia.

(CNMG, 2014; Albers, R. et al. 2017; Berlieri, M. et al., 2012; Shaw-Barreira, J., et al., 2017; Benfield, R., et al., 2018; Ha, Y., Lu, et al. 2021)

8



O projeto Hidra2Born

Objetivo: Desenvolver uma prática baseada em evidência, com foco de atenção na hidroterapia para o alívio da dor no trabalho de parto

- O projeto **Hidra2Born** do CIDNUR, pretende produzir e divulgar evidência científica sobre a aplicação da hidroterapia como medida não farmacológica no alívio da dor durante o primeiro estágio do trabalho de parto;
- Foi previamente estudada a efetividade da aplicação da hidroterapia através do duche de água quente, com bons resultados.
- Pretende-se agora estudar:
 - Perspetivas das parturientes
 - Perspetivas dos EESMO (Enfª Mónica Ribeiro)

Contribuir para a divulgação e implementação deste recurso nos serviços

10

Scoping Review

Segundo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI et al., 2020).

Objetivo:
Mapear a evidência científica disponível que permita conhecer as experiências de mulheres que tenham utilizado o duche de água quente durante o primeiro estágio do TP.

Questão de pesquisa:
"Quais as experiências das mulheres na utilização do duche de água quente para o alívio da dor durante o primeiro estágio do trabalho de parto?"

11

Scoping Review

Segundo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI et al., 2020).

Crterios de inclusão de acordo com a mnemnica PCC

População: Parturientes que tenham utilizado o duche para o alvio da dor.

Concelto: Estudos que faam referncia a experincia das mulheres com a utilizao do duche de gua quente.

Contexto: Estudos que se refiram ao primeiro estdio do trabalho de parto em ambiente hospitalar.

Fontes de Evidncia: Estudos publicados a partir de 2014, com texto integral disponvel. Estudos publicados em lngua portuguesa, inglesa ou espanhola. Estudos de abordagem qualitativa, quantitativa ou mista e ainda provenientes da literatura cinzenta

12

Scoping Review

Segundo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI et al., 2020).

Bases de dados:
Atravs da Plataforma EBSCOhost, CINAHL complete, MEDLINE complete e ISI Web of Knowledge

De um total de 251 artigos foram selecionados 5, segundo os critrios de incluso e excluso.

PRISMA flow

Identified articles (n=251)

Excluded articles (n=246)

Included articles (n=5)

13

Apresentao dos resultados da Scoping Review

Aumento da satisfao das parturientes (Gayeski et al., 2015; Benfield et al., 2018; Heim, et al., 2022);

Alm da satisfao, foi descrita uma **sensao de segurana pelas parturientes**, por ser uma tcnica em que h um acompanhamento pela(o) enfermeira(o) (Sharifpour et al., 2022);

Na fase ativa do TP est associada a **diminuio da perceo da dor** (Benfield et al, 2018), a semelhana do que tem sido previamente descrito na literatura para a hidroterapia de imerso (Shaw-Battista, 2017; Hu, L. et. al., 2021);

14

Apresentao dos resultados da Scoping Review

O duche de gua quente o **mtdo mais conhecido** mas **nem sempre utilizado** por todas as parturientes (Lindholm, A. et al., 2014; Gayeski et al., 2015).

O **conhecimento prvio** das mulheres acerca dos MNF **vai determinar a sua aplicabilidade** no momento do parto (Lindholm, A., 2014).

15

Apresentao do poster

HIDROTERAPIA
Sua Prtica do Trabalho de Parto

O QUE ?
A utilizao de gua quente, atrs do duche, para alvio da dor durante o primeiro estdio do trabalho de parto.

OBJETIVO DO POSTER:

- Divulgar a estratgia junto das parturientes;
- Esclarecer sobre os critrios e recomendaes de aplicabilidade e segurana.

ASPECTOS A CONSIDERAR:

- Ateno especial para a segurana e conforto da parturiente.
- Manter a temperatura da gua quente adequada, evitando queimaduras.
- Ateno especial para a segurana da parturiente e do feto.
- Manter a temperatura da gua quente adequada, evitando queimaduras.
- Ateno especial para a segurana da parturiente e do feto.

Consideraes finais

A hidroterapia **atravs do duche** apresenta bons resultados no alvio da dor durante o primeiro estdio do TP.

O duche o **recurso que pode ser disponibilizado** em todos os blocos de partos.

De fcil acesso.

o recurso com **baixo custo associado**.

Sem qualquer tipo de efeitos secundrios.

Muito obrigada pela vossa ateno!

**APÊNDICE XVII – PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE O
PROTOCOLO ACADEMY BREASTFEEDING MEDICINE, NO CONTEXTO DE
PUERPÉRIO**

Planeamento de Sessão de Formação	
Título:	Espetro da Mastite – Recomendações da Academy of Breastfeeding Medicine
Elaborado por:	Margarida Machado, Mestranda do 13º CMESMO da ESEL
Orientador Clínico:	EEESMO [REDACTED]
Docente Orientadora:	Professora Doutora Alexandra Tereso
Destinatários:	Enfermeiros do Serviço de Puerpério e [REDACTED]
Objetivos:	- Divulgar as recomendações do "Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022"; - Promover uma prática baseada em evidência.

Data:	8 Fevereiro 2023	Hora:	11:30	Duração:	1 hora
--------------	------------------	--------------	-------	-----------------	--------

Conteúdos Programáticos		Métodos	Tempo Previsto
Apresentação:	- Objetivos da sessão; - Definição da temática	Método expositivo	5 minutos
Espetro da Mastite:	A mastite como espectro	Método expositivo e interativo	15 minutos
Recomendações Gerais:	- Recomendações gerais para o espectro da mastite - Orientação antecipada e intervenção comportamental - Intervenção clínica	Método expositivo e interativo	15 minutos
Condições do espectro e recomendações específicas :	- Ingurgitamento mamário e recomendações específicas; - Ductos obstruídos e recomendações específicas;	Método expositivo e interativo	15 minutos

	• Mastite inflamatória e recomendações específicas; • Mastite bacteriana e recomendações específicas; • Fleimão e recomendações específicas; • Abscesso mamário e recomendações específicas; • Galactocelo/ galactocelo infectado e recomendações específicas.		
Resumo, Discussão e Questões:	• Resumo do conteúdo exposto • Discussão e resposta a questões.	Diálogo e Discussão em Grupo	10 minutos

Recursos Materiais:	• Computador; • Videoprojetor.
Avaliação da Sessão:	• Entrega de questionário de avaliação.

**APÊNDICE XVIII – SESSÃO DE FORMAÇÃO “ESPECTRO DA MASTITE –
RECOMENDAÇÕES DA ACADEMY BREASTFEEDING MEDICINE”
ELABORADA NO CONTEXTO DE PURPÉRIO**



1

Sumário

1	Objetivos e Apresentação do tema	4	Recomendações Específicas
2	Espetro da Mastite	5	Discussão
3	Recomendações Gerais	6	Avaliação da Sessão

2

Objetivos

- Divulgar as recomendações do 'Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022'.
- Promover uma prática baseada em evidência.



3

Mastite Puerperal

Definida como a inflamação do tecido mamário na mulher que amamenta. (Wilson et al., 2020).

Geralmente apresenta-se numa distribuição segmentar dos ductos, alvéolos e tecido conjuntivo circundante (Mitchell et al., 2022).

É uma complicação comum que pode contribuir para a cessação precoce da amamentação (Mitchell et al., 2022).

4

Mastite Puerperal

Sintomas:

- Febre
- Dor intensa
- Tremores
- Rubor
- Calor
- Edema
- Sensibilidade da mama

(Wilson et al., 2020)

5

Espetro da Mastite

No passado, a mastite foi considerada como uma única entidade patológica na mama lactante.

No entanto, a evidência científica demonstra agora que a mastite engloba um espectro de condições resultantes da inflamação ductal e do tecido circundante.



(Mitchell et al., 2022)

6

Espetro da Mastite

A pesquisa científica tem demonstrado que múltiplos fatores contribuem para o desenvolvimento da mastite:

- Fatores relativos ao hospedeiro (ex: hiperlactação)
- Fatores microbianos (ex: diversidade do microbioma do leite)
- Fatores clínicos (ex: uso de antibióticos)

(Mitchell et al., 2022)

7

Recomendações Gerais

- A gestão das condições do espectro da mastite inclui estratégias gerais que se aplicam a todo o espectro, bem como recomendações específicas para cada condição.
- Um tratamento imediato e eficaz impede a progressão no espectro.
- Estas medidas visam não só tratar mas também prevenir complicações.

(Mitchell et al., 2022)

8

ORIENTAÇÃO ANTECIPADA E INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

1. Tranquilizar as mulheres acerca da resolução dos sintomas de mastite:

- Apoiar na continuação da amamentação e verificar que recursos podem precisar para prevenir o desmame precoce.
- Ajudar as mães a identificar formas de diminuir o stress, aumentar as oportunidades de descanso e ajudar a resolver sinais precoces de mastite inflamatória.
- Abordagem holística durante o período pós-parto.

(Mitchell et al., 2022)

9

ORIENTAÇÃO ANTECIPADA E INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

2. Educação para a saúde sobre anatomia da mama e fisiologia da lactação:

- Alterações normais das mamas no período de amamentação;
- Alterações hormonais que podem provocar sudorese excessiva e afrontamentos, que podem ser confundidos com febre;
- Distensão alveolar e edema após um longo período sem amamentar (ex: de manhã ao acordar).

(Mitchell et al., 2022)

10

ORIENTAÇÃO ANTECIPADA E INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

3. Amamentação em livre demanda:

- A produção de leite depende de um mecanismo de feedback, sendo que quanto maior a quantidade de leite extraído maior é a sua produção;
- Amamentar mais vezes ou a utilização de bomba com o intuito de "esvaziar" a mama perpetua o ciclo de hiperlactação e constitui um fator de risco maior para o agravamento do edema e inflamação;
- As mulheres devem ser instruídas a extrair manualmente pequenas quantidades de leite para conforto até que a produção de leite esteja estabilizada;

(Mitchell et al., 2022)

11

ORIENTAÇÃO ANTECIPADA E INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

3. Amamentação em livre demanda:

- As mulheres que usam bomba extratora apenas devem extrair a quantidade que o bebé consome;
- Quando a região retroareolar está muito edemaciada e inflamada em que não é possível a extração manual de leite, a mulher não deve continuar a oferecer a mama afetada. Pode oferecer a mama contralateral e voltar a oferecer a mama afetada após a resolução do edema e inflamação.

(Mitchell et al., 2022)

12

ORIENTAÇÃO ANTECIPADA E INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

4. Minimizar o uso de bomba extratora:

- A sua utilização estimula a produção de leite mas a sua extração não é fisiológica como a extração feita pelo bebé;
- Predis põe à disbiose uma vez que não existe troca bacteriana entre a boca do bebé e a mama;
- Pode causar trauma no mamilo e anólia se o tamanho do funil ou a força de extração não forem adequados, ou se for usada por um longo período;

(Mitchell et al., 2022)

13

ORIENTAÇÃO ANTECIPADA E INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

4. Minimizar o uso de bomba extratora:

- A sua utilização deve ser limitada aos casos de separação da díade ou por indicação clínica (mãe ou bebé);
- Não deve ser utilizada no caso de mastite, pois esta não é uma contraindicação à amamentação;
- No caso de extração com bomba esta deve ser realizada na frequência e volume que simule a amamentação fisiológica.

(Mitchell et al., 2022)

14

ORIENTAÇÃO ANTECIPADA E INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

5. Evitar o uso de "mamilos de silicone":

- A evidência disponível não suporta a sua utilização;
- Não foi demonstrada segurança nem eficácia;
- À semelhança da utilização de bomba, os mamilos de silicone não representam uma amamentação fisiológica e resultam numa extração inadequada do leite materno;
- Os bebés tendem a mamar de forma passiva o leite que se deposita no mamilo de silicone não fazendo uma pega adequada na mama.

(Mitchell et al., 2022)

15

ORIENTAÇÃO ANTECIPADA E INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

6. Utilização de soutien adequado:

- As mamas lactantes são altamente vascularizadas e necessitam de apoio para prevenir linfedema e dor progressiva na região cervical e dorsal.

(Mitchell et al., 2022)

16

ORIENTAÇÃO ANTECIPADA E INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

7. Evitar massagem profunda e vigorosa:

- A massagem profunda causa aumento da inflamação, edema e lesões microvasculares;
- Devem ser evitados dispositivos de vibração ou massagem;
- Uma revisão sistemática concluiu que embora reduza a dor, não deve ser recomendada pois requer treino para ser executada sem causar trauma dos tecidos mamários;

(Mitchell et al., 2022)

17

ORIENTAÇÃO ANTECIPADA E INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

7. Evitar massagem profunda e vigorosa:

- Pode ser realizada massagem suave durante a extração com bomba.
- É preferível realizar drenagem linfática ao invés da massagem profunda.

(Mitchell et al., 2022)

18

Drenagem Linfática



(Mitchell et al., 2022)

19

ORIENTAÇÃO ANTECIPADA E INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

8. Evitar soluções salinas, óleo de ricínio e outros produtos tópicos:

- Os produtos tópicos não tratam estas condições e podem causar dano, particularmente se combinados com massagem;
- Não devem ser utilizadas soluções de sulfato de magnésio pois podem macerar a pele e contribuir para o aumento da hiperemia e edema;
- Não há evidência que suporte a imersão do mamilo em soluções salinas com o intuito de reduzir a dor ou traumatismo do mamilo;
- Podem ser utilizadas pomadas para a cicatrização de feridas nos mamilos.

(Mitchell et al., 2022)

20

ORIENTAÇÃO ANTECIPADA E INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

9. Evitar esterilização da bomba extratora por rotina:

- A mastite não é contagiosa nem está relacionada com práticas pouco higiénicas;
- As peças da bomba extratora devem ser limpas de forma adequada, não sendo necessária a sua esterilização por rotina;
- Evitar limpar o mamilo, pois pode causar maceração e dor;
- Ao contrário do que se poderia pensar, a infeção ascendente não acontece devido à alta vascularização dos mamilos. O facto de haver comunicação da parte interna da mama com o exterior (através dos ductos) previne infeções.

(Mitchell et al., 2022)

21

INTERVENÇÕES CLÍNICAS

1. Diminuir a inflamação e a dor:

- A aplicação de gelo e o uso de anti-inflamatórios não esteróides (AINE) reduzem o edema e a inflamação e contribuem para o alívio sintomático;
- Podem ser administrados analgésicos para alívio da dor;
- Apesar de causar vasodilatação e poder piorar os sintomas, a aplicação de calor pode dar conforto a algumas mulheres;

(Mitchell et al., 2022)

22

INTERVENÇÕES CLÍNICAS

1. Diminuir a inflamação e a dor:

- A aplicação de duche de água quente e antipiréticos não melhora os resultados;
- Pode ser aconselhado a toma de lecitina de soja oral para redução da inflamação dos ductos.

(Mitchell et al., 2022)

23

INTERVENÇÕES CLÍNICAS

2. "Bolhas de leite" no mamilo:

- Representam células inflamatórias ductais que se propagam até à superfície e se instalam no mamilo;
- Não devem ser destacadas pois podem causar traumatismo e aumento do estreitamento ductal;
- Pode ser administrada lecitina de soja oral e também aplicado um corticóide tópico para diminuir a inflamação (seguro para a amamentação apesar de ter de ser removido antes de cada mamada).



(Mitchell et al., 2022)

24

INTERVENÇÕES CLÍNICAS

3. Tratar a hiperlactação:

- A hiperlactação predispõe à congestão e inflamação dos ductos o que facilita a disbiose mamária;
- Isto pode potenciar um ciclo vicioso, dado que a disbiose é uma das causas do estreitamento ductal e inflamação.



Mulher com história de mastite à direita que foi aconselhada para extrair leite com bomba de mama afetada a cada 2 horas, para manter a mama vazia. Isto resultou num aumento de produção de leite na mama direita dando continuidade ao ciclo de mastite. Depois de ser aconselhada a amamentar de mama esquerda (peito "bom") conseguiu regular a produção de mama direita e não voltou a ter episódios de mastite.

(Mitchell et al., 2022)

25

INTERVENÇÕES CLÍNICAS

4. Terapêutica com ultrassom

5. Antibioterapia exclusiva para a mastite bacteriana

6. Uso de probióticos

(Mitchell et al., 2022)

26

INTERVENÇÕES CLÍNICAS

7. Avaliação do estado emocional e ansiedade materna:

- Mulheres com história de depressão e ansiedade estão mais propensas a desenvolver condições do espectro da mastite;
- Por outro lado, uma mulher que experiente complicações na amamentação está mais propensa a desenvolver um quadro de depressão;
- Deve ser prestada particular atenção às mulheres que expressam sentir dificuldades no processo de amamentação;
- A dor extrema desproporcionada ao contexto pode sugerir alguma sensibilidade relacionada com perturbações depressivas e da ansiedade, devendo ser consideradas no diagnóstico diferencial.

(Mitchell et al., 2022)

27

CONDIÇÕES DO ESPETRO DA MASTITE E RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS

28

INGURGITAMENTO MAMÁRIO

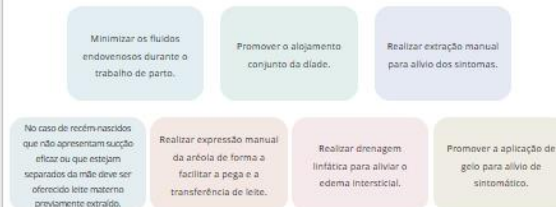
- Resulta da lactogênese II (descida do leite).
- Ocorre geralmente entre o 3º e o 5º dia de puerpério.
- Caracteriza-se por dor mamária **bilateral**, firmeza e edema.
- Se gerido adequadamente não progride para outras condições do espectro.



(Michell et al., 2022)

29

INGURGITAMENTO MAMÁRIO - RECOMENDAÇÕES



30

DUCTO OBSTRUÍDO

- Refere-se à inflamação e estreitamento microscópico dos ductos mamários.
- Está relacionado com distensão dos alvéolos e/ou distensão mamária.
- Apresenta-se como uma área endurecida circunscrita ou um congestionamento do tecido mamário mais generalizado.
- Pode causar eritema ligeiro devido ao congestionamento linfático e edema alveolar, e não tem sintomas sistêmicos associados.
- Geralmente resolve-se espontaneamente.



(Michell et al., 2022)

31

DUCTO OBSTRUÍDO

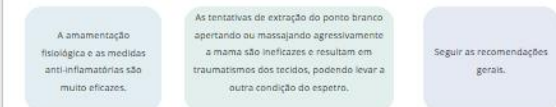
- Pode causar dor residual transitória.
- As mulheres podem sentir alívio com a amamentação porque isso diminui a distensão alveolar.
- No entanto, a amamentação repetida numa tentativa de "desentupir" o ducto, suprimirá o factor inibidor da lactação (FIL), aumentando a produção do leite e, em última análise, exacerba a inflamação e o estreitamento ductal.



(Michell et al., 2022)

32

DUCTO OBSTRUÍDO - RECOMENDAÇÕES



33

MASTITE INFLAMATÓRIA

- Quando o estreitamento ductal persiste ou agrava e a inflamação circundante progride, a mastite inflamatória desenvolve-se.
- A mastite inflamatória apresenta-se como uma região cada vez mais eritematosa, com edema e dolorosa da mama.
- Sinais e sintomas sistêmicos como febre, calafrios e taquicardia.



(Michell et al., 2022)

34

MASTITE INFLAMATÓRIA - RECOMENDAÇÕES

- Seguir as recomendações gerais.
1. Tranquilizar as mulheres acerca da resolução dos sintomas de mastite
 2. Educação para a saúde sobre anatomia da mama e fisiologia da lactação
 3. Amamentação em livre demanda/horário livre
 4. Minimizar o uso de bomba extratora
 5. Evitar o uso de "mamilos de silicone"
 6. Utilização de soutien adequado
 7. Evitar massagem profunda e vigorosa
 8. Evitar soluções salinas, óleo de rícino e outros produtos tópicos
 9. Evitar esterilização da bomba extratora por rotina.

(Michell et al., 2022)

35

MASTITE BACTERIANA

- Representa uma progressão para uma entidade infecciosa em que é necessário a administração de antibióticos e probióticos para resolver.
- Os agentes mais comuns comuns na mastite puerperal bacteriana incluem Staphylococcus e Streptococcus.
- Não há evidências que apoiem a má higiene como causa da mastite bacteriana ou a necessidade de rotina de esterilização de bombas.
- Novas evidências sobre a composição do microbioma do leite humano demonstram que a mastite não é causada pela propagação retrógrada de bactérias patogênicas de traumas visíveis nos mamilos.



(Michell et al., 2022)

36

MASTITE BACTERIANA

- A mastite bacteriana apresenta-se como uma vermelhidão numa região específica da mama que pode espalhar-se para diferentes quadrantes.
- Deve ser realizada avaliação clínica em caso de sintomas sistémicos persistentes (>24 horas) como febre e taquicardia.
- Na ausência de sinais e sintomas sistémicos, o diagnóstico deve ser considerado se a mama não estiver a responder às medidas conservadoras.



(Mitchell et al., 2022)

37

MASTITE BACTERIANA - RECOMENDAÇÕES

Na mastite bacteriana é recomendada a antibiótoterapia - ambulatório ou internamento.

A mastite bacteriana não é contagiosa e não representa um risco para o bebé nem requer uma interrupção na amamentação.

Se não houver melhoria clínica do quadro após 48h deve ser considerada a realização de culturas do leite.

(Mitchell et al., 2022)

38

FLEIMÃO

- É a coleção de fluido heterogênea, complexa e mal definida que pode ocorrer em todo o corpo no cenário da inflamação.
- A massagem profunda pode potenciar o aparecimento do fleimão devido ao aumento de edema e lesão microvascular.
- Há suspeita de fleimão num histórico de mastite que se agrava numa área firme, em massa, sem flutuação.
- Pode ser confirmado com ecografia.



(Mitchell et al., 2022)

39

FLEIMÃO - RECOMENDAÇÕES

Pode ser necessária antibiótoterapia.

Existe possibilidade do fleimão evoluir para um abscesso mamário, pelo que deve ser realizada uma avaliação cuidadosa até à resolução completa do quadro.

(Mitchell et al., 2022)

40

ABCESSO MAMÁRIO LACTACIONAL

- Aproximadamente 3 a 11% das mulheres com mastite aguda desenvolverão um abscesso.
- Apresenta-se como endurecimento progressivo com rubor, e muitas vezes uma coleção palpável de fluidos numa área bem definida da mama.
- Os sintomas sistémicos podem desaparecer à medida que a infeção se resolve, ou podem reaparecer.
- A sintomatologia pode agravar até que o abscesso seja drenado.



(Mitchell et al., 2022)

41

ABCESSO MAMÁRIO LACTACIONAL - RECOMENDAÇÕES

Drenagem do abscesso.

Pode ser necessária a colocação de um dreno.

A mulher deve continuar a amamentar da mama afetada, mesmo após a drenagem ou colocação de dreno.

Em caso de hiperlactação, esta deve ser tratada.

A resolução desta condição pode demorar várias semanas.

(Mitchell et al., 2022)

42

GALACTOCELO E GALACTOCELO INFETADO

- Um galactocele desenvolve-se quando o estreitamento ductal diminui o fluxo de leite, dado que um volume significativo de leite se acumula numa cavidade semelhante a um quisto.
- Os galactocelos podem variar em tamanho (pequeno 1 a 2cm ou grande >10cm).
- Os galactocelos apresentam-se como uma massa moderadamente firme que aumenta gradualmente ou rapidamente em tamanho ao longo do tempo.



(Mitchell et al., 2022)

43

GALACTOCELO E GALACTOCELO INFETADO

- O tamanho pode oscilar ao longo do dia, com uma diminuição temporária após a amamentação.
- Pode ser desconfortável, mas geralmente não é tão doloroso como um abscesso.
- Não tem eritema ou sintomas sistémicos associados, a menos que fique infetado.



(Mitchell et al., 2022)

44

GALACTOCELO E GALACTOCELO INFETADO - RECOMENDAÇÕES

Se sintomático, o galactocele deve ser drenado para alívio de sintomas, confirmação diagnóstica e para diminuir o efeito de massa para facilitar a pega.

A aspiração por ser uma técnica que necessita de ser repetida, pode infetar o galactocele. Assim, a colocação de um dreno é mais recomendada do que a aspiração.

Em caso de galactocele infetado é necessária a sua drenagem e antibiótoterapia.

(Mitchell et al., 2022)

45

MASTITE RECORRENTE MASTITE SUBAGUDA

- Apesar de serem duas condições do espectro da mastite, são situações que se desenvolvem num período de tempo mais alargado.

46

RESUMO

- Este novo protocolo traz novas recomendações ao nível da prevenção e ao nível da intervenção:

MEDIDAS PREVENTIVAS:

- Realizar educação para a saúde sobre anatomia e fisiologia da mama e sintomas da mastite;
- Instalar medidas conservadoras e apoio psicossocial;
- Promover amamentação em livre demanda;
- Evitar o uso de "bolsas de leite";
- Minimizar utilização de tetratex estratona;
- Evitar "membros de silicone";
- Usar soutien de suporte adequado;
- Evitar massagem profunda da mama;
- Evitar hipotermia excessiva do mamilo e esterilização de utensílios.

INTERVENÇÕES:

- Diminuir a dor e a inflamação (terapêutica analgésica, anti-inflamatória e corticóide);
- Sugere lactina de soja e aplicação corticóide tópica em caso de "bolha de leite" no mamilo, e não remover;
- Amamentar da mama não afetada em primeiro lugar e só depois oferecer a mama afetada, de forma a evitar a hiperlactação nessa mama;
- Antibiótico apenas em caso de mastite bacteriana;
- Considerar utilização de probióticos;
- Avaliar estado emocional e psicológico da mulher, dada a maior propensão a mastites em mulheres com ansiedade e depressão.

(Mitchell et al., 2022)

47

Obrigada pela atenção.

48

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Mitchell, K., Johnson, H., Rodríguez, J., Eglash, A., Scherzinger, C., Zakarija-Gričević, I., Cadh, K., Berens, P., & Miller, B. (2022). Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. *Breastfeeding Medicine*, 17(5), 360-376. <https://doi.org/10.1089/bfm.2021.29188.abm>

Wilson, E., Woodd, S. L., & Benova, L. (2020). Incidence of and Risk Factors for Lactational Mastitis: A Systematic Review. *Journal of Human Lactation*, 36(4), 673-686. <https://doi.org/10.1177/0890334420907898>

49

**APÊNDICE XIX – PLANEAMENTO DA SESSÃO “O LUGAR DO PRAZER NOS
CUIDADOS DE SAÚDE”, DINAMIZADA NO CONTEXTO CLÍNICO DE
GINECOLOGIA**



Planeamento da sessão de formação

Formação: "O lugar do prazer nos cuidados de saúde"

Formadora: Enfª Margarida Machado, Mestranda do 13º CMESMO da ESEL

Docente Orientadora: Prof. Doutora Alexandra Tereso

Orientadora Clínica: Enfª Especialista [REDACTED]

Destinatários: Profissionais de saúde [REDACTED]

Objetivos:

- o Refletir sobre os lugares do prazer nos cuidados de saúde sexual e reprodutiva;
- o Identificar constrangimentos e possibilidades para a abordagem do prazer com os utentes nos cuidados de saúde;
- o Promover a reflexão e discussão sobre a importância do prazer nos cuidados de saúde

Data: 18 Janeiro 2023	Tempo previsto: 90 minutos		Horário: 14:00 -15:30	
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
Introdução Objetivos Métodos	Método expositivo		5 min	
Definição de conceitos;	Método expositivo e interativo		10 min	Enfª Margarida Machado (Mestranda do 13º CMESMO)
Constrangimentos na abordagem do prazer;		Computador		
Possibilidades na abordagem do prazer;	Método expositivo e interativo	<u>Datashow</u>	20 min	Enfª Esp. Maria de Jesus Pires (Enfª Orientadora do estágio)
Conclusão;	Método expositivo e interativo	Projeção de diapositivos	25 min	
Discussão e partilha de ideias Avaliação da sessão	Método expositivo, interativo e participativo		30 min	

**APÊNDICE XX – SESSÃO DE PARTILHA E REFLEXÃO “O LUGAR DO PRAZER
NOS CUIDADOS DE SAÚDE” COM EQUIPA MULTIDISCIPLINAR NO
CONTEXTO DE GINECOLOGIA**

ESEL

O lugar do Prazer nos cuidados de saúde

Sessão de Reflexão para Profissionais de Saúde da Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Janeiro 2023

Enfª Margarida Machado
Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Orientadora Clínica: Enfª Especialista Maria de Jesus Pires
Orientadora Pedagógica: Prof. Doutora Alexandra Tereso

1

Sumário

- 01 Objetivos e Métodos
- 02 Introdução
- 03 Resultados
- 04 Conclusão
- 05 Referências Bibliográficas

2

Objetivos e Métodos

Objetivos:

- Refletir sobre os lugares do prazer nos cuidados de saúde sexual e reprodutiva;
- Identificar constrangimentos e possibilidades para a abordagem do prazer com os utentes nos cuidados de saúde;

Métodos:

Revisão narrativa de artigos selecionados na base de dados MEDLINE e CINAHL, e documentos divulgados por instituições de referência no âmbito dos cuidados de saúde.

3

Introdução

A Declaração Dos Direitos Sexuais, emitida pela *World Association for Sexual Health* contextualiza a **sexualidade** como parte integrante do ser humano, ao longo de **todo o seu ciclo de vida**, e considera que a sua expressão contempla:

- Sexo
- Papeis De Género
- Erotismo
- Reprodução
- Intimidade
- Identidade
- Orientação Sexual
- Prazer

(WAS, 2014)

4

Definição de Conceitos

- **Sexualidade:** "Uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental" (OMS, 2015).
- A OMS defende que a saúde sexual e reprodutiva não se relaciona apenas com a ausência de doenças e/ou com a prevenção de gravidezes indesejadas, mas sobretudo com um estado geral de bem-estar positivo (OMS, 2015).

5

Definição de Conceitos

- As relações afetivas são legitimamente consideradas por grande parte das pessoas como a dimensão mais importante das suas vidas (Almeida, L., et. al. 2012).
- O prazer é experimentado através de processos físicos, mentais e emocionais e é considerado um **componente integral da experiência sexual humana** (Oliver et al., 2013).
- O prazer sexual é a satisfação física e/ou psicológica e a capacidade de desfrutar experiências eróticas solitárias ou partilhadas (Ford et al., 2021).
- Deve ser englobado nos **Direitos Sexuais**, nomeadamente nos direitos à igualdade e à não discriminação, autonomia e integridade corporal, no direito ao mais elevado nível de saúde e liberdade de expressão (Ford et al., 2021).

6

Prazer & Saúde

Todas as dimensões do prazer **influenciam diretamente a saúde física e mental** dos indivíduos.

Ainda assim, o prazer continua a ser um tema **sensível, estigmatizado e não falado** nos serviços de saúde.

(Ford et al., 2021)

7

Questões de partida



Sendo o prazer um aspeto fundamental da sexualidade, porque continua a ser raramente colocado nas agendas de educação sexual?



Porque é que nos cuidados de saúde, as intervenções permanecem maioritariamente centradas no risco e na prevenção de consequências potencialmente negativas da atividade sexual?

8

Constrangimentos na abordagem do Prazer



(Ford et al., 2021; Mccartney et al., 2017; Berglas et al., 2016)

9

Constrangimentos na abordagem do Prazer

Abordagem complexa e difícil:

- Estigma e pudor;
- Receio de julgamento;
- Receio de litígios/má interpretação;

Aspectos logísticos:

- Falta de tempo para abordar assuntos delicados e que exigem disponibilidade;
- Falta de condições que garantam privacidade.

(Ford et al., 2021; Mccartney et al., 2017; Berglas et al., 2016)

10

Constrangimentos na abordagem do Prazer

Falta de (in)formação:

- Falta de formação dos profissionais para lidarem com situações que envolvem intimidade e sexualidade;
- População não sabe que pode recorrer aos profissionais de saúde para abordar assuntos mais íntimos.

Desafios à escala global:

- As perceções e expectativas sobre o prazer diferem consoante fatores sociodemográficos e socioculturais.
- Formas enraizadas de desigualdade de género, incluindo altas taxas de violência sexual, casamentos infantis e mutilação genital feminina.

(Ford et al., 2021; Mccartney et al., 2017; Berglas et al., 2016)

11

Constrangimentos na abordagem do Prazer

Questões de Género:

- Nas mulheres, as intervenções são maioritariamente dirigidas à saúde reprodutiva, excluindo como assunto a saúde sexual e como utentes as mulheres fora da idade fértil;
- Inexistência de programas e estratégias de intervenção sobre sexualidade dirigidas aos homens.
- Linguagem hétero-normativa enraizada, excluindo todas as outras formas de expressão sexual.

(Ford et al., 2021; Mccartney et al., 2017; Berglas et al., 2016)

12

Possibilidades na abordagem do Prazer



Apostar na (in)formação:

- Formação dos profissionais de saúde, clientes e sistemas sobre a importância do prazer na saúde do ser humano;
- Criatividade no planejamento e desenvolvimento da educação sexual;
- Formação sobre estratégias de comunicação acerca de assuntos como o prazer, a intimidade e as relações afetivas;
- Reflexão e discussão sobre os vínculos entre prazer sexual, saúde sexual e direitos sexuais;
- Esclarecer conceitos e definições sobre saúde sexual, direitos sexuais e sexualidade;
- Colocar o prazer no centro dos programas e intervenções.

(Ford et al. 2021; GAB 2017; OMS 2015; Berglas et al. 2013)

13

Possibilidades na abordagem do Prazer



Abordagem **positiva e inclusiva** do Prazer:

- Evitar a abordagem negativa da sexualidade: centrada apenas na prevenção do risco.
- Abordagem inclusiva, respeitando a diversidade sexual, intelectual e emocional dos utentes;
- Autoconsciência dos profissionais sobre os próprios julgamentos, preconceitos e crenças. Isto permitir-lhes-á ajudar os clientes a explorar os medos e obstáculos que impedem a sua autoexpressão.
- Os profissionais devem conhecer os aspetos jurídicos relacionados com a sexualidade, a orientação sexual e a identidade de género;

(Ford et al. 2021; GAB 2017; OMS 2015; Berglas et al. 2013)

14

Possibilidades na abordagem do Prazer



Abordagem **positiva e inclusiva** do Prazer:

- Os profissionais de saúde não podem assumir que conhecem a vida sexual, a orientação sexual ou a identidade de género dos seus clientes.
- Não julgar nada como "certo", "errado" ou "anormal";
- Não reforçar o medo, a vergonha e o tabu em torno da sexualidade;
- Assegurar tempo suficiente e privacidade para estas interações;

(Ford et al. 2021; GAB 2017; OMS 2015; Berglas et al. 2013)

15

O Global Advisory Board for Sexual Health and wellbeing (GAB) criou um manual com objetivo de reforçar competências comunicacionais e relacionais dos profissionais que lidem com questões de saúde sexual e reprodutiva.



16

Conclusão

- ✓ É necessário catalisar uma mudança fundamental nas mensagens e atitudes em relação ao prazer nos cuidados de saúde sexual e reprodutiva.
- ✓ Para ganhar confiança e contribuir para o empoderamento das pessoas, é necessário falar sobre prazer sexual.
- ✓ A abordagem baseada no risco promove o medo de eventuais resultados negativos da atividade sexual, e coloca o prazer sexual como o "elefante na sala".
- ✓ De forma a ligar o prazer à saúde e aos direitos sexuais, a abordagem nos programas e intervenções de saúde sexual e reprodutiva deve ser realizada de forma **positiva e holística**.

17

Obrigada pela vossa atenção!

18

Referências Bibliográficas

Almeida, L.; Caldas, J. (2012). Intimidade e Saúde (Vol. 23, Issue 4).

Berglas, N. F., Constantine, N. A., & Ozer, E. J. (2014). A Rights-Based Approach to Sexuality Education: Conceptualization, Clarification and Challenges. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(2), 63-72. <https://doi.org/10.1363/46e1114>

Ford, J. V., el Kak, F., Herbenick, D., Purdy, C., Tellone, S., Wasserman, M., & Coleman, E. (2021). Sexual Pleasure and Healthcare Settings: Focusing on Pleasure to Improve Healthcare Delivery and Utilization. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 572-586. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1955802>

McCartney, D., Kak, E., Loeber, O., Booke, F., Mjwana, N., Kasasbeh, N. A., Coates, R., Gruskin, S., Yadav, V., Mofokeng, T., Oosterhoff, P., Erofeeva, L., Khizanishvili, G., & Kismödi, E. (2017). Sexual Pleasure: The forgotten link in sexual and reproductive health and rights - training toolkit. *Congress of the World Association for Sexual Health (WAS)*. www.gab-shw.org

Oliver, V., van der Mouten, E., Larkin, J., Flicker, S., Flynn, S., Layne, C., Travers, R., Pole, J., Palmer, H., Schwartz, A., & Salehi, R. (2013). If You Teach Them, They Will Come: Providers' Reactions to Incorporating Pleasure Into Youth Sexual Education. In *Can J Public Health* (Vol. 104, Issue 2).

OMS - Organização Mundial da Saúde (2015) - Saúde sexual, Direitos Humanos e a Lei - OMS: Geneve

WAS - World Association for Sexual Health. (2014). *Declaração dos Direitos Sexuais*. <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>

19

Anexos

Anexo I – Parecer favorável do Conselho de Ética da ESEL

PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA DA ESEL

Processo N.º: 7409/2022

Da apresentação dos factos:

O Conselho de Ética da ESEL recebeu, com data de 30 de março de 2023, resposta ao parecer, da **Mestranda Margarida Gouveia de Matos Machado, 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**, para apreciação do projeto "Hidroterapia para o alívio da dor: Experiências de parturientes", 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) Nota biográfica; 4) Consentimento informado; 5) Guião Focus Group
15.03.2023	Enviado parecer condicionado
30.03.2023	6) Email com resposta ao solicitado

Da apreciação dos factos:

Os esclarecimentos submetidos pela investigadora, em resposta ao parecer emitido por este CE são satisfatórios. Seria, contudo, desejável que a declaração de interesses fosse apresentada de modo formal, sob a forma de uma declaração, em página única. Alertar igualmente que em função dos esclarecimentos remetidos em corpo de email – sobre prescindir da captação de imagens por pertencer à categoria de dados sensíveis – o guião continua a fazer menção à gravação em vídeo, cito: "Informar novamente os participantes sobre os objetivos do estudo, do Focus Group por videoconferência, da gravação áudio e vídeo do mesmo e sobre os fins a que se destinam os dados." Por favor, introduzir esta



correção. Apenas uma última nota para sublinhar que a decisão sobre recorrer ou não à captura de imagens se refere ao princípio da necessidade. Se considerar que para o presente estudo é essencial, a captura deve ser feita e a sua correspondente fundamentação, apresentada.

Decisão da CE:

Pelo exposto, ouvido o relator e o plenário, em reunião do dia 29 de março de 2023, o CE-ESEL deliberou a emissão de parecer favorável, sublinhando as notas adicionais a este parecer.

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: 2023.04.12 11:39:19
+01'00'

A Presidente do Conselho de Ética

Patrícia Silva Pereira

Anexo II – Certificado de participação no curso “Hidroterapia
para Profissionais”

Certificado

Certificamos que

Margarida Machado

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, 1 de Novembro de 2022

Mariana Rosa
Mariana Rosa
Aquamãe

Isabelle Gabriels
Isabelle Gabriels
Aquanatal - Aquarius

Anexo III – Certificado de integração na Comissão Organizadora
do 1º Seminário Internacional de Investigação do Projeto
Hidra2Born



CERTIFICADO

Certifica-se que Margarida Machado integrou a Comissão Organizadora 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 IV – Certificado de Palestrante no 1º Seminário
Internacional de Investigação do Projeto Hidra2Born



CERTIFICADO

Certifica-se que Margarida Machado foi preletora da Conferência “Hidroterapia: Conceitos, técnicas e Procedimentos” na mesa “Hidroterapia: da produção do conhecimento à disseminação”, no **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 V – Registo de Atividades

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

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family counselling and health promotion 17
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant woman
 - Exames Pré-Natais/Prenatal Examinations (100) 169
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor.
 - Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40) 31
 - Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries 0
 - Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiple births 0
 - Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births 21
 - Episiotomia/Episiotomy 4
 - Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorraphy 26
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at risk
 - Gravidez/Pregnancy (40) 64
 - Trabalho de parto/Labor 21
 - Puerpério/Puerperium 16
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/Supervision and care to the women in the postnatal period (100) 106
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/Supervision and care to the healthy new-born (100) 107
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ Supervision and care to the new-born in need of special care 15
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/Supervision and care to the women with gynaecological pathology 19

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

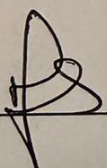
- Colocação de DIU/IUD *insertion practice* 1
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 2
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 9

10. Prática Simulada/*Simulated practice*

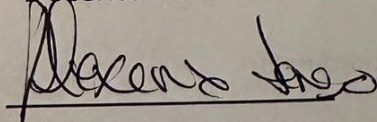
- Prática em partos eutócicos/*Practice eutocic delivery* 3
- Prática em partos de apresentação pélvica/*Practice in breech presentation deliveries* 2
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/*Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* 6
- Prática na colocação de DIU/IUD *insertion practice* 1
- Prática na colocação de implantes/*Implants insertion practice* 1
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 1

Lisboa, 07 / 07 / 2023

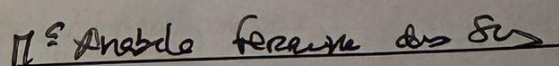
Estudante/*Student*



Docente/*Teacher*



Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*



14. Contexto Clínicos: datas e locais (quadro síntese)/Clinical Practices: places and dates (summary table)

Contexto Clínico/ Clinical Practice	Datas/ Dates	Nº de semanas/ Nº of weeks	Nº total de horas/Nº of Hours	Local de realização /Clinical Practices Location	Docente/ Teacher
Ginecologia	03.01.23 a 18.01.23	3 Semanas	75 ^h	HAC Consulta externa Ginecologia	AR
Puerpério	25.01.23 a 09.02.23	3 Semanas	77 ^h	HAC Puerpério	AR
Cuidados de Saúde Primários	26.09.22 a 03.11.22	6 Semanas	152 ^h	UCC consigo Aces Lisboa Ocidental	AR
Medicina Materno-Fetal	07.11.22 a 13.12.22	6 Semanas	158 ^h	Serviço Medicina Materno-fetal do H.S.F.X	AR
Neonatologia	02.05.23 a 5.05.23	1 Semana	25,5 ^h	Neonatologia do HSFX	AR
Bloco de Partos	28.02.23 a 07.07.23	20 Semanas	475,5 ^h	Bloco Partos HSFX	AR

Lisboa, 07 / 07 / 2023

O Regente do Estágio com Relatório/The Internship Manager with Report

Coordenador do Curso/The Course Coordinator

Dr.ª Anabela Ferreira dos Santos

Anexo VI – Certificado do curso “Princípios Básicos da Lactação Humana”



ACADEMIA
DE LACTAÇÃO

Certificamos que

MARGARIDA MACHADO

Participou na formação "**Princípios básicos da Lactação Humana**"
de 4 de Fevereiro de 2023 a 14 de Abril de 2023, em formato e-learning
com a duração de 40h, tendo obtido a avaliação de 85%

SOFIA INÁCIO

Gestora da Formação

Sofia Costa Inácio

SOFIA SOUSA E SILVA

Comissão científica

Sofia Sousa e Silva

Anexo VII – Certificado de participação como palestrante nas V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Alfredo da Costa



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

Gestão da Formação

CERTIFICADO

Certifica-se que **MARGARIDA MACHADO** colaborou como Palestrante nas **V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia "MAC 91 Anos: O Cuidar Multidisciplinar"**, realizadas nos dias **06 e 07 de Dezembro de 2023**, com a duração total de **09 horas e 30 minutos**.

Lisboa, 18 de Dezembro de 2023

A Área de Gestão da Formação


Rui Pereira
Técnico Superior

Certificado N.º 1747/2023/MC

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 – ACSS)

Anexo VIII – Certificado de 1º Prémio atribuído à comunicação
“O lugar do Prazer nos Cuidados de Saúde”, apresentada no
Webinar “Questionando os Direitos Humanos em torno da
Saúde Sexual”

CERTIFICADO

Certifica-se que Margarida Gouveia de Matos Machado foi preletora da Comunicação **O lugar do prazer nos cuidados de saúde**, de sua autoria, tendo recebido o 1º prémio no Webinar “Questionando Direitos Humanos em Torno da Saúde Sexual”, que se realizou no dia 12 de dezembro de 2022.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento