

**Facilitar o trabalho de parto: o efeito do relaxamento**

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Andrea Cavia Viteri

Porto | 2021



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

**FACILITAR O TRABALHO DE PARTO: O EFEITO DO  
RELAXAMENTO**

**FACILITATING CHILDBIRTH: THE EFFECT OF RELAXATION**

Relatório de Estágio orientado pela Professora Doutora  
Alexandrina Cardoso

coorientado por Mestre Andreia Soares

Andrea Cavia Viteri

Porto | 2021

## **Agradecimentos**

Pela importância que este relatório teve no meu desenvolvimento académico, profissional e pessoal resta-me apenas agradecer a todos os que tiveram um papel neste percurso.

À Professora Doutora Alexandrina Cardoso pelo apoio, orientação e por sempre tentar ir mais além, incentivando-me a ser e a fazer melhor.

À mestre Andreia Soares pela orientação, apoio, disponibilidade e transmissão de conhecimentos ao longo do estágio, oxalá algum dia ser tão boa profissional.

À docente orientadora do estágio e enfermeira-chefe do Serviço de Obstetrícia do CHPVVC, Enfermeira Irene Cerejeira, pelo acompanhamento e constante preocupação para o sucesso do meu processo de aprendizagem

Ao Vitor por ser o meu refúgio e por nunca me ter deixado cair, nos momentos mais difíceis.

À minha família, em especial aos meus pais e irmão, por sempre acreditarem em mim e apoiarem as minhas decisões mesmo quando eu mesma tinha dúvidas.

À Belinda, pois sem ela não teria sido possível o sucesso desta etapa. Obrigada pela amizade, apoio e carinho.

A todas as mulheres, casais e recém-nascidos com os quais tive o privilégio de contactar ao longo deste percurso e que me deixaram entrar, de alguma forma, nas suas vidas.

## Abreviaturas | Siglas | Acrónimos

AAP - American Academy of Pediatrics

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

APEO- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

APDMGP - Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto

CHPVVC- Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

BPM - Batimentos por minuto

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CTG- Cardiotocografia

DG - Diabetes Gestacional

DGS - Direção-Geral da Saúde

DUM - Data da Última Menstruação

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

IG - Idade Gestacional

IMC - Índice de Massa Corporal

ITP - Indução do trabalho de parto

EEESMO- Enfermeira(o) Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

MESMO- Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PBE- Prática Baseada na Evidência

PQCEESMO - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RCOG - Royal College Obstetricians and Gynecologists

REBA - Rotura espontânea bolsa amniótica

RN - Recém-nascido

STB - Streptococcus do grupo B

TP- Trabalho de parto

## Resumo

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional, integrada no segundo semestre do segundo ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, e visa a reflexão acerca do processo de desenvolvimento das competências enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. O estágio concretiza-se em três módulos, atendendo aos serviços onde é desenvolvido, a saber: Bloco de partos, Gravidez com complicações e Puerpério. Este documento reflete uma retrospeção do trabalho realizado e teve subjacente o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, bem como o Regulamento do 2.º ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Assim, são enfatizadas as áreas de intervenção que ao longo do Estágio de natureza profissional suscitaram maior interesse, reflexão e envolvimento sobre o processo de cuidados especializados.

Apresenta-se, ainda, uma revisão integrativa da literatura relacionada com o trabalho de parto, concretamente o relaxamento, sendo a questão norteadora da investigação: "Quais os efeitos do relaxamento no trabalho de parto?". O trabalho de parto constitui um desafio fisiológico e psicológico para cada mulher. São vários os fatores que podem interferir negativamente na progressão do trabalho do parto, sendo a dor e os seus efeitos uma das preocupações mais prementes das mulheres grávidas. As técnicas de relaxamento visam produzir o relaxamento corporal, resposta caracterizada por respiração mais lenta, pressão arterial mais baixa, e uma sensação de maior bem-estar.

Após a realização da revisão da literatura pôde-se concluir que o relaxamento tem diferentes efeitos no trabalho de parto, nomeadamente uma diminuição na intensidade da dor, uma redução na duração da fase latente, uma maior sensação de controle e maior satisfação com a experiência do parto por parte da parturiente, podendo ser recomendada sua aplicação durante a prática clínica uma vez que apresenta os efeitos supracitados e não há evidência de danos.

Palavras-chave: Relaxamento; Trabalho de parto; Parto;



## Abstract

The present report is part of the curricular unit Internship of Professional Nature, integrated in the second semester of the second year of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing and aims to reflect on the process of developing competences as a Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing. The internship consists of three modules, serving the services where it is developed, namely: Delivery room, Pregnancy with complications and Puerperium. This document reflects a review of the work carried out and was based on the Regulation of Specific Competencies of Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health and the Quality Standards for Specialized Care, recommended by the Order of Nurses, as well as the Regulation for the 2nd cycle of studies of the Porto School of Nursing. The areas of intervention that throughout the professional internship aroused the most interest, reflection and involvement in the process of specialised care are emphasised.

Besides the description of the internship, it was elaborated an integrative review of literature related to labor, specifically relaxation. The guiding research question was: "What are the effects of relaxation on labor?". Labor is a physiological and psychological challenge for every woman. There are several factors that can negatively interfere with the progression of labor and pain of labor and its effects is one of the most pressing concerns of pregnant women. Relaxation techniques aim to produce body relaxation, a response characterized by slower breathing, lower blood pressure, and a greater sense of well-being.

After the elaboration of this review, it is possible to conclude that relaxation has different effects on labor, namely a decrease in pain intensity, a reduction in the duration of the latent phase, a greater sense of control and greater satisfaction with the birth experience. Relaxation may be recommended for use during clinical practice as it has the aforementioned effects and there is no evidence of damage.

Keywords: Relaxation; Labor; Delivery



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE GRÁVIDAS DE RISCO.....	19
1. Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito da adaptação à gravidez com complicações: serviço de obstétrica do CHPVVC .....	21
1.1. Avaliar a evolução da gravidez com complicações .....	22
1.2. A transição saúde/doença face a gravidez com complicações .....	24
1.3. Promoção de uma transição saudável face à gravidez com complicações: focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem.....	26
1.3.1. Ligação mãe/pai-filho: conhecimento sobre promoção de comportamentos afetivos entre mãe, pai e feto .....	27
1.3.2. Ansiedade: conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade....	28
1.3.3. Adaptação à gravidez com complicação: diabetes gestacional .....	28
1.3.3.1. Conhecimento sobre autovigilância da glicemia capilar .....	29
1.3.3.1. Consciencialização da relação entre gestão da dieta e exercício e a glicemia capilar .....	30
CAPÍTULO II - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS .....	33
2. Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito do trabalho de parto: Serviço de obstetria do CHPVVC. ....	35
2.1. A minha visão do trabalho de parto e de uma experiência significativa para a parturiente/casal .....	37
2.2. Intervenções resultantes de prescrição face ao trabalho de parto.....	39
2.3. Diagnóstico: trabalho de parto.....	45
2.4. Avaliar a evolução do trabalho de parto .....	47
2.5. Facilitar o trabalho de parto: intervenções de enfermagem e critérios para a sua implementação .....	50
2.6. Contribuir para uma experiência positiva de parto: focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem .....	54
2.7. Facilitar a adaptação à vida extrauterina: intervenções de enfermagem .....	56

3.	Revisão da literatura: o efeito do relaxamento no TP .....	59
3.1.	Problemática .....	59
3.2.	Procedimentos metodológicos .....	60
3.3.	Questão de partida.....	62
3.3.1.	Métodos de extração e seleção dos estudos .....	63
3.4.	Apresentação e discussão dos resultados .....	64
3.1.	Conclusão .....	69
CAPÍTULO III - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE PUERPÉRIO .....		71
4.	Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito do pós-parto: Serviço de puerpério do CHPVVC .....	72
4.1.	Avaliar a evolução da recuperação pós-parto .....	73
4.2.	Avaliar a evolução do desenvolvimento infantil .....	75
4.3.	Promover a recuperação pós-parto: focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem.....	77
4.4.	Promover a adaptação à parentalidade: focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....		83
ANEXOS .....		99
ANEXO I - Análise dos estudos incluídos na revisão .....		99

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Diagnóstico da hiperglicemia na gravidez e seus subtipos baseado na PTOG das 24-28 semanas .....	29
<b>Figura 2</b> Objetivos orientadores dos valores de glicemia .....	29
<b>Figura 3.</b> Valores de referência do ganho de peso ponderal ao longo do 2º e 3º trimestre....	31
<b>Figura 4-</b> Índice de Bishop .....	40
<b>Figura 5.</b> Níveis de evidência do tipo de estudo.....	61
<b>Figura 6.</b> Metodologia PICO.....	62
<b>Figura 7.</b> Fluxograma da seleção dos artigos.....	64



## INTRODUÇÃO

O plano de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) prevê que para a obtenção de Grau de Mestre existe a opção da realização de um estágio de natureza profissional, objeto de relatório final, em que se dê conta das atividades desenvolvidas e das mais-valias adquiridas no panorama de instituição de acolhimento, bem como, uma avaliação sobre a realização dos objetivos definidos, salientado a relevância das competências adquiridas durante o processo.

O Relatório de Estágio abrange duas componentes, por um lado uma descrição e análise das práticas realizadas no local de estágio cujo fim é a reflexão acerca do processo de desenvolvimento das competências enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), e por outro um processo de investigação, com a realização, descrição e apresentação de uma revisão da literatura acerca de uma temática relacionada com a prática assistencial que apresente um contributo para a prestação de cuidados de enfermagem especializados de elevado nível de qualidade.

O estágio de natureza profissional decorreu no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde (CHPVVC), entre novembro de 2020 e julho de 2021, e foi dividido em três módulos em função do serviço onde foi desenvolvido, a saber: Gravidez com complicações, Bloco de Partos e Puerpério. Durante a prática assistencial, cada EEESMO tem de se reger por uma série de competências específicas necessárias para uma prática de cuidados de qualidade, sendo uma preocupação constante a procura do melhor conhecimento, baseado na melhor evidência científica disponível, com o objetivo de prestar cuidados de excelência e obter maiores ganhos em saúde. De acordo com o Regulamento N.º 391/2019 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019), a(o) EEESMO é responsável pela implementação de intervenções autónomas na assistência em gravidez de baixo risco, aquelas onde estão envolvidos processos fisiológicos e de vida normais do ciclo reprodutivo da mulher, assim como intervenções autónomas e interdependentes em situações de médio e alto risco, sendo estas aquelas que envolvem processos disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher. As áreas de intervenção são, nomeadamente, o planeamento familiar e pré-concepcional; a gravidez, com assistência à mulher nos processos de saúde/doença no período pré-natal; o parto, com assistência à mulher nos processos de saúde/doença durante o trabalho de parto (TP) e parto; puerpério, com assistência à mulher nos processos de saúde/doença durante o período pós-natal; o climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa; a ginecologia, com assistência à mulher nos processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde; e as mulheres em idade fértil inseridas na comunidade (OE, 2019).

Os principais objetivos do presente relatório são, designadamente: 1) descrição reflexiva, e com base na evidência disponível, dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem especializadas e centradas nas necessidades da mulher e pessoa(s) significativa(s) em distintos contextos, nomeadamente à mulher internada com complicações da gravidez, à mulher durante o TP, à mulher e família durante o internamento no serviço de puerpério e ao recém-nascido (RN) saudável e de risco; ) a análise crítica-reflexiva da relação entre a conceção e implementação dos cuidados, sob tutoria de uma EEESMO, e o desenvolvimento das competências especializadas do EEESMO adquiridas durante o processo, salientando somente alguns exemplos significativos; e, 3) a apresentação da resposta a uma questão relevante da prática clínica, tendo por base uma revisão sumária da literatura.

Atualmente as(os) EEESMO são desafiados a procurar o conhecimento científico de forma a promoverem a melhoria da prestação de cuidados, fundamentando sua atuação na prática baseada na evidência (PBE), e garantindo, na prestação de cuidados, a utilização dos resultados dos estudos de investigação. A PBE tem subjacente a tomada de decisão clínica que considera, entre outros: a viabilidade, a adequação e efetividade dos cuidados suportados nas melhores evidências disponíveis; o contexto onde os cuidados são prestados; a individualidade da(o) cliente; e, por último, o julgamento e expertise do profissional de saúde. A incorporação das melhores evidências nos cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica contribui para melhorar os resultados de saúde das(os) clientes, reduzir custos e melhorar a satisfação das(os) clientes e das(os) profissionais (OE, 2021).

Uma das questões que chamou a minha atenção em várias experiências clínicas na assistência durante o TP foi: *qual o efeito do relaxamento na evolução do trabalho de parto?* O TP constitui um desafio fisiológico e psicológico para cada mulher e são vários os fatores que podem interferir negativamente na sua progressão (Boaviagem et al., 2017). Existem diferentes técnicas de relaxamento que visam produzir o relaxamento corporal, mas será que o relaxamento da mulher tem algum efeito no desenrolar do TP? No sentido de responder a esta questão de partida será realizada uma revisão integrativa da literatura de modo a procurar, de forma sistemática, a resposta para esta questão. Para a elaboração desta revisão serão seguidas as diferentes etapas que compõem este método, começando pela identificação do tema e pela elaboração rigorosa da questão de pesquisa, com recurso à estratégia PICO. A seguinte fase será a pesquisa de literatura, com base na evidência científica, onde se recorre a diferentes bases de dados, nomeadamente CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature) Complete, CINAHL Plus with Full Text, MedicLatina, MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), Cochrane Database of Systematic Reviews, Academic Search Complete, entre outras, através da plataforma EBSCO host, e com aplicação de descritores do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH. Os estudos analisados obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão, e da leitura foi selecionada a informação relevante usando para isso uma tabela de análise criada para o efeito. A última etapa do

processo será a apresentação dos resultados da revisão, reunindo e sintetizando as evidências disponíveis na literatura e as suas conclusões, dando resposta à questão de partida.

Relativamente à estrutura do trabalho, este encontra-se dividido em três capítulos, tendo em conta os diferentes contextos do estágio para o desenvolvimento de competências. Assim sendo, no primeiro capítulo é abordado o “desenvolvimento de competências em contexto da gravidez com complicações”, no segundo capítulo o “desenvolvimento de competências da assistência à mulher/casal em trabalho de parto”, dentro do qual se encontra a revisão integrativa da literatura, e por último, no terceiro capítulo, o “desenvolvimento de competências na assistência à mulher/casal no pós-parto”.



## CAPÍTULO I - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE GRÁVIDAS DE RISCO

O estágio no serviço de Grávidas de Risco teve duração total de 150 horas. A assistência a grávidas que experienciaram algum tipo de complicação na sua gravidez permitiu o desenvolvimento de novas competências. Neste contexto, o objetivo principal é promover processos de transição saudáveis quer ao nível da transição desenvolvimental, quer ao nível da transição saúde/doença. As experiências clínicas que este módulo proporcionou foram enriquecedoras, na medida em que foi possível acompanhar grávidas com diversos fatores de risco e/ou com patologias associadas, quer em contexto de internamento, quer em contexto de consulta. Compreender as necessidades e as expectativas de cada mulher e da pessoa que a acompanha neste processo de tornar-se mãe e ajudá-las a encontrar as melhores soluções foi desafiante. Neste capítulo, utilizaremos a expressão “casal grávido” para identificar os clientes dos cuidados mais relevantes neste contexto. De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021), a mulher é a principal cliente, pois é a própria que experiencia a gravidez e os efeitos das complicações ocorrem no seu corpo e a forma de lidar com essas situações é a dela, de mais ninguém; todavia, o contexto social que mais influencia o modo como ela vive é aquele que engloba a(s) pessoa(s) significativa(s) para ela (OE, 2021).

A gravidez pode ser definida como um período entre a concepção e o parto, ao longo do qual um novo ser humano cresce e se desenvolve dentro do organismo materno tendo habitualmente uma duração de 40 semanas (Franco, 2016).

A(O) EEESMO possui a responsabilidade, e o privilégio, de prestar assistência à mulher que lida com processos de saúde/doença durante a gravidez, potenciando o seu potencial máximo de saúde ajudando-a a identificar os fatores de saúde, bem como detetar e tratar precocemente fatores de risco associados à gravidez (OE, 2021).

Estar grávida é um período de intensas aprendizagens no modo de ser, de estar e de interagir com os outros. O período pré-natal oferece à(ao) EEESMO uma oportunidade única para influenciar os comportamentos no sentido de manter ou melhorar a saúde, tanto da grávida, como da sua família, por ser uma fase de preparação física e psicológica, quer para o parto quer para a parentalidade. Os cuidados prestados têm como objetivo assegurar uma gravidez saudável, emocionalmente satisfatória e fisicamente segura, pois a promoção da saúde nesta fase pode beneficiar, a longo prazo, o bem-estar da mulher, da criança e da família (Lowdermilk, Cashion, Perry, Alden & Olshansky, 2012). Neste sentido, a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015) salienta que a gravidez deve ser vista como uma oportunidade de intervenção que ultrapassa os ganhos associados ao seu desfecho na qual a modificação de

hábitos e comportamentos podem prolongar-se ao longo do ciclo de vida da mulher, da criança e de todo o agregado familiar.

No decorrer da gravidez o organismo materno sofre uma série de modificações físicas e psicológicas que permitem a sua adaptação ao estado gravídico além de assegurar ao feto a nutrição necessária ao seu processo de desenvolvimento (Franco, 2016). Contudo, estas adaptações são desconhecidas e uma novidade para a mulher pelo que é importante ajudar as gestantes a perceber a relação entre a sua condição física e o plano de cuidados a implementar, apoiando a sua tomada de decisão e encorajando-a a participar ativamente nos cuidados (Lowdermilk et al., 2012). Em algumas ocasiões, estas modificações podem ultrapassar a capacidade funcional do corpo da mulher, podendo agravar-se por doenças prévias à gravidez, pelo que é fundamental ter o conhecimento minucioso dos ajustamentos fisiológicos que ocorrem ao longo da gestação, que podem assemelhar-se a sinais e sintomas de algumas doenças.

O baixo risco também pode ser definido regionalmente ou localmente no contexto do cuidado colaborativo. As taxas de eventos adversos neonatais e maternos são baixas se os eventos forem devidamente triados por médicos qualificados. Reconhecendo que 39 por cento dos partos ocorrem em hospitais onde ocorrem menos de 500 partos por ano, ou menos de aproximadamente dois partos por dia, claramente nem todos os hospitais podem fornecer o mesmo padrão de atendimento. Embora o volume geralmente esteja associado ao desfecho, isso não se aplica aos cuidados de obstetrícia. Os cuidados de obstetrícia em pequena escala estão associados a melhores resultados em termos de menos intervenções.

Neste contexto, a(o) EEESMO pode mobilizar competências e conhecimentos que permitam um acompanhamento individualizado e adequado às necessidades diagnosticadas em cada caso, principalmente se a gravidez apresentar alguma complicação (Graça, 2017). De acordo com Gregory, Armstrong e Menard (2013), a gravidez de baixo risco é aquela gravidez de termo, de um único feto em posição cefálica e em ausência de complicação médica ou cirúrgica. O baixo risco é uma condição dinâmica, sujeita a alterações ao longo dos períodos pré, intraparto e pós-parto, sendo que estas alterações podem ser agudas e inesperadas. Por outro lado, Lowdermilk et al. (2012) definem uma gravidez de risco como *“aquela em que a saúde ou a vida da mãe ou do feto estão em perigo por patologia concomitante ou exclusivamente devido à gravidez”*. Nesta perspetiva, a gravidez pode ser denominada de alto risco desde que possa resultar dela efeitos indesejáveis ao longo deste processo, independentemente da causa, constituindo assim um problema crítico dos cuidados de enfermagem da atualidade. Na atualidade, existem quatro categorias de risco que agrupam os fatores de risco com base nas ameaças à saúde e ao desfecho da gravidez, sendo estas: psicossociais - que se relacionam com comportamentos e estilos de vida adversos com efeitos negativos na saúde da mulher e do feto; biofísicas - que incluem fatores tanto da mãe como do feto e que afetam o desenvolvimento ou a função de um ou de ambos; ambientais - que compreendem os perigos laborais e o meio ambiente em que a mulher se encontra envolvida;

e sociodemográficas - que têm origem na mãe e na sua família, de que são exemplo: o baixo rendimento e a falta de cuidados pré- natais (Lowdermilk et al., 2012).

O diagnóstico de gravidez de risco pode provocar maiores níveis de ansiedade, surgindo stresse adicional para a grávida, sobre tudo quando a sua rotina diária se vê alterada. Neste contexto a(o) EEESMO tem um papel fundamental no acompanhamento individualizado da mulher/casal assim como constitui um pilar para a restante equipa multidisciplinar. Neste sentido, o objetivo das intervenções desenvolvidas ao longo da prática clínica foi a aquisição das competências preconizadas pela OE (2019), necessárias para cuidar a grávida com patologia associada à gravidez, tais como: identificar e monitorizar os desvios do padrão de adaptação à gestação e facilitar a adaptação ao período pré-natal; monitorizar e avaliar a saúde materna e fetal segundo os meios clínicos e técnicos apropriados, diagnosticar precocemente e prevenir complicações da saúde materna durante o período pré-natal, informar e orientar a grávida / casal sobre sinais e sintomas de risco. Do mesmo modo deve-se planejar, conceber, implementar e avaliar intervenções específicas para a grávida com patologia associada e/ou concomitante com o intuito de prestar cuidados de saúde materna de qualidade.

### **1.Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito da adaptação à gravidez com complicações: serviço de obstétrica do CHPVVC**

No CHPVVC a maioria das grávidas com fatores de risco é acompanhada em regime de ambulatório quer nas consultas médicas, quer nas consultas com EEESMO, embora também exista um serviço de internamento para as situações agudas, que impliquem uma vigilância mais rigorosa e cuidados de saúde especializados. Contudo, o serviço de Neonatologia do CHPVVC infelizmente não possui os recursos necessários para dar a resposta à necessidade de cuidados dos RN prematuros, cuja idade gestacional seja inferior às 34 semanas, o que origina a transferência de algumas grávidas de risco para outro hospital, habitualmente o hospital de referência mais próximo. Neste sentido a ACOG (2019) salienta que as mulheres com gravidezes de alto risco geralmente se beneficiam do parto em hospitais que oferecem uma ampla gama de serviços de especialidades e subespecialidades, sendo que a evidencia mostra que cuidar das mulheres com maiores riscos em centros de alta acuidade está associado a melhores resultados.

A consulta externa de enfermagem de Saúde Materna do CHPVVC está integrada no serviço de obstetrícia e conta com dois consultórios - um deles onde se realiza a consulta e outro onde se encontra o cardiotocógrafo. O consultório onde é realizada a consulta está composto por uma mesa, um computador, três cadeiras, um lavatório, uma maca e um armário com os diferentes materiais que possam ser utilizados, nomeadamente tiras de análises de urina, tubos para colheita de sangue, zaragatoas para a realização de pesquisa *Streptococcus* hemolítico do grupo B, entre outros. Em relação aos recursos humanos, a consulta é realizada por uma EEESMO. A atenção à gravidez com complicações no serviço de internamento é realizada no

serviço adjacente ao serviço puerpério sendo que existem camas reservadas para o internamento das grávidas com patologia.

Para este relatório, apresento os aspetos que considerei mais relevantes para efeitos do desenvolvimento de competências especializadas (Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio), nomeadamente:

- Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal.
- Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal.

Os focos e diagnósticos de enfermagem apresentados neste relatório referem-se a conceção e implementação de cuidados a grávidas e/ou casal grávido com complicações acompanhados em regime de ambulatório.

No contexto das consultas de enfermagem foi possível acompanhar grávidas com os seguintes fatores de risco/patologia: diabetes gestacional (DG), hipertensão arterial, idade materna avançada, gravidez na adolescência, gravidez gemelar, entre outros. As patologias mais comumente encontradas ao longo do estágio e sobre as que, desde o meu ponto de vista, o EEESMO pode ter mais influência nos comportamentos de saúde são a DG e hipertensão arterial. Cabe salientar que a vivência da gravidez com complicações depende muito do risco e da capacidade da grávida/casal para se adaptar à nova condição pelo qual a(o) EEESMO tem um papel essencial no apoio providenciado na prestação de cuidados e nas orientações dadas acerca de como se adaptar e lidar com esta nova condição.

### **1.1. Avaliar a evolução da gravidez com complicações**

O desenvolvimento da competência específica da(o) EEESMO: *diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal* foi desenvolvida e aprimorada a cada consulta de enfermagem. Uma parte significativa da consulta era dedicada à recolha e interpretação de dados, nomeadamente os indicadores de saúde e os fatores de risco.

Para avaliar a evolução da gravidez assim como prestar cuidados de qualidade e implementar intervenções individualizadas é fundamental realizar uma correta datação da gravidez. O crescimento biológico tem início com a fertilização e, habitualmente, a Idade Gestacional (IG) é baseada num ciclo menstrual ideal, ocorrendo a ovulação no 14º dia, ou seja, com mais duas semanas que a idade embriológica. A gravidez pode ser datada de duas formas, sendo estas a data da última menstruação (DUM) ou a primeira ecografia. Considerando que a IG pode ser um fator determinante para a tomada de decisão em obstetria, uma vez que permite a categorização de um parto como sendo pré-termo, de termo ou pós-termo, podendo

levar à execução de intervenções obstétricas ou à não realização das mesmas, é da máxima importância que a sua datação seja realizada de forma precisa (NICE, 2019). De acordo com DGS (2015) a datação da gravidez pela DUM diz respeito à idade gestacional cronológica, a qual pode ser imprecisa na medida em que diversos fatores podem interferir com a validade deste método, como a regularidade dos ciclos menstruais ou o abandono da contraceção oral há menos de três meses. Relativamente à ecografia do primeiro trimestre, é considerado o método mais viável e preciso uma vez que o crescimento fetal apresenta um padrão de desenvolvimento constante na primeira metade da gravidez e, por conseguinte, os dados obtidos através da primeira ecografia permitem determinar a IG de uma forma mais segura e precisa (Matias, Tiago & Montenegro, 2002).

Em todas as consultas foi realizada, com recuso à entrevista, uma recolha dados com o objetivo de identificar as necessidades em cuidados específicas além de perceber de que forma o casal se encontra a vivenciar o processo de transição e compreender o significado que cada elemento atribui à gravidez e à maternidade ou paternidade. Neste sentido foram abordados alguns assuntos como se a gravidez foi planeada e desejada e de que modo esta mudou as suas vidas. De igual forma, foi importante perceber qual o significado que este atribui à patologia/fator que contribuía para a classificação da sua gravidez como gravidez de risco, através da coleção de dados acerca do conhecimento do casal sobre a patologia/fator de risco assim como sobre os recursos disponíveis para enfrentar/superar a situação que estão a vivenciar. Na análise dos dados, tomava-se sempre em consideração os dados recolhidos previamente, nomeadamente na primeira consulta, tais como a história clínica (medicação habitual, grupo sanguíneo, alergias, antecedentes pessoais e familiares), história ginecológica e obstétrica, IMC e história ocupacional (profissão, escolaridade, padrão de exercício físico) (Lowdermilk et al., 2012).

A entrevista, além de constituir um instrumento de recolha de dados, facilita o estabelecimento de uma relação terapêutica com os clientes. Ao longo da mesma foi possível prestar atenção à linguagem postural assim com aos aspetos físicos e emocionais. Devido ao contexto no que o estágio foi realizado (tempos de pandemia COVID-19), no começo do mesmo só as grávidas tinham possibilidade de entrar no consultório, sendo que o acompanhante tinha de ficar fora. Com a melhoria da situação pandémica foi possível outra vez a presença de acompanhantes na consulta sendo também o relacionamento com eles uma preocupação uma vez que fazem parte do contexto social da grávida (Lowdermilk et al., 2012).

Em cada consulta eram recolhidos dados usados para a avaliar a evolução da gravidez, nomeadamente:

- **Peso** - Ao longo da gravidez existe um aumento de peso fisiológico devido à formação da placenta, líquido amniótico (LA), volume uterino e sanguíneo, crescimento do bebé assim como de tecido mamário e gordura de reserva, no entanto, existem certos valores de referência que ajudam os profissionais de saúde a perceber se esse aumento está a

decorrer dentro dos parâmetros normais para o Índice de Massa Corporal (IMC) prévio à gravidez. Um ganho inadequado de peso pode estar relacionado um maior risco de atraso no crescimento intrauterino e de mortalidade perinatal, ao mesmo tempo que um aumento excessivo pode estar associado a RN macrossômico e com maior probabilidade de vir a desenvolver complicações na vida adulta (Picciano, 2003). De acordo com a DGS (2015) um ganho ponderal adequado ao longo do segundo e terceiro trimestre implica um aumento de 0,5 quilogramas por semana quando a grávida tem baixo peso, 0,4 quilogramas por semana quando a grávida apresenta um peso normal, 0,3 quilograma quando a grávida tem excesso de peso e, por último, 0,2 quilogramas por semana quando o IMC prévio a gravidez e superior a 30.

- Exame físico
- Pressão sanguínea - a hipertensão arterial pode surgir no decorrer da gravidez, mesmo em mulheres previamente normotensas.
- Exame químico de urina relativamente às características: cor, odor, presença de proteínas, leucócitos, corpos cetônicos e sangue.
- Altura uterina
- Frequência cardíaca fetal (FCF) - a realização das quatro manobras de Leopold uma vez que estas permitem a determinação da posição e situação fetal assim como obter uma grande quantidade de informações sobre: o número de fetos, o polo fetal que ocupa o fundo uterino, a posição, a apresentação e a atitude fetal; a 1.<sup>a</sup> e a 2.<sup>a</sup> manobras de Leopold permitem identificar o foco (local do corpo da mãe onde melhor se consegue auscultar a FCF).
- Bem estar-fetal e padrão de contractilidade (cardiotocografia (CTG))
- Detetar sinais de alerta: o reconhecimento de padrões no aparecimento de alguns dados em simultâneo poderão apontar para situações de risco. Por exemplo, a presença de proteinúria, presença de edemas, aumento súbito do peso corporal e/ou presença de sinais e sintomas como dor epigástrica ou cefaleias poderão ser indicadores de quadros mais graves de doenças hipertensivas da gravidez.

## **1.2.A transição saúde/doença face a gravidez com complicações**

A gravidez constitui uma das etapas mais importante do ciclo vital da mulher/casal assim como o maior período de atuação da(o) EEESMO. A gravidez é um período de transição, de grandes mudanças pois a chegada de um novo ser humano ao núcleo familiar desencadeia um conjunto de transformações na vida da mãe e do casal que são únicas e irreversíveis. O modo em que são vivenciadas estas transições é individual e único porque mesmo quando vividas pela mesma mulher em distintas circunstâncias, todas as gestações são diferentes (DGS,2015), sendo importante perceber de que forma a mulher e o casal vivencia à adaptação a este período de transição (OE, 2015). Torna-se necessário compreender o processo de

transição, uma vez que só desta forma é que os enfermeiros ficarão melhor capacitados para apoiar os clientes nos seus processos de aprendizagem. Assim, a transição deve ser encarada como um conjunto de processos psicológicos, que culminam num processo adaptativo face a uma mudança ou rutura, isto é, uma forma de incorporar alterações na vida de um indivíduo (Meleis, 2010). A transição para a parentalidade é um processo irreversível que tem início na gravidez e que implica diversas mudanças tanto a nível pessoal como interpessoal, marca a passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar a qual implica uma redefinição dos papéis, tarefas e projetos de vida (Martins, Abreu & Barbieri, 2017). Ao longo desta transição os casais passam de uma díade à construção da sua própria família, através da qual assumem um compromisso para toda a vida com o novo ser. Este tipo de transição exige uma reorganização não só pessoal, mas também profissional e conjugal (Cardoso, 2011). Existem diversos fatores que podem facilitar ou inibir a transição, nomeadamente as condições pessoais das mulheres, o seu nível socioeconómico, a sua preparação e conhecimento, as condições da comunidade e da sociedade na qual se encontra inserida, e, ainda, as suas atitudes e crenças culturais (Meleis et al, 2000). Neste sentido os profissionais de saúde, e mais concretamente os enfermeiros, são elementos facilitadores do processo de transição. Estes profissionais têm como foco de atenção as mudanças que as transições trazem para a vida das pessoas com o objetivo de promover uma transição saudável, através da aquisição de competências por parte dos clientes, ajudando-os a lidar com uma nova condição de saúde e oferecendo-lhes ferramentas para a aquisição de novos conhecimentos e alteração de comportamentos.

Tornar-se mãe exige a aquisição de determinadas tarefas de desenvolvimento, sendo elas: a aceitação da gravidez, a identificação com o papel de mãe, o estabelecimento de relação com o feto, a reorganização de relacionamentos pessoais e a preparação para a experiência de parto. Relativamente ao homem, nos últimos tempos tem-se verificado um crescente envolvimento do pai no processo de parentalidade existindo atualmente uma maior preocupação por parte dos serviços de saúde em considerar o pai como um elemento dos cuidados, procurando criar condições que lhe permitam acompanhar a mãe durante todo este processo (Cardoso, 2011). Os pais de primeira viagem normalmente experienciam três tarefas desenvolvimentais durante o processo de transição: lidar com a realidade da gravidez e da criança; procurar o reconhecimento como pai nas pessoas com quem estabelece interações; e ser perseverante na integração do papel paternal (Mercer & Ferketich, 1995).

Existem diferentes tipos de transições: desenvolvimental, situacional e de saúde-doença (Meleis et al., 2000). As transições desenvolvimentais constituem pontos críticos de transição, como a infância, adolescência, idade adulta. As transições situacionais incluem eventos cotidianos esperados ou inesperados, como acidentes, gravidez, doença, entre outros. A transição de saúde-doença representa uma mudança no estado de saúde, nas expectativas e relações, incluindo uma repentina mudança de papel que resulta de uma condição de bem-estar para doença. Quando se trata de uma gravidez com complicações ou ao longo da gravidez surge uma patologia que faça com que esta seja considerada de risco surge também um risco

materno e fetal pelo que a saúde e a doença se sobrepõem, reforçando a necessidade de cuidados mais especializados. A gravidez com complicações pode ser considerada um período de crise pois a grávida tem de enfrentar mudanças inesperadas deparando-se com um risco que ameaça a sua integridade física e emocional transitando do *status* de gravidez normal para gravidez de risco.

A relação terapêutica é essencial para os cuidados de qualidade. Respeitar, escutar e partilhar informação com o casal grávido, através do cuidado individualizado, tem como efeito colateral diminuir os sentimentos de ansiedade provocados pelo clima de “ameaça”. Torna-se, por isso, fundamental informar de forma clara e baseada na evidência, acerca da situação de saúde e fomentar a participação ativa na decisão sobre os cuidados, para vivenciar esse período de transição de forma mais segura e saudável (AAP & ACOG, 2017).

Face a cada uma das grávidas ou casal grávido com quem interagi, a escuta ativa foi essencial para aceder e compreender as expectativas, os significados atribuídos, os conhecimentos e capacidades e autoeficácia percebida. Para cada mulher, a gravidez com complicações adquire diferentes significados de acordo com as suas perceções pelo que é importante prestar cuidados individualizados.

Os cuidados prestados durante uma transição aumentam a probabilidade de um desfecho mais favorável e saudável, facilitando a adaptação e melhorando a capacidade para lidar com a adversidade, revitalizar a autoconfiança e a segurança, o que converte este processo de transição numa oportunidade de crescimento e valorização. Neste sentido, Chick e Meleis (1986) destacam a ideia de que *o objetivo é que o cliente “saia” de qualquer interação com a/o enfermeiro não somente mais confortável e mais capaz de lidar com o problema de saúde presente, mas, também, mais bem preparado para proteger e promover a saúde para o futuro.*

### **1.3. Promoção de uma transição saudável face à gravidez com complicações: focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem**

Facilitar a transição desenvolvimental por um lado e a transição saúde/doença por outro foi um objetivo que, como aprendiz de EEESMO, procurei perseguir e aprimorar em cada interação com a grávida/casal grávido e em cada contexto de cuidados. Ao longo da experiência clínica, alguns focos de atenção suscitaram reflexão e pesquisa mais aprofundadas, neste contexto de gravidez com complicações, designadamente a Ligação mãe/pai-filho, Ansiedade e o Autocuidado relacionado com a gravidez com complicações.

### 1.3.1. Ligação mãe/pai-filho: conhecimento sobre promoção de comportamentos afetivos entre mãe, pai e feto

A Ligação mãe/pai-filho (*bonding*) é um foco de atenção definido na CIPE® 2019 como o *estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança*.

Noutros tempos, acreditava-se que a ligação afetiva entre a mãe/o pai e o bebê somente acontecia após o nascimento; no entanto, hoje sabe-se que a esta ligação começa já durante a gravidez (Mercer, 2004). A ligação mãe-filho é um processo crescente que se inicia antes da concepção e é fortalecido por acontecimentos significativos ao longo da gravidez, aumentando com o tempo gestacional, em particular depois das primeiras experiências de percepção dos movimentos fetais. Mesmo no que se refere à ligação pai-filho, Mercer (2004), refere que a ligação entre o pai e o feto é o melhor preditor da ligação afetiva após o nascimento. A criação desta relação é também importante na medida em que dela dependem a satisfação e a competência no exercício parental após o nascimento da criança. É sabido que a relação mãe-filho no período pré-natal influencia fortemente a relação mãe-filho no período após o nascimento e, assim, interfere com o comportamento e o bem-estar da criança. Através da revisão da literatura realizada por Van Den Bergh e Simons (2008), foram sugeridos alguns dados que, quando presentes, conduzem a melhores índices de ligação mãe/pai-filho. Dentro destes podemos destacar: os casais que planejaram a sua gravidez e têm bom suporte familiar; os casais que cumprem as indicações dos profissionais da saúde, com o objetivo de otimizar a sua própria saúde e a do feto; os casais que procuram conhecimento sobre o desenvolvimento do feto ao longo da gestação; os casais que descrevem o feto associando-o a características positivas; os casais que mantêm relacionamentos conjugais estáveis e os que não tenham realizado amniocentese ou aos quais não tenha sido diagnosticada depressão previamente à gravidez.

As (Os) EEESMO possuem um papel privilegiado junto dos casais grávidos podendo exercer de veículo promotor da ligação afetiva precoce entre mãe e/ou pai e o feto/RN. Ao longo da prática clínica foi importante executar um planeamento de cuidados personalizado para cada casal, atendendo às suas características, desejos e expectativas. Nesta perspetiva foram implementadas um conjunto de intervenções ao longo das consultas de enfermagem de forma a prestar os melhores cuidados, sendo algumas das intervenções implementadas:

- Ensinar sobre o desenvolvimento fetal (explicar as competências fetais, nomeadamente as relacionadas com os órgãos dos sentidos).
- Ensinar sobre as características do recém-nascido (ajustar expectativas à aparência esperada de um recém-nascido).
- Ensinar sobre os movimentos fetais (por exemplo, o método "contar até 10" que inclui as instruções para contar os movimentos fetais no mesmo horário todos os dias). Bryant, Jamil e thistle (2021) salientam que incentivar as mulheres contarem os movimentos fetais pode melhorar o vínculo mãe-filho durante a gravidez, pois a mãe começa a conhecer seu filho ainda não nascido.

- Ensinar sobre técnicas de estimulação fetal, por exemplo, técnicas de estimulação táteis como as massagens, ou através das vozes dos pais e da música, pois a estimulação auditiva pode facilitar a ligação por meio de diferentes meios de comunicação, como falar e cantar uma música (Van der Walt, 2014).

### **1.3.2. Ansiedade: conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade**

A ansiedade é definida na CIPE® 2019 como uma emoção negativa que causa sentimentos de ameaça, perigo e angústia. A gravidez é, em si, uma “caixinha de surpresas”, pela imprevisibilidade e falta de controlo sobre os processos corporais. Mesmo em termos psicológicos, a gravidez está imbuída de receios. E as palavras falam. A palavra “risco” é igual a “medo”. Por isso, importa adotar uma lógica que operacionalize ver, para além dos fatores de risco, os sinais de saúde. De facto, o termo “complicações” causa temor e pode ser entendido como algo grave e complexo, que foge ao seu controlo. E claro está, quando a gravidez com complicações se associa a necessidade de internamento, à ansiedade normal vivenciada durante a gestação, acrescenta-se a ansiedade relacionada com o próprio internamento, nomeadamente: a sua duração, o sentir-se sozinha, desamparada e insegura, num meio diferente com pessoas desconhecidas, e neste caso também a necessidade de partilhar o quarto, com a falta de privacidade a isso associada. A grávida emerge num ambiente desconhecido e, frequentemente, inseguro. Também outros cuidados a ter como a estreita vigilância ou o repouso forçado, podem amplificar as emoções negativas, com consequente aumento dos níveis de ansiedade, relacionada também com a ameaça de perder o filho e em casos de doença em situação crítica, até a sua própria morte. A ansiedade durante a gestação pode ter um impacto negativo na saúde materno-fetal, verificando-se um maior risco de ocorrência de sofrimento fetal, parto pré-termo e o nascimento de RN com baixo peso (Rubarth, Schoenning & Cosimano, 2012). Por todas estas razões procurámos ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade, como as técnicas de respiração, e providenciamos apoio emocional. Assim mesmo, foram implementadas algumas intervenções que promoviam o envolvimento da família, encorajando ao companheiro a participar nos cuidados, pois, de acordo com Teixeira (2011), a taxa de ansiedade e depressão associada ao diagnóstico de gravidez de risco afeta toda a família.

### **1.3.3. Adaptação à gravidez com complicação: diabetes gestacional**

Na assistência durante a consulta da grávida, uma das condições de saúde que emergiu com alguma frequência foi a DG. A DG pode ser definida como “um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticado ou detetada pela primeira vez no decurso da gravidez” (Sociedade Portuguesa de Diabetes, 2017, p. 25). A DG é considerada como um subtipo de hiperglicemia que é diagnosticada pela primeira vez na gravidez, distinguindo-se da Diabetes na Gravidez por apresentar valores de glicemia intermédios entre os valores considerados normais

na gravidez e os valores que excedem os limites diagnósticos. A Diabetes na Gravidez é uma patologia menos frequente, mas que assume maior gravidade pois a sua presença pode refletir na existência de uma diabetes não diagnosticada pelo que será necessário realizar uma maior vigilância, nomeadamente um rastreio rigoroso de malformações fetais e de complicações microvasculares assim como uma prova de tolerância oral à glicose no pós-parto (Sociedade Portuguesa de Diabetes, 2017). Os valores de diagnóstico da DG e da Diabetes na Gravidez estão apresentados na Figura 1 de forma a perceber a diferença dos mesmos.

Hora	Normal	Hiperglicemia na Gravidez	
		Diabetes Gestacional	Diabetes na Gravidez
Glicemia plasmática mg/dl (mmol/l)			
0	< 92 (5,1)	92 – 125 (5,1 – 6,9)	≥ 126 (7,0)
1	< 180 (10,0)	≥ 180 (10,0)	–
2	< 153 (8,5)	153 – 199 (8,3 – 10,9)	≥ 200 (11,0)

**Figura 1.** Diagnóstico da hiperglicemia na gravidez e seus subtipos baseado na PTOG das 24-28 semanas

Fonte: Sociedade Portuguesa de Diabetes, 2017

Um dos maiores desafios da DG é o controlo dos níveis de glicemia, para o qual a autovigilância da glicemia capilar por parte da grávida é fundamental pois através da avaliação do perfil glicémico podemos determinar a necessidade de alterar comportamentos no domínio da alimentação e padrão de exercício físico ou até mesmo iniciar terapêutica farmacológica.

Para o relatório, decidimos relatar os diagnósticos: conhecimento sobre autovigilância da glicemia capilar e consciencialização da relação entre gestão da dieta e exercício e a glicemia capilar, e as respetivas intervenções.

### 1.3.3.1. Conhecimento sobre autovigilância da glicemia capilar

A automonitorização deve ser realizada quatro vezes por dia, uma em jejum e outras três uma hora após o início das três principais refeições, podendo ser ajustado em função das necessidades da grávida. A recomendação incluiu fornecer os valores de referência para que a grávida consiga perceber os valores que possui a cada momento (Figura 2).

	mg/dl	mmol/l
Jejum/pré-prandial	≤ 95	≤ 5,3
1 h após o início das refeições	≤ 140	≤ 7,8

**Figura 2** Objetivos orientadores dos valores de glicemia

Fonte: Sociedade Portuguesa de Diabetes, 2017

No decorrer da prática clínica constatei que uma grande percentagem de mulheres diagnosticadas com DG não estavam cientes que iam ter que vigiar os níveis de glicemia em sangue através da máquina de pesquisa, sendo que uns dos momentos mais importantes foi a

explicação do funcionamento da mesma e a instrução de como realizar as pesquisas de glicemia. Ao longo da consulta em primeiro lugar era explicada a técnica de pesquisa e depois a grávida realizava uma pesquisa a nossa frente. As primeiras reações das grávidas perante este cenário eram de medo e receio, não sabiam se iam conseguir utilizar a máquina e tinham medo da “picada” no dedo. Não obstante, após a realização da técnica ficavam mais tranquilas uma vez que referiam que a agulha não magoava e se sentiam mais seguras. Ao longo desta consulta foi de vital importância capacitar as mulheres para a realização da pesquisa de glicemia de forma a aumentar a sua confiança e autoeficácia. A maioria das mulheres conseguiam realizar a pesquisa corretamente após esta consulta sendo que nas consultas seguintes eram resolvidas as possíveis dúvidas. No entanto, houve grávidas que precisaram de outra consulta para reforçar os ensinamentos e a sua autoeficácia.

#### **1.3.3.1. Consciencialização da relação entre gestão da dieta e exercício e a glicemia capilar**

A consciencialização é uma propriedade chave de todo o processo, na medida em que está relacionada com a percepção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição (Meleis et al, 2000; OE,2021).

Uma grávida com DG necessita reconhecer que o anterior modo de viver teve um fim e que a realidade atual está “sob ameaça”, e por isso importa reconhecer o que mudou e em que medida as coisas estão diferentes. Quando existe tal reconhecimento, a grávida consegue encontrar uma coerência para o que está a acontecer e reorganizar-se num novo modo de viver, de responder e de estar no “novo” mundo (OE, 2021). Assim, compreender o efeito da gravidez no metabolismo dos hidratos de carbono e como o seu organismo reage a esse efeito colateral da gravidez constitui uma parte da transição saúde/doença.

Um bom controlo dos níveis de glicemia ao longo da gravidez é fundamental para reduzir o risco de complicações associadas a DG como a macrosomia, o trauma durante o parto, tanto para a mãe como para o RN, a hipoglicemia neonatal e a morte perinatal (NICE, 2015). Neste sentido a terapêutica não farmacológica assume um papel relevante sendo a alimentação e a prática de atividade física as principais estratégias.

A alimentação nas grávidas com DG tem algumas particularidades, o plano alimentar deve ser personalizado e em conformidade com os antecedentes clínicos, estado nutricional, hábitos alimentares e socioculturais da grávida (Durnwald, 2021). Quando possível, deverá ser elaborado um plano alimentar em parceria com um nutricionista ou dietista. O plano alimentar deverá ser equilibrado, sendo importante distribuir os hidratos de carbono ao longo do dia por 3 refeições principais, 2-3 intermédias (meio da manhã e lanches) e uma antes de deitar. É de salientar que a ceia deve conter hidratos de carbono complexos, a fim de evitar a hipoglicemia noturna e cetose matinal. Para ajustar o valor calórico deve ter-se em consideração o IMC

prévio à gravidez e o ganho ponderal durante a mesma, aparecendo os valores de referência descrito na figura 3.

IMC prévio à gravidez	Ganho Ponderal Total (Kg)	Ganho ponderal semanal no 2º e 3º trimestre (Kg)
Baixo peso (<18,5 Kg/m <sup>2</sup> )	12,5 – 18Kg	0,51
Normal (18,5 - 24,9 Kg/m <sup>2</sup> )	11,5 - 16 Kg	0,42
Excesso de peso (25,0 – 29,9 Kg/m <sup>2</sup> )	7 – 11,5 Kg	0,28
Obesidade (≥30,0 Kg/m <sup>2</sup> )	5 - 9 Kg	0,22

**Figura 3.** Valores de referência do ganho de peso ponderal ao longo do 2º e 3º trimestre

Fonte: Sociedade Portuguesa de Diabetes, 2017

A atividade física desempenha, igualmente, um importante papel no tratamento da DG e, por isso, são recomendados pelo menos 30 minutos diários, se possível no período pós-prandial (Sociedade Portuguesa de Diabetes, 2017). Os exercícios físicos de intensidade moderada foram aconselhados (ACOG, 2020). Não existe nenhum tipo de exercício físico específico a recomendar durante a gravidez (SMA, 2002), pelo que as grávidas que já realizavam exercício regularmente foram incentivadas a mantê-lo, desde que cumprissem cuidados como: realizar exercício três a quatro vezes por semana, durante 20 ou 30 minutos; evitar exercícios na posição de supina devido à compressão da veia cava; evitar realizar exercício físico em ambientes quentes e piscinas muito aquecidas; manter uma hidratação e alimentação adequada e interromper o exercício físico se surgirem sintomas como: dor abdominal; sangramento vaginal; tonturas, náuseas ou vômitos; alterações visuais e palpitações (Lowdermilk et al., 2012; ACOG, 2020). As grávidas que não realizavam exercício físico com regularidade foram aconselhadas a iniciá-lo progressivamente, começando por cinco minutos de exercício físico por dia e adicionando cinco minutos a cada semana até suportar a sua prática durante 30 minutos por dia (ACOG, 2020). Muitas das grávidas acompanhadas não tinham um padrão físico adequado pelo que foi implementada a intervenção de incentivar a realização de exercício físico durante a gravidez. A realização de atividade física possui inúmeras vantagens para a saúde materno-fetal, assim os efeitos ao nível musculoesqueléticos, tais como a lombalgia (muitas vezes causada pelas alterações do centro de gravidade da mulher, da rotação anterior da pelve e do aumento da elasticidade lombar que decorre durante a gravidez), parecem ser diminuídos com uma prática de exercício físico adequado, verificando-se ainda melhorias a nível da flexibilidade da coluna da mulher (Garshasbi & Faghih, 2005). A promoção da realização de exercício físico, juntamente com a promoção de um maior controlo do aumento ponderal traduzem-se numa melhoria da saúde materno-fetal e uma diminuição da probabilidade de desenvolvimento de patologias durante e após a gravidez, tais como: a diabetes e a HTA, prevenindo ainda o desenvolvimento de complicações na saúde mental da mulher (Lowdermilk et al., 2012). Torna-

se ainda numa estratégia útil na gestão e/ou prevenção de outros possíveis efeitos colaterais da gravidez, como por exemplo varizes, obstipação, edema, sensação de fadiga, ansiedade, stresse e insónia.

Assim, criar uma estratégia que permita que a grávida se vá consciencializando do efeito dos alimentos e do exercício nos valores de referência da glicemia promove o seu *empowerment* para lidar com a situação e conseguir os ganhos em saúde para si e para o seu filho. Para a maior parte das mulheres, o ajuste do comportamento durante a gravidez tem forte motivação - a saúde do filho. Contudo, o tempo é muito limitado - três a quatro meses.

Ao longo do estágio, e à medida que ia refletindo sobre os ganhos em saúde com os cuidados prestados, deparei-me com grávidas com diagnóstico de DG que conseguiram ter um bom controlo dos valores glicémicos unicamente através da dieta e da realização de exercício físico. Não obstante, deparei-me com algumas grávidas, que embora cientes da importância de um bom controlo glicémico e com os conhecimentos necessários, não conseguiam obter este nível de sucesso, nomeadamente a realização de pesquisas de glicemia ou de exercício físico. Isto fez-me pensar que a promoção da consciencialização é um marco relevante para que haja uma mudança efetiva de comportamento.

## CAPÍTULO II - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS

Com a aproximação do final da gravidez tanto a mulher como o feto começam a adaptação a uma nova etapa. A mulher, que ao longo da gravidez sofreu diversas adaptações fisiológicas, prepara-se para o parto e a maternidade, enquanto que o feto, que cresceu e se desenvolveu dentro do útero, terá de adaptar-se à vida extrauterina. Neste contexto, o TP, o parto e o nascimento são o culminar da gravidez, bem como o início da vida extrauterina e, ainda, uma etapa de transição e de mudança no seio familiar (Lowdermilk et al., 2012).

O desenvolvimento de competências em contexto de um serviço de bloco de partos foi realizado no serviço de obstetrícia do CHPVVC, sendo um módulo com uma duração de 500 horas, ao longo de cinco meses, do 9 de novembro de 2020 ao 4 de abril de 2021. Ao longo deste módulo foram adquiridas competências específicas relacionadas com a assistência à mulher em TP e realização do parto, sendo esta uma área de atenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e assumindo a(o) EEESMO a responsabilidade pelo diagnóstico diferencial e pelo cuidado da mulher durante o TP, garantindo a assistência em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do feto/RN e contribuir para experiência de parto positiva, assim como pelo cuidado da pessoa significativa que acompanha a parturiente, com o intuito de contribuir para uma experiência positiva de apoio no parto (OE, 2021). Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018, p.1), através da orientação “Para os cuidados durante o parto, para uma experiência de parto positiva” salienta que no decorrer do TP todas as mulheres têm direito a uma “experiência de parto positiva”, definida como aquela que *“cumpre ou supera as crenças e expectativas pessoais e socioculturais prévias da mulher incluindo dar à luz um bebé saudável num ambiente seguro desde o ponto de vista clínico e psicológico, e contar com um apoio prático e emocional contínuo, isto é, estar acompanhada no momento do nascimento e ser assistida por pessoal amável e competente”*. Esta experiência positiva baseia-se na premissa de que a maior parte das mulheres desejam ter um TP e parto fisiológico e um sentido de controlo através da participação na tomada de decisões mesmo quando são precisas intervenções médicas. Esta orientação destaca a importância da atenção centrada na mulher através de um enfoque holístico baseado nos direitos humanos e preconiza uma série de práticas que os profissionais de saúde devem adotar na assistência ao parto, tais como a atenção respeitosa da maternidade, de forma a manter a sua dignidade, privacidade e confidencialidade, assegurando a integridade física e um trato adequado que permita a toma de decisões informadas e esclarecidas, com um apoio contínuo durante todo o processo; a livre escolha de um acompanhante para o parto e a comunicação efetiva. Continuando na mesma linha de pensamento, a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP), no seu documento dos Direitos Universais da Mulher durante o parto, afirma que *“Todas as mulheres têm direito à informação, consentimento informado ou recusa informada e respeito pelas suas escolhas e preferências”* e ainda que

*“Todas as mulheres têm o direito à liberdade, autonomia, autodeterminação e liberdade de coação”*, salientando o direito da mulher a receber informação acerca de todas as etapas do processo, assim como ao consentimento informado das intervenções a serem realizadas.

O parto é um acontecimento marcante na vida da mulher, constitui um evento crítico da transição que marca o fim da gravidez e o início da vida com um filho nos braços. Segundo a DGS (2004), o parto normal é aquele considerado de baixo risco desde o início da gravidez até ao nascimento, que inicia espontaneamente, nascendo o RN de forma espontânea em apresentação cefálica, entre a 37.<sup>a</sup> e a 42.<sup>a</sup> semana de gestação. A Federação de Associações de Matronas de Espanha (FAME) (2006) acrescenta que o parto normal é o processo fisiológico único, que marca o fim da gravidez, e no qual estão implicados fatores psicológicos e socioculturais. O seu início é espontâneo, evolui e termina sem complicações, e culmina com o nascimento. Com base neste conceito, consideramos importante definir o parto fisiológico assistido. Este caracteriza-se pelo início, progressão e nascimento espontâneos, assistido pelo profissional de saúde, mas sem qualquer tipo de intervenção por parte deste (OMS, 2018). A assistência a um parto fisiológico destaca o desenvolvimento de algumas características essenciais do ser humano, tais como a dignidade, a sensibilidade e o respeito, ajudando a criar um ambiente acolhedor e envolvendo um conjunto de atitudes e práticas cujo fim é favorecer um parto saudável e uma experiência positiva, assim como a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. O parto respeitado é possível através da criação e o respeito dos requisitos para que as dimensões psicológicas, espirituais e fisiológicas sejam atendidas, o que também envolve a atuação do profissional de saúde, oferecendo apoio e suporte emocional à mulher e a sua família.

A(O) EEESMO deve reconhecer, respeitar e fazer cumprir os direitos da parturiente, informando e apoiando a mulher durante todo o processo. Assim mesmo, deve transmitir uma dose terapêutica de informação, para aquela pessoa e naquela circunstância específica, acerca dos procedimentos a implementar durante o TP. Esta informação deve incluir os benefícios, os riscos e as complicações, estando disponível para esclarecer qualquer questão. Neste sentido, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas da(o) EEESMO (OE, 2019), é da sua competência assistir o parto em ambiente seguro, no sentido de promover e otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina, atuando de acordo com o plano estabelecido com a mulher e garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. Igualmente, cabe à/ao EEESMO o planeamento, conceção, implementação de intervenções de promoção, proteção e apoio da ligação mãe/pai-filho e da amamentação, assim como a cooperação com outros profissionais de saúde na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.

O CHPVVC tem vindo a revelar-se como uma instituição de referência no país na área de Obstetrícia, sendo conhecido e procurado por muitas grávidas, uma vez que a base dos seus cuidados passa pelo respeito dos direitos das grávidas, preservando a sua autonomia e o seu direito à decisão informada. Além disto, no contexto atual que vivemos, a pandemia pelo vírus

SARS-CoV 2, o CHPVVC destacou-se do resto de centros hospitalares por ser um dos poucos que em estado de pandemia respeitou o direito de acompanhamento da mulher durante o TP e parto, assim como durante o internamento, seguindo as indicações da OMS (2018) que recomenda o acompanhamento da mulher durante o TP e parto, podendo ser qualquer pessoa escolhida pela mulher, que lhe proporcione apoio e suporte contínuo, garantindo, sempre, as condições de prevenção da contaminação.

## **2.Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito do trabalho de parto: serviço de Obstetrícia do CHPVVC.**

A prática clínica de desenvolvimento de competências no âmbito do TP, tal e como mencionado anteriormente, foi realizada no serviço de obstetrícia do CHPVVC, mais concretamente no bloco de partos. O bloco de partos conta com cinco enfermarias individuais, três com luz natural e duas com luz artificial, numeradas do um ao cinco. Cada sala conta com um aparelho de CTG, uma cama desmontável e todo o material necessário para assistir o TP e parto. O bloco de partos conta com duas EEESMO para a prestação de cuidados nas cinco unidades. Existe ainda uma EEESMO que presta cuidados no âmbito da admissão/urgência obstétrica.

Durante o estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a 118 parturientes, sendo que na maior parte delas realizei o acolhimento e acompanhamento ao longo do TP, quando o motivo de admissão era indução do trabalho de parto (ITP), trabalho de parto espontâneo ou rotura espontânea de bolsa amniótica (REBA); noutras casos apenas foram prestados cuidados aquando do acolhimento ao RN, uma vez que o motivo de admissão era a realização do parto distócico por cesariana eletiva, por motivos justificados, tais como apresentação pélvica ou cesariana anterior, entre outros.

Um dos momentos mais importantes durante esta experiência de aprendizagem foi sem dúvida o momento de chegada do casal ao serviço, no qual, para além da apresentação dos elementos da equipa de enfermagem e do espaço físico, foram identificadas as necessidades da parturiente/casal, assim como as suas expectativas e preferências através da realização de uma avaliação inicial com uma colheita de dados completa e rigorosa. Este momento de acolhimento é fundamental para conseguir criar uma relação de confiança e proximidade entre o profissional e a parturiente e o acompanhante, facilitando a integração do casal no serviço. Neste sentido, tal como referido num estudo realizado no Brasil que incluiu a participação de 20 enfermeiros obstetras, a relação entre o enfermeiro e a parturiente é fundamental para o estabelecimento de um vínculo que favoreça a confiança da mulher/casal assim como ajuda a identificar as suas necessidades durante o TP e parto, aumentando a sua segurança e bem-estar através da escuta ativa, do diálogo, da valorização e do respeito das vivências da parturiente (Oliveira et al., 2019).

A avaliação inicial envolve uma colheita de dados que nos permite elaborar um planeamento de cuidados específico para as necessidades da mulher/casal que estamos a acolher. Dentro desta avaliação inicial era recolhida informação sobre a existência ou não de plano de parto, sendo que no caso de não ter um plano de parto definido eram questionadas as preferências e necessidades do casal durante o TP e parto de forma a tentar, tanto quanto possível, dar resposta às mesmas. Neste sentido eram realizadas questões acerca das preferências relativas: ao alívio da dor (estratégias não farmacológicas; analgesia epidural); à mobilidade (liberdade de movimentos; confinamento à cama); ao acompanhante (com; sem; nível de envolvimento/participação); ao ambiente físico (luminosidade, aroma, sons); a posição a adotar no parto; as intervenções excecionais que poderão ser necessárias (amniotomia, episiotomia, orientação dos esforços expulsivos) e o primeiro momento com o RN (contacto pele com pele; corte do cordão; momento e tipo de cuidados imediatos; amamentação precoce) (OE, 2021). Esta recolha de informação ajuda a conhecer os dados pessoais, obstétricos e o contexto social da mulher, do mesmo modo que ajuda a identificar as suas necessidades e desejos de forma a possibilitar um cuidado individualizado; pois, tal como referido no estudo de Oliveira et al. (2019), importa olhar para a mulher como um ser único, para o que é preciso a identificação desta pelo seu nome, assim como o conhecimento sobre a sua situação obstétrica e as suas expectativas. O cuidado individualizado possibilita a implementação e avaliação da assistência, promovendo uma assistência apropriada às necessidades biopsicossociais através da identificação, planeamento, execução e avaliação das intervenções a adotar para poder prestar cuidados de excelência. Perante este cenário, entende-se que as(os) EEESMO devem ter sempre presente a individualidade e subjetividade da parturiente, valorizando a partilha de experiências e saberes a fim de proporcionar uma experiência de parto positiva.

Uma vez que a aquisição de competências foi desenvolvida em contexto de uma pandemia mundial, houve alguns ajustes nas práticas clínicas. As mulheres que chegavam ao serviço para ficar internadas, e não tinham um teste para o vírus SARS-CoV -2 negativo nas 72 horas prévias, realizam o teste. A realização do teste sempre tinha lugar dentro da sala de partos e o acompanhante só realizava o teste no caso de ficar a acompanhar a parturiente durante o internamento no puerpério, porque para permanecer durante o TP e parto não era necessário. No caso de o teste com resultado positivo, a parturiente era transferida para outro hospital dado que nem as salas de partos nem o internamento do CHPVVC conseguiam dar resposta em termos de isolamento para evitar a transmissão do vírus. Após a realização do teste, era dada a opção de vestir algo confortável, seja a sua própria ou uma bata disponibilizada pelo hospital, e para organizar a primeira roupa do bebé de forma a ser preparada e aquecida para a chegada do RN. Também era informada acerca das atividades de vigilância realizadas no decorrer do TP, concretamente a monitorização da FCF e da contratilidade uterina através da CTG intermitente, o que vai ao encontro da recomendação da OMS (2018) que refere que “é recomendado a auscultação intermitente da FCF” nas grávidas de baixo risco em TP. No caso de na admissão não ter sido monitorizado o bem-estar fetal

através da CTG, era realizado por um período de 20-30 minutos aquando do acolhimento, sendo esta prática realizada intermitentemente de acordo com a situação da parturiente e do desenrolar do TP.

### **2.1.A minha visão do trabalho de parto e de uma experiência significativa para a parturiente/casal**

O cuidado respeitado durante o TP e a sua aplicabilidade na prática está estreitamente relacionado com o direito de escolha da mulher no processo de parto, assim, a(o) EEESMO deve assegurar à mulher o direito a uma escolha informada quanto aos riscos e benefícios das suas decisões (Oliveira et al., 2019). A mulher é a protagonista no cenário do TP e parto e o cuidado participativo e individualizado deve ser o guião que rege as nossas práticas. A Ordem dos Enfermeiros (2015) afirma que o modelo de cuidados centrados na mulher implica que estes sejam sensíveis às necessidades individuais e garantam a escolha no acesso ao tipo de cuidados, o que realça o empoderamento da mulher ao proclamar a sua competência pessoal e a sua capacidade de decisão envolvendo-a nos cuidados. Esta filosofia de cuidados dá visibilidade aos cuidados da(o) EEESMO e contribui para o desenvolvimento das suas competências e para a autonomia da mulher no seu processo de parir. Neste sentido o CHPVVC é um dos centros hospitalares que tem vindo a destacar-se por ter feito esforços para evitar algumas intervenções estabelecidas de forma rotineira que não trazem benefícios para a mãe nem para o feto/RN e por favorecer o empoderamento da mulher ao implementar o plano de parto durante o TP e parto, pois é a partir deste empoderamento que se torna exequível que a mulher desenvolva poder de decisão em todas as dimensões do parto. Envolver ativamente a mulher no seu plano de cuidados traz ganhos em saúde, aumentando a precisão do diagnóstico assim como a sua satisfação (ACOG, 2020).

O plano de parto é definido como “um planeamento pela mulher, e pessoa significativa, do seu próprio parto, em conformidade com os valores, as crenças e os desejos da natureza individual, assumindo que cada mulher possui dignidade própria e direito a autodeterminar-se. O plano de parto é desenhado ao longo da gravidez, à medida que são analisadas e integradas, cognitivamente e emocionalmente, o efeito de cada uma das opções disponíveis, nomeadamente: 1) início do TP (espontâneo; planear data/hora do parto); 2) alívio da dor (estratégias não farmacológicas; analgesia epidural); 3) mobilidade (liberdade de movimentos; confinamento à cama); 4) acompanhante (com; sem; nível de envolvimento/participação); 5) ambiente físico (luminosidade, aroma, sons); 6) posição do parto; 7) intervenções excecionais que poderão ser necessárias (amniotomia, episiotomia, orientação dos esforços expulsivos); 8) receber o RN (contacto pele com pele; corte do cordão; momento e tipo de cuidados imediatos; amamentação precoce). O plano pode ser documentado, ou não. Para orientar a gestão das expectativas e a decisão informada, o conteúdo específico de informação que concretiza cada

uma das intervenções, que visam a elaboração do plano de parto, deverá ser baseado na melhor evidência disponível.” (OE, 2021, p.21).

O CHPVVC oferece às grávidas que desejem a possibilidade de agendar uma consulta para discussão do plano de parto já na fase final da gravidez, que no contexto atual se realiza em formato a distância por videoconferência. Nesta consulta são definidas as expectativas e desejos relativos ao TP e parto e as diretivas da instituição assim como as condições e recursos disponíveis no bloco de partos, informando a grávida/ casal acerca das práticas do serviço e esclarecendo as possíveis questões que possam ter. Ao longo desta consulta são abordadas diferentes questões, divididas em diferentes momentos, por exemplo na admissão a indução do trabalho de parto (ITP) ou início espontâneo e o exame vaginal; durante o TP a presença de acompanhante durante o TP e parto; o ambiente na sala de partos; a roupa; a ingestão de alimentos; a auscultação da FCF; o exame vaginal; a necessidade de cateter venoso periférico em determinadas situações para administração de soroterapia, antibioterapia ou terapêutica; as diferentes estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor disponíveis no serviço; as posições a adotar no parto; a episiotomia; durante o nascimento a clampagem do cordão umbilical, o corte do cordão umbilical; o contacto pele a pele e os primeiros cuidados prestados ao RN; a amamentação na primeira hora de vida; a administração de vitamina K e colírio oftálmico ao RN. Também é abordado, no caso de ser necessário um parto por cesariana, as práticas que neste contexto atual podem ser realizadas, tal e como o contacto pele a pele do RN com o pai no bloco de partos.

Realizar o estágio no CHPVVC permitiu-me ter contacto com esta realidade, o que sem dúvida foi uma experiência enriquecedora para o meu percurso académico, pois possibilitou a prestação de cuidados humanizados e individualizados, propiciando que a mulher/casal tivesse uma experiência de parto positiva. Além disto, ao longo do estágio foi constatado que os casais que tinham um plano de parto estabelecido estavam muito mais informados e seguros das suas escolhas e direitos.

Ao refletir acerca do meu papel como EEESMO acho que a prática clínica é uma mais valia para o meu futuro profissional. Os conhecimentos adquiridos ao longo das experiências clínicas permitiram construir bases sólidas que na sua transposição para a realidade da prática clínica me fizeram refletir sobre a forma como estou a construir a minha identidade enquanto futura EEESMO. Cada mulher é diferente e cada parto “é um mundo”, assim, na minha opinião, um bom profissional, além de ter os conhecimentos necessários para prestar cuidados de excelência deve ter outras qualidades, como por exemplo ser um bom observador, para conseguir identificar e prevenir situações emergentes que podem por em risco a vida da parturiente ou do feto, distinguindo assim de forma pronta o evento fisiológico do patológico; saber escutar, ouvir a mulher/casal e identificar as suas necessidades e expectativas para conseguir dar resposta às mesmas, pois não podemos esquecer que o TP e parto é um momento único e inesquecível na sua vida. É necessário empoderar a mulher para que tome as suas decisões fundamentadas na melhor evidência sendo importante fazê-la sentir que não está

sozinha, que estamos disponíveis para ela sempre que necessário e oportuno. É fundamental criar uma relação de confiança entre a(o) EEESMO e a parturiente e respetivo acompanhante, sendo que a(o) EEESMO deve ver a mulher como um todo porque, como já mencionei anteriormente, o TP deve ser acompanhado de um cuidado individualizado no qual a equipa de saúde veja a grávida/casal com um ser humano integral, e não apenas um “trabalho de parto”. Durante o TP a(o) EEESMO promove a confiança das mulheres no seu corpo e em si próprias, o acesso a informação e acompanhamento os quais contribuem para a promoção de uma experiência de parto positiva. Ao longo do meu estágio fui desenvolvendo algumas das competências mencionadas anteriormente, aprimorei a minha capacidade a observar, de escutar ativamente as parturientes/casais que acompanhei, a identificar as suas necessidades, tentando sempre criar uma relação de confiança para que a comunicação fosse fluída, colocando-os à vontade para fazer questões e informando-os de todos os procedimentos e solicitar assentimento para os cuidados prestados, de forma a promover bem-estar e segurança durante todo o processo.

## **2.2. Intervenções resultantes de prescrição face ao trabalho de parto**

Durante a prática clínica no bloco de partos do CHPPVC uma das intervenções mais desafiantes resultantes da prescrição foi a ITP e a monitorização dos efeitos e do bem-estar fetal durante a mesma. O contexto atual de pandemia mundial em que nos encontramos faz com que a política de cuidados tenha sofrido alterações com o objetivo de prestar os melhores cuidados em segurança. Isto faz com que em alguns hospitais do país estejam a agendar mais ITP para ter a certeza de que no momento do parto tanto a mulher como o acompanhante são negativos para o vírus Sars-Cov-2. O CHPPVC, tal como mencionado anteriormente, só realiza partos a mulheres com teste negativo pelo que o número de ITP tem vindo a aumentar nos últimos tempos pelo facto de que é um dos poucos centros hospitalares que durante toda a pandemia tem permitido a presença do acompanhante durante todo o internamento.

A ITP, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2011), consiste em “o processo de estimular artificialmente o útero para começar o TP”, culminando no parto normal. De acordo com a AAP e ACOG (2017), as indicações para indução do parto não são absolutas, mas devem levar em consideração as condições maternas e fetais, a idade gestacional e outros fatores. Neste sentido, Souza et al. (2010), salientam que para a implementação da ITP devem ser cumpridos uma série de requisitos de forma a assegurar que o parto somente seja induzido se existirem condições de exequibilidade, sendo estas: a indicação correta da antecipação do parto; a ausência de contra-indicações e riscos; a escolha do melhor método; a discussão adequada das situações clínicas especiais assim como a determinação do índice de Bishop uma vez que as condições do colo uterino representam um importante fator para o desempenho adequado do método de indução. O índice de Bishop foi criado em 1964, com cinco variáveis: altura da apresentação do polo fetal; grau de dilatação; posição e consistência do

colo uterino. Este índice, além de ser utilizado como principal fator preditivo do tempo de duração do TP e do tipo de parto, orienta a escolha do método de indução uma vez que um índice desfavorável (inferior a cinco) é indicação para maturação cervical e um índice favorável (igual ou maior de cinco) é indicação para ITP (Almeida, Alexandre & de Jesus, 2017). Segundo Oliveira, citado pelos mesmos autores, quando se tem um colo desfavorável existe um risco aumentado na falha da indução, além de poder resultar em TP exaustivos e de longa duração o que pode também aumentar a possibilidade de partos instrumentados, cesarianas e tempo prolongado de hospitalização.

	0	1	2	3
<b>Dilatação</b>	Fechado	1-2	3-4	≥5
<b>Extinção (%)</b>	0-30	40-50	60-70	≥80
<b>Descida (Plano de Hodge)</b>	Acima do I	I	II	III
<b>Consistência</b>	Duro	Médio	Mole	
<b>Posição</b>	Posterior	Intermédio	Anterior	

**Figura 4-** Índice de Bishop

Fonte: Almeida, Alexandre & de Jesus, 2017

Relativamente às indicações para a realização de maturação cervical e ITP, estas podem dividir-se em maternas ou fetais, sendo que em todas as situações pressupõem que os riscos de prosseguir com a gravidez são superiores aos da maturação cervical e/ou indução do TP não havendo necessidade de que o nascimento ocorra em poucas horas (DGS, 2015). De entre todas as indicações a gestação prolongada é a principal devido ao aumento da morbidade e mortalidade perinatal (Souza et al., 2010). Outros motivos para terminação da gravidez são: a patologia médica ou obstétrica grave que põe em risco a saúde materna ou fetal; o oligoâmnios em gestação de termo; a restrição de crescimento intrauterino e/ou com alterações fluxométricas; a morte fetal (DGS, 2015); as síndromes hipertensivas; a rotura prematura de membranas; a diabetes; e a isoimunização Rh (Souza et al., 2010). O Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) citado pelos mesmos autores recomenda que a indução seja realizada a partir da semana 41 em gestações sem complicações, o que vai ao encontro das recomendações da OMS (2020), que no seu documento “Induction of labour at or beyond term” salienta que a indução do parto é recomendada para mulheres que atingem as 41 semanas (mais de 40 semanas e 7 dias) de gestação. Esta recomendação foi analisada na revisão sistemática da *Cochrane* realizada por Middleton, Shepherd, Morris, Crowther, e Gomersall (2020) que verificou que a ITP a partir desta IG foi associada a uma redução das mortes perinatais. No entanto o risco absoluto de morte perinatal é muito baixo e devem ser considerados os riscos da indução, concluindo os autores que as mulheres devem ser adequadamente aconselhadas sobre os riscos de ambos, já que a ITP não está livre de risco sendo as suas possíveis complicações: a rotura uterina, mais particularmente quando existe cesariana anterior; o prolapso do cordão umbilical; a prematuridade; o sofrimento ou morte

fetal e a falha da indução (Souza et al., 2013). Ao longo da minha prática clínica as principais indicações para a realização de ITP foram, na maioria dos casos, gravidez com 41 ou mais semanas de gestação; diabetes, que dependendo do controlo glicémico era induzida às 39 ou 40 semanas, tal como preconiza a Sociedade Portuguesa de Diabetes (2017), e rotura de membranas quando esta ocorria em ausência de TP. Deparei-me também com alguns casos em que o TP era induzido por existir uma restrição do crescimento fetal e/ou por a grávida padecer de uma síndrome hipertensiva que não estava a ser eficazmente controlada com medicação e que podia por em risco tanto a mulher como ao feto.

No que diz respeito às contra-indicações da ITP, existem contra-indicações absolutas e outras relativas, sendo que dentro das absolutas encontramos: a existência de duas ou mais cesarianas anteriores ou uma cesariana anterior com incisão não segmentar; a cirurgia uterina prévia com envolvimento do miométrio assim como todas as situações que contra-indicam o parto vaginal (AAP & ACOG, 2017), nomeadamente, a placenta prévia total; a apresentação transversa; a anormalidade da pelve materna; a incompatibilidade feto-pélvica assim como os tumores prévios e a presença de herpes genital ativo. Dentre as contra-indicações relativas cabe destacar a FCF não tranquilizadora; a macrossomia fetal; a gestação gemelar; a doença cardíaca materna e as alterações na quantidade de líquido amniótico (Almeida, Alexandre & de Jesus, 2017).

Existem diferentes métodos de ITP, que podem ser divididos em dois grandes grupos: métodos farmacológicos e métodos mecânicos. Dentro dos métodos farmacológicos encontramos as prostaglandinas e a ocitocina. Os métodos mecânicos incluem a sonda de Foley, a rotura de membranas e o descolamento de membranas no segmento inferior (DGS, 2015; Almeida et al., 2017). Antes de iniciar a indução é necessária a escolha do melhor método com o objetivo de evitar que o processo seja demorado, exaustivo e que haja falhas na indução assim como alterações na contratilidade uterina. Esta escolha vai depender das condições do processo de maturação cervical. Alguns parâmetros a considerar na mesma são: a efetividade, a segurança, o custo, a facilidade de administração e o conforto para a mulher, devendo ser avaliados de forma a proporcionar os melhores cuidados que beneficiem tanto a mãe como o feto. Atualmente existem dois tipos de prostaglandinas utilizadas na ITP, por um lado a dinoprostona, que é uma prostaglandina do tipo E2, a qual é mais utilizada para a maturação cervical já que melhora as condições cervicais sem elevar a incidência de partos instrumentados aumentando o sucesso de parto vaginal em 24 horas (Souza et al., 2013). Esta pode encontrar-se em forma de gel ou de dispositivo de liberação prolongada, sendo que este último é o utilizado no CHPVVC. Este dispositivo de liberação prolongada atua durante 24h retirando-se ao fim das mesmas. No caso de o TP deflagrar antes deste tempo o dispositivo deve ser retirado. Por outro lado, o misoprostol é uma prostaglandina E1 que estimula o miométrio, promove o relaxamento da musculatura lisa facilitando a dilatação do colo uterino e permite o aumento do cálcio intracelular, promovendo assim a contração uterina. Pode ser administrado por várias vias sendo que a vaginal é a mais comum devido a que nesta forma existe uma maior

biodisponibilidade. Além disso o misoprostol tanto por via oral quanto sublingual necessita de doses três a quatro vezes maiores do que a via vaginal (Souza et al., 2013). O ACOG (2009) preconiza nas gestações de termo doses de 25 a 50 microgramas de misoprostol por via vaginal cada três a seis horas. As vantagens do misoprostol são: baixo custo, fácil armazenamento e simplicidade de uso, não obstante o seu uso está contraindicado em presença de cicatriz uterina ou cesariana anterior mesmo que utilizado em baixas dosagens uma vez que pode apresentar alguns efeitos adversos como a hiperestimulação uterina, que pode traduzir-se em hipertonia e taquissístolia uterina podendo dar lugar a rotura uterina (Almeida et al., 2017). Outro método farmacológico é a ocitocina, sendo este o método mais utilizado em todo o mundo por sua ação rápida, a rápida eliminação após a sua suspensão e a menor incidência de hiperestimulação uterina. Geralmente a ocitocina é administrada por via endovenosa, através de bomba perfusora utilizando-se habitualmente uma dose de 10 UI diluída numa solução isotónica. Deve ser utilizada de forma controlada pois a ocitocina é antidiurética, podendo aumentar o risco de intoxicação hídrica e hiponatremia (Souza et al., 2013). Os métodos mecânicos têm vindo a ser substituídos pelos métodos farmacológicos. Dentre eles cabe destacar a amniotomia, que consiste na rotura da bolsa amniótica, com a conseqüente liberação de prostaglandinas que desencadeiam as contrações uterinas ou as intensificam no caso de estas já se terem iniciado. Este procedimento não está isento de riscos como o prolapso de cordão e corioamnionite devendo ser realizado quando a cabeça do feto está bem apoiada e fixa. Este método auxilia na condução do TP, mas não deve ser utilizado com método de ITP de forma isolada (OMS, 2011).

Durante a prática clínica os métodos mais utilizados foram os farmacológicos sendo que dependendo das condições do colo uterino e do estágio do TP era dada preferência a um sobre os outros. Assim, quando as mulheres apresentavam um índice de Bishop baixo o método utilizado era a dinoprostona através do dispositivo de liberação prolongada, permanecendo este dispositivo um máximo de 24 horas dentro da vagina. Quando o colo tinha condições favoráveis era administrado o misoprostol, sendo que na maioria das vezes era utilizada a via vaginal sendo a dose prescrita 25 microgramas. Após a colocação do comprimido era recomendado às mulheres que ficassem no leito de 30 minutos a uma hora com o intuito de dar as melhores condições que potenciassessem a sua absorção. No caso de ser administrado por via oral a dose era de 50 microgramas. Habitualmente a ocitocina era utilizada associada a outro método de indução, assim após a realização da amniotomia quando esta não tinha o efeito desejado e as contrações uterinas não se desencadeavam ou intensificavam.

Um dos desafios da ITP é a monitorização dos possíveis riscos/ complicações que esta pode ter, sendo de extrema importância a vigilância do bem-estar fetal e da evolução do TP já que, de acordo com Souza et al. 2010, a taxa de alterações da FCF pode chegar a 5%. A RCOG (2001), preconiza a avaliação do bem-estar fetal por CTG em todas as gestações submetidas à ITP. É recomendado que nas mulheres com gestações de baixo risco e submetidas a ITP seja realizada CTG aquando da admissão e que durante a indução esta seja contínua ou pelo menos

durante 30 minutos após a aplicação de cada método de indução. Quando deflagrado o TP, deve-se realizar a CTG pelo menos nos 30 minutos iniciais para confirmar a normalidade da FCF e a ausência de hiperestimulação uterina, descartando a presença de taquissístolia uterina (definida como cinco contrações uterinas em um intervalo de 10 minutos ao longo de pelo menos 20 minutos) ou de hipertonia uterina (caracterizada por contrações com duração superior a dois minutos). A auscultação intermitente pode ser usada posteriormente (Souza et al., 2010). No serviço a CTG continua era realizada aquando da administração da perfusão de ocitocina uma vez que o efeito colateral mais frequente é o sofrimento fetal agudo decorrente da diminuição da perfusão placentária dependendo os seus efeitos adversos da dosagem utilizada assim como do ritmo e da duração da perfusão (Jonsson, 2015).

Ao refletir acerca da ITP é de suma importância que a(o) EEESMO tenha o conhecimento acerca das indicações, contraindicações e riscos da ITP baseando-se nas evidências científicas mais atuais uma vez que a compreensão destes fatores pode contribuir a reduzir eventuais falhas na indução assim com as suas complicações. Também é necessário oferecer a oportunidade à mulher/ casal de fazer questões e perceber os possíveis riscos e benefícios, uma vez que é recomendado que antes de iniciar a indução as mulheres sejam informadas quanto aos cuidados e riscos do tratamento como parte integral de tomada de decisão (OMS, 2020). Neste sentido, uma revisão da *Cochrane* salienta que a discussão do procedimento da ITP, dos riscos, benefícios e complicações ajuda as mulheres a fazer uma escolha informada e influencia a sua satisfação com o procedimento (Middleton et al., 2020). Durante a minha prática clínica deparei-me com mulheres/casais que não tinham sido informados acerca da ITP com antecedência, não sabiam o que esperar, não estavam devidamente informados acerca dos procedimentos nem das possíveis complicações sendo que este desconhecimento provocava sentimentos de incerteza e ansiedade. Também foi constatado que uma parte das parturientes submetidas a ITP, quer com utilização de prostaglandina quer com ocitocina, apresentaram ao longo do TP traçados cardiotocográficos não tranquilizadores e sugestivos de sofrimento fetal sendo que em alguns casos foi decidida, após partilha de informação e discussão multidisciplinar, a realização de uma cesariana emergente.

Outra das intervenções mais desafiante resultantes da prescrição foi a administração de analgesia por via epidural. A dor é um fenómeno perturbador de expressão emocional e física, sendo que a dor de parto é referida por algumas mulheres como a dor mais forte experimentada na sua vida. Durante o TP uma grande parte das parturientes solicitaram analgesia por via epidural quando tinham dor ou quando os métodos não farmacológicos de alívio da dor não estavam a ser eficazes. A analgesia epidural é uma forma eficaz de alívio da dor durante o TP e consiste na punção do espaço epidural a nível lombar, geralmente L3-L4 ou L4-L5 com a administração de uma mistura analgésica. Para a administração da mesma é necessário a colocação de um cateter no espaço epidural que permite a administração contínua ou intermitente de analgésicos que bloqueiam as fibras nociceptivas, sendo a mistura mais utilizada composta por um anestésico local e um opióide. Este procedimento pode ser realizado

com a parturiente na posição de sentada ou em decúbito lateral (Guerra, 2016). Embora a analgesia por via epidural seja utilizada pela maioria das mulheres e proporcione um alívio efetivo da dor durante o TP não esta isenta de riscos, assim, segundo Lança (2017) os efeitos adversos descritos na literatura são prurido, hipotensão materna, náuseas, vômitos, tremores intensos, retenção urinária, aumento da temperatura dos membros inferiores e complicações neurológicas e hemorrágicas tais como hematoma epidural, subdural e angiomas. Em contexto de estágio os efeitos colaterais mais observados foram o prurido, a retenção urinária, as náuseas e a hipotensão materna. Além destes efeitos adversos, a analgesia por via epidural encontra-se associada a desfechos negativos tal como o aumento do risco de parto distócico, sendo que com o intuito de minimizar este efeito adverso em muitas instituições a analgesia epidural é interrompida na fase tardia do TP com o objetivo de promover a capacidade da mulher para realizar os esforços expulsivos. Contrariamente a isto, numa revisão da Cochrane realizada por Torvaldsen, Roberts, Bell e Raynes-Greenow (2004) os estudos encontrados demonstraram que não existem evidencias suficientes para apoiar esta prática uma vez que a interrupção da analgesia epidural no final do TP não reduzia a taxa de parto instrumentado. Neste sentido, outra revisão da Cochrane evidenciou que não havia diferença clinicamente significativa no risco de cesariana e de partos instrumentados quando a analgesia epidural era administrada de forma tardia comparativamente quando era administrada de forma precoce (Sng et al., 2014). Durante a prática clínica a colocação do cateter epidural era realizada pelo anestesista, administrando a primeira dose de analgesia aquando da colocação do mesmo. As seguintes doses eram administradas pelas EEESMO, em bólus, seguindo a prescrição clínica. A administração em bólus, comparativamente à infusão contínua, ajuda no controlo da dor, diminuindo a quantidade de anestésico necessário, o que favorece a manutenção da sensibilidade corporal e consequente mobilidade assim como aumenta a satisfação materna (Sng et al., 2018).

A intervenção da(o) EEESMO durante este processo consiste em informar e esclarecer a grávida/casal sobre a analgesia disponível no serviço para capacitar a tomada de decisão consciente e informada. Neste sentido a grávida /casal era informada(o) acerca da analgesia por via epidural durante a intervenção de preparação para o parto, na consulta individualizada de plano de parto, sendo que no caso de não ter realizado esta preparação eram informados no momento da admissão. Também eram esclarecidos sobre a possibilidade de solicitar a analgesia por via epidural em qualquer momento do TP, desde que cumpridos os critérios de segurança implícitos para a realização técnica do procedimento. A(O) EEESMO também deve supervisionar a grávida durante a administração medicamentosa de forma a detetar precocemente algum efeito adverso e implementar diferentes intervenções para os minimizar. Neste sentido, durante a prática clínica um dos desafios da assistência a mulher durante o TP foi a vigilância dos efeitos secundários da analgesia epidural. A minha atuação como futura EEESMO foi vigiar e incentivar a eliminação vesical. Sempre que estive na presença de sinais como: diminuição da frequência ou volume urinário e/ou presença de globo vesical foi avaliada a necessidade de realização do procedimento de esvaziamento intermitente. Outra intervenção implementada foi a monitorização do bem-estar fetal através da CTG antes, durante e após a colocação do

cateter epidural e sempre que era administrada uma dose de manutenção, e do bem-estar da parturiente através da avaliação da pressão arterial, de forma a prevenir a hipotensão. Assim mesmo, passados 30-45 minutos da administração da medicação analgésica a parturiente era avaliada quanto à sua resposta a nível de bloqueio motor e equilíbrio, utilizando a escala Bromage, de modo a avaliar a segurança e a não existência de impedimentos para a deambulação e a mudança de posição.

### **2.3. Diagnóstico: trabalho de parto**

O TP pode ser entendido como o conjunto de fenómenos fisiológicos pelo qual o feto e a placenta saem do útero pela vagina (Hutchison, Mahdy & Hutchison, 2021). Pode dividir-se em três estádios, sendo que o primeiro estágio corresponde à fase de dilatação, o segundo estágio ao período expulsivo e o terceiro e último estágio à saída da placenta ou dequitação (NICE, 2017). Embora a determinação do início do TP pode ser imprecisa, geralmente tem início com as contrações uterinas em intervalos de aproximadamente três a cinco minutos (Hutchison et. al, 2021).

O primeiro estágio do TP, denominado período de dilatação, inicia-se com as contrações uterinas e termina na dilatação completa do colo uterino, e subdivide-se em duas fases: a fase latente e a fase ativa. De acordo com a OMS (2018) a fase latente caracteriza-se por alterações variáveis do colo do útero com algum grau de extinção em presença de contrações uterinas dolorosas e progressão mais lenta da dilatação até atingir os cinco centímetros. Já a fase ativa, é caracterizada por contrações uterinas regulares com extinção cervical considerável e dilatação de progressão mais rápida, até atingir a dilatação completa, ou seja, os 10 centímetros (OMS, 2018). Segundo os mesmos autores, não existe uma duração padrão da fase latente do período de dilatação sendo que esta pode variar amplamente de uma mulher para outra. Não obstante, a duração da fase ativa, isto é, a partir dos cinco centímetros de dilatação habitualmente não excede das 12 horas para as primíparas e das 10 horas para as múltiparas.

O colo uterino é formado por um canal cervical fechado que no final da gestação sofre alterações com a presença das contrações uterinas; a extinção, que consiste na substituição do canal cervical por um orifício circular simples; o amolecimento, e por último, a anteriorização do mesmo em relação a posição da vagina. Considera-se que a dilatação cervical atinge os 10 centímetros de dilatação quando não é possível tocar tecido do colo uterino à frente da apresentação fetal. É importante ressaltar que a progressão do feto no canal do parto continua após atingir a dilatação completa (Fatia & Tinoco, 2016). De forma geral, nas nulíparas ocorre primeiro a extinção e depois a dilatação e nas múltiparas ocorrem em simultâneo.

O segundo estágio do TP, denominado período expulsivo, decorre desde a dilatação completa do colo uterino até a saída do feto (OMS, 2018). Ao longo deste período a mulher sente vontade de puxar pois quando a apresentação fetal está na cavidade pélvica esta exerce pressão sobre o reto o que estimula a necessidade de realizar esforços expulsivos dando lugar ao que

se conhece como Reflexo de Ferguson (Castan & Homs, 2013). A duração deste período é influenciada por vários fatores, nomeadamente a paridade, o recurso a analgesia epidural, a posição da parturiente, a eficácia das contrações, o tamanho, a apresentação e a situação do feto, a condição física e emocional da parturiente, assim como o apoio recebido por partes dos profissionais de saúde (Fatia & Tinoco, 2016). Segundo a NICE (2017), o período expulsivo em primíparas é de três horas sem analgesia e de quatro horas com analgesia epidural, no caso das múltiparas estes tempos se reduzem sendo de uma hora sem analgesia e de duas horas com recurso a analgesia epidural. Um atraso neste período não deve ser sobrevalorizado desde que exista evolução do TP, o CTG esteja dentro da normalidade e a parturiente confortável (Lowdermilk et. al, 2012). Quando não se verifica uma progressão da dilatação cervical em qualquer destes estádios pode ser considerado TP estacionário, sendo esta a causa mais frequente de cesariana (DGS, 2015). Assim, os mesmos autores consideram TP estacionário: quando a fase latente tem uma duração maior a 20 horas para as nulíparas e 14 horas para a múltiparas; quando não há progressão da dilatação durante quatro horas antes dos seis centímetros ou durante duas horas após os seis centímetros, ou quando o período expulsivo ultrapassa a sua duração máxima sendo esta de duas horas para as nulíparas e uma nas múltiparas, sendo que com recurso a analgesia epidural estes tempos podem aumentar uma hora.

O terceiro período do TP, denominado dequitadura, inicia-se com o nascimento do RN e finaliza com a expulsão completa da placenta. Este período tem uma duração variável, sendo importante que o profissional respeite o tempo fisiológico, que habitualmente não supera os 30 minutos, sendo que no caso de que ocorra uma demora pode-se aguardar de 45 minutos a uma hora. A saída da placenta ocorre em dois momentos, no primeiro a placenta descola-se da parede uterina e desce para o segmento inferior e/ou vagina, e no segundo a placenta sai através do canal do parto (Fatia & Tinoco, 2016).

Segundo Fatia e Tinoco (2016), existem dois mecanismos de descolamento da placenta. No mecanismo Schultze a separação da placenta inicia-se pela zona mais central, aparecendo em primeiro lugar na vagina a superfície fetal, superfície mais brilhante, sendo que o sangramento ocorre após a expulsão da placenta. Este mecanismo é o mais habitual, dando-se no 75% dos casos. O mecanismo Duncan é caracterizado pelo início da separação da placenta na parte periférica, sendo que a placenta desce lateralmente apresentando-se na vagina a superfície materna, mais encrespada, acompanhada de um contínuo e discreto sangramento. Este mecanismo é menos comum, ocorrendo no 25% dos casos. De acordo com os mesmos autores, os sinais de dequitadura são: a mudança de forma do útero, passando de uma forma discoide para ovoide a medida que a placenta desce para o segmento inferior, a presença de contrações uterinas, a saída súbita de sangue pela vulva e por último o aumento aparente de cordão conforme a placenta desce para o introito vaginal. De forma a verificar o descolamento da placenta pode ser utilizada a manobra de Kustner, que consiste em colocar o bordo externo da mão acima da sínfise púbica e fazer pressão na vertical em direção à coluna vertebral e

observar o cordão umbilical. Se o cordão retrai, a placenta ainda não descolou, se o cordão se mantém na mesma posição, significa que a placenta já descolou (Sequeira, Prata, Correia, Henriques & Monteiro, 2020). No caso de que o profissional de saúde decida adotar uma gestão ativa da dequitação de forma a diminuir o risco de hemorragia pós-parto pode administrar fármacos uterotônicos, os quais estimulam a contração do músculo liso do útero, sendo o fármaco mais utilizado a ocitocina. Também pode ser realizada a manobra de Brandt-Andrews que consiste na tração cuidadosa e controlada do cordão umbilical após verificar o descolamento da placenta. Com uma mão se deve efetuar pressão moderada suprapúbica sobre o útero empurrando a placenta para baixo e com a outra fazer tração controlada do cordão (Sequeira et al., 2020). Durante a exteriorização da placenta, esta deve ser apoiada, usando o seu próprio peso, podendo usar a manobra de Dublin, que consiste na realização de movimento rotativos com a placenta de forma a facilitar a saída completa das membranas evitando a sua rutura e retenção na cavidade uterina. As principais complicações que podem surgir durante este período são: a retenção da placenta, a dequitação incompleta, a atonia uterina, a inversão uterina e o traumatismo do canal de parto (Fatia & Tinoco, 2016).

De acordo com as definições previamente estabelecidas, o internamento da parturiente deveria ser apenas realizado quando se verificasse a fase ativa de TP (OMS, 2018; ACOG, 2017). De facto, verificando-se o bem-estar materno e fetal (ACOG, 2017) o internamento poderia ser protelado até a dilatação cervical se encontrar nos 5 centímetros, (OMS, 2018), uma vez que de acordo com Satin (2021) o internamento durante a fase latente do TP está associado a maior duração deste. No entanto, por vezes verifica-se esta necessidade pois a presença de contrações uterinas pode ser tradutora de dor e desconforto, sendo necessário adequar os cuidados a cada parturiente especificamente. Por essa razão, o estabelecimento de fase latente ou fase ativa de TP é algo francamente subjetivo, devendo ter em atenção diversos fatores tais como: o estado psicológico da parturiente, a fadiga, a paridade, a dilatação e extinção do colo uterino, as patologias associadas, a distância do hospital e o estado fetal (Satin, 2021). Neste sentido, ao longo do estágio foi possível verificar que quando as parturientes recorriam ao serviço de urgência com queixas sugestivas de contrações uterinas e se verificava o encurtamento e amolecimento do colo uterino (mesmo não se encontrando em fase ativa de TP) estas, por vezes, ficavam internadas, pois, tal e como salientam a AAP e ACOG (2017) o internamento durante a fase latente do TP pode ser necessário por vários motivos, incluindo a dor ou fadiga materna.

#### **2.4. Avaliar a evolução do trabalho de parto**

A avaliação da evolução do TP e parto exige ter atenção a diferentes aspetos, nomeadamente, a posição, consistência, extinção e dilatação do colo do útero; a posição, apresentação e variedade fetal, a contratilidade uterina; a dor de TP, o bem-estar fetal, assim como as queixas/ expressões da parturiente.

O registo da evolução do TP pode ser realizado através de diferentes meios, sendo que durante a prática clínica este foi efetuado com recurso ao partograma, ao SClínico e Obscare, programas informáticos para a documentação dos cuidados utilizados no CHPPVC. O partograma consiste na representação gráfica do TP no qual se registam as observações do mesmo. O seu principal objetivo é permitir aos profissionais de saúde monitorizar o bem-estar materno e fetal e a progressão do TP (Bedwell, Levin, Pett, & Lavender, 2017). Segundo a OMS (2015) constitui um instrumento que permite eliminar o caráter subjetivo do diagnóstico e facilitar a tomada de decisão, evitar intervenções obstétricas consideradas desnecessárias e de forma geral melhorar o acompanhamento do TP através do registo da dilatação e extinção do colo do útero, descida da apresentação, FCF, integridade das membranas e contratilidade uterina, sendo estes alguns dos indicadores, que tal e como referido anteriormente, permitem avaliar a progressão do TP (Rocha et al. 2009). É importante salientar que embora o partograma aporte informação acerca da evolução do TP, este varia de parturiente para parturiente pelo que cada um deve ser analisado individualmente de forma a evitar intervenções desnecessárias associadas ao TP estacionário, tais como o aumento da realização de amniotomia, o uso da ocitocina ou de analgesia epidural. Neste sentido, a revisão sistemática realizada por Lavender, Cuthbert e Smyth (2018) recomenda a realização de mais investigações acerca dos efeitos da utilização do partograma como parte do padrão standard e cuidados.

No decorrer do TP importa prestar atenção as expressões e necessidades da parturiente, pois no decorrer do estágio foi possível verificar como as mulheres referiam uma sensação de pressão na cavidade pélvica, associada e descrita como vontade de “ir à casa de banho” e uma necessidade de fazer força quando atingiam a dilatação completa. Este aspeto é explicado, segundo Fatia e Tinoco (2016), pelo facto de que uma vez que a apresentação se encontra na cavidade pélvica esta exerce pressão sobre o reto estimulando a necessidade de efetuar esforços expulsivos, o que é conhecido como “Reflexo de Ferguson”. Neste sentido, Dy (2014, p. 235) salienta que alguns dos sinais do começo do período expulsivo são: *“aumento do sangramento, impulso de realizar esforços expulsivos coincidentes com a contração, sensação de pressão sobre o reto, acompanhada pela vontade de defecar e náuseas e vômitos”*.

Outro procedimento importante na atividade de vigilância e evolução do TP foi o exame vaginal, também denominado toque vaginal. Este exame permite obter dados relevantes para o processo de tomada de decisão, tais como a dilatação, a consistência e a posição do colo, a posição e apresentação fetal, o nível de descida da apresentação fetal em relação à pelve materna e, ainda, o estado das membranas amnióticas. Contudo, não é um bom método para prever exatamente quando vai a ocorrer o parto pois o TP e a velocidade da dilatação do colo variam entre as mulheres, e na mesma mulher a cada parto (Downe, Gyte, Dahlen & Singata, 2013). Além disso este procedimento não é encarado da mesma forma por todas as mulheres, podendo ser considerado desconfortável ou doloroso e um fator de grande ansiedade. Neste sentido, as recomendações mais recentes salientam que é essencial os profissionais terem a certeza de que a avaliação do colo uterino é realmente necessária e que tem o potencial de

acrescentar informações relevantes para o processo de tomada de decisão, recomendando-se a realização em intervalos de quatro horas na fase ativa do TP (OMS, 2018). Contudo, a revisão realizada por Downe et al. (2013) salienta que não existe evidência científica que justifique ou contraindique este procedimento no que toca à sua frequência e eficácia mesmo considerando que este é desagradável e invasivo para as parturientes e está associado ao aumento do risco de infecção e traumatismo dos tecidos (Dixon & Foureur, 2010). Posto isto, e tal e como defende Graça (2017), o toque vaginal deve ser realizado apenas quando necessário, isto é, quando ao longo do TP se observam alterações significativas da atividade uterina, com aumento do número ou da intensidade das contrações uterinas, o que nos pode indicar mudanças na evolução do TP, em casos de alterações da FCF, mais concretamente na presença de desacelerações, pois a presença das mesmas pode estar explicada pela compressão da cabeça do feto na cavidade pélvica, sendo importante verificar a posição fetal, ou quando a parturiente manifeste pressão na região perineal ou vontade de fazer esforços expulsivos, de forma a verificar que a dilatação esta completa, pois segundo Dy (2014) os esforços expulsivos na presença de colo uterino possuem efeitos negativos tais como: edemaciar o colo uterino; retardar a dilatação, aumentar a fadiga materna e distender os ligamentos podendo, posteriormente, causar um prolapso.

Durante a evolução do TP é fundamental avaliar o bem-estar materno e fetal, sendo que durante a prática clínica esta foi realizada com recurso à CTG uma vez que esta permite detetar alterações tanto a nível do traçado da FCF, como a nível da contratilidade uterina. Existem dados que nos possibilitam definir um traçado cardiotocográfico, sendo estes: a linha basal da FCF, que é o valor médio da FCF em 10 minutos, excluindo acelerações, desacelerações e períodos de variabilidade marcada; a variabilidade da linha de base, definida como as flutuações da linha basal da FCF, determinadas pela diferença, em batimentos por minuto (bpm), entre o pico mais alto e mais baixo da FCF em um minuto; as acelerações, que são um aumento abrupto da FCF; as desacelerações, definidas como episódios de diminuição transitória da FCF em mais de 15 bpm abaixo da linha basal e com uma duração superior a 15 segundos, sendo que existem diferente tipos; e por último, a contratilidade uterina, na qual se quantificam o número de contrações uterinas que ocorrem em 10 minutos (Santana & Figueiredo, 2016). Para que um traçado cardiotocográfico seja normal, também chamado tranquilizador, existem uma série de parâmetros que devem ser cumpridos: FCF basal de 110 a 160 bpm; variabilidade longa de 5 a 25 bpm na maioria do traçado; acelerações (pelo menos duas durante 50 minutos); ausência de desacelerações exceto se forem esporádicas ( $\leq 2$  em 50 minutos) com duração inferior a 2 minutos. Um traçado é denominado suspeito quando não estão presentes uma ou mais características mencionadas anteriormente, isto é, quando apresenta uma variabilidade inferior a 5 bpm por pelo menos 60 minutos, na ausência de fármacos que a alterem, padrões sinusoidais ou pseudosinusoidais, ou se forem verificadas desacelerações prolongadas ou repetitivas, quando presentes em mais de 50% do traçado. Torna-se importante conhecer os critérios que definem um traçado patológico de forma a intervir em tempo útil com o objetivo de promover o bem-estar do feto e da parturiente assim como evitar complicações (Ayres-de-Campos e Bernardes, 2010).

No contexto da prática clínica surgiram situações de taquicardia e bradicardia fetal, embora pouco frequentes. El-Chaar (2014) define a taquicardia como a FCF superior a 160 bpm, salientando como principal causa a febre materna. Assim, quando nos deparamos com esta situação, monitorizamos a temperatura corporal da parturiente e informamos o médico obstetra que, quando aumentada, prescrevia para a administração de paracetamol endovenoso. O mesmo autor, define a bradicardia como valores inferiores a 110 bpm e refere que as suas causas são variáveis podendo ser: fisiológicas, a posição materna, a compressão do cordão umbilical, entre outras. Em algumas ocasiões também foram detetadas desacelerações na monitorização do traçado da FCF, sendo que estas variaram entre precoces, tardias e ainda surgiu, em raros casos, as prolongadas. Todas devem ser chamadas de atenção para a(o) EEESMO, contudo a desaceleração prolongada, caracterizada por Santana e Figueiredo (2016, p. 395) como a “*diminuição da FCF  $\geq 15$ bpm,  $\geq 2$  minutos, e  $< 10$  minutos de duração*”, foram as mais preocupantes uma vez que a sua presença indica sofrimento fetal o que se traduz em uma intervenção rápida e precisa.

A monitorização por CTG pode ser realizada de forma intermitente ou contínua sendo que as recomendações atuais da OMS (2018) salientam que durante o TP deve dar-se preferência a auscultação intermitente da FCF para parturientes de baixo risco. Neste sentido uma meta-análise da Cochrane concluiu que a monitorização intermitente tem benefícios em relação à monitorização contínua, visto que a monitorização contínua não diminui as taxas de mortalidade perinatal e paralisia cerebral e aumenta em 20% o risco de cesariana e de partos instrumentalizados, em mulheres com gestação de baixo risco, pela elevada taxa de resultados falso-positivos que indicam falsamente comprometimento fetal (Alfirevic, Devane, Gyte & Cuthbert, 2017). Assim, o uso da monitorização CTG de forma contínua não é recomendado quando realizado por rotina, visto não estarem comprovadas melhorias significativas relativamente ao prognóstico neonatal, impedir a livre deambulação materna e aumentar a morbidade materna (Chalmers et al., 2009). Ao longo do estágio, tal e como recomendado, foi priorizada a monitorização intermitente da FCF, sendo esta realizada durante 30 minutos a cada duas horas durante a fase latente, e cada 30 minutos na fase ativa do TP (AAP & ACOG, 2017). Contudo, quando existiam fatores de risco, como febre materna, LA com mecónio ou indução do TP com ocitocina, a monitorização era realizada de forma contínua, sendo avaliado o traçado cada 15 minutos (AAP & ACOG, 2017).

## **2.5. Facilitar o trabalho de parto: intervenções de enfermagem e critérios para a sua implementação**

Uma das intervenções implementadas durante a prática clínica mais significativa para mim foi assistir a parturiente na alternância de posições ao longo do TP. As diferentes posições adotadas pela parturiente durante o TP podem afetar as adaptações anatómicas e fisiológicas da mesma facilitando a descida e saída do feto, nomeadamente a descida, o encravamento e a rotação da cabeça (Lowdermilk et. al, 2012). A alternância de posições ao longo do TP está

associada a diminuição da dor e uma maior eficácia das contrações, o que facilita a descida do feto ao longo do canal de parto (Hickey e Savage, 2019). Assim sendo, este aspeto tem influência no período expulsivo, reduzindo a duração do mesmo, além de diminuir o trauma perineal (Zwelling citado por Hickey & Savage, 2019). Contudo, esta escolha é influenciada pela situação da mulher ou do feto, pelo ambiente que a rodeia e pela confiança do profissional de saúde em assistir o parto numa posição específica (Lowdermilk et. al, 2012).

Ao longo da prática clínica as mulheres foram incentivadas a “ouvir o seu corpo” e a adotar a posição mais confortável para elas, de forma a contribuir para uma experiência de parto positiva e segura, pois, tal como recomenda a OMS (2018), durante o TP as mulheres de baixo risco, com ou sem analgesia por via epidural, devem ser incentivadas a adotar a posição de parto de sua preferência, incluindo as posições verticais. A posição ginecológica ou de litotomia, de acordo com Calais e Vives-Parés (2009) apresenta como vantagens a redução do risco de hemorragia, facilita a monitorização contínua, é compatível com a analgesia epidural e pode ser a mais confortável para o profissional. Como desvantagens pode aumentar a taxa de episiotomias, aumentar a taxa de partos instrumentalizados e ter menor liberdade de movimentos para a parturiente. A posição de sentada ou semi-sentada tem como vantagens aumentar a eficácia e duração das contrações uterinas, proporcionar maior bem-estar e autonomia para a parturiente, aliviar a dor na região lombar e ser compatível com a analgesia epidural também sem se observarem desvantagens. Nesta posição, de acordo com Mineiro, Rito, Cardoso e Sousa (2016), a mobilidade da bacia encontra-se limitada pelo facto de o sacro não estar livre, devendo-se devolver alguma mobilidade e potenciar o aumento do diâmetro do estreito inferior. Para conseguir este efeito podem ser utilizados discos insufláveis além de barras de apoio, nas mãos e nos pés, para auxiliar as mulheres no momento do puxo. Neste sentido Oppenheimer e Black (2014) salientam que a eficácia dos esforços expulsivos aumenta caso a mulher tenha, ao seu alcance, um objeto sólido para segurar, sendo que durante o estágio algumas parturientes optaram por puxar as suas próprias pernas, agarrando-as pela parte posterior das coxas. A posição de decúbito lateral, ou Sims, tem como vantagens: proteger o períneo; prevenir a síndrome de hipotensão supina; aumentar a eficácia das contrações uterinas e ser compatível com a analgesia epidural, não apresentando desvantagens. Nesta posição pode ser utilizado a “*peanut ball*”, que proporciona um maior conforto à mulher além de permitir o aumento do espaço pélvico. Hickey e Savage (2019) salientam que a “*peanut ball*” consegue aumentar o diâmetro pélvico, criando mais espaço para a descida fetal, quando utilizada em parturientes com analgesia epidural. Esta posição também pode facilitar a rotação da cabeça fetal pois ao sabermos a posição em que o feto se encontra, podemos solicitar à parturiente que se vire para o lado contrário, de forma a aumentar o diâmetro interespinhoso e o estreito inferior desse mesmo lado. Esta atuação vai favorecer não só a rotação interna como a descida do feto pelo canal de parto e, ainda, diminuir a dor ou o desconforto associado à contração uterina (Mineiro et al., 2016). A posição de quatro apoios apresenta como vantagens aliviar a dor na região lombar, proporcionar maior conforto para a parturiente, proporcionar maior elasticidade ao períneo, favorecer a descida fetal, reduzir a dor perineal no pós-parto e

a percepção de um parto mais curto, não sendo observadas desvantagens (Calais & Vives-Parés, 2009). Para auxiliar a mulher nesta posição pode ser utilizado um banco de partos insuflável ou uma bola de parto permitindo o apoio do abdômen e da cabeça de forma a proporcionar um maior conforto. Por último, as posições verticais (cócoras ou em pé) apresentam como vantagens: redução da duração do período expulsivo; redução da taxa de episiotomias e partos instrumentados; menor necessidade de ocitocina e diminuição da dor; e apresentam como desvantagens: o aumento da incidência de lacerações de 2º grau, de hemorragia pós parto e por poderem ser de difícil manutenção durante o parto aumentam a necessidade de recorrer a equipamentos auxiliares como o banco de partos (Calais & Vives-Parés, 2009). Na posição de sentada no banco de partos, deve ser incentivada a adoção da posição correta, orientando a mulher para não se apoiar sobre a parte posterior dos ísquions, uma vez que compromete a mobilidade do sacro (Mineiro et al., 2016).

Durante muito tempo a posição mais comumente adotada durante o TP era a posição de litotomia ou ginecológica, isto porque, entre outras vantagens, permite um melhor acesso aos profissionais de saúde para a realização das diferentes intervenções, nomeadamente, monitorização do bem-estar fetal, avaliação da evolução do TP através do toque vaginal, entre outras. As posições verticais são aquelas que proporcionam um ângulo superior a 45 graus entre o tronco e os membros inferiores da mulher, estando incluídas a posição de cócoras, ajoelhada, de pé, sentada e de quatro apoios. Nestas posições, o efeito da gravidade tem uma maior influência favorecendo a descida da apresentação fetal e fazendo com que a cabeça fetal pressione constantemente o colo uterino o que estimula os recetores do pavimento pélvico induzindo o seu estiramento progressivo. Existe também uma maior eficácia das contrações uterinas, sendo menos frequentes, mas mais intentas, o que ajuda a encurtar o TP uma vez que os esforços expulsivos são mais eficazes. Por último, há uma melhoria do fluxo uteroplacentário uma vez que ao estar numa posição vertical o útero não comprime os grandes vasos maternos, constatando-se menos alterações do CTG ao longo do TP (Lawrence, Lewis, Hofmeyr & Styles, 2013). Existem alguns estudos que comparam as vantagens da adoção de posições verticais VS posições horizontais no TP. Assim, Lawrence et al. (2013) salientam que existem evidências claras e importantes de que o movimento e a adoção de posições verticais durante a primeira fase do TP reduzem a duração do TP, assim como o risco de parto instrumentado e a necessidade de analgesia epidural. Ao mesmo tempo destacam que a adoção destas posições não parece ter efeitos negativos sobre o bem-estar materno ou fetal. Por sua parte, na revisão desenvolvida por Gupta et al. (2017) é realçado que as posições verticais associam-se também a uma redução na duração do segundo período do TP, uma diminuição no número episiotomias assim como do número de partos instrumentados e cesarianas. Em contraposição as posições verticais estão relacionadas com uma maior perda sanguínea. Importa referir que os profissionais de saúde devem fornecer informações claras, consistentes e baseadas na melhor evidência acerca das diferentes posições, de modo que as mulheres percebam os riscos e benefícios de cada uma delas como o intuito de permitir que tomem decisões informadas.

Ao longo da prática clínica as mulheres foram incentivadas a adotar diferentes posições promotoras da mobilidade da bacia de forma a facilitar a descida da apresentação, aconselhando-lhas acerca das vantagens de cada uma e encorajando as mesmas a adotar as posições que lhes eram mais confortáveis durante o TP e parto. Assim, por exemplo, quando a parturiente se sentia confortável era incentivada a colocar-se em posição vertical com as mãos apoiadas na cama e as pernas abertas a altura da anca e realizar movimentos circulares com a bacia de modo a favorecer a descida da apresentação fetal e por conseguinte a evolução do TP. Em outras ocasiões, quando a parturiente referia dor na zona lombar era encorajada a adotar a posição de quatro apoios, podendo esta ser realizada em cima da cama ou num colchão no chão, de forma a diminuir a intensidade da dor. Além de ser um grande contributo para a minha formação também foi um desafio para o processo de aprendizagem pois houve a necessidade de ajustar a forma como era executado o procedimento do parto. Neste sentido tive a oportunidade de auxiliar três mulheres que tiveram o seu parto no banco e várias que tiveram o seu filho em posições laterais. Do meu ponto de vista um dos maiores desafios do parto no banco é conseguir ver a evolução da progressão da apresentação fetal pois para isso é necessário fazer uso de um espelho que deve ser colocado numa posição estratégica de forma a permitir acompanhar a saída do feto. Assim mesmo, como estudante, a colocação das mãos foi outro aspeto relevante pois nesta posição a gravidade exerce muita influência sendo que a saída do RN pode ser muito rápida. Nos primeiros partos foi um desafio aplicar a técnica de “hands off”, pois queria ter a certeza de que o TP estava a evoluir, não obstante, ao longo dos mesmos foi aprendendo a “ouvir” as parturientes e a ter atenção a outro tipo de sinais, como quando as mulheres referiam pressão na zona do reto ou vontade de fazer força.

Outra das intervenções importantes para facilitar o TP das mulheres foi o suporte/apoio contínuo. O suporte contínuo às parturientes tem sido estudado e é definido como uma interação humana intencional entre a(o) EEESMO e a parturiente, com o intuito de promover uma forma positiva de encarar o processo do TP e nascimento (Paes do Amaral & Martins, 2016). Neste sentido, A Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurse, (2000) ressalta que a disponibilidade de apoio contínuo no TP por um EEESMO é um componente imprescindível para promover e alcançar os melhores resultados no parto. As pesquisas recentes evidenciam que as mulheres valorizam e beneficiam da presença de uma pessoa que as apoie durante o TP e parto, sendo que este apoio pode incluir diferentes tipos de suporte. Em primeiro lugar está o suporte físico e conforto, os quais, além de melhorar a satisfação da parturiente na experiência do parto, permitem melhorar o progresso do mesmo. Dentro deste tipo de suporte encontramos o proporcionar um ambiente confortável, nomeadamente a diminuição de ruídos, o ajuste da luz e temperatura ao gosto da parturiente, sendo também determinantes a deambulação e o posicionamento. É ainda importante estimular a eliminação urinária, encorajando a parturiente a esvaziar a bexiga, de forma a evitar a formação do globo vesical. O segundo tipo de suporte é o emocional, definido como uma capacidade para participar e compartilhar os sentimentos da parturiente/ casal. A(O) EEESMO deve estabelecer uma relação de confiança através da comunicação eficaz e deve tentar gerir os níveis de ansiedade que a

parturiente/casal possa ter. Os estudos mostram que a satisfação materna com o processo do parto está mais relacionada com os comportamentos e atitudes dos profissionais de saúde do que, por exemplo, o alívio da dor. O terceiro tipo de suporte está constituído pela informação e instrução, de forma a fornecer ao casal a informação adequada que lhes permita envolverem-se no processo de tomada de decisão, o que proporcionará uma experiência de parto positiva. Em último lugar encontramos o suporte de *advocacy*, o qual abrange as necessidades da parturiente, a sua proteção assim como a assistência a sua tomada de decisão. Transmitir respeito durante o processo bem como o conhecimento das preocupações e das expectativas do casal face ao TP são elementos chave neste tipo de suporte (Paes do Amaral & Martins, 2016). Neste sentido, a revisão realizada por Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert (2017) salienta que o apoio contínuo durante o TP pode ter diferentes vantagens para o TP, nomeadamente uma menor duração do mesmo, o aumento dos partos vaginais espontâneos, a redução do número de cesarianas assim como dos partos instrumentos, e ainda, a diminuição do uso de qualquer tipo de analgesia. Além disso, o apoio contínuo diminui os sentimentos negativos da mulher sobre a experiência do parto.

## **2.6. Contribuir para uma experiência positiva de parto: focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem**

Um dos focos que mereceu maior atenção no decorrer deste módulo foi a “Dor de trabalho de parto” (CIPE® 2019), e as necessidades em cuidados dele decorrentes, nomeadamente a “Capacidade para usar estratégias não farmacológicas para lidar com a dor”. Após uma correta avaliação para a formulação do diagnóstico, foram planeadas diferentes intervenções no domínio da gestão da dor de TP, de modo que estas fossem adequadas às necessidades da parturiente. Existem diversos métodos de avaliação da dor, tais como as escalas numéricas, de faces, visual analógica, qualitativa e as grelhas de avaliação comportamental, sendo que ao longo do estágio foi implementada a escala numérica para a avaliação da intensidade da dor. Atualmente existem disponíveis vários métodos de gestão e controlo da dor do TP, conhecidos como métodos não farmacológicos e métodos farmacológicos. Contudo, a eliminação da dor de TP não se traduz sempre numa experiência mais satisfatória, sendo esta gestão um processo individual para cada parturiente. Ao longo da prática clínica foram implementadas estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor.

No âmbito dos métodos não farmacológicos foram implementadas diferentes intervenções com o intuito de capacitar a parturiente a lidar com a dor. Assim, no decorrer do estágio as mulheres foram incentivadas a utilizar a bola de partos, indicando como devia de ser utilizada e os diferentes movimentos que podiam ser realizados, isto é, em forma de círculos, de infinito, entre outros, uma vez que a utilização da bola de partos promove o relaxamento e ajuda no alívio da dor (Koyyalamudi et al., 2016). Também foi implementada a técnica de massagem, uma vez que este reduz a ansiedade e o estresse, promove o relaxamento muscular,

ajudando no alívio da dor (Coelho, Rocha, & Lima, 2017). Para a implementação desta técnica era explicado ao acompanhante como realizar a massagem, sendo que esta podia ser utilizada juntamente com outras técnicas não farmacológicas, assim, quando a mulher se encontrava na sala de partos o acompanhante era incentivado a colocar-se por detrás para realizar massagem nas costas. Relativamente ao uso da água durante o TP, seja por imersão ou duche, tem sido muito estudado nos últimos tempos, concluindo-se que a imersão durante o primeiro estágio do TP reduz significativamente a percepção da dor sem ter efeito na duração do TP, sem aumentar o número de partos instrumentados nem interferir com o bem-estar fetal (Ferreira, 2016). Embora o serviço de obstetrícia do CHPVVC disponha de uma banheira para realizar imersão durante o TP, não tive a oportunidade de implementar esta intervenção devido ao contexto de pandemia mundial em que o estágio foi realizado, mas tive a oportunidade de orientar as parturientes para a utilização do chuveiro como técnica de relaxamento e de alívio da dor (Coelho et al., 2017). Também foram implementadas outras intervenções como a vocalização, a deambulação, e o movimento livre da bacia enquanto estratégias entendidas por cada parturiente como úteis para lidar com a sua dor.

De acordo com Ferreira (2016), o ambiente é um elemento relevante para que a parturiente lide com a sua dor. Por isso, importa ressaltar a ideia que se queremos que a parturiente/casal obtenha o máximo conforto e um estado de relaxamento temos de trabalhar três aspetos fundamentais como a iluminação do espaço, o odor e o ruído. Assim, para conseguir este ambiente, alguns casais utilizavam a aromaterapia, que consiste na utilização de óleos essenciais retirados de plantas, troncos e raízes que incidindo sobre o sistema límbico vão trabalhar o sentido olfativo, podendo ser utilizados através de queimadores ou evaporadores. Outros optavam pela utilização de música, pois a música contribui para reduzir os níveis de stress, reduzir as emoções negativas e alcançar um elevado nível de relaxamento. Ao longo da prática clínica os casais levaram a sua própria lista de música com canções que, para eles, eram significativas ou que remetiam para memórias felizes. A acupuntura tem sido aplicada no tratamento de diversas doenças com uma ação muito centrada na dor, sendo que esta funciona modificando a percepção da dor ou através da alteração das funções fisiológicas ao estimular o sistema nervoso e a produção de endorfinas que reduzem a dor. Diversos estudos relataram que tanto a acupuntura como a acupressão ajudam a aliviar a dor do TP, aumentando a satisfação da parturiente com o TP e diminuindo o uso de métodos farmacológicos de alívio da dor, quando comparada com o uso de um placebo.

É importante salientar que a filosofia de cuidados do serviço de Obstetrícia do CHPVVC apoia e investe na adoção de métodos não farmacológicos de alívio da dor e existem elementos da equipa de enfermagem que se especializaram em áreas específicas, como a acupuntura, a aromaterapia, entre outras, o que contribuiu positivamente para o sucesso destas técnicas quando aplicadas nas parturientes. Ao longo das experiências clínicas teve-se contacto com casais que moravam fora da área de residência e que optaram pelo CHPPVC, como local de

parto e nascimento do seu filho, porque a filosofia da instituição respeita o TP como processo fisiológico que é e proporciona o cumprimento do plano de parto de cada casal.

Quando os métodos farmacológicos não eram eficazes no alívio da dor as mulheres solicitaram o recurso à analgesia epidural. Não obstante, mesmo com a analgesia epidural, as mulheres continuavam a utilizar medidas não farmacológicas de alívio da dor, pois algumas delas também promovem a evolução do TP.

## **2.7. Facilitar a adaptação à vida extrauterina: intervenções de enfermagem**

Após o nascimento, os cuidados ao RN foram um foco de atenção uma vez que a sua adaptação ao meio extrauterino está fortemente influenciada pelas práticas exercidas pelos profissionais de saúde. Um dos aspetos que levantou mais questões ao longo do estágio e que foi motivo de reflexão crítica por parte da equipa multidisciplinar foi o tempo de clampagem do cordão umbilical. Tanto a OMS (2018) como a ACOG (2014) recomendam a clampagem tardia do cordão umbilical (nunca inferior a um minuto após o nascimento), exceto em situações de emergência. Esta prática é fundamentada pelos benefícios que acarreta para o RN tais como o aumento dos níveis de hemoglobina, com um conseqüente maior aporte de ferro, assim como uma menor incidência de enterocolite necrosante e ainda uma maior adaptação do sistema vascular, sem apresentar riscos para a mulher (OMS, 2014). No entanto, existem alguns riscos associados a esta prática, como são a policitemia e a necessidade de fototerapia nos primeiros dias de vida, no entanto, estes riscos revelam-se mínimos e são facilmente superados pelos benefícios desta prática. É de salientar que o momento da clampagem em condições normais é decisão dos pais pelo que é importante que no período pré-natal o casal seja informado e esclarecido acerca desta temática, explicando as vantagens e desvantagens e oferecendo-lhes ferramentas para uma tomada de decisão livre e consciente.

Outra das intervenções significativas na adaptação à vida extrauterina foi o contacto pele com pele entre mãe e RN logo após o nascimento. Depois de nascer, o RN passa por uma fase denominada inatividade alerta, com uma duração média de quarenta minutos, na qual se preconiza a redução de procedimentos de rotina em recém-nascidos de baixo risco. Nesta fase, deve proporcionar-se o contacto mãe-filho, por se tratar de um período de alerta que serve para o reconhecimento das partes, ocorrendo a exploração do corpo da mãe pelo bebé (Matos et al., 2010). Estes primeiros minutos de vida do RN são considerados como um período curto, sensível e crucial que jamais se repetirá. As evidências apoiam a prática do contato pele com pele após o nascimento, indicando vários benefícios tanto para a mãe como para o RN. As vantagens para a mãe incluem a expulsão mais rápida da placenta, a redução da hemorragia pós-parto e a redução dos níveis de estresse maternos pois os estímulos sensoriais (toque, cheiro e calor) abrangidos neste contacto, constituem um estímulo eficaz que origina a libertação de ocitocina (Abdala & Cunha, 2018). Relativamente ao RN, as vantagens incluem uma diminuição das conseqüências negativas do estresse do parto, uma melhor termorregulação e menos choro, assim mesmo, o contacto pele com pele mostrou vantagens relativamente a amamentação com

um maior sucesso na primeira mamada e um aumento das taxas de amamentação exclusiva (Brimdyr et al., 2020). Além disto, o contacto pele com pele é uma intervenção simples, não dispendiosa e com múltiplos benefícios para o binómio mãe-RN pois contribui para a recuperação materna no período pós-parto bem como para o desenvolvimento psíquico, motor, emocional e social do RN de termo e saudável (Abdala & Cunha, 2018).

De acordo com as recomendações da OMS (2018), logo após o nascimento, o RN deve ser bem seco, de forma a prevenir as perdas de temperatura por evaporação, a estimular a respiração espontânea e a reduzir a necessidade de aspiração de secreções. O RN deve ser colocado sem roupa, diretamente sobre o tórax ou abdómen materno, em posição prona, imediatamente após o parto, a fim de facilitar a adaptação do RN na transição do espaço intrauterino para o extrauterino, sendo uma maneira inicial de evitar a hipotermia assim como de incentivar e promover o aleitamento materno ainda no pós-parto imediato, pois, tal e como salientado por Moore, Bergman, Anderson e Medley (2016) se esse contacto se prolongar por mais de cinquenta minutos, aumenta cerca de oito vezes a amamentação espontânea, podendo ser um fator decisivo no sucesso do aleitamento materno.

O contacto pele com pele implica o contacto imediato e ininterrupto entre a mãe e o bebê por uma hora ou mais após o nascimento, durante o qual o RN passa por nove fases diferentes: choro, relaxamento, despertar, atividade, rastejar, descansar, familiarização, amamentar e dormir (Brimdyr et al., 2020). Ao longo da prática clínica, esta era uma prática intrínseca aos cuidados prestados no serviço de obstetria do CHPPVC sendo executada de forma natural como parte integrante de todo o processo, sendo que nos casos de partos distócicos por cesariana esta opção também era disponibilizada ao pai.

A amamentação na primeira hora de vida foi outra das intervenções desafiantes da promoção do RN à vida extrauterina. Tal como preconiza a OMS (2018), todos os RN, inclusive aqueles com baixo peso, devem ser colocados na mama tão precocemente como seja possível, pois a amamentação na primeira hora de vida constitui um fator protetor contra a mortalidade neonatal devido à colonização intestinal de bactérias saprófitas do leite materno e aos fatores bioativos adequados para o recém-nascido, presentes no colostro (Lönnerdal, 2017). Neste processo de amamentação precoce observamos o reflexo de sucção e deglutição e orientamos na colocação do RN de forma a garantir uma pega correta.

As primeiras horas de vida da criança constituem uma fase sensível, promotora do apego. Desta forma, foram privilegiados o contacto pele com pele e a amamentação logo após o nascimento, na ausência de complicações obstétricas e neonatais. Estas práticas assumiram extrema importância neste processo de ligação mãe-filho e da vinculação, facilitando a aproximação afetiva entre a mãe e o RN. Os casais demonstraram estar agradecidos por lhes ser dado o tempo necessário para conhecerem o seu filho, sendo que esta forma de atuação exige por parte dos profissionais de saúde uma grande capacidade de gestão do tempo e planeamento dos cuidados, o que enquanto aprendiz de EEESMO constituiu um desafio.



### **3.Revisão da literatura: o efeito do relaxamento no TP**

Na atualidade os enfermeiros deparam-se frequentemente com desafios na procura de novos conhecimentos científicos que fundamentem as suas intervenções, e, por conseguinte, possibilitem uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, sendo este um dos objetivos do presente relatório. Para a consecução do mesmo foi realizada uma revisão integrativa da literatura de forma a procurar a melhor evidencia científica.

No decorrer da prática clínica, e mais concretamente na atenção ao TP, foi possível verificar que cada vez mais mulheres estão interessadas em usar formas adicionais de assistência. Neste sentido, o CHPVVC tem integrado no seu plano de cuidados intervenções que promovem o bem-estar das mulheres e dos casais, incluindo terapias complementares. As terapias complementares podem ser definidas como as intervenções que não fazem parte da assistência em saúde mais convencional e estão recomendadas para promover a saúde de forma individual e aumentar o bem-estar. As práticas de terapias complementares vêm sendo utilizadas para auxiliar a assistência no TP, sendo uma estratégia para a redução da dor, stresse e as taxas de cesariana (Cavalcanti, Henrique, Brasil, Gabrielloni & Barbieri, 2019) assim como para melhorar a experiência de parto (Muñoz-Sellés & Goberna-Tricas, 2012). Dentre todas as terapias complementares aquela que suscitou especial atenção foi o relaxamento. O relaxamento pode ser definido como o ato ou efeito de relaxar ou relaxar-se, tendo como objetivo principal produzir o relaxamento natural do corpo, provocando a descida da tensão arterial e aumentando a sensação de bem-estar. As técnicas de relaxamento são geralmente consideradas seguras para pessoas saudáveis, e incluem, entre outros, a imaginação guiada, a musicoterapia, o ioga, a hidroterapia, a acupuntura e o relaxamento muscular, técnicas que visam reduzir o stresse e a percepção da dor (Smith et al., 2018).

#### **3.1.Problemática**

No decorrer da prática clínica foi possível constatar que o TP constitui um desafio fisiológico e psicológico para a mulher, que pode desencadear emoções encontradas, por um lado medo ou ansiedade perante o que vai acontecer, e por outro, emoção e felicidade por conhecer o novo membro que vai nascer. A ansiedade pode ser definida como uma situação transitória caracterizada por apreensão referente à percepção de não poder prever ou controlar eventos novos ou ameaçadores, por desvio do foco de atenção e por sintomas corporais de tensão física. Assim sendo, quando a mulher é exposta a um fator stressante, neste caso, o parto, este poderá causar alterações a nível fisiológico, como taquicardia, elevação da tensão arterial, vasoconstrição dos vasos e vasodilatação dos músculos estriados, além de hiperventilação e diminuição da perfusão sanguínea uterina, sendo que estas alterações podem causar desfechos desfavoráveis ao processo de TP (Cavalcanti et al., 2019). Estudos relatam

que uma resposta exacerbada ao stresse pode levar ao aumento de intervenções durante o TP (Finlayson et al., 2015), de cesarianas (Aguilera - Martín, Gálvez- Lara, Blanco-Ruiz & García-Torres, 2020), podendo também ter um impacto negativo na saúde e bem-estar materno e fetal (Furtado, 2015).

Um dos fatores que pode ser extremamente desafiante para a parturiente é a dor de TP. A dor é uma experiência individual e única, que pode ser afetada por questões de distinta índole, nomeadamente questões fisiológicas, como por exemplo, a posição adotada durante o TP, questões psicológicas, como o stresse e a ansiedade, as quais podem produzir tensão muscular, resultando em um aumento da percepção da dor, questões relativas à qualidade da relação da mulher com o provedor em saúde, ou o tipo de acompanhamento durante o TP (Thomson, Feeley, Moran, Downe & Oladapo, 2019), podendo ainda acrescentar outros, tais como as experiências passadas ou os fatores culturais (Smith et al., 2018). Segundo os mesmos autores a dor durante o TP é causada por diferentes motivos, tais como as contrações uterinas, a dilatação do colo do útero, o alongamento da vagina, do assoalho pélvico e do períneo para conseguir acomodar ao bebé ao longo do canal de parto. Algumas mulheres lidam bem com esta dor sem necessidade de qualquer intervenção, no entanto, outras requerem da implementação de intervenções para o alívio da dor, sendo que o tratamento eficaz da dor tornou-se nos últimos tempos um elemento essencial do plano de cuidados, salientando a OMS (2018) que uma das intervenções prioritárias da(o) EEESMO é ajudar as mulheres a lidar com a sua dor.

Diante deste cenário, cabe salientar a importância da implementação de práticas que auxiliem a assistência do TP e cujo objetivo seja a redução do stresse, da ansiedade e da dor, favorecendo uma experiência de parto positiva. Dentre todas estas práticas foi escolhido o relaxamento, de forma a estudar quais os efeitos do mesmo durante o TP, justificando-se este estudo pela lacuna existente no conhecimento científico acerca da influência do relaxamento sobre o TP.

### **3.2. Procedimentos metodológicos**

De forma a atingir os objetivos previamente delineados e identificar os efeitos do relaxamento no TP foi desenvolvido o presente trabalho de investigação, e mais concretamente uma revisão integrativa da literatura, sendo definida como uma síntese de estudos primários que contêm objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e conduzida de acordo com uma metodologia reprodutível e clara (Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Antunes, 2017). Optou-se por este método de investigação, uma vez que possibilita a análise do conhecimento científico já construído através de estudos anteriores sobre o fenómeno em questão (Soares et. al, 2014). A revisão integrativa revela-se a mais ampla abordagem metodológica de todos os tipos de revisões, possibilitando a seleção tanto de estudos experimentais, como não experimentais para uma compreensão completa do fenómeno em estudo. Assim sendo, permite

a combinação de dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um variado conjunto de propósitos como a definição de conceitos, a revisão de teorias e evidências e, ainda, a análise de problemas metodológicos de um tema particular (Sousa et al., 2017).

De acordo com os mesmos autores, este método de investigação contempla seis etapas, sendo a primeira e mais importante de todo o processo a identificação do tema e definição da pergunta de partida ou questão de investigação. Esta etapa é considerada norteadora na condução da revisão necessitando estar relacionada com um raciocínio teórico e a mesma determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações colhidas de cada estudo selecionado. A segunda etapa consiste na pesquisa nas bases de dados que deve ser ampla e diversificada e, concomitantemente deve ser realizada a definição dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos a incluir na revisão, sendo esta fase primordial para assegurar a validade interna da revisão. A terceira etapa refere-se à colheita de dados dos artigos selecionados que é realizada através de um método previamente estabelecido para garantir que os dados relevantes sejam extraídos na totalidade, minimizando, assim, o risco de erros na transcrição e assegurando a precisão e rigor na validade das informações (Sousa et al., 2017). Neste sentido, a informação recolhida deve compreender a amostra, os objetivos, a metodologia, os principais resultados e as conclusões de cada estudo. Na quarta etapa da revisão integrativa da literatura procede-se à avaliação crítica dos estudos incluídos, sendo essencial analisar o nível de evidência de cada artigo. Para classificar os estudos quanto ao nível de evidência recorreu-se à hierarquia proposta pela Joanna Briggs Institute que se apresenta na Figura 4.

Níveis de Evidência de acordo com o tipo de estudo, segundo JBI
<b>NÍVEL I.</b> Evidência obtida a partir de revisão sistemática contendo apenas ensaios clínicos controlados randomizados.
<b>NÍVEL II.</b> Evidência obtida a partir de pelo menos um ensaio clínico controlado randomizado.
<b>NÍVEL III</b>
1. Evidência obtida de ensaios clínicos controlados bem delineados, sem randomização.
2. Evidência obtida de estudos de coorte bem delineados ou casocontrole, estudos analíticos, preferencialmente de mais de um centro ou grupo de pesquisa.
3. Evidência obtida a partir de séries temporais múltiplas, com ou sem intervenção e resultados dramáticos em experimentos não controlados.
<b>Nível IV.</b> Parecer de autoridades respeitadas, baseadas em critérios clínicos e experiência, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas (National Health & Medical Research Council, 1995).

**Figura 5.** Níveis de evidência do tipo de estudo

Fonte: JBI (2014)

Posteriormente, a quinta etapa consiste na interpretação dos resultados e contempla a comparação dos dados recolhidos dos artigos com o referencial teórico existente. Nesta fase

do processo, o pesquisador tem a oportunidade de fazer sugestões para a prática de enfermagem, bem como discutir condições de impacto político ou prático, contestar resultados relativamente às teorias e proceder a recomendações para futuros investigadores. Por fim, a sexta e última etapa consiste na apresentação da revisão e síntese do conhecimento alcançado, isto é, a discussão dos resultados. Os resultados encontrados através da revisão da literatura contribuem para o aprofundamento do tema em estudo. Nesta etapa, é realizada uma exposição das conclusões provenientes da revisão, assim como possíveis limitações (Sousa et al., 2017).

### 3.3. Questão de partida

Após a escolha do problema a ser estudado a primeira etapa da revisão integrativa da literatura passa pela elaboração da questão de pesquisa ou questão de partida, sendo esta etapa norteadora na condução da revisão. A questão de partida deve ser clara, precisa e inequívoca, capaz de identificar os conceitos e a população-alvo a serem estudados. Se a questão for construída de forma incorreta, a investigação é posta em causa e poderá não levar a parte alguma (Sousa et al., 2017). Na presente revisão a construção da questão de investigação foi com recurso a estratégia PICO da JBI (Peters, et al., 2020) (Figura 6) que contempla os conceitos Population (População), que faz referência a um indivíduo ou a um grupo de indivíduos com uma condição particular ou problema de saúde. Intervention (intervenção), definida como a intervenção de interesse que estamos a estudar, Comparasion, que pode corresponder a uma intervenção padrão ou, ainda, a nenhuma intervenção e Outcome, que representa o resultado esperado ou o que é esperado realizar, medir ou melhorar. Partindo destes princípios, a nossa população em estudo são as parturientes e a intervenção que nos propomos analisar e a utilização do relaxamento durante o TP. O resultado que pretendemos atingir é o conhecimento acerca dos efeitos do relaxamento no TP, nomeadamente no alívio da dor, na duração do TP e na satisfação materna com o TP. Tendo em conta estes pressupostos a presente revisão teve como questão norteadora: **"Quais os efeitos do relaxamento no trabalho de parto?"**

<b>P (Population)</b>	<b>Parturientes</b>
<b>I (Intervention)</b>	Utilização do relaxamento durante o trabalho de parto
<b>C (Comparasion)</b>	-
<b>O (Outcome)</b>	Alívio da dor durante o TP Duração do TP Satisfação materna com o TP

**Figura 6.** Metodologia PICO

Fonte: autora, 2021

### 3.3.1. Métodos de extração e seleção dos estudos

Ao longo da segunda etapa da revisão integrativa da literatura recorrem-se a diferentes bases de dados através de motores de busca com o objetivo de identificar os estudos que serão incluídos na revisão. Esta etapa é primordial para assegurar a validade interna da revisão, de modo a permitir a generalização das conclusões (Sousa et al., 2017). No processo de busca e seleção de artigos foram consultadas as bases de dados Scopus, Academic Search Complete; Business Source Complete; CINAHL Complete; CINAHL Plus with Full Text; ERIC; Library, information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; MEDLINE with Full Text; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Regional Business News; SPORTDiscus with Full Text através do motor de busca EBSCOhost. Para a realização da pesquisa foram utilizados uma série de palavras-chave com o intuito de dar resposta à questão de partida, sendo utilizados os seguintes descritores MeSH: “delivery, obstetric”; “labor, obstetric”; “natural childbirth”; “relaxation” e “relaxation therapy”. Através da utilização destes descritores foi possível a construção de uma frase booleana que auxiliou a pesquisa, sendo esta: ("Relaxation") AND ("techniques") AND (Labour OR Childbirth OR parturition OR labor OR birth).

Com o intuito de facilitar a pesquisa foram definidos os critérios de inclusão e exclusão. Neste sentido, os critérios de inclusão aplicados foram: estudos publicados entre 2015 e 2021; estudos com acesso ao texto integral, disponíveis na língua inglesa, espanhola e portuguesa; estudos cujas participantes eram parturientes, que a intervenção do relaxamento fosse aplicada durante o TP. Relativamente aos critérios de exclusão, foram descartados: estudos que abordassem intervenções no período pré e pós-parto e estudos sobre parto pré-termo. Através da pesquisa realizada no motor de busca EBSCOhost com a frase booleana “Relaxation” AND “techniques” AND (labour or labor or intrapartum or childbirth or birth or delivery) foram obtidos, após os critérios de inclusão do ano e o idioma um total de 534 artigos, sendo que ao limitar a pesquisa do termos “Relaxation” e “techniques” no resumo e (labour or labor or intrapartum or childbirth or birth or delivery) só no título ficaram um total de 56 estudos. Na pesquisa da base de dados Scopus e após a aplicação dos mesmos critérios foram encontrados 120 artigos, sendo que ao limitar a área de medicina e enfermagem ficaram 70 estudos. Após retirar os artigos repetidos nas bases de dados ficaram um total de 112 artigos. Numa primeira etapa foi realizada uma leitura crítica e reflexiva dos títulos e dos resumos encontrados. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e a avaliação da qualidade metodológica de cada um dos estudos, estabeleceu-se uma amostra de 18 estudos. Numa segunda etapa, procedeu-se a uma análise atenta dos artigos selecionados, extraíndo dos mesmos as evidências relativas ao relaxamento sendo que foram excluídos três artigos porque fugiam do tema ao falar do medo do parto, outros três porque abordavam intervenções pré-natais e outros dois porque era abordado o relaxamento como um resultado e não como uma intervenção. Foi ainda excluído um artigo que falava do parto na água, outro porque não foi possível traduzir mesmo

com recurso ao tradutor e o último porque não era um artigo, mas sim um site web, ficando um total de sete artigos para a análise (Figura 7).

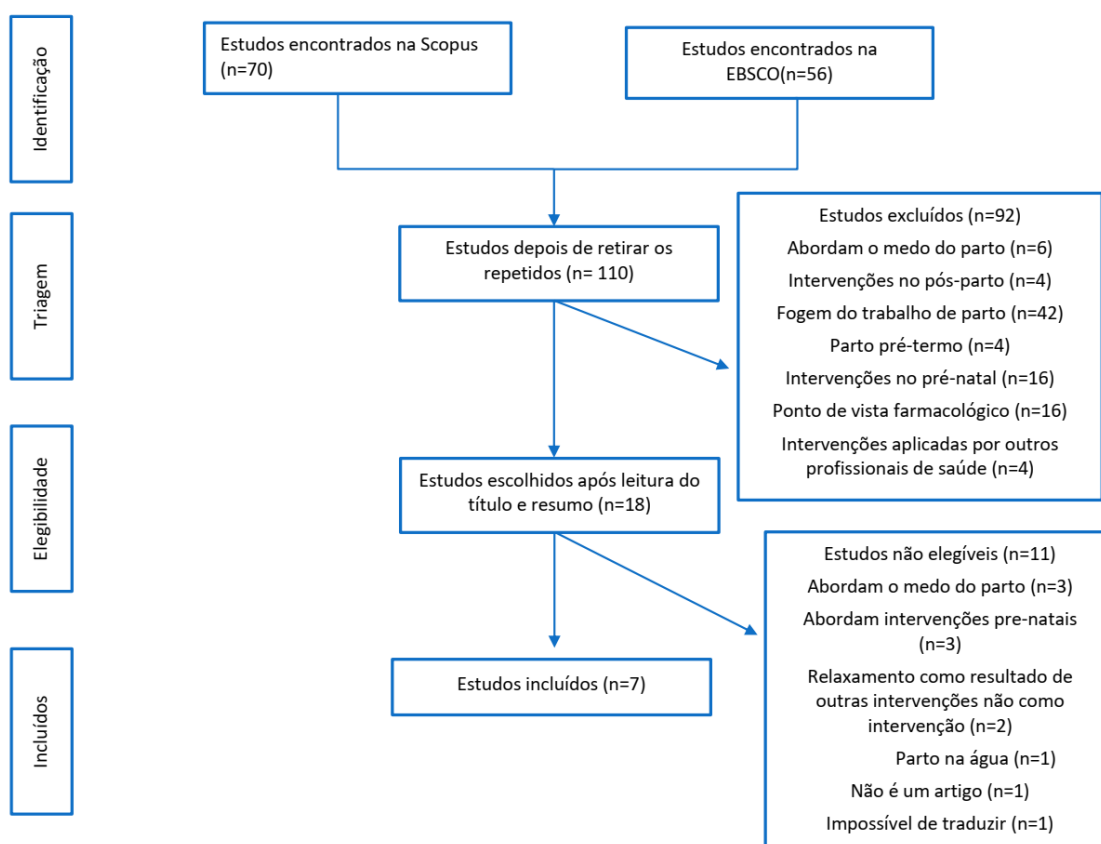


Figura 7. Fluxograma da seleção dos artigos

Fonte: autora, 2021

Os estudos seleccionados foram analisados quanto a título, autores, ano de publicação, metodologia, técnica de relaxamento, resultados e nível de evidência, sendo os resultados da análise dos estudos compilados de forma descritiva numa tabela, o que facilitou a identificação e reformulação das categorizações temáticas (Anexo 1).

### 3.4. Apresentação e discussão dos resultados

Na sequência da análise efetuada aos artigos seleccionados, e das evidências científicas encontradas, consideramos relevante a apresentação três categorias, no sentido de responder à questão: Quais os efeitos do relaxamento no TP?, procurando especificar o efeito: no alívio da dor durante o TP, na duração do TP e na satisfação materna com o TP e na perceção de autocontrolo.

O artigo intitulado “*Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation on The Complete Opening Time during Normal Labor*”, realizado por Nasution et. al (2020), com um nível de evidência II, é um estudo quasi-experimental, realizado nos hospitais e maternidades da USU Medan, em Indonésia. A amostra estava formada por 30 parturientes, divididas em dois grupos,

umo de intervenção e outro de controle. O grupo de intervenção realizou a técnica de relaxamento muscular progressivo a partir da fase latente. No grupo de controle não foi realizada intervenção, sendo que foi avaliado o intervalo de tempo desde a fase latente até à dilatação completa. A colheita de dados foi realizada por questionário, composto por duas partes, por um lado dados demográficos e por outro intervalo de tempo até dilatação completa. Os resultados deste estudo demonstraram que a intervenção com técnicas de relaxamento muscular progressivo permitiu alcançar a dilatação completa mais rapidamente quando comparada com o grupo de controle. Smith et al. (2018) realizaram em Austrália uma revisão sistemática da literatura intitulada “*Relaxation techniques for pain management in labour*”, com um nível de evidência I. As intervenções examinadas incluíram o relaxamento, o ioga, a música, a áudio-analgesia e o *mindfulness*. Os resultados mostram que as técnicas de relaxamento ioga e música podem ajudar as mulheres a lidar com a dor do parto. O relaxamento foi associado a uma menor intensidade da dor durante a fase latente enquanto que na fase ativa esta associação não estava clara pois a evidencia era baixa. O ioga foi associado a menor dor, maior satisfação com o alívio da dor e com a experiência de parto. A intervenção com música foi associada a menores níveis de dor durante a fase latente, mas não houve nenhuma evidência forte de que os efeitos foram diferentes entre os grupos para a fase ativa. A áudio-analgesia não teve efeitos diferentes entre ambos grupos nos resultados da intensidade da dor, nem na satisfação com o alívio da mesma. Com o *mindfulness* houve um aumento do sentido de controle da dor. A revisão sistemática da literatura realizada por Thomson et al. (2019) em Londres, com um nível de evidência I, e intitulada “*Women’s experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review*” esta formada por quatro pesquisas separadas acerca das experiências com o uso de diferentes técnicas de alívio da dor, nomeadamente: analgesia epidural, opióides, massagem e relaxamento. Da análise dos resultados da revisão emergiram cinco temas principais: desejo de alívio da dor, que destaca as diferentes razões para o uso de alívio farmacológico ou não farmacológico da dor, impacto na dor, influência e experiência de suporte, que faz referência às experiências positivas ou negativas das mulheres sobre o apoio dos profissionais e / ou acompanhantes, influência sobre foco, e capacidade e impacto no bem-estar e saúde. Assim sendo as mulheres relataram experiências distintas de acordo com os diferentes métodos de alívio da dor. Relativamente à utilização dos métodos verificou-se que o conhecimento dos diferentes métodos de alívio da dor no período pré-natal influencia a utilização dos mesmos durante o TP. Os métodos farmacológicos podem reduzir a dor, mas têm efeitos colaterais negativos estando associados a sentimentos negativos após a sua utilização. Já os métodos não farmacológicos, mesmo que não reduzindo a dor como esperado, podem facilitar o vínculo com os profissionais assim como gerar sentimento de controle e empoderamento. Londoño, Boterom, Gonzalez & Salazar (2019) realizaram um estudo quase experimental intitulado “*Cambios en el dolor durante el trabajo de parto*” cujo nível de evidência é III. O estudo foi levado a cabo no Hospital de San Vicente de Paul de Palmira a 35 mulheres com gravidez de baixo risco, sem complicações, sem indicação de cesariana, estáveis e com mais de 18 anos,

utilizando para a recolha de dados utilizada um inquérito sociodemográfico sendo que a avaliação da dor antes e depois da intervenção foi realizada com recurso à Escala Visual Analógica. As intervenções analisadas de relaxamento incluem a utilização do posicionamento, a técnica respiratória, a massagem sacrolombar e a técnica de Jacobson. Os resultados mostram que todas as mulheres referiram alívio na dor após a utilização destas técnicas. Dias, Ferreira, Martins, de Jesus & Alves (2018) realizaram um estudo descritivo qualitativo, com nível de evidência III, a 40 puérperas do Hospital e Maternidade Sagrado Coração de Jesus, em Brasília, cujo título é *“Eficiência de métodos não Farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal”*. Os dados foram colhidos com recurso à entrevista e analisados de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin, sendo que os critérios de inclusão foram: puérperas em pós-parto normal imediato, internadas na maternidade com idade igual ou superior a 18 anos e que aceitaram o uso dos métodos não farmacológicos durante o TP normal. As técnicas utilizadas incluíam: banho de chuveiro, deambulação, mudanças de posições (cócoras, sentada, agachamento), técnicas de controle da respiração, massagens e bola de partos. Os resultados mostram que o método mais utilizado e que foi referido pelas puérperas como aquele que proporcionou mais alívio e conforto durante o TP foi o banho de chuveiro. Os restantes métodos foram eficazes quanto à sua finalidade, e as puérperas destacam que após a sua implementação emergiram sentimentos de satisfação, relaxamento e tranquilidade. O acompanhante e o profissional de saúde surgem também nos relatos como sendo uma estratégia de suporte para a utilização destes métodos. A revisão narrativa intitulada *“Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto”* realizada no São Paulo por Coelho, Rocha, & Lima (2017), com nível de evidência IV, explora as técnicas de respiração; relaxamento; massagem; banho; bola de parto; deambulação; eletroestimulação e crioterapia. Os resultados deste estudo mostram que a técnica de respiração só foi efetiva na redução da dor durante a fase ativa do TP e quando associada ao banho de chuveiro. A massagem mostrou-se mais eficaz na redução da dor quando utilizada no início do TP sendo evidenciado um maior nível de satisfação na parturiente. De acordo com este estudo a utilização da bola de partos ao longo do TP, além de diminuir a dor, pode reduzir o tempo do período expulsivo, assim como o uso de ocitócicos, de episiotomia e de partos instrumentalizados. A deambulação traduz-se numa menor duração do período de dilatação, do período expulsivo e melhor dinâmica da contratilidade uterina. A electroestimulação diminui a sensação dolorosa nas fases iniciais do TP, mas é uma técnica que não deve ser utilizada de forma isolada. Por último, a crioterapia também parece ser efetiva na redução da dor ao causar vasoconstrição, devendo ser utilizada com cautela para evitar queimaduras. Por último, a revisão narrativa intitulada *“Effectiveness of Patterned Breathing Technique on Pain During First Stage of Labour-A Narrative Review”*, com nível de evidência IV, realizada por Qumer & Ghosh (2019) na Índia, estudou a técnica de respiração padronizada, aplicada na primeira fase do trabalho de parto. Esta revisão mostrou que a técnica de respiração padronizada é eficaz no alívio da dor durante a primeira fase do TP, sendo que dois estudos que avaliaram diferentes padrões de respiração salientam que a respiração lenta é a mais eficaz na redução de percepção da dor.

## Efeito do relaxamento no alívio da dor

Relativamente à categoria do efeito do relaxamento no alívio da dor, na revisão realizada por Smith et al. (2018) são analisados os efeitos de diferentes técnicas de relaxamento, sendo que dentro destas encontramos métodos de relaxamento, que incluem: o relaxamento muscular progressivo, o relaxamento muscular associado ao uso da respiração, o relaxamento associado à respiração profunda, a combinação de relaxamento, música e imagens guiadas, a combinação de relaxamento e música, alongamentos, a combinação de relaxamento, massagem e respiração, e a psicoprofilaxia, assim como ioga, música, áudio-analgesia e *mindfulness*. Os resultados desta revisão mostram que o relaxamento comparativamente com os cuidados habituais diminui a intensidade da dor durante a fase latente do TP, sendo que na fase ativa esta diferença não se constatou. Assim mesmo, as mulheres que utilizaram a técnica de relaxamento relataram maior satisfação com o alívio da dor durante o TP, sendo que não foram mostrados benefícios relativamente à segurança do mesmo, não havendo diferenças no número de partos instrumentados nem de partos por cesariana. O ioga foi associado a maior satisfação com o alívio da dor. No caso do áudio-analgesia não foram encontradas evidências fortes de efeitos na intensidade da dor nem na satisfação com o alívio da dor. É importante salientar que a evidência constante nos estudos revistos variara entre qualidade baixa e muito baixa pelo que os resultados devem ser interpretados com cautela. Por sua parte, Thomson et al. (2019), realizaram uma revisão cujo objetivo foi perceber quais os fatores que influenciam as escolhas das mulheres face às técnicas de alívio da dor (farmacológica e não farmacológica) de modo a garantir uma prestação de cuidados de qualidade. Dentre as intervenções não farmacológicas destacamos o relaxamento, sendo que as intervenções de relaxamento analisadas na revisão foram a utilização de música, *mindfulness* e tonificação. Relativamente aos resultados, as técnicas de relaxamento são um método eficaz de alívio da dor, seja diminuindo os níveis percebidos de dor ou tornando as contrações mais suportáveis. Londoño et al. (2019) realizaram um estudo quase experimental com o intuito de avaliar a eficácia das técnicas de relaxamento no alívio da dor das parturientes, sendo que as intervenções de relaxamento analisadas incluíam o posicionamento, a técnica respiratória, a massagem sacrolombar e a técnica de Jacobson. A técnica de Jacobson é uma técnica de relaxamento muscular cujo objetivo é guiar as pessoas na realização de contrações e relaxamentos dos músculos do corpo para alcançar o relaxamento geral do mesmo. Neste estudo foi aplicada através de contrações musculares durante três segundos e relaxamento por 15 segundos em diferentes grupos musculares. Os resultados deste estudo mostram que todas as técnicas tiveram um impacto na diminuição da sensação da dor, sendo que a técnica mais efetiva no alívio da dor foi a massagem sacrolombar. O estudo descritivo realizado por Dias et al. (2018) no Brasil teve como objetivo verificar a percepção das puérperas no pós-parto imediato sobre a eficácia do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no TP normal sendo as técnicas de relaxamento aplicadas: o banho de chuveiro, a deambulação, as mudanças de posições (cócoras, sentada, agachamento), as técnicas de controle da respiração, a massagem e a bola de parto. Os resultados mostram que a utilização dos diferentes métodos durante o TP obtiveram efeitos satisfatórios, minimizando a sensação

dolorosa e deixando as mulheres mais tranquilas e relaxadas. Com o intuito de verificar quais são os métodos não farmacológicos mais utilizados para o alívio da dor durante o TP Coelho et al. (2017) realizaram uma revisão narrativa na qual as técnicas de relaxamento utilizadas foram: as técnicas de respiração; o relaxamento; a massagem; o banho; a bola de parto; a deambulação; a eletroestimulação e a crioterapia. Os resultados deste estudo mostram que as técnicas de respiração e relaxamento só tiveram boa resposta em relação a redução da dor durante a fase ativa do TP quando associadas ao banho de chuveiro, sendo que alcançar os objetivos terapêuticos a temperatura da água deve estar por volta dos 37°C permanecendo no banho no mínimo 20 minutos. Durante o banho com a água aquecida ocorre uma vasodilatação periférica e o relaxamento da musculatura local assim como um alívio da dor. O estudo também mostra que a deambulação é eficaz na diminuição da dor, assim como a electroestimulação, a qual deve ser sempre aplicada em associação com outra técnica pois não pode ser utilizada isoladamente. A crioterapia é a aplicação de frio local com o intuito de diminuir a temperatura causando vasoconstrição e assim diminuir a dor. A revisão realizada por Qumer e Ghosh (2019) tem como objetivo encontrar informação acerca da eficácia da técnica de respiração padronizada no alívio da dor aplicada na primeira fase do TP. Os seus resultados mostram que a técnica de respiração padronizada é eficaz no alívio da dor durante a primeira fase do TP, sendo que dos diferentes padrões de respiração existentes a respiração lenta é a mais eficaz na redução da percepção da dor. Comparativamente aos resultados obtidos da revisão, Smith et al. (2018) ressaltam na sua revisão da literatura que a massagem pode ter um papel importante na redução da dor. Em contraposição, Almeida, Sousa, Bachio e Silveira (2005), relatam no seu estudo que não existem diferenças significativas na intensidade da dor quando comparadas parturientes com os cuidados habituais e parturientes às que foram implementadas intervenções de relaxamento e técnicas de respiração, concluindo que as técnicas utilizadas não reduziram a intensidade de dor, mas promoveram a manutenção de baixos níveis de ansiedade.

#### **Efeito sobre a duração do TP**

Relativamente ao efeito sobre a duração do TP o estudo realizado em Indonésia por Nasution et al. (2020) abordou esta categoria, sendo que os resultados do estudo demonstram que as técnicas de relaxamento muscular progressivo podem efetivamente acelerar o processo de dilatação durante o TP. A técnica de relaxamento utilizada neste estudo foi o relaxamento muscular progressivo o qual centra-se na atividade muscular identificando os músculos tensos e reduzindo a tensão, sendo que foi implementada juntamente com exercícios de respiração profunda. Se a mulher estiver relaxada, todas as camadas musculares do útero funcionam em harmonia, facilitando o TP e fazendo com que seja um processo mais suave. Os mesmos autores salientam que o relaxamento ajuda a superar a ansiedade e stresse inerentes ao TP assim como facilita os processos metabólicos do corpo além de aumentar a autoestima, a autoconfiança e o autocontrole das mulheres, o que se traduz em um aumento do bem-estar da parturiente. Coelho et al. (2017) destacam que a utilização da bola de parto durante o primeiro estágio do

TP ajuda a melhorar a percepção da tensão e do relaxamento do assoalho pélvico da parturiente, podendo reduzir o tempo do período expulsivo. Neste sentido, Cavalcanti et al. (2019) salientam no seu estudo que o uso de terapias combinadas de relaxamento, sendo estas o duche de água quente e a bola de parto, favorecem uma evolução mais rápida do TP em cerca de uma hora quando comparada com a implementação de técnicas isoladas. Além disso, referem que a redução da duração do TP abrevia o tempo de exposição à dor contribuindo deste modo para um maior conforto e participação da parturiente no processo, facilitando a liberdade de movimentos e o seu autocontrolo. Smith et al. (2018) também salientam que a intervenção de massagem pode reduzir a duração do TP.

### **Efeitos do relaxamento na satisfação materna com o TP**

Em relação com a terceira categoria, os efeitos do relaxamento na satisfação materna com o TP e sentimentos de autocontrolo, Smith et al. (2018) salientam na sua revisão que o relaxamento não mostrou nenhum benefício claro para a satisfação com a experiência de parto, sendo que o ioga foi a técnica que revelou uma maior satisfação com a experiência do parto, e o *mindfulness* um aumento na sensação de controle durante o mesmo. Por seu lado, Thomson et al. (2019) salientam que com a intervenção de relaxamento as mulheres relataram sensações de maior controle assim como sentimentos positivos de segurança e confiança revelando uma maior satisfação com a experiência do parto. Dias et al. (2018) salientam que a utilização de técnicas de relaxamento no TP minimizam o nível de stresse e de ansiedade, promovendo a satisfação da mulher assim como o seu conforto e segurança. Neste sentido, Smith et al. (2018) salientam que a utilização da massagem no TP contribui para melhorar a experiência de parto assim como os sentimentos de autocontrolo, embora a qualidade das evidências varie de baixa a muito baixa.

### **3.1. Conclusão**

Como conclusão, após a análise dos resultados dos estudos obtidos na revisão, podemos afirmar que o relaxamento tem diferentes efeitos no TP, nomeadamente uma diminuição na intensidade da dor durante o mesmo, uma redução na duração da fase latente, uma maior sensação de controle e maior satisfação com a experiência do parto por parte da parturiente, podendo ser recomendada a sua aplicação durante a prática clínica uma vez que apresenta os efeitos supracitados e não há evidência de danos. É importante salientar que existe um número limitado de dados e que os estudos encontrados são de baixa a muito baixa qualidade pelo que é recomendado a realização de mais pesquisas de alta qualidade. Neste sentido também é evidente que são necessários mais estudos que abordem mais efeitos do relaxamento no TP uma vez que a maior parte dos estudos encontrados só abordam os efeitos do relaxamento na percepção da dor.

No decorrer da realização da revisão existiram grandes desafios, começando pela definição de relaxamento, uma vez que o relaxamento pode ser um tipo de técnica, um

conjunto delas ou um efeito. Neste sentido, foi importante salientar em cada estudo o tipo de técnica de relaxamento utilizada. Assim mesmo, a utilização de técnicas complementares na prestação de cuidados na cultura ocidental ainda não esta muito estudada sendo que o número de estudos é limitado, o que dificultou a pesquisa.

### **CAPÍTULO III - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE PUERPÉRIO**

O desenvolvimento de competências em contexto de um serviço de puerpério teve lugar no internamento do serviço de obstetrícia e ginecologia do CHPVVC durante 100h. Ao longo deste módulo foi possível adquirir um conjunto de conhecimentos e competências que permitiram elaborar os processos diagnósticos e planear cuidados de forma a promover uma melhor adaptação e vivência da parentalidade uma vez que esta constitui uma transição importante que requer cada vez mais a atenção dos enfermeiros.

O puerpério, também conhecido como quarto trimestre, é definido como o período que decorre desde o nascimento do RN até ao retorno dos órgãos reprodutores da mulher ao seu estado não gravídico, tendo uma duração de, aproximadamente, quatro a seis semanas (Graça, 2017). Este período pode dividir-se em três grandes fases, englobando diferentes etapas dessa recuperação: o puerpério imediato, que decorre nas primeiras 24 horas após o parto; o puerpério precoce, que dura até ao final da primeira semana; e o puerpério tardio, que termina no final da sexta semana (Graça, 2017). Segundo Ferreira (2016) o puerpério é o período em que o corpo da mulher se prepara para a amamentação e são observadas modificações físicas e psíquicas de forma a que o corpo da mulher volte ao estado anterior à gravidez. As alterações psicológicas e fisiológicas e as mudanças na própria estrutura familiar devido à assunção de novos papéis tornam esta fase num ponto de viragem na vida do casal traduzindo uma necessidade de resolver tarefas específicas no mesmo. Assim, ao identificar precocemente as dificuldades que os novos mães e pais podem sentir na adaptação ao seu papel durante um período tão crítico como é o puerpério, a(o) EEESMO deve atuar como elemento facilitador desta transição através da sua prestação de cuidados e apoio ao casal. Dentre os fatores que contribuem para uma melhor adaptação a esta fase podemos destacar a saúde e bem-estar do RN assim como o apoio e cuidado oferecido pela família e profissionais da saúde (Ferreira,2016).

Uma das peculiaridades do internamento num serviço de puerpério é que ao longo deste período o profissional de saúde deve lidar com a puérpera, que passou por mudanças recentes com alterações fisiológicas e psicológicas, e com o RN, que depende exclusivamente dos cuidados do outro. Gómez-Gómez, Danglot-Banck & Aceves-Gómez (2012, p.33) definem RN como “o produto da concepção desde o nascimento até os 28 dias de idade”. Assim mesmo, definem RN nascido vivo como “o produto da concepção proveniente de uma gravidez de 21 semanas ou mais de gestação que depois de concluir a sua separação do organismo materno manifesta algum tipo de vida, tal e como movimentos respiratórios, latidos cardíacos ou movimentos dos músculos voluntários”. O passo da vida intrauterina à vida extrauterina implica uma série de mudanças fisiológicas que determinam as características do cuidado ao RN. O RN normal pode ser definido como o RN que nasce com mais de 37 semanas de gestação e cuja história (familiar, materna, gestacional e perinatal) e exame físico estão dentro dos parâmetros

normais (Doménech, González & Rodríguez-Alarcón, 2008). O objetivo principal da (o) EEESMO durante este período é que a adaptação seja realizada de forma fisiológica. Neste sentido, os RN precisam de cuidados e procedimentos específicos e de uma valoração cuidadosa do seu estado geral (Doménech et. al, 2008).

Para finalizar, e visto que o pós-parto imediato e as semanas subsequentes são um período de fundamental importância na saúde materna e neonatal e tendo em conta as modificações inerentes e o impacto que estas podem causar, torna-se imprescindível a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e adequados às necessidades da mulher e do RN, nomeadamente, quanto à prevenção de complicações, bem como do conforto físico e emocional do binômio mãe-filho. Assim mesmo é competência da(o) EEESMO potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e a adaptação à parentalidade, e diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do RN (OE, 2019).

#### **4.Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito do pós-parto: Serviço de puerpério do CHPVVC**

Em termos físicos, o serviço de obstetria e ginecologia do CHPVVC conta com uma área dedicada ao internamento na qual existem 13 camas destinadas ao puerpério, distribuídas em seis enfermarias de duas camas e uma enfermaria com três. Além das camas de internamento, existe uma sala de trabalho que conta com um berço aquecido, uma maca, computadores e todo o material necessário para a prestação de cuidados. Assim, o serviço dispõe de várias banheiras para prestar cuidados de higiene aos RN. Os enfermeiros que prestam cuidados no serviço de puerpério são EEESMO, sendo que habitualmente existe um *ratio* de seis puérperas por EEESMO, podendo chegar a 10. Usualmente a distribuição dos elementos da equipa é a seguinte: três EEESMO no turno da manhã, dois durante a tarde e dois na noite, dependendo do número de puérperas internadas no serviço.

As puérperas/casal e o respetivo RN eram transferidos ao serviço de internamento desde o bloco de partos cerca de duas horas após o parto, onde eram recebidos e acolhidos no serviço, explicando-lhes as normas de funcionamento e dando a conhecer o espaço físico do mesmo. O RN ficava num berço na mesma unidade da mãe, promovendo o alojamento conjunto, tal e como preconiza a OMS (2014) e a AAP e ACOG (2017) uma vez que este traz vantagens tanto para a mãe como para o RN. Neste sentido Gonçalves, Cardoso e Garcia (2016) salientam que o contato contínuo favorece o vínculo materno, estimula o cuidado e favorece a participação do pai no mesmo. Foi permitida e incentivada a presença do companheiro/convivente, na medida em que este pode proporcionar a vivência de experiências positivas e permite que a puérpera se sinta acompanhada e acarinhada, bem como evidencia a importância do papel do pai nos cuidados e relação com o RN (Royal College of Midwives, 2011).

De forma a melhorar os resultados em saúde assim como prestar cuidados respeitosos e centrados na mulher é importante salientar a relevância de ser sensível e ter atenção às necessidades e preferências da mulher assim como o envolvimento do companheiro nos cuidados. No decorrer deste período de estágio foi possível acompanhar diversas famílias durante esta fase tão singular na vida da mulher/casal, sendo observadas as mais diferentes emoções, contextos e expectativas. O contexto familiar, o contexto socioeconómico dos casais, a gravidez ter sido ou não desejada, o tipo de parto e ser ou não ser o primeiro filho foram algumas das variáveis que, ao longo do estágio, demonstraram uma vez mais a necessidade da prestação de cuidados individualizados e direcionados às necessidades específicas de cada mãe, cada RN e cada pai. A maior parte das puérperas com quem contatei ao longo do estágio eram mães que lidavam pela primeira vez com o desafio da maternidade e não tinham nenhuma experiência prévia. No decorrer da prática clínica foi evidenciado que as puérperas que já tinham filhos apresentavam menos questões e menos dificuldades na realização dos cuidados ao filho do que aquelas que eram mães pela primeira vez. Neste sentido um elemento facilitador da transição foi a preparação para a parentalidade, pois permitiu o primeiro contacto com os conhecimentos sendo agora necessário treinar as competências parentais.

Ao longo dos seguintes pontos serão aprofundadas algumas situações que precisaram de a nossa atenção uma vez que constituíram pontos chave para a recuperação pós-parto da puérpera e para o desenvolvimento infantil. Assim, a vigilância da perda sanguínea, a vigilância da involução uterina foram focos de atenção uma vez que a hemorragia materna, definida como a perda cumulativa de sangue maior ou igual a um litro ou perda de sangue acompanhada por sinais ou sintomas de hipovolemia nas 24 horas após o parto, continua sendo a principal causa de mortalidade materna em todo o mundo (ACOG, 2021). Outro dos focos de atenção foi a amamentação, pois é um dos maiores desafios enfrentados no puerpério. Poucas experiências humanas alcançam os níveis de stress, ansiedade e emoções vivenciados durante o parto e pós-parto. É uma altura de especial sensibilidade, sendo que os acontecimentos ocorridos neste período podem ter consequências duradouras em termos emocionais e comportamentais. Os acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o internamento da mãe e do bebé no hospital podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do aleitamento materno pelo que nossa atuação é fundamental para o estabelecimento da amamentação e para o sucesso da mesma (Levy e Bértolo, 2012)

#### **4.1. Avaliar a evolução da recuperação pós-parto**

Uma vez que durante o puerpério a mulher sofre transformações fisiológicas foi indispensável a realização do exame físico. Assim, foi realizada, como preconiza a NICE (2021), uma avaliação física que incluía a avaliação da dor, do corrimento vaginal e da perda sanguínea, da função urinária e intestinal, das mamas e mamilos, assim como a procura de sintomas e sinais de anemia e infeção. No caso de ser uma puérpera de parto vaginal era imprescindível a

avaliação do estado do períneo e no caso de ser uma puérpera por cesariana a avaliação da ferida cirúrgica. Com o intuito de fazer uma correta avaliação da recuperação pós-parto da puérpera foram tidos em atenção uma série de dados como são: a contração do útero pós-parto, a involução uterina, as características dos lóquios, nomeadamente a quantidade, coloração e cheiro e a diástase abdominal. A avaliação da contração uterina foi um dos parâmetros avaliado, pela sua direta relação com o risco de hemorragia pós-parto (Berens, 2021). Após a expulsão da placenta, a hemóstase é garantida pela contração do útero que colapsa as artérias impedindo a hemorragia (AAP & ACOG, 2017). Assim, é importante a palpação manual do útero (Graça, 2017) para compreender se este se encontra contraído. A contração do miométrio é o principal mecanismo de prevenção da hemorragia no local da placenta e quando esta resulta inadequada pode dar lugar a uma atonia uterina, que é a causa mais comum de hemorragia pós-parto inicial. A palpação uterina foi executada com a bexiga vazia, para que pudesse ocorrer uma correta avaliação. A bexiga cheia, traduz um desvio da linha média do útero e impede-o de contrair de forma adequada. Esta intervenção foi realizada à puérpera aquando do seu acolhimento na unidade, bem como em todos os turnos, inicialmente no sentido de avaliar a contração uterina e posteriormente a involução uterina. A involução uterina pode ser avaliada através da altura uterina, uma vez que esta permite compreender de que forma este está a involuir, isto é, a retornar ao seu tamanho e condição pré-gravídica. Imediatamente após o parto, o fundo uterino é normalmente firme, não dolorido, globular e localizado a meio caminho entre a sínfise púbica e o umbigo. Nas 12 horas seguintes, encontra-se acima ou abaixo do umbigo, para ficar novamente no meio do caminho entre a sínfise púbica e o umbigo no final da primeira semana, atingindo o tamanho pré-gravídico por volta de seis a oito semanas após o parto (Berens, 2021). Uma involução uterina desadequada normalmente está associada à retenção de restos placentários e à infeção (Lowdermilk et al., 2012). Neste sentido, ao longo da prática clínica deparei-me com duas puérperas que tinham tido membranas fragmentadas aquando da dequitação, existindo, por isso, o risco de retenção de restos placentários pelo que foi realizada uma avaliação minuciosa da contração uterina assim como da perda sanguínea. Não entanto, Berens (2021) salienta que embora a avaliação do tamanho do útero seja realizada habitualmente no período pós-parto inicial, não há evidências de que o tamanho do útero seja preditivo de complicações.

De acordo com Chauhan e Tadi (2020) os lóquios são a secreção/ corrimento vaginal que se origina no útero, no colo do útero e na vagina, que ao longo do pós-parto vai mudando de características. Inicialmente são vermelhos e estão compostos por sangue e fragmentos de decídua, tecidos endometriais e muco e tem uma duração de um a quatro dias. Após este período o corrimento vaginal torna-se então cada vez mais aguado, denominado *lochia* serosa (marrom rosado), durando de cinco a nove dias e são compostos principalmente de sangue, muco e leucócitos. Por último, os lóquios são branco-amarelado e contêm principalmente muco, durando de 10 a 14 dias. Estes podem persistir até 5 semanas após o parto e o volume total de secreção é de 200 a 500 mililitros (Berens, 2021). A quantidade perdida é difícil de objetivar, mas de uma forma geral, pode ser classificada como abundante, quando a puérpera preenche

na totalidade um penso higiênico em apenas duas horas e hemorragia se esta preenche um penso higiênico em apenas 15 minutos (Lowdermilk et al., 2012). Existem alguns sinais que nos devem chamar a atenção, assim a persistência de lóquios vermelhos além de uma semana pode ser um indicador de subinvolução uterina e a presença de um odor desagradável ou coágulos sanguíneos nos lóquios ou a ausência de lóquios pode ser um sinal de infecção. No decorrer da prática clínica todas as puérperas eram questionadas acerca do corrimento vaginal e das suas características sendo informadas acerca do que era expectável e sobre os possíveis sinais de alarme como a saída de sangue vivo e a alteração na quantidade e cheiro dos lóquios.

A diástase abdominal descreve uma condição na qual os dois músculos retos estão separados por uma distância anormal. No entanto há controvérsias sobre o que constitui uma distância normal, e acerca de como esta distância deve ser medida, sendo que habitualmente é considerada anormal qualquer separação superior a dois centímetros (Nahabedian & Brooks, 2019). Esta condição pode ser diagnosticada com base em um simples exame físico e quando não resolvida pode ter sequelas a longo prazo como são o desconforto abdominal e problemas estéticos (Berens, 2021).

#### **4.2. Avaliar a evolução do desenvolvimento infantil**

O RN foi também alvo de cuidados, conforme referido no regulamento de competências da(o) EEESMO. A sua adaptação à vida extrauterina é um momento que implica ajustes fisiológicos que foram foco de atenção, desempenhando atividades de vigilância. O conhecimento e a compreensão do processo de adaptação do RN são fundamentais para permitir a deteção precoce de distúrbios ou alterações (AAP & ACOG, 2017).

Ao longo do módulo foi realizada uma avaliação global do RN, não interrompendo o seu ritmo biológico e respetivos estádios comportamentais, mas observando-o ao longo de momentos-chave e de maior atividade, dos quais podem ser exemplo: durante a amamentação; os cuidados de higiene e conforto, bem como a mudança de fralda. Assim, foi realizado um exame físico ao RN ao longo do internamento, que incluía a avaliação da: cabeça, do abdómen, cordão umbilical, genitália e ânus, pele, respiração, eliminação urinária e intestinal e sistema nervoso central, na qual exploramos o comportamento, os movimentos e a postura, tal e como preconiza a NICE (2021). A postura natural do RN é em flexão, conforme o seu posicionamento no útero materno. Por essa razão, aquando da observação do mesmo verificou-se se as suas extremidades se encontravam fletidas sob o tórax, ao invés de se apresentarem em extensão, com pouca tonicidade (com exceção das apresentações pélvicas, cujos membros inferiores se encontram em extensão). A ausência de uma postura de flexão pode traduzir hipoxia e outras complicações e é um sinal de alarme (McKee-Garrett, 2021).

A avaliação da pele permitiu recolher dados que ajudaram a correta adaptação do RN à vida extrauterina. Nos primeiros dias pós-parto, a pele do RN apresenta-se avermelhada e brilhante podendo ocasionalmente estar seca, com vérnix caseoso, lanugo, edema e

acrocianose. Não é expectável que se apresente pálida ou se verifique cianose central (Lowdermilk et al., 2012) ou pletórica (McKee-Garrett, 2017). A presença de icterícia após as 24 horas pós-parto pode ser considerada fisiológica, mas implica a vigilância por parte da equipa de enfermagem e médica, pelo risco de hiperbilirrubinemia e consequente necessidade de intervenção e tratamento com fototerapia (AAP & ACOG, 2017). De acordo com os mesmos autores é recomendado o rastreio universal de bilirrubina antes da alta assim como uma série de procedimentos como são: a promoção e suporte da amamentação, a existência de protocolos para a identificação e avaliação dos níveis de bilirrubina de acordo com a idade do RN em horas e a deteção dos RN com maior risco de hiperbilirrubinemia. Neste sentido ao longo da prática clínica deparei-me com duas situações nas quais os RN tiveram de fazer fototerapia num berço adaptado durante um período de 24 horas por apresentarem níveis elevados de bilirrubina, sendo que um dos maiores desafios foi esclarecer as mães e pais sobre a importância de que o bebé estivesse no berço o maior tempo possível e desenvolver, em conjunto, estratégias que lhes permitissem potenciar os períodos de permanência do RN no berço.

Também a respiração foi um parâmetro avaliado. O sistema respiratório é o que se encontra com maior necessidade de adaptação após o nascimento. A presença de esforço respiratório com sinais como adejo nasal, taquipneia, ou tiragem intercostal alertaram para a necessidade de vigilância e a intervenção de outros profissionais da saúde (McKee-Garrett, 2021). A observação da cabeça foi também realizada, especialmente o seu formato e a presença de cefalohematoma ou *caput succedaneum*. A presença de cefalohematoma ou escoriações não devem ser desvalorizada uma vez que podem estar associadas a dor (McKee-Garrett, 2021).

Outro dos focos de atenção da vigilância do RN foi a eliminação urinária e a eliminação intestinal visto que em todos os turnos estes parâmetros eram avaliados e era explicada a importância dos mesmos para a saúde do RN, sendo implementadas as intervenções “ensinar sobre eliminação urinária no RN” e “ensinar sobre eliminação intestinal no RN”. A primeira micção deve ocorrer nas primeiras 12 horas, sendo que, se esta não acontecer nas primeiras 24 horas, constitui um sinal de alarme e deve ser comunicado ao pediatra, pois pode traduzir algum compromisso nas vias urinárias e/ou bexiga (AAP & ACOG, 2017). Para além da vigilância da primeira micção, também a frequência e as características das mesmas foram monitorizadas, pois está diretamente relacionada com o aporte hídrico e a alimentação do RN. A urina deve ser amarelo-claro e a quantidade de micções é maior à medida que o tempo de vida avança. A partir do quarto dia a frequência das micções aumenta devido ao maior aporte hídrico que ocorre pelo processo de descida de leite, assim se estabelece que os RN a partir do quarto dia de vida devem urinar entre seis a oito vezes por dia (Lowdermilk et. al, 2012). A primeira dejeção, deve ocorrer nas primeiras 24 horas de vida (AAP & ACOG, 2017), as fezes eliminadas nesta fase designam-se de mecónio. O mecónio forma-se durante a vida intrauterina e é resultado de líquido amniótico e células, tem um aspeto viscoso e escuro e é eliminado entre as primeiras horas de vida e o segundo dia. Após isso, as fezes passam a ser chamadas fezes de transição e apresentam-se castanhas amareladas ou esverdeadas e mais líquidas até se

tornarem nas fezes lácteas por volta do quarto dia. O número de dejeções diárias do RN varia conforme o tipo de alimentação, se esta é de leite materno, após o terceiro dia deve apresentar duas a três dejeções diárias, se é alimentado com leite artificial, a eliminação intestinal deve ser de uma dejeção a cada 48 horas (Lowdermilk et. al, 2012).

O coto umbilical foi outras das vigilâncias necessárias, devido ao seu potencial risco infeccioso. O seu aspeto inicial é branco azulado e gelatinoso, sendo que progressivamente inicia um processo de mumificação, onde se vai tornando acastanhado e seco até cair entre o 5.º e o 15.º dia de vida. De acordo com Pires (2016), por ser um tecido outrora vivo, sujeito a um processo de isquemia, o seu potencial infeccioso é grande e por essa razão a observação frequente, permite despistar quaisquer sinais de infeção, tais como: o edema, o rubor periumbilical e o exsudado. O método de limpeza realizado, conforme o protocolo do serviço, foi a técnica *dry care*, tal como recomendado pela AAP e ACOG (2017) que referem a importância de manter o cordão umbilical limpo e seco e realçam que a utilização de antissépticos, incluindo o álcool, não têm vantagem sobre a técnica seca na redução da incidência de onfalite em países desenvolvidos. O ensino e instrução acerca do tratamento do coto umbilical era realizado aquando da higiene do RN sendo que era explicada a realização da técnica de limpeza e informados sobre os sinais de alarme para recorrer aos serviços de saúde. Foi recorrente o facto de que as mães e pais que já tinham outros filhos e que não tinham tido acesso à preparação para a parentalidade tinham a ideia de que a limpeza do coto era realizada com álcool 70%, reflexo das práticas anteriormente recomendadas.

#### **4.3. Promover a recuperação pós-parto: focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem**

No decorrer do pós-parto imediato, foram identificados uma série de focos de enfermagem, descritos no SClínico em uso no serviço, nomeadamente “Infeção”, “Amamentar” “Papel parental”, “Perda sanguínea”, “Dor”, “Uso de contraceptivos”, “Ingurgitamento mamário” e “Obstipação”, acrescentando os focos “Hipotensão”, “Retenção urinária e “Ferida cirúrgica” no caso de parto distócico por cesariana (CIPE®, 2019). É importante salientar que as atividades de vigilância inerentes a estes focos permitiram detetar atempadamente complicações características deste período (Lowdermilk et. al, 2012).

Um dos maiores desafios no período pós-parto é a amamentação. A maioria das mulheres com as quais tive a oportunidade de contactar no puerpério havia tomado a decisão de amamentar e, por isso, o foco de enfermagem “Amamentar” foi aquele que apresentou mais desafios no período de pós-parto. Santos e Baptista (2016) referem que este processo é um ato natural, contudo requer alguns conhecimentos e capacidades desde o início. É nas primeiras experiências de amamentação que surgem muitas questões relativas a esta, sendo que, muitas vezes, o meio envolvente e os diversos conselhos que as puérperas recebem dos diferentes elementos da família, são geradores de confusão e ansiedade. Estas questões só podem ser colmatadas com segurança através do apoio, da educação e da assistência da(o) EEESMO.

Segundo Levy e Bértolo (2012, p. 8), “o leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos”. A ACOG (2021) recomenda a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida, com amamentação continuada, enquanto os alimentos complementares são introduzidos durante o primeiro ano de vida da criança, ou mais, conforme o desejo mútuo da mulher e de seu bebê. O estabelecimento, manutenção e sucesso da amamentação depende de vários fatores, sendo um deles a decisão e motivação materna para amamentar. Ainda que as mulheres demonstrem vontade e motivação para amamentar, muitas vezes surgem obstáculos, potencialmente geradores de stresse que podem comprometer todo este processo. Assim, as intervenções de enfermagem ganham cada vez mais poder nesta área, na medida em que apoiam os casais tanto na aquisição de competências no domínio da técnica da amamentação, como também no domínio da resolução de problemas relacionados com a mesma. Neste sentido é importante salientar que o interesse, o envolvimento, demonstrados pela grande parte dos casais permitiu identificar diagnósticos como “Potencial para melhorar o conhecimento sobre amamentação” e “Potencial para melhorar a capacidade para amamentar” e, posteriormente, planejar e implementar intervenções para dar resposta às necessidades de cada mãe e de cada pai.

Os cuidados prestados durante o internamento afetam significativamente os resultados na amamentação. A ACOG (2021) salienta que os profissionais devem dar apoio e suporte às mães e ajudá-las a ultrapassar os desafios decorrentes da amamentação.

São conhecidos e cada vez mais divulgados os benefícios da amamentação, quer para a mãe, quer para a criança. Relativamente aos benefícios associados à amamentação está a diminuição do risco de cancro de mama, cancro de ovário, diabetes *mellitus* e doença cardíaca hipertensiva e uma recuperação mais rápida do peso pré-gestacional. Além disso, a amamentação desde o pós-parto imediato contribui para a contração uterina, reduzindo assim a perda sanguínea e proporcionando uma involução uterina mais rápida (ACOG, 2021). Relativamente aos benefícios do leite materno para o RN, o leite materno possui a temperatura e a composição nutricional ideal para as características do mesmo, tornando-se de fácil digestão para este, e reduz a incidência de infeções (gastrointestinais, respiratórias e urinárias), previne a mortalidade infantil e promove a qualidade de vida a curto e a longo prazo. Igualmente, o leite materno possui um efeito protetor sobre as alergias (dermatite atópica, asma brônquica e às proteínas do leite de vaca) e permite uma maior adaptação à introdução de alimentos. Além destas vantagens, a amamentação é económica e emocionalmente compensadora para a maioria das mulheres, estabelecendo importantes bases emocionais e vinculativas entre a díade mãe-filho. Assim, o contacto e a atenção permitidos neste processo ajudam o RN a sentir-se seguro e amado, o que será de extrema importância na sua saúde, no seu crescimento e no seu desenvolvimento (Zimmerman, 2018). Levy e Bértolo (2012) relatam a existência estudos portugueses que apontam para uma alta incidência do aleitamento materno, em que mais de 90% das mães portuguesas o iniciam. Contudo, os mesmos estudos demonstram que cerca de metade dessas mulheres desistem de amamentar durante o primeiro

mês de vida da criança. O abandono precoce da amamentação caracteriza-se pela introdução de outros alimentos na dieta da criança que está em amamentação exclusiva, antes dos seis meses de vida. Trata-se de um fenómeno complexo e que é fortemente influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Muitas das causas relatadas para o abandono da amamentação é a dor, a perceção de produção de leite insuficiente, problemas com a pega do RN, incapacidade deste para se adaptar à mama, e alguns desafios como a mastite e o ingurgitamento mamário (ACOG, 2021). Neste sentido, foi realizada uma avaliação e gestão de problemas relacionados com a amamentação, de forma a providenciar um apoio ao casal para alcançar o sucesso da mesma. Outro fator que tem uma grande influência no início e na manutenção da amamentação é a autoeficácia materna para amamentar.

Em contexto de estágio, verificou-se que, no geral, existia unanimidade entre os profissionais da saúde relativamente às informações transmitidas às mulheres/casais, no âmbito da amamentação. No entanto, existem algumas divergências quanto a práticas comuns nos dias de hoje nas instituições de saúde, como é o exemplo da suplementação com leite adaptado ou leite materno, o uso do mamilo de silicone e a utilização do copo em vez do biberão. Ainda assim, o principal objetivo da equipa de saúde do serviço de obstetria do CHPVVC passa pela promoção da amamentação. No âmbito do foco de enfermagem “Amamentação”, foi executado um conjunto de atividades de diagnóstico, com o intuito de detetar as reais necessidades dos casais nesta área e, conseqüentemente, planear os cuidados com maior rigor e precisão. Deste modo, foi importante perceber se os casais detinham conhecimento sobre os benefícios da amamentação, sobre os sinais de fome e saciedade do RN, sobre a duração e intervalo das mamadas e conservação do leite materno. Uma vez identificados os diagnósticos de enfermagem relativos a este foco, foram implementadas intervenções de enfermagem, tais como: “Ensinar sobre amamentação”, “Ensinar sobre sinais de fome e saciedade”, “Instruir sobre como amamentar” e “Apoiar amamentação”. Assim foram avaliadas as características dos mamilos; ensinámos, instruímos e treinámos a amamentação relativamente aos posicionamentos do RN, à realização da adaptação à mama, à presença de reflexos de sucção e deglutição do RN, aos horários e às frequências da mamada e à conduta para a prevenção de complicações como as fissuras mamilares e a mastite.

Relativamente ao implementar a intervenção “Instruir sobre como amamentar” primeiramente, importou transmitir à mulher a ideia de que deve amamentar numa posição confortável, assim como informar sobre as possíveis posições do RN durante o processo. Não obstante, foi fundamental os casais reconhecerem os sinais de boa pega, não só porque é desta forma que o RN é capaz de mamar eficazmente, como também é um modo de prevenção de fissuras mamilares e outras complicações. Para uma pega correta, é necessário que o RN abra bem a boca e abocanhe grande parte da aréola e não apenas o mamilo, o queixo deve tocar na mama e o lábio inferior fica evertido (Levy e Bértolo, 2012). Através da observação da mamada conseguiu-se não só avaliar a execução da técnica da amamentação, como também inspecionar as mamas, com o objetivo de perceber a sua consistência e estado dos mamilos. Uma grande

parte das puérperas apresentou os mamilos macerados nas primeiras 24 horas. Neste sentido, desde o início da amamentação as mulheres foram incentivadas a aplicar gotas de colostro no mamilo e aréola e de seguida expor as mamas ao ar para secarem bem e evitar que os mamilos fiquem húmidos. A observação da mamada por parte dos enfermeiros é de extrema importância para eventualmente corrigir determinados aspetos. Outra questão importante que foi explicada às mulheres foi que quando se pretender interromper a mamada, se deve introduzir o seu dedo mínimo suavemente no canto da boca do RN, de forma a não suspender a sucção de modo abrupto e, conseqüentemente, evitar lesões do mamilo. A aplicação de lanolina foi, também, aconselhada quando as mulheres apresentavam fissuras mamilares (Levy e Bértolo, 2012). Relativamente ao horário, segundo os mesmos autores, este não é o aspeto mais importante sendo que a criança deve, por isso, mamar sempre que tiver fome, isto é, em horário livre, não fazendo intervalos superiores a três horas no primeiro mês de vida.

Um dos obstáculos encontrados ao longo da prática clínica na amamentação foi o ingurgitamento mamário. A pertinência da abordagem desta temática prende-se com as diferenças nas intervenções realizadas por cada profissional relativamente a esta complicação que surge do processo da lactação. Devido a isto, identificou-se o ingurgitamento mamário como sendo uma área com necessidade de maior aprofundamento. O ingurgitamento mamário pode-se definir de acordo com a CIPE® (2019) como *tumefação das mamas com sensação de dor e peso que ocorre com a acumulação de leite após o nascimento de uma criança*. É uma situação que causa grande desconforto, conforme descrito na evidência científica e pode condicionar negativamente a amamentação ou até mesmo cessá-la. A distensão dos ductos alveolares causa compressão vascular e linfática que pode variar em incidência e gravidade. Normalmente, nesta fase as mamas ficam quentes, mais pesadas e endurecidas, e comumente acontece por volta do terceiro e quinto dia pós-parto. Os fatores associados ao ingurgitamento mamário gravemente sintomático podem incluir primiparidade, grandes quantidades de fluidos intravenosos administrados durante o TP, história de sensibilidade mamária pré-menstrual e história de cirurgia mamária (ACOG, 2021). As abordagens de tratamento e prevenção do ingurgitamento mamário são limitadas, embora existam estudos que foram realizados comparando terapia amplamente consideradas benéficas não existem evidências suficientes para recomendar um tratamento específico (ACOG, 2021). De acordo com a ACOG (2021) o ingurgitamento mamário deve ser tratado de forma expectante se os sintomas forem leves e o RN for capaz de fazer uma pega adequada. No caso de ter sintomatologia, recomendam a remoção do leite para aliviar os sintomas, mas em pequena quantidade uma vez que o esvaziamento excessivo da mama pode induzir um excesso de produção de leite com riscos associados de mastite e dutos obstruídos. Neste sentido, ao longo da prática clínica foi aconselhado às puérperas, tal e como Levy e Bértolo (2012) recomendam, a aplicação de calor húmido para favorecer a saída do leite antes da mamada e massajar levemente as mamas com a ponta dos dedos ou com a mão fechada na direção dos mamilos. No final da extração do leite, quando as mamas ainda se mantinham edemaciadas, recomendou-se a aplicação de água fria ou gelo sobre as mesmas para favorecer a vasoconstrição. No caso de o bebé não conseguir

fazer uma pega adequada era recomendada espremer uma pequena quantidade de leite de forma a estimular o paladar e, por essa via, facilitar a pega. Contudo, e segundo o ACOG (2021), não existem evidências suficientes para recomendar um determinado tratamento.

#### **4.4. Promover a adaptação à parentalidade: focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem**

A prestação de cuidados ao RN pode ser um momento causador de stresse, especialmente quando é o primeiro filho ou as mães e pais não realizaram nenhum tipo de preparação para a parentalidade (Lowdermilk & Perry, 2009). Ser mãe ou pai é considerado um dos papéis mais complexos de desempenhar, mas dos mais essenciais, pois vai garantir a sobrevivência, o bem-estar e a segurança da criança (Cardoso, 2011). Neste período, o conhecimento e a informação fornecida às mães e pais são essenciais, para diminuir a sua ansiedade, de forma a sentirem-se capazes de assegurar os cuidados ao filho/a (Cardoso, 2011). Várias são as áreas de prestação de cuidados ao RN que a evidência científica nos explicita como sendo necessárias para os corretos cuidados e que foram identificadas e desenvolvidas, no sentido de promover a autonomia e autoeficácia das mães e pais e a sua melhor adaptação à parentalidade.

Ao longo do período de estágio, no âmbito do foco de enfermagem “Papel parental” (CIPE®, 2019), foram identificadas as necessidades da mãe e do pai, sendo transmitida informação adequada e tentando sempre que o conhecimento transmitido fosse pertinente e atuasse como elemento facilitador da transição. Uma das necessidades primeiramente identificadas foi a capacidade para assegurar a higiene, especificamente a mudança de fralda. Para dar resposta a essa necessidade, foram implementadas as intervenções “ensinar sobre trocar a fralda” e “instruir a trocar a fralda”. Neste momento também se tornava oportuno informar sobre as frequências das micções e dejeções e as características das mesmas. Outra necessidade identificada foi o banho do RN. No serviço de puerpério do CHPVVC o banho do RN era realizado no turno de manhã e sempre pelo menos 24 horas após o parto, tal e como recomendado pela OMS (2018). Neste sentido, AAP e ACOG (2017) salientam que o banho em ausência de fatores maternos de risco de infeção deve ser adiado ao menos até que a amamentação esteja bem estabelecida, sendo que existem estudos que demonstram que o banho após 12h pós-parto está associado a taxas mais altas de amamentação exclusiva. Também salientam que não é preciso dar um banho completo, podendo ser realizado com esponjas de algodão embebidas em água morna. Assim mesmo, destacam a importância de secar bem o bebé independentemente do método utilizado, com atenção especial para secar a cabeça para minimizar a perda de calor. Neste sentido ao longo da prática clínica o que foi oferecido foi o banho em banheira, sempre que fosse vontade das mães e pais. Frequentemente o primeiro banho foi dado por um profissional (Instruir a dar banho ao RN), e após isso incentivado o treino por parte das mães e pais. Nesta altura, referiu-se qual a posição correta para assegurar o RN,

o material necessário, como manter a segurança do RN, como diminuir a perda de calor e a frequência e momento do banho (Lowdermilk et al., 2012), sendo implementadas as intervenções “ensinar a cuidar da higiene” e “instruir a cuidar da higiene”. Este momento, pela exposição e nudez do RN, pode ser um momento privilegiado para referir algumas das suas características físicas, que pudessem alarmar as mães e pais e a que sinais de alarme estes deveriam estar atentos, tais como: a coloração amarela da pele, a presença de secreções oculares ou genitais e lesões cutâneas. Esta altura era aproveitada para realizar os ensinamentos acerca da limpeza do coto e acerca de como vestir e despir o RN. Algumas precauções de segurança foram também explicitadas, nomeadamente, acerca da prevenção da síndrome de morte súbita do lactente. Assim, quando apropriado foi explicado que o posicionamento do RN no berço quando este não se encontra a ser vigiado seria em decúbito dorsal, num colchão firme sem brinquedos ou outros elementos (Fernandes, Fernandes, Amador & Guimarães, 2012).

Por todas estas necessidades identificadas, pode-se assim compreender a abrangência de intervenção do EEESMO, como elemento privilegiado no momento do pós-parto na identificação e deteção de eventuais complicações associadas a este período, como elemento facilitador de saúde e bem-estar, promovendo a correta adaptação à parentalidade e consequente manutenção da segurança, bem-estar e saúde do RN.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdala, L., & Cunha, M. (2018). Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. *Clinical and Biomedical Research*, 38 (4), 356-360. doi: 10.4322/2357-9730.82178

Aguilera – Martín, A., Gálvez- Lara, M., Blanco-Ruiz, M. & García- Torres, F. (2020). Psychological, educational and alternative intervention for reducing fear of childbirth in pregnant women: A systematic review. *J Clin Psychol.* 1–31. <https://doi.org/10.1002/jclp.23071>

Alfirevic Z., Devane D., Gyte G.M.L. & Cuthbert A. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2. Art. No.: CD006066.* DOI: 10.1002/14651858.CD006066.pub3

Almeida, L.M., Alexandre, R.A., & de Jesus, L. A. (2017). Métodos de indução do trabalho de parto: misoprostol, ocitocina e sonda foley, revisão de literatura. *Caderno De Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde - UNIT - SERGIPE*, 4(1), 43. Recuperado de <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/3559>

Almeida, N., Sousa, J., Bachion, M. M. & Silveira, N. (2005). Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 13 (1). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000100009>

American Academy of Pediatrics (AAP) e American College Of Obstetricians And Gynecologists (ACOG). (2017). *Guidelines for Perinatal care*. 8ª edição. Retirado de: <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/-/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx>

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2009). Induction of labor. ACOG Practice Bulletin No. 107 *Obstet Gynecol*;114(2 Pt 1):386–97.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2019). Levels of Maternal Care. Obstetric Care Consensus No 9. *Obstet Gynecol*;134:e41-55

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. Committee Opinion. No.840. *Obstet Gynecol.*, vol. 135, n<sup>o</sup>4, pp.178-188.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020) Gestational Hypertension and Preeclampsia. Committee Opinion. No.222. *Obstet Gynecol.*, vol. 135, n<sup>o</sup>6, pp.237-270.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2021). Breastfeeding challenges. Committee Opinion. No.820. *Obstet Gynecol.*, vol. 137, n<sup>o</sup>2, pp.42-53.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2021). Barriers to Breastfeeding: Supporting Initiation and Continuation of Breastfeeding- Committee Opinion. No.821. *Obstet Gynecol.*, vol. 137, n<sup>o</sup>2, pp.54-62.

Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP). (2017). *Direitos da Mulher na Gravidez e Parto*. Recuperado de <https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2015/02/Direitos-Universais-da-Mulher-durante-o-Parto.pdf>

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurse (AWHONN). (2000). *Clinical position statement: Professional nursing support of laboring women*. Washington, DC.

Ayres de campos D. & Bernardes, J. (2010). Twenty-five years after the FIGO guidelines for the use of fetal monitoring: Time for a simplified approach? *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 110, n<sup>o</sup> 1, pp. 1-6. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20434156>.

Bedwell, C., Levin, k., Pett, C. & Lavender, D. T. (2017). A realist review of the partograph: when and how does it work for labour monitoring? *BMC Pregnancy and Childbirth* 17:31. DOI 10.1186/s12884-016-1213-4

Berens, P. (2017). Overview of postpartum care. *UpToDate*

Berens, P. (2021). Overview of the postpartum period: Normal physiology and routine maternal care. *upToDate* Retirado de: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/6711>

Boaviagem, A., Melo Junior, E., Lubambo, L., Sousa, P., Aragão, C., Albuquerque, S., & Lemos, A. (2017). The effectiveness of breathing patterns to control maternal anxiety

during the first period of labor: A randomized controlled clinical trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 26, 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.11.004>

Bohren M.A., Hofmeyr G., Sakala C., Fukuzawa R.K. & Cuthbert A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7*. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6

Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E. & Widström, A. M. (2020). The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Matern Child Nutr.* 16:e13042. DOI: 10.1111/mcn.13042

Bryant, J., Jamil, R. & Thistle, J. (2021). *Fetal Movement*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls

Calais & Vives-Parés. (2009). *Parir en movimiento: Las movilidades de la pelvis en el parto*. Barcelona: La liebre de marzo

Calegari, F. L. (2012). *Condução do parto e nascimento: repercussões na primeira mamada do recém-nascido em alojamento conjunto*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Cavalcanti, A. C. V., Henrique, A. J., Brasil C. M., Gabrielloni, M. C., Barbieri, M. (2019). Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Rev Gaúcha Enferm.* 40:e20190026. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190026>

Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Cardoso, A. (2011) *Tornar-se Mãe, Tornar-se Pai – Estudo sobre a Avaliação das Competências Parentais*. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Teste de Doutoramento.

Castan, S. & Homs, J.J. (2013). *Obstetricia para Matronas*. Guía Práctica. Madrid: Panamericana.

Chalmers, B., Kaczorowski, J., Levitt, C., Dzakpasu, S., O'Brien, B., Lee L.,..., & Young, D. (2009). Use of routine interventions in vaginal labor and birth: findings from the Maternity Experiences Survey. *Birth*. Vol. 36, nº1, pp.13-25. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19278379>

Chauhan, G., & Tadi, P. (2020). Physiology, Postpartum Changes. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A Nursing Concern. Retirado de <https://repository.upenn.edu/nrs/9>

Conselho Internacional de Enfermeiros - CIPE® (2019). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Coelho, K.C., Rocha, I., M., S., & Lima, A., L., S. (2017). Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto. *São Paulo: Revista Recien.*; 7(21):14-21

Durnwald, C. (2021). Gestational diabetes mellitus: Glycemic control and maternal prognosis. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

Dias, E., Ferreira, A. R., Martins, A. M., de Jesus, M. M. & Alves, J. C. (2018). Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. *Enferm. Foco*; 9 (2): 35-39

Direção Geral de Saúde (DGS). (2004). Pelo direito ao parto normal: uma visão partilhada. (2ª ed). Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/dpn.pdf>

Direção Geral da Saúde (DGS). (2015) Indução do trabalho de parto. Orientação nº 002/2015. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>

Direção Geral da saúde. (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa Retirado de: <https://www.dgs.pt/emdestaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>

Dixon, L. & Foureur, M. (2010). The vaginal examination during labour: Is it of benefit or harm? New Zealand College of Midwives. Journal 42. Recuperado de: <https://opus.lib.uts.edu.au/bitstream/10453/13828/1/2010000232.pdf>

Doménech, E., González, N., & Rodríguez-Alarcón, J. (2008). *Cuidados generales del recién nacido sano*. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Retirado de: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2\\_2.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf)

Downe, S., Gyte, G.M.L., Dahlen, H.G., Singata, M. (2013) Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 7. Art. No.: CD010088. DOI: 10.1002/14651858.CD010088.pub2

Dy, J. (2014). Evolução clínica do trabalho de parto normal. In G.D. Posner, J. Dy, A.Y. Black, G.D. Jones (6ª ed.), *Trabalho de Parto e Parto* (cap. 11/pp. 103-123). Porto Alegre: AMGH Editora

El-Chaar, D. (2014). Avaliação da saúde fetal no parto. In G.D. Posner, J. Dy, A.Y. Black, G.D. Jones (6ª ed.), *Trabalho de Parto e Parto* (cap. 12/pp. 124-150). Porto Alegre: AMGH Editora

Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 11/pp. 308-320). Lisboa: Lidel.

Fernandes, A., Fernandes, C. A., Amador, A., & Guimarães, F. (2012). Síndrome da morte súbita do lactente: o que sabem os pais? *Acta Pediatr Port* ;43(2):59-62 Retirado de:  
[http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/33/20121029175104\\_ArtOriginal\\_FernandesA\\_43.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/33/20121029175104_ArtOriginal_FernandesA_43.pdf)

Ferreira, A. F. (2016). Fisiologia do puerpério. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 13/pp. 438-442). Lisboa: Lidel.

Ferreira, S. S. (2016). Métodos não farmacológicos de alívio da dor. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 12.3/pp. 416-424). Lisboa: Lidel.

Finlayson, K., Downe, S., Hinder, S., Carr, H., Spiby, H., & Whorwell, P. (2015). Unexpected consequences: women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour. *BMC Pregnancy and Childbirth* 15:229 DOI 10.1186/s12884-015-0659-0

Franco, J. (2016). Fisiologia da gravidez. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 2/pp. 56-57). Lisboa: Lidel.

- Furtado, A. R. (2015). *A gestão da ansiedade materna através da técnica de imaginação guiada*. (Relatório de Estágio). Escola superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Garshasbi, A., & Faghieh, S. (2005). The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. *Int J Gynaecol Obstet.*, Vol. 88, pp.271-275
- Gómez-Gómez, M., Danglot-Banck, C., & Aceves-Gómez, M. (2012). Clasificación de los niños recién nacidos. *Rev Mex Pediatr* 79(1); 32-39. Retirado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>
- Gonçalves, A., Cardoso, T., & Garcia, C. (2016). Alojamento conjunto: o papel do enfermeiro obstetra na assistência ao binômio mãe-filho durante o puerpério imediato. Retirado de: <http://www7.bahiana.edu.br//jspui/handle/bahiana/729>
- Guerra, A. (2016). Analgesia e Anestesia em Obstetrícia. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 12/pp. 425-431). Lisboa: Lidel.
- Gupta, J.K., Sood, A., Hofmeyr, G.J., & Vogel J.P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub4
- Graça, L. (2017) *Medicina Materno-fetal* (5ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Gregory, K., Armstrong, E. M. & Menard, M. K. (2013). Assessment of Risk in Pregnancy. In Institute of Medicine; National Research Council. (2013). *An Update on Research Issues in the Assessment of Birth Settings. Workshop Summary*. (Cap. 3) Washington (DC): National Academies Press (US);
- Hickey, L., & Savage, J. (2019). Effect of peanut ball and position changes in women laboring with an epidural. *Nursing for Women's Health*, 23(3), 245-252. doi: 10.1016/j.nwh.2019.04.004.
- Hutchison, J., Mahdy, H., & Hutchison, J. (2021). Stages of Labor. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute reviewers manual: 2014 edition*. Retirado de: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>

- Jonsson, M. (2015). Induction of twin pregnancy and the risk of caesarean delivery: a cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 15, nº 136, pp. 1-7.
- Klaus, M., KenneL, J., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Koyyalamudi, V., Sidhu, G., Cornett, E. M., Nguyen, V., Labrie-Brown, C., Fox, C. J & Kaye, A. D. (2016). New Labor Pain Treatment Options. *Curr Pain Headache Rep* 20:11 DOI 10.1007/s11916-016-0543-2
- Lança, F. (2017). Analgesia e anestesia no parto. In GRAÇA, L. *Medicina Materno-fetal*. (Cap. 29). 5ª Edição. Lisboa: Lidel.
- Lavender, T., Cuthbert, A., & Smyth, R. M. D. (2018). Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 8. Art. No.: CD005461. DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub5
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF, Retirado de: <https://unicef.pt/media/1584/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>;
- Lisa, U., Jalina, M. & Marniati. (2017). Comparison of relaxation with counterpressure massage techniques for reduce pain first stage of labor. AIP Conference Proceedings. 1885. 020179. 10.1063/1.5002373.
- Londoño, L. A., Boterom J. E., Gonzalez, D.M., & Salazar,A. F. (2019). Cambios en el dolor durante el trabajo de parto. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, vol. 38, núm. 4, pp. 442-445.
- Lønnerdal, B. (2017) Bioactive proteins in human milk-potential benefits for preterm infants. *Clin Perinatol*. vol. 44, nº 1, pp.179-191. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28159205>
- Lowdermilk, D., Cashion, M. K., Perry, S., Alden, K., & Olshansky E. (2012). Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica. São Paulo: Elsevier Editora Ltda..

Machado, M (2017). Assistência pré-natal. In GRAÇA, L. Medicina Materno-fetal. Capítulo 13 5ª Edição. Lisboa: Lidel,

Martins, C., Abreu, W. e Barbieri, M. (2017). Transição para a Parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de enfermagem. In *Atas Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa*, vol. 2. Salamanca: Investigação Qualitativa em Saúde. Pp. 40-49.

Mascarenhas, V. H., Lima, T. R., Silva F. M., Negreiros, F. S., Santos, J. D., Moura, M. A., ...Jorge, H. M. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paul Enferm.* 32(3):350-7.

Matias, A., Tiago, P. e Montenegro, N. (2002). Cálculo da Idade Gestacional: Métodos e Problemas. *Acta Médica Portuguesa* vol. 15, pp. 17-21. Retirado de: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1912/1480>.

Matos, T. A., SuzaI, M. S., Santos, E. K. A., Velho, M. B., Seibert, E. R. C.& Martins, N. M. (2010). Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 998- 1004.

Mckee-Garrett, T. (2021) Overview of the routine management of healthy newborn infant. *UpToDate*. Retirado de: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-routine-management-of-the-healthy-newborn-infant>

Meleis, A. (1997). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 3º ed. Philadelphia: Lippicott, Meleis, A. (2010). *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Mercer, R. e Ferketich, S. (1995). Experienced and Inexperienced Mothers' Maternal Competence During Infancy. *Research in Nursing & Health*, vol. 18, pp. 333-343. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7624527>.

Mercer, R. (2004) Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Advanced Nursing* vol. 34, nº4, pp. 456-464. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495491>.

- Middleton, P., Shepherd, E., Morris, J., Crowther, C.A. & Gomersall, J.C. (2020). Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD004945. DOI: 10.1002/14651858.CD004945.pub5
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa, C. (2016). A posição da mulher no trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 11.3/pp. 335-347). Lisboa: Lidel.
- MirghanI, H., Khair, H. & Ahmed, B. (2007). Leopold's maneuvers: how common is it in our daily practice? *Gynaecol. Perinatol*, vol. 16, nº 2, pp. 79-82. Retirado de: <https://hrcak.srce.hr/file/36896>.
- Montenegro, C. A., & Rezende, J. (2014). *Obstetrícia fundamental*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Koogan,
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- Muñoz-Sellés, E., & Goberna-Tricas, J. (2012). Oferta formativa en terapias alternativas y complementarias para la asistencia al parto. *Matronas Prof.* 13(2): 50-54
- Nahabedian, M. & Brooks D. (2019). Rectus abdominis diastasis. *UpToDate*. Retirado de: [https://www.uptodate.com/contents/rectus-abdominis-diastasis/print?search=rectusabdominisdiastasis&source=search\\_result&selectedTitle=\sim16&usage\\_type\\$=\\$default&display\\_rank\\$=\\$1](https://www.uptodate.com/contents/rectus-abdominis-diastasis/print?search=rectusabdominisdiastasis&source=search_result&selectedTitle=\sim16&usage_type$=$default&display_rank$=$1)
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2008). *Antenatal care for uncomplicated pregnancies*. Londres: NICE Clinical Guidelines
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2014). Intrapartum care for healthy women and babies. *RCOG Press* Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2015). *Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period*. Londres: NICE Clinical Guidelines.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2017). *Intrapartum care: Care of healthy women and babies*. Londres: NICE Clinical Guidelines,

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2021). *Postnatal care*. Londres: NICE Clinical Guidelines. Retirado de: [www.nice.org.uk/guidance/ng194](http://www.nice.org.uk/guidance/ng194)

Nasution, S.S., Erniyati, E., & Hariati, H. (2020). Effectiveness of progressive muscle relaxation on the complete opening time during normal labor. *Maced J Med Sci*. Aug 20; 8(B)608-611. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2020.4145>

Oliveira, A. e Graciliano, N. (2015). Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. *Epidemiologia e Serviços da Saúde*, vol. 24, nº 3, pp. 441-451. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00441.pdf>.

Oliveira, O.S., Couto, T.M., Gomes N.P., Campos, L. M., Lima K. T. R. S., & Barral, F. E. (2019) Best practices in the delivery process: conceptions from nurse midwives. *Rev Bras Enferm.* ;72(2):455-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0477>

Oliveira, V., Madeira, A., & Penna, C., M. (2011). Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. *Rev Rene*. Vol.12, nº1. Retirado de: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4119/3210>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Plano de parto*. Parecer Nº 7/2012. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Retirado de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEESMO\\_Parecer\\_7\\_2012\\_Plano\\_de\\_parto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Prestação de serviços de assistência em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Parecer nº44/2014,

Ordem dos enfermeiros. (2015). *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retirado de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso\\_EEESMO.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_EEESMO.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2019) *Regulamento N° 391/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica*. D.R. II Série. N°85/2019 (03-05-2019), 13560-13565. Retirado de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019\\_regulamento-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-do-EEESMO.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamento-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-do-EEESMO.pdf)

Ordem dos enfermeiros. (2021). *Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Órfão, A. (2016). Determinação do Risco Materno-fetal. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 4.1/pp. 108-116). Lisboa: Lidel.

Organização Mundial de Saúde. (OMS). (2011) *Recommendations for induction of Labour*. Geneva, Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156_eng.pdf?sequence=1)

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014) *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil*. Geneva. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO\\_RHR\\_14.19\\_por.pdf;jsessionid=7A56AAB9720E4CC0AC402DC594BA1345?sequence=2](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO_RHR_14.19_por.pdf;jsessionid=7A56AAB9720E4CC0AC402DC594BA1345?sequence=2)

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014). *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2015). *Recomendações para o aumento do trabalho de parto*. Geneva, Retirado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174001/WHO\\_RHR\\_15.05\\_por.pdf;jsessionid=75E6533B7C885B1C2B265E8E6FC5959C?sequence=5](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174001/WHO_RHR_15.05_por.pdf;jsessionid=75E6533B7C885B1C2B265E8E6FC5959C?sequence=5)

Organização Mundial de Saúde. (OMS). (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO. Retirado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=64EF967953F0B4A5F9AD4AC424FB635D?sequence=1>

Organização Mundial de Saude (OMS). (2020). *Recommendations for induction of Labour at or beyond term*. Geneva, Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277233/9789241550413-eng.pdf>

Oppenheimer, L. (2014). Secundamento ou requitação, placenta retida e placenta acreta. In G.D. Posner, J. Dy, A.Y. Black, G.D. Jones (6ª ed.), *Trabalho de Parto e Parto* (cap. 19/pp. 312-323). Porto Alegre: AMGH Editora

Paes do Amaral, A & Martins C. (2016) Manutenção das Necessidades da Parturiente. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 11.9.2/pp. 400-406). Lisboa: Lidel.

Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn Z, Tricco, A. C., Khalil, H. (2020). Capítulo 11: Revisões do escopo (versão 2020). In: Aromataris E, Munn Z (Editores). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI,

Picciano, F. (2003). Pregnancy and lactation: physiological adjustments, nutritional requirements and the role of dietary supplements. *J Nutr.*, vol. 133, nº6, pp. 1997-2002

Pinheiro, A.A. (2016). Promoção do Parto Normal. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 11.2/pp. 324-334). Lisboa: Lidel.

Pires, C. S. (2016). Cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido. Instituto Politécnico de Bragança: Escola Superior de Saúde. Tese de mestrado

Prata, A. R. P. G. (2015). *Medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto* (Relatório de Estágio). Escola Superior de Saúde de Viseu: Viseu. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.19/321>

Prins, M., Boxem, J., Lucas, C., Huttona, E. (2011). Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. *Vol.118, nº6, pp. 662-670*. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02910.x%3E>

Qumer, H., & Ghosh, D. (2019). Effectiveness of patterned breathing technique on pain during first stage of labour-A Narrative Review. *International Journal of Nursing*

*Education, July-September 2019, Vol.11, No. 3* DOI Number: 10.5958/0974-9357.2019.00065.5

Reyes, R.A., Villarreal, J.L.M, Pen, M.H, Ramírez, R.I.C, & Quintana, N.I.V. (2013). Morbilidad neonatal asociada com el grado de tinción meconial del líquido amniótico. *Pediatría de México*, 15(2), 38-44. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2013/pm132b.pdf>

Rocha, I., Vasconcelho de Oliveira,S. M., Schneck, C. A., Riesco,M. L. & Caroci da Costa, A. (2009). O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2009, v. 43, n. 4, pp. 880-888. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000400020>

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2001). *Induction of labour*. Evidence-based clinical guideline. No. 9. London: RCOG Press.

Royal College of Obstetrician and Gynaecologists (RCOG). (2006). *Exercise in Pregnancy*. Norma nº 4, pp. 1-7.

Royal College of Midwives. (2011) *Reaching out: involving fathers in maternity care*. Disponível em: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/Documento-RCM-Royal-College-of-Midwives.-reaching-out.-Involvin-fathers-in-Maternity-care.-2011.pdf>

Santana, A. & Figueiredo, M. (2016). Vigilância do bem-estar materno-fetal. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 11.9.1/pp. 392-399). Lisboa: Lidel

Santos, M.J.F & Baptista, M.C.D. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem da puérpera e recém-nascido. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 13.3/pp. 455-472). Lisboa: Lidel.

Santos, C.& Oliveira, L. P. (2021) *Assistência humanizada de enfermagem as pacientes parturientes*. Retirado de: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/handle/set/3780>

Satin, A. (2021). Labor: Diagnosis and management of the latent phase. *upToDate*. Retirado de: <https://www.uptodate.com/contents/labor-diagnosis-and-management-of-the-latent-phase>

Sequeira, A.; Prata, A. P., Correia, T. I.G., Henriques, C. M. G. & Monteiro, M J. P. (2020). Terceiro estágio do trabalho de parto (dequitadura). In *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel, p. 162-170. ISBN 978-989 752-416-5 Retirado de:

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/22851/4/DEQUITADURA..pdf>

Sescato, A., Souza, S. & WalL, M. (2008). Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm.* vol. 13, nº 4, pp. 585-590. Retirado de: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/13120/8879>

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., & Suganuma, M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 3. Art. No.: CD009514. DOI: 10.1002/14651858.CD009514.pub2.*

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Dahlen, H. G., Ee, C. C., & Suganuma, M. (2018) Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3. Art. No.: CD009290. DOI: 10.1002/14651858.CD009290.pub3*

Sng, B.L., Leong, W.L., Zeng, Y., Siddiqui, F.J., Assam, P.N., Lim, Y.,... Sia, A.T. (2014). Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007238.pub2>

Sng, B.L., Zeng, Y., de Souza, N.N.A., Leong, W.L., Oh, T.T., Siddiqui, F.J., ... Sia, A.T. (2018). Automated mandatory bolus versus basal infusion for maintenance of epidural analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011344.pub2>

Soares, C., Hoga, L.A, Peduzzi, M., Sangaleti, M., Yonekura,T., & Silva, D. R (2014). Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* vol. 48, nº 2, pp. 335-345. DOI: 10.1590/S0080-623420140000200020

Sociedade portuguesa de diabetologia. (2017). Consensos “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes* vol. 12, nº 1, pp. 24-38. Recuperado de: <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-12->

n%C2%BA-1-Mar%C3%A7o-2017-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-p%C3%A1gs-24-38.pdf

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2013). *Consenso Clínico: Rastreio e Prevenção da Doença Perinatal causada pelo Streptococcus agalactiae*. Retirado de: <http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2013-StreptoB.pdf>;

Sousa, L. M.; Marques-Vieira, C. M.; Severino, S. & Antunes, A. V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista investigação em enfermagem, Ser. II(21)*,: 17-26.

Souza, G. N., Sakita, M., Lopes V., Ferreira, D. Q., Mohamed, S. H. M. & Souza, E. (2013). Métodos de indução do trabalho de parto *Feminina* vol. 41, nº 1 pp. 47-54 Recuperado de: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n1/a3781.pdf>

Souza, A. S. R., Costa, A. A. R., Coutinho, I., Noronha, C., Amorim, M. M. R. (2010). Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. *Feminina* vol. 38, nº 4, pp. 185-194. Recuperado de: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>

Sport Medicine Australia (SMA). (2002). The benefits and risks of exercise during pregnancy. *J Sci Med Sport, vol.5, nº 11*

Stokes, V., Emmerson, A. & Mukherjee, A. (2018). Do mothers understand the reasons for giving vitamin K to their newborn babies? *Infant, 14(4)*, 155-158.

Teixeira, C. (2011). *Ansiedade e depressão em mulheres e homens durante a gravidez*. Faculdade de Medicina. Porto. Dissertação de Mestrado.

Thomson, G., Feeley, C., Moran, V. H., Downe, S., & Oladapo, O. T. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reproductive health, 16(1)*, 71. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>

Torvaldsen, S., Roberts, C.L., Bell J.C., Raynes-Greenow, C.H. (2004). Discontinuation of epidural analgesia late in labour for reducing the adverse delivery outcomes associated with epidural analgesia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004457.pub2>

Van der Walt, M. (2014). Prenatal stimulation program to enhance postnatal bonding. Dissertation for Magister Curationis in Community Nursing at the Potchefstroom Campus of the North-West University

Zimmerman, E. (2018). Pacifier and bottle nipples: the targets for poorbreastfeeding outcomes. *Jornal de Pediatria*, 94(4), 571-573. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.02.001>

## **ANEXOS**

### **ANEXO I - Análise dos estudos incluídos na revisão**



Título/Autor(es)/ Ano e local de publicação	Objetivo(s)	Metodologia	Técnica de relaxamento	Resultados	Nível de evidência
<p><i>“Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation on The Complete Opening Time during Normal Labor”</i></p> <p>Siti Saidah Nasution, Erniyati Erniyati, Hariati Hariati</p> <p>Indonésia, 2020</p>	<p>Determinar o efeito das técnicas de relaxamento muscular progressivo na redução da dor</p>	<p><b>Estudo quasi-experimental</b></p> <p><b>Amostra:</b> 30 parturientes</p> <p><b>Local:</b> hospitais e maternidades da USU Medan.</p> <p><b>Métodos:</b> Este estudo foi conduzido em dois grupos: de intervenção e de controle. O grupo de intervenção realizou a técnica de relaxamento muscular progressivo a partir da fase latente. No grupo de controle não foi realizada intervenção, sendo avaliado o intervalo de tempo desde a fase latente até à dilatação completa.</p> <p>A colheita de dados foi realizada por questionário, composto por duas partes: dados demográficos e intervalo de tempo até dilatação completa.</p>	<p>Técnica de relaxamento muscular progressivo</p>	<p>Os resultados demonstraram que a intervenção com técnicas de relaxamento muscular progressivo permitiu alcançar a dilatação completa mais rapidamente quando comparada com o grupo de controle.</p>	<p>II</p>

Título/Autor(es)/ Ano e local de publicação	Objetivo(s)	Metodologia	Técnica de relaxamento	Resultados	Nível de evidência
<p><i>“Relaxation techniques for pain management in labour”</i></p> <p>Caroline A Smith, Kate M Levett, Carmel T Collins, Mike Armour, Hannah G Dahlen, Machiko Suganuma</p> <p>Austrália, 2018</p>	<p>Analisar os efeitos das técnicas de relaxamento no controle da dor no trabalho de parto e no bem-estar materno e neonatal durante e após o parto.</p>	<p><b>Revisão sistemática da literatura</b></p> <p><b>Métodos de pesquisa:</b> Pesquisa na Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) MEDLINE, CINAHL, Australian New Zealand__Clinical Trials Registry, ClinicalTrials.gov, ISRCTN Register, WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) e listas de referência dos estudos recuperados.</p> <p><b>Critério de seleção:</b> Ensaios clínicos randomizados (incluindo ensaios quase randomizados e de cluster) comparando métodos de relaxamento com tratamento padrão, não tratamento, outras formas não farmacológicas de controle da dor ou placebos.</p>	<p>Relaxamento, utilizado em 10 estudos, dos quais um incluía relaxamento muscular associado ao uso da respiração, outro relaxamento associado à respiração profunda, outro relaxamento, música e imagens guiadas, outro só relaxamento e</p>	<p>Os estudos revelam que as técnicas de relaxamento, ioga e música podem ajudar as mulheres a lidar com a dor do parto, embora a qualidade das evidências varie entre baixa e muito baixa, sendo que são necessários mais estudos.</p> <p>O relaxamento foi associado a uma menor intensidade da dor durante a fase latente enquanto que na fase ativa esta associação não estava clara pois a evidência era baixa.</p> <p>O ioga foi associado a menor dor, maior satisfação com o alívio da dor e com a experiência de parto. A intervenção com música foi associada a menores níveis de dor durante a fase latente, mas nenhuma evidência forte na fase ativa.</p>	<p>I</p>

			<p>música, outro alongamento, relaxamento, massagem e respiração, dois ensaios usaram relaxamento muscular progressivo e por último três ensaios usaram psicoprofilaxia Além do relaxamento foram analisadas as intervenções ioga, música, áudio-analgesia e <i>mindfulness</i></p>	<p>A áudio-analgesia não teve efeitos diferentes entre ambos grupos nos resultados da intensidade da dor, nem na satisfação com o alívio da mesma.</p> <p>Com o mindfulness houve um aumento do sentido de controle da dor.</p> <p>Não existem evidências claras de que as terapias tiveram um impacto no tipo de parto.</p>	
--	--	--	---	--	--

Título/Autor(es)/ Ano e local de publicação	Objetivo(s)	Metodologia	Técnica de relaxamento	Resultados	Nível de evidênc ia
<p><i>“Women’s experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review”</i></p> <p>Gill Thomson , Claire Feeley, Victoria Hall Moran, Soo Downe, Olufemi T. Oladapo</p> <p>Londres, 2019</p>	<p>Compreender quais os fatores que influenciam as escolhas das mulheres face às técnicas de alívio da dor, farmacológicas e não farmacológicas, de modo a garantir uma prestação de cuidados de qualidade.</p>	<p><b>Revisão sistemática da literatura</b></p> <p><b>Métodos de pesquisa:</b> bases de dados eletrônicos (MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, AMED, EMBASE, Índice Global Medicus, AJOL), citações rastreadas e referências verificadas.</p> <p><b>Métodos:</b> Revisão formada por quatro pesquisas separadas acerca das experiências com o uso de diferentes técnicas de alívio da dor, nomeadamente: epidural, opioides, massagem e relaxamento. Os métodos utilizados incorporaram uma estratégia de pesquisa pré-projetada, técnicas de avaliação de qualidade e a utilização de técnicas temáticas e metaetnográficas para analisar os</p>	<p>Música, <i>mindfulness</i> e tonificação.</p>	<p>Da análise dos resultados da revisão emergiram cinco temas principais: desejo de alívio da dor, que destaca as diferentes razões para o uso de alívio farmacológico ou não farmacológico da dor, impacto na dor, influência e experiência de suporte, que faz referência a experiências positivas ou negativas das mulheres de apoio de profissionais e / ou acompanhantes, influência sobre foco e capacidade e impacto no bem-estar e saúde.</p> <p>Assim sendo as mulheres relataram experiências distintas de acordo com os diferentes métodos de alívio da dor. Relativamente à utilização dos métodos verificou-se que o conhecimento dos métodos no período pré-natal influencia a utilização dos mesmos durante o trabalho de parto. Os métodos farmacológicos podem</p>	<p>I</p>

		<p>estudos e a ferramenta GRADE-CERQual para avaliar a confiança nas conclusões da revisão</p> <p><b>Critérios de seleção:</b> artigos publicados a partir de 1996 que relataram as opiniões e experiências de mulheres que tiveram experiência no uso de pelo menos um dos quatro métodos incluídos.</p>		<p>reduzir a dor, mas têm efeitos colaterais negativos estando associados a sentimentos negativos após a sua utilização. Já os métodos não farmacológicos, mesmo que não reduzindo a dor como esperado, podem facilitar o vínculo com os profissionais assim como gerar sentimento de controle e empoderamento.</p>	
--	--	---	--	---	--

Título/Autor(es)/ Ano e local de publicação	Objetivo(s)	Metodologia	Técnica de relaxamento	Resultados	Nível de evidência
<p><i>“Cambios en el dolor durante el trabajo de parto.”</i></p> <p>Luz Angela Reyes Londoño, Jhovanna Edelmira Olmos Botero, Diana Maria Gaitan Gonzalez, Andres Felipe Salazar Salazar.</p> <p>Colombia, 2019</p>	<p>Avaliar a eficácia das técnicas de relaxamento no alívio da dor das parturientes</p>	<p><b>Estudo quase experimental</b></p> <p><b>Método:</b> A recolha dos dados foi realizada com recurso a um inquérito sociodemográfico sendo que a avaliação da dor foi realizada através da Escala Visual Analógica.</p> <p><b>Local:</b> Hospital San Vicente de Paul de Palmira</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b> 35 mulheres com gravidez de baixo risco, sem complicações, sem indicação de cesariana, estáveis e com mais de 18 anos.</p>	<p>O posicionamento, a técnica respiratória, a massagem sacrolombar e a técnica de Jacobson,</p>	<p>Em relação ao posicionamento a maioria das mulheres referiu que a posição preferida para alívio da dor de trabalho de parto foi a de decúbito lateral (45,7%), seguida da supina (42,9%). Ao realizar os exercícios respiratórios, 68,6% das parturientes relatou que a dor era intensa no início e no final moderada. Relativamente à massagem terapêutica, 57,1% referiu que a dor foi moderada numa fase inicial e no final ligeira; sendo que 31,4% das parturientes referiu não sentir dor após ter sido implementado este método. Na aplicação da técnica de Jacobson, 68,6% das mulheres relatou dor intensa inicialmente, sendo que 60% referiu ser moderada após o uso desta técnica.</p>	<p>III</p>

				Todas as mulheres referiram alívio na dor após a utilização destas técnicas.	
--	--	--	--	--	--

Título/Autor(es)/ Ano e local de publicação	Objetivo(s)	Metodologia	Técnica de relaxamento	Resultados	Nível de evidência
<p><i>“Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal”</i></p> <p><i>Ernandes Gonçalves Dias, Anilde Rosa Miranda Ferreira, Ana Maria Cardoso Martins, Mirlene Maria de Jesus, Janine Cinara Silveira Alves.</i></p> <p><i>Brasília, 2018</i></p>	<p>Verificar a percepção das puérperas no pós-parto imediato sobre a eficácia do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal.</p>	<p><b>Estudo descritivo qualitativo</b></p> <p><b>Amostra:</b> 40 puérperas</p> <p><b>Local:</b> Hospital e Maternidade Sagrado Coração de Jesus</p> <p><b>Métodos:</b> Os dados foram colhidos com recurso à entrevista entre março e abril de 2016 e analisados de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b> Puérperas em pós-parto normal imediato, internadas na maternidade com idade igual ou superior a 18 anos e que aceitaram o uso dos métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto normal</p>	<p>Banho de chuveiro, deambulação, mudanças de posições (cócoras, sentada, agachamento), técnicas de controle da respiração, massagens e bola de parto.</p>	<p>O método mais utilizado e que foi referido pelas puérperas como aquele que proporcionou mais alívio e conforto durante o trabalho de parto foi o banho de chuveiro. Os restantes métodos foram eficazes quanto à sua finalidade, e as puérperas destacam que após a sua implementação emergiram sentimentos de satisfação, relaxamento e tranquilidade. O acompanhante e o profissional de saúde surgem também nos relatos como sendo uma estratégia de suporte para a utilização dos métodos.</p>	<p>III</p>

Título/Autor(es)/ Ano e local de publicação	Objetivo(s)	Metodologia	Técnica de relaxamento	Resultados	Nível de evidência
<p><i>“Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto”</i></p> <p>Kathlin Cristina Coelho, Ivanilde Marques da Silva Rocha, Anderson Luiz da Silva Lima</p> <p>São Paulo, 2018</p>	<p>Verificar quais são os métodos não farmacológicos mais utilizados para o alívio da dor durante o trabalho de parto.</p>	<p><b>Revisão narrativa</b></p> <p><b>Métodos de pesquisa:</b> Bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e manuais publicados disponíveis de forma gratuita na internet.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b> Não foram utilizados cortes temporais a fim de explorar todo conteúdo que compreenda a temática, já que algumas terapias são tidas como místicas e sem comprovação científica quando questionada sua eficácia.</p>	<p>Técnicas de respiração; relaxamento; massagem; banho; bola de partos; deambulação; eletroestimulação e crioterapia.</p>	<p>Relativamente a técnica de respiração esta só foi efetiva na redução da dor durante a fase ativa e quando associada ao banho de chuveiro. A massagem mostrou-se mais eficaz na redução da dor quando utilizada no início do trabalho de parto sendo evidenciado um maior nível de satisfação na parturiente. Relativamente ao banho, para que tenha o efeito desejado deve ser utilizado pelo menos durante 20 minutos com a temperatura da água entre 37 e 38 graus. A utilização da bola de partos ao longo do trabalho de parto além de diminuir a dor pode reduzir o tempo do período expulsivo, assim como o uso de ocitócicos, de episiotomia e de partos instrumentalizados. A deambulação traduz-se numa menor duração do período de dilatação, do período expulsivo e melhor dinâmica da contratilidade uterina. A electroestimulação diminui a</p>	<p>IV</p>

				<p>sensação dolorosa nas fases iniciais do trabalho de parto não devendo ser utilizada de forma isolada. Por último, a crioterapia também parece ser efetiva na redução da dor ao causar vasoconstrição, devendo ser utilizada com cautela para evitar queimaduras.</p>	
--	--	--	--	---	--

Título/Autor(es)/ Ano e local de publicação	Objetivo(s)	Metodologia	Técnica de relaxamento	Resultados	Nível de evidência
<p><i>“Effectiveness of Patterned Breathing Technique on Pain During First Stage of Labour- A Narrative Review”</i></p> <p>Shahnaj Qumer, Debalina Ghosh</p> <p>Índia, 2019</p>	<p>Encontrar informação acerca da eficácia da técnica de respiração padronizada no alívio da dor durante o parto</p>	<p><b>Revisão Narrativa</b></p> <p><b>Métodos de pesquisa:</b> Bases de dados do Google Shoolar utilizando a formulação dos termos separadamente e integrados com os sinónimos.</p> <p><b>Crítérios de inclusão:</b> Estudos quasi experimentais, pré experimentais e experimentais com primigestas.</p>	<p>Técnica de respiração padronizada, aplicada na primeira fase do trabalho de parto</p>	<p>Dos seis estudos analisados, três mostram que a técnica de respiração padronizada é eficaz no alívio da dor durante a primeira fase do trabalho de parto, sendo que dois estudos que avaliaram diferentes padrões de respiração salientam que a respiração lenta é a mais eficaz na redução de percepção da dor. O último estudo mostra que o método Lamaze é eficaz na redução da dor e ansiedade durante a primeira fase do trabalho de parto.</p>	<p>IV</p>