



## **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

### **HIDROTERAPIA E BOLA DE PILATES: Contributos para a promoção do bem-estar materno- fetal**

**Cintia Eunice Medinas da Cunha Ferreira Cebola**

---

**Lisboa  
2020**

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

Relatório de Estágio

**HIDROTERAPIA E BOLA DE PILATES:  
Contributos para a promoção do bem-estar materno-  
fetal**

---

Orientador: Maria Anabela Ferreira dos Santos

---

**Lisboa  
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

**JOSÉ DE ALENCAR**

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora **Anabela Ferreira dos Santos** pela disponibilidade e orientação.

À **Carina**, à **Daniela** e ao **Justo** porque todo este percurso teve muito mais significado com eles por perto!

À **Catarina** que foi uma força essencial na realização deste relatório.

À restante turma do **10º CMESMO** por passarmos esta fase todos juntos.

Aos meus colegas do Bloco de Partos em especial à minha **Bravo Team** por todo o apoio e disponibilidade para ensinar.

Às EEESMO orientadoras de cada ensino clínico em especial à **Cristina Lourenço** e à **Amélia Gonçalves** que tornaram o meu estágio em Bloco de Partos ainda mais enriquecedor e especial.

Aos meus **pais** pelo apoio e incentivo sempre em todas as escolhas, em todas as aventuras. ♥♥

Ao meu **Daniel** por estar presente e nunca me deixar desistir. ♥♥

À **Emma** que ainda não nasceu e já é o centro de tudo. ♥♥

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABCF – Auscultação de Batimentos Cardíacos Fetais

AESMO – Aluna de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

BP – Bloco de Partos

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

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

COVID – Corona Vírus Disease

CPPP – Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DIP – Doença Inflamatória Pélvica

DIU – Dispositivo intrauterino

DPN – Diagnóstico pré-natal

EEESMO- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EC – Ensino Clínico

EPS – Educação para a Saúde

FIV – Fertilização in Vitro

GE – Gravidez Ectópica

HPV- Papíloma Vírus Humano

IA – Índice de APGAR

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

JBI – Joanna Briggs Institute

LEP – Leite especial para prematuros

LM – Leite Materno

MMF – Medicina Materno-Fetal

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNVGBR – Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

SNC – Sistema Nervoso Central

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

VD – Visita Domiciliária

## RESUMO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia é um profissional de referência na assistência à mulher ao longo das diversas fases do ciclo reprodutivo. O percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências realizado culminou na realização do presente relatório inserido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 10º Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A Teoria de Enfermagem que sustentou este relatório e a prestação de cuidados foi o Modelo Conceptual de Katharine Kolcaba que prioriza o conforto enquanto resultado esperado da ação de enfermagem. Foi escolhido este modelo por ser adequado à problemática central escolhida para orientar este percurso.

As opções metodológicas assentaram na prática baseada na evidência iniciada por uma Scoping Review destinada a mapear a evidência científica sobre o tema. A questão de pesquisa foi “Quais os benefícios do uso combinado da hidroterapia e da bola de pilates no 1º estágio do trabalho de parto?” e utilizou-se a plataforma EBSCO host através da qual foram selecionadas 3 bases de dados busca de evidência.

Foram realizadas diversas atividades ao longo dos ensinamentos clínicos de forma a aplicar o conhecimento retirado da Scoping Review. Devido às limitações impostas pelo período de pandemia vivido durante o estágio em bloco de partos a aplicabilidade verificou-se bastante difícil motivo pelo qual foram desenvolvidos questionários para recolher algum feedback sobre o tema e a sua aplicabilidade.

Estas estratégias demonstraram através dos questionários a profissionais e das conversas com as parturientes ser muito bem aceites e serem opções viáveis na promoção do conforto e alívio da dor. São medidas de fácil aplicação, disponíveis em grande parte das maternidades portuguesas e com baixo custo.

**Palavras-Chave:** Trabalho de parto; Hidroterapia; Bola Suíça

## **ABSTRACT**

Midwives are reference professionals in assisting women throughout the various phases of the reproductive cycle. The learning process and skill development was concluded by the elaboration of this report as a part of the Internship made in the scope of the 10th Master's Degree Course in Maternal Health and Obstetrics of the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

The Nursing Theory that supported this report and the care providing was Katharine Kolcaba's Conceptual Model, which prioritizes comfort as the expected outcome of nursing care. This model was chosen because it was appropriate to the central issue chosen to guide this journey.

The methodological options were based on evidence-based practice initiated by a Scoping Review aimed at mapping the scientific evidence on the topic. The research question was "What are the benefits of the combined use of hydrotherapy and pilates ball in the 1st stage of labor?" and the EBSCO host platform was used for evidence search through 3 selected databases.

Several activities were performed throughout the clinical teachings in order to apply the knowledge taken from the Scoping Review. Due to the limitations imposed by the pandemic period experienced during the internship in the delivery room, applicability was quite difficult, so questionnaires were developed to collect some feedback on the topic and its applicability.

These strategies have proved through questionnaires to professionals and conversations with women in labor to be very well accepted and to be viable options in the promotion of comfort and pain relief. They are easy to apply, available in most Portuguese maternity hospitals and at low cost.

**Keywords:** Labor; Hydrotherapy; Swiss ball

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1.1. A dor no Trabalho de Parto .....	14
1.2. Estratégias não farmacológicas para alívio da dor.....	15
1.2.1. Hidroterapia .....	15
1.2.2. Bola de Pilates.....	16
1.3. Teoria do Conforto- Katharine Kolcaba.....	17
2. METODOLOGIA .....	19
2.1. Scoping Review .....	19
2.1.1. Título.....	19
2.1.2. Objetivo e questão.....	19
2.1.3. Palavras chave .....	19
2.1.4. PCC .....	20
2.1.5. Critérios de inclusão/exclusão .....	20
2.1.6. Estratégia de pesquisa .....	20
2.1.7. Extração de dados .....	22
2.1.8. Apresentação dos resultados .....	23
2.1.9. Conclusões.....	23
2.2. Prática Baseada na Evidência .....	25
3. ANÁLISE DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	27
3.1. Objetivo 1 - Desenvolver competências de EEESMO no cuidado à mulher inserida na família a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e no âmbito do planejamento familiar, saúde sexual e climatério. ....	27
3.2. Objetivo 2 - Desenvolver competências de EEESMO no cuidado à mulher inserida na família durante o período pré-natal. ....	31
3.3. Objetivo 3 - Desenvolver competências de EEESMO no cuidado à mulher inserida na família durante os diferentes estádios do trabalho de parto. ....	35

3.4. Objetivo 4 - Desenvolver competências de EEESMO no cuidado à mulher inserida na família durante o período pós-parto. ....	39
3.5. Objetivo 5 - Desenvolver competências de EEESMO no cuidado ao recém-nascido e família durante o período de pós-parto promovendo a adaptação à vida extra-uterina e o processo de transição para a parentalidade. ....	43
3.6. Objetivo 6 - Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências para a promoção do bem-estar materno-fetal através do uso de estratégias não farmacológicas especificamente relacionados com a hidroterapia e bola de pilates. ....	51
3.7. Objetivo 7 - Desenvolver competências para aquisição do grau de mestre	54
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	56
5. LIMITAÇÕES .....	57
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	58

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## APÊNDICES

APÊNDICE I – Scoping Review – Pesquisa nas bases de dados

APÊNDICE II – Scoping Review – Extração de dados

APÊNDICE III- Cronograma de atividades

APÊNDICE IV – Projeto de Consulta IST's

APÊNDICE V – Planeamento e Sessões de Educação para a Saúde

APÊNDICE VI - E-Book Curso de Recuperação pós-parto

APÊNDICE VII- Poster“Hidroterapia e Bola de Pilates”

APÊNDICE VIII – Questionário de serviço “Hidroterapia e Bola de pilates”

APÊNDICE IX – Instrumento de interação de cuidados

APÊNDICE X – Questionário “Hidroterapia e Bola de pilates”

## ANEXOS

ANEXO I – Formulário de observação da amamentação

ANEXO II – Síntese de Registo de Atividades Práticas

## **LISTA DE TABELAS E FLUXOGRAMAS:**

<b>TABELA 1.</b> Termos de pesquisa .....	21
<b>TABELA 2.</b> Conclusões dos artigos da scoping review.....	23
<b>FLUXOGRAMA 1.</b> PRISMA - Resultados da pesquisa.....	22

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio com Relatório inserida no programa de estudos referente ao 10.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Serve este documento como instrumento de avaliação do meu percurso, sob orientação da professora Anabela Ferreira dos Santos e será sujeito a apresentação e discussão pública para a aquisição do grau de Mestre.

Este curso era até ao início do 2º ano um Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem, com a passagem a mestrado foram necessárias algumas adaptações curriculares nomeadamente a transformação dos ensinamentos clínicos (EC) I, II, III, IV, V e VI em uma única UC: o Estágio com Relatório, que inclui a passagem por vários contextos sendo o mais longo e especialmente importante para a aquisição de competências o contexto de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica que realizei num hospital central da região de Lisboa e Vale do Tejo. Esta UC tem previstas um total de 1500 horas, sendo que 950 são de estágio, 50 de orientação tutorial, 30 de prática laboratorial, 20 de seminário e as restantes horas de trabalho autónomo. O estágio em Bloco de partos iniciou-se a 2 de Março de 2020, foi interrompido uma semana mais tarde devido à pandemia pela Covid-19 e retomado a 20 de Julho de 2020 tendo terminado a 01 de Novembro 2020.

O relatório de aprendizagem terá como finalidade a descrição e análise crítica e reflexiva do meu percurso de aprendizagem e das atividades realizadas para atingir os objetivos delineados tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO). Defini como objetivo geral de aprendizagem: aprofundar conhecimentos e desenvolver competências de EEESMO no cuidado à mulher, feto/recém-nascido e família durante a gravidez, trabalho de parto (TP), puerpério e em situação de doença ginecológica. A partir deste objetivo surgiram os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências de EEESMO no cuidado à mulher inserida na família a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e no âmbito do planeamento familiar, saúde sexual e climatério.
- Desenvolver competências de EEESMO no cuidado à mulher inserida na família durante o período pré-natal.
- Desenvolver competências de EEESMO no cuidado à mulher inserida na família durante os diferentes estádios do TP.
- Desenvolver competências de EEESMO no cuidado à mulher inserida na família durante o período pós-parto.

- Desenvolver competências de EEESMO no cuidado ao recém-nascido e família durante o período de pós-parto promovendo a adaptação à vida extra-uterina e o processo de transição para a parentalidade.
- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências para a promoção do bem-estar materno-fetal através do uso de estratégias não farmacológicas especificamente relacionados com a hidroterapia e bola de pilates.
- Desenvolver competências para aquisição do grau de Mestre

Na UC opção II incluída no plano de estudos do primeiro ano foi desenvolvido um projeto com vista a aplicação prática durante os estágios. Após alguma pesquisa e aconselhamento com a professora orientadora decidi explorar os benefícios do uso combinado de duas estratégias não farmacológicas para alívio da dor: a hidroterapia e a bola de pilates.

A dor é um elemento central durante o TP e segundo as competências do EEESMO este cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos” (Ordem dos Enfermeiros, 2019 (a), p.13563), assim sendo parece-me importante desenvolver competências e aprofundar conhecimentos nesta área de forma a prestar cuidados de qualidade.

Tendo em conta o tema escolhido considerei que o quadro de referência que mais se adequa e no qual devo basear a minha prestação de cuidados é a Teoria do conforto de Katharine Kolcaba segundo a qual “a enfermagem é a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparados com a anterior linha de base” (Dowd, 2002, p. 485)

A estrutura do Relatório será a seguinte: após esta breve introdução será feito um enquadramento teórico que será a base do restante trabalho e posteriormente a descrição da metodologia utilizada, seguindo-se uma análise do percurso de aprendizagem e do processo de aquisição de competências. Para finalizar serão desenvolvidas as considerações éticas, descritas as limitações sentidas durante o percurso de aprendizagem e terminará com as considerações finais.

As Referências Bibliográficas foram mobilizadas de acordo com as normas da APA 7ª edição.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No presente capítulo serão aprofundados os conceitos que servirão de base para o desenvolvimento do relatório e do processo de aprendizagem.

### 1.1. A dor no Trabalho de Parto

“O trabalho de parto é um conjunto de fenómenos fisiológicos, que, uma vez induzidos ou espontâneos, conduzem à extinção cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão fetal no canal de parto e à sua expulsão para o exterior” (Néné M. et al, 2016, p. 308). O trabalho de parto divide-se em quatro estádios: O primeiro que se refere ao apagamento e dilatação do colo uterino; o segundo referente ao período expulsivo; o terceiro, a dequitação e o quarto que compreende as duas horas após o parto.

A dor no TP e parto é um dos maiores receios das mulheres durante a gravidez. A dor, segundo Néné et al. (2016, p. 411), é influenciada por aspetos físicos, psicológicos, sociais, culturais e religiosos e por isso mesmo é uma sensação vivida de forma única por cada parturiente.

O primeiro estágio pode ser bastante demorado e é nesta fase que as contrações que provocam o apagamento e dilatação do colo uterino causam maior dor e desconforto. A vertente física da dor é mais fácil de compreender, porque se relaciona com o desenrolar do TP. No entanto, o medo e a ansiedade têm uma grande influência na percepção da dor, já que, segundo Field et al (citado por Néné et al., 2016, p 411) provocam uma reação do sistema nervoso simpático que origina tensão dos ligamentos redondos do útero e rigidez cervical aumentando assim a resistência ao trabalho efetuado durante as contrações, o que leva a um aumento da intensidade da dor. “Segundo Lamaze a dor é um reflexo condicionado, pelo que as mulheres também podem ser condicionadas para não sentir dor durante o trabalho de parto” (Lowdermilk & Perry, 2006, p. 360). A dor é uma resposta condicionada ao medo e à ansiedade e é necessário que a mulher se sinta confortável e num ambiente seguro para ter uma percepção de controlo sobre o processo do nascimento eliminando o medo e aumentando a sua compreensão sobre o seu corpo e os processos neurofisiológicos da dor.

Lima et al. (2019, p.60) refere que o medo da dor do parto tem como base a falta de informação sobre a fisiologia do mesmo e está fortalecido no imaginário da mulher, por meio social, cultural, físico e emocional. Refere o mesmo autor que o empoderamento das mulheres e a tomada de conhecimento por parte das mesmas relativamente à fisiologia do TP e do

parto em si podem ajudar a melhorar a forma como é encarada a dor. A sensação de controlo do desconforto e da dor é de grande importância para uma experiência de parto positiva, para isso a mulher pode optar por métodos farmacológicos, não farmacológicos ou uma associação dos dois e o profissional de enfermagem tem um papel fundamental no apoio e cuidado da mulher durante este processo. Segundo Schweitzer citado por Couto “*cabe ao profissional de saúde a obrigação e o privilégio de aliviar a dor*” (Couto, 2002, p. 45).

## **1.2. Estratégias não farmacológicas para alívio da dor**

Sendo a dor um dos principais focos do EEESMO na sua prestação de cuidados à grávida em TP é imprescindível encontrar estratégias adequadas para intervir perante tal desconforto. As estratégias não farmacológicas para alívio da dor são opções de fácil aplicação que não requerem equipamentos sofisticados.

São vários os métodos não farmacológicos para alívio da dor, segundo Néné et al (2016, p.416) citando o Cochrane Pregnancy and Childbirth Group descrevem-se os seguintes: Hipnose, Biofeedback, Injeção subcutânea ou intradérmica de água estéril, Hidroterapia, Aromaterapia, Técnicas de relaxamento que incluem musicoterapia e Yoga, Acupuntura ou acupressão, Massagem e reflexologia e Estimulação neurológica transcutânea. Santos et al. (2020, p.3) acrescenta a estas a deambulação e mudança de posição, as técnicas de respiração e a utilização da bola de pilates.

Após alguma pesquisa e aconselhamento com a professora orientadora decidi incidir a minha atenção sobre o uso combinado de dois métodos não farmacológicos: a hidroterapia sob a forma de duche de água quente e os exercícios na bola de pilates. Estes são métodos cada vez mais disponíveis nos blocos de parto e em específico no local onde exerço funções e no qual decorre o meu EC e nesse sentido gostaria de explorar os seus benefícios durante o primeiro estágio do TP, não só no que diz respeito ao alívio da dor e desconforto mas também à progressão do mesmo.

### **1.2.1. Hidroterapia**

O recurso à água durante o TP é uma reconhecida medida de promoção de conforto da parturiente e pode ser aplicada tanto na forma de banho de imersão como de duche de água quente.

Lowdermilk & Perry (2006, p. 363) refere que, segundo Simkin & O'hara, a hidroterapia durante o trabalho de parto influencia de forma positiva a diminuição da necessidade de analgesia, de instrumentalização do parto, a integridade do períneo e a satisfação da mulher com o parto. O alívio e relaxamento proporcionado por este método reduzem os níveis de ansiedade da mulher e conseqüentemente a produção de adrenalina o que permite o aumento da produção de ocitocina e endorfinas que favorecem o desenrolar do trabalho de parto e redução da percepção da dor. "A água quente proporciona uma estimulação confortante aos nervos da pele, o que promove vasodilatação com reversão da resposta nervosa simpática" (Santos et al., 2020, p. 3)

Em Portugal é reduzido o acesso a unidades que disponham de banheiras para a realização de imersão durante o 1º estadio do TP, no entanto a utilização da água pode ser feita através de duchas de 30 a 60 minutos. A temperatura ideal da água será entre os 36º e os 38ºC. Lowdermilk & Perry (2006, p. 363) refere que há uma maior eficácia da hidroterapia no alívio da dor se os banhos forem repetidos várias vezes em vez de serem prolongados, sobretudo no caso de TP mais longos.

Segundo o estudo realizado por Davim et al. (2008, p.608) o duche produz grande eficácia no alívio da dor em mulheres em fase ativa do trabalho de parto, sendo o grupo utilizado especificamente neste estudo mulheres com 8-9 cm de dilatação.

As vantagens do duche verificam-se não só ao nível do relaxamento e gestão do desconforto mas também pelo facto de se explorar a posição vertical que pode beneficiar a progressão do TP.

### **1.2.2. Bola de Pilates**

A bola de Pilates (também descrita na literatura como bola suíça ou bola de nascimento) foi, segundo Néné et al. (2016, p. 420), introduzida no Reino Unido e na Alemanha na década de 90 como elemento facilitador da descida fetal. Atualmente reconhece-se o papel deste instrumento na promoção do conforto e na mobilidade da mulher sendo um método favorecedor da verticalidade que é de grande benefício para a progressão do TP.

Santos et al. (2020, p. 4) realça os benefícios da aplicação da bola já que esta técnica permite a mudança de posição estimulando movimentos espontâneos e não habituais e diminui a sensação dolorosa da contração uterina conferindo uma sensação maior de controle pelo facto da mulher se manter ativa. Segundo Néné et al (2016, p.420) durante o TP com a adoção de posturas verticais existe um aumento do fluxo sanguíneo para o útero o que favorece esta diminuição da sensação dolorosa, para além de aumentar o aporte de oxigénio

ao feto e de regularizar as contrações uterinas promovendo assim a evolução do trabalho de parto.

Apesar de estar comprovada a eficácia da bola de Pilates no alívio da dor durante o trabalho de parto, Delgado et al. (2019, p.100) concluem na sua Revisão Sistemática da Literatura que são necessários mais estudos que avaliem os possíveis restantes benefícios a nível do bem estar materno-fetal, tais como diminuição da duração do TP, lacerações perineais, tipo de parto, Índice de APGAR (IA) do recém-nascido (RN), utilização de analgesia de TP, etc.

### 1.3. Teoria do Conforto- Katharine Kolcaba

As teorias são um instrumento para a realização do cuidado e conferem “significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 12)

De forma a orientar o percurso de aprendizagem e a prestação de cuidados decidi utilizar a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba por considerar que é a que mais se adequa ao tema em estudo.

O conforto deriva do latim *confortare*, que significa restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar e é um conceito central na prática de enfermagem e muito utilizado nas teorias de enfermagem. Apóstolo (2009, p.67) descreve que para Morse e Kolcaba a enfermagem é o ato de confortar e o conforto é o resultado esta ação, sendo que, para Kolcaba é importante ter em conta a avaliação dos resultados.

Katharine Kolcaba define a enfermagem como um processo de apreciação das necessidades de conforto e conseqüente conceção de medidas de conforto para suprimir estas necessidades culminando numa reapreciação dos níveis de conforto após a implementação das medidas comparativamente aos níveis anteriores. (Dowd, 2002, p. 485)

A estrutura da teoria do conforto descreve 3 níveis de conforto: **alívio, tranquilidade e transcendência**. O **alívio** refere-se ao estado em que o doente viu satisfeita a sua necessidade específica, a **tranquilidade** define um estado de calma ou contentamento enquanto que a **transcendência** é o estado no qual a pessoa supera os seus problemas ou sofrimento.

Estes estados de conforto podem ser experienciados em 4 diferentes contextos: **físico, psico-espíritual, ambiental e social**. O contexto **físico** diz respeito às sensações corporais, o **psico-espíritual** à consciência do *self* e está relacionado com a auto-estima, o

auto-conceito, a sexualidade e o significado na vida de alguém ou a relação com uma ordem ou ser mais elevado. O contexto **ambiental** refere-se ao meio envolvente, às condições e influências externas e o contexto **social** está relacionado com as relações interpessoais, familiares e sociais.

Assim, tendo por base a estrutura anteriormente descrita, Kolcaba (2003, p.16) descreve o conforto como sendo um estado holístico e complexo que deve ser o resultado essencial da prestação de cuidados. O objetivo de basear os cuidados na teoria do conforto é o de intervir em todas os aspetos que causam o desconforto dos pacientes, planeando intervenções que visem não só um estado de tranquilidade, mas por vezes apenas de um alívio que já é maior do que se não intervirmos. Em alguns casos a ajuda passa por levar o paciente a um estado de transcendência elevando-se acima do sofrimento de modo a cumprir aquilo que é necessário (por exemplo, tratamentos de quimioterapia, terapias de reabilitação ou processos de luto).

## **2. METODOLOGIA**

No presente capítulo serão aprofundadas as opções metodológicas que servirão de base para o desenvolvimento do relatório e do processo de aprendizagem.

### **2.1. Scoping Review**

Enquanto EEESMO é minha responsabilidade manter-me informada sobre a melhor e mais atualizada evidência científica na minha área de intervenção já que como descrito no “Essential competencies for basic midwifery practice” (International Confederation of Midwives, 2019) os Enfermeiros Especialistas possuem os conhecimentos e competências necessários, de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebê e é nesse sentido que é desenvolvida esta revisão da literatura no formato Scoping segundo o método da Joanna Briggs Institute (JBI), incluindo assim todo o tipo de estudos.

#### **2.1.1. Título**

Contributos do uso combinado da hidroterapia e da bola de pilates no 1º estágio do trabalho de parto: uma scoping review.

#### **2.1.2. Objetivo e questão**

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre os benefícios do uso combinado da hidroterapia e da bola de pilates no 1º estágio do trabalho de parto.

Questão: Quais os benefícios do uso combinado da hidroterapia e da bola de pilates no 1º estágio do trabalho de parto?

#### **2.1.3. Palavras chave**

Trabalho de parto; Hidroterapia; Bola Suíça

Labor; Hydrotherapy; Swiss ball

#### **2.1.4. PCC**

**Tipo de participantes:** Parturientes

**Conceitos:** Hidroterapia e Bola de pilates.

**Contexto:** 1º estágio do TP

**Tipos de estudo:** Todos os estudos primários quantitativos e qualitativos e secundários revisões sistemáticas com meta-análise ou meta-síntese.

#### **2.1.5. Critérios de inclusão/exclusão**

Serão selecionados todos os artigos que incluam os benefícios do uso combinado e não individual da hidroterapia e da bola de pilates no 1º estágio do TP.

Não foi incluído nenhum limite temporal devido à escassez de dados obtidos.

#### **2.1.6. Estratégia de pesquisa**

Segundo o Joanna Briggs Institute Reviewer's manual (Aromataris & Munn, 2020) a estratégia e pesquisa deve ser feita em três passos que serão clarificados nesta secção do protocolo. Deve-se utilizar uma estratégia abrangente de forma a identificar estudos publicados e não publicados, bem como revisões de literatura sobre o tema em estudo.

O primeiro passo consiste numa pesquisa inicial limitada para a qual é utilizada a plataforma EBSCO, especificamente as bases de dados MEDLINE *with full texto*, CINAHL Plus *with full texto* e Web of Science, tendo por base a pergunta sobre os benefícios da hidroterapia e da bola suíça no alívio da dor de forma a analisar as palavras contidas nos títulos e resumos dos estudos extraídos, bem como os termos utilizados para descrever os artigos.

A segunda parte da pesquisa é realizada utilizando as palavras-chave identificadas e os termos de indexação em todas as bases de dados incluídas nesta revisão *scoping*.

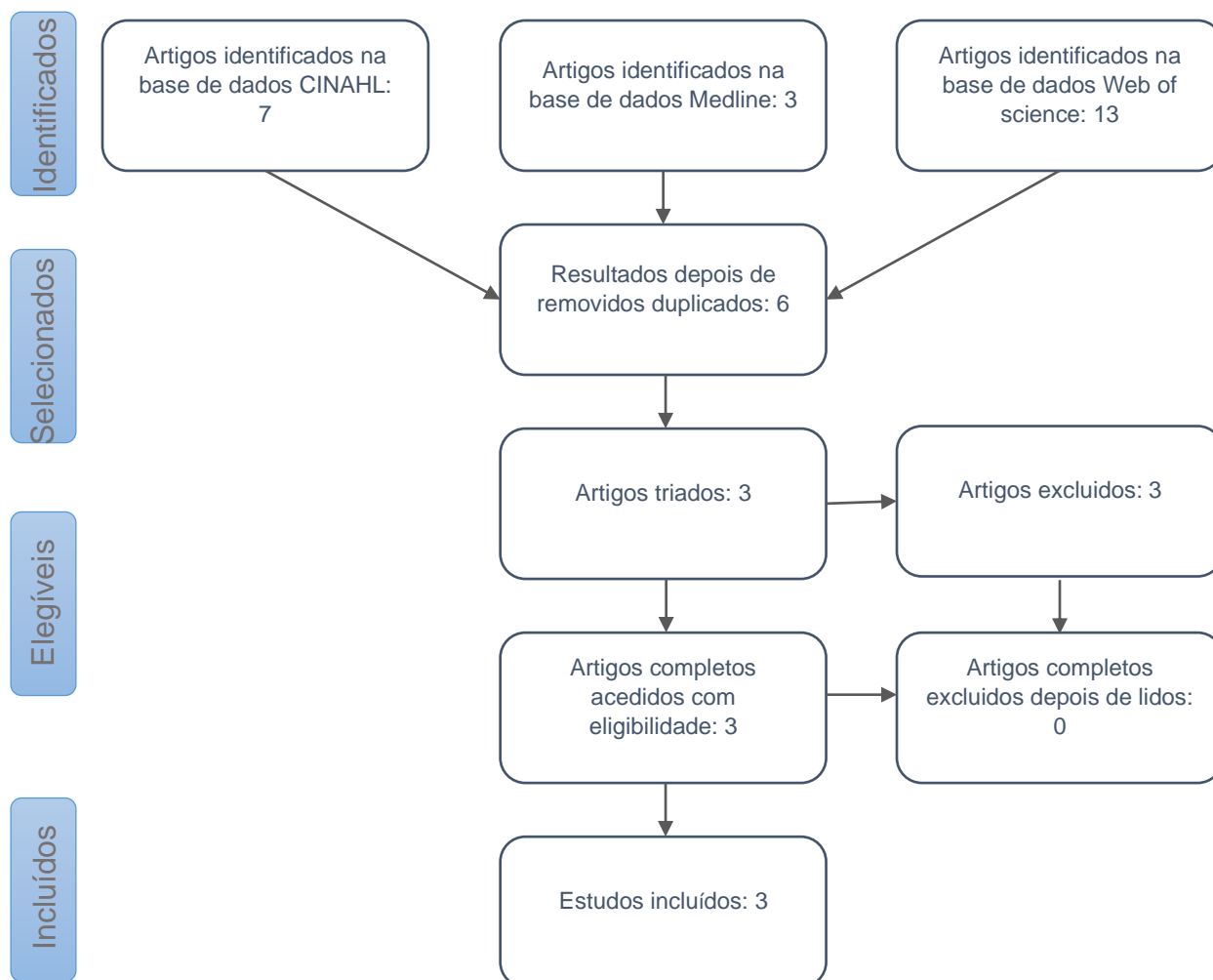
Em último lugar utilizam-se as referências dos relatórios e artigos identificados, para encontrar estudos adicionais. A pesquisa nas bases de dados foi realizada com os termos naturais e de indexação apresentados na seguinte tabela:

**Tabela 1.** Termos de pesquisa

<b>Termos Naturais</b>	<b>Termos de indexação CINAHL</b>	<b>Termos de indexação MEDLINE</b>	<b>Termos de pesquisa Web of science</b>
<b>Pregnan*</b>	-	-	
<b>Parturient</b>	-	-	
<b>Midwi*</b>	-	-	
<b>Obstetric*</b>	<i>obstetric care</i> <i>obstetric nursing</i>	<i>obstetric nursing</i>	
<b>nurs*</b>	-	-	
<b>Labor</b>	Labor	-	
<b>Hydrotherapy</b>	hydrotherapy	hydrotherapy	hydrotherapy
<b>warm shower</b>	-	-	warm shower
<b>water therapy</b>	-	-	water therapy
<b>swiss ball</b>	-	-	swiss ball
<b>birth ball</b>	-	-	birth ball

No Apêndice I encontram-se as imagens da pesquisa realizada em cada base de dados, após as quais foi realizado o seguinte fluxograma de pesquisa:

**Fluxograma 1. Prisma: Resultados da pesquisa**



### 3.1.7. Extração de dados

Foram elaboradas tabelas, conforme a metodologia para revisões scoping proposta pelo *Joanna Briggs Institute*, com o objetivo de mostrar os dados relevantes dos estudos e reconhecer se os resultados obtidos vão ao encontro do objetivo e da questão da revisão. (Apêndice II )

## 2.1.8. Apresentação dos resultados

A síntese do material será apresentada, conforme as diretrizes de revisão scoping proposta pelo *Joanna Briggs Institute*, numa tabela organizada pelo título, o autor ou autores, a revista, os contributos do uso combinado da hidroterapia e da bola de pilates (tabela 2) e posteriormente com um resumo narrativo descrevendo como os resultados se relacionam com o objetivo e com a pergunta da revisão.

## 2.1.9. Conclusões

Existem várias estratégias não farmacológicas para alívio da dor, como o banho quente, os exercícios perineais com bola suíça, os exercícios respiratórios, o relaxamento, a massagem, a acupuntura, os estímulos elétricos, a injeção subcutânea de água destilada entre outras. Estas práticas oferecem conforto e permitem liberdade de escolha por parte da parturiente. (Barbieri et al., 2013, p.481)

Essa escolha deve ser promovida e incentivada pelo enfermeiro logo desde o acompanhamento pré natal por ser um momento privilegiado para favorecer a informação e aconselhamento para que esta possa realizar as suas próprias escolhas. (Henrique et al., 2016, p. 687)

Barbieri et al. (2013, p. 481) refere que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor por serem seguras e menos invasivas.

**Tabela 2.** Conclusões dos artigos da scoping review.

Artigos	“Warm Shower aspersion, perineal exercises with Swiss ball and pain in labor”	“Hydrotherapy and the Swiss ball in labor: randomized clinical trial”	“Uso do banho de aspersion associado à bola Suíça como método de alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto”
Autores	Márcia Barbieri Angelita José Henrique Frederico Molina Chors Nathália de Lira Maia Maria Cristina Gabielloni	Angelita José Henrique Maria Cristina Gabielloni Ana Carolina Varandas Cavalcanti Patrícia de Souza Melo	Camila de Albuquerque Silva Sônia Regina Godinho de Lara

		Márcia Barbieri	
<b>Contributos do uso da hidroterapia</b>	<p>Diminui a ansiedade e a dor</p> <p>Promove o relaxamento</p> <p>Reduz o uso de epidural</p> <p>Sem efeitos adversos para mãe e feto</p> <p>Dilatação cervical mais rápida</p>	<p>Diminui o uso de analgesia epidural</p> <p>Se utilizada abaixo dos 5 cm de dilatação cervical aumenta a necessidade de analgesia, enquanto que após os 5 cm de dilatação diminui a necessidade de analgesia</p> <p>Reduz a dor e a ansiedade</p> <p>Aumento do conforto e dos sentimentos positivos</p>	<p>Promove o conforto</p> <p>Diminuição da ansiedade e da dor</p> <p>Relaxamento da musculatura que promove o aumento da elasticidade do canal vaginal</p> <p>Sem efeitos adversos</p> <p>Baixo custo</p> <p>Fácil aplicação</p>
<b>Contributos do uso da Bola Suíça</b>	<p>Participação activa no TP</p> <p>Liberdade de movimentos</p> <p>O uso isolado não mostra grandes resultados</p> <p>Não existem estudos suficientes que suportem a sua eficácia no alívio da dor e progressão do TP</p> <p>Maior eficácia na fase activa</p> <p>Promove a verticalidade e a progressão do feto no canal de parto</p> <p>Diminuição da intensidade das traumas do períneo</p> <p>contrações, da</p>	<p>Promove o conforto, o alívio da dor e progressão do trabalho de parto</p> <p>Favorece a posição vertical e consequentemente a progressão do feto no canal de parto e a redução do trauma perineal.</p> <p>Diminui a necessidade de analgesia</p> <p>Diminui a taxa de cesariana</p> <p>Existem poucos estudos a comprovar a eficácia na progressão do TP e mais a focarem-se no alívio da dor</p> <p>Promove a participação activa no TP</p>	<p>Promove a posição vertical que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminui a dor</li> <li>• Aumenta a eficácia das contrações uterinas</li> <li>• Melhora a circulação sanguínea materno-fetal</li> <li>• Promove a descida fetal</li> <li>• Diminui o trauma perineal e necessidade de episiotomia</li> <li>• Favorece a Liberdade de movimentos</li> </ul> <p>Promove relaxamento e conforto.</p>

	duração do TP e das taxas de cesariana		Relaxa e alonga a musculatura
<b>Contributos do uso combinado da Hidroterapia e da Bola suíça</b>	<p>Diminuição da dor pouco significativa que se torna mais evidente no uso combinado dos métodos.</p> <p>O uso combinado dos dois métodos promove a redução da dor e ansiedade promovendo o relaxamento.</p> <p>Ambas são técnicas seguras que promovem o conforto e bem-estar da parturiente.</p>	<p>Favorece a progressão do trabalho de parto e o parto vaginal quando comparado ao uso individual das técnicas.</p> <p>Diminuição da duração do trabalho de parto</p> <p>Aumento dos batimentos cardíacos fetais.</p>	<p>O uso combinado é mais eficaz do que o uso isolado</p> <p>Maior alívio da dor se aplicado e fase active do TP</p> <p>Estimula o parto normal</p> <p>Promove conforto e alívio da dor</p>

A combinação dos dois métodos, banho quente e exercícios na bola suíça demonstra ser bastante mais eficaz potenciando os efeitos individuais de cada método na gestão da dor e na progressão do trabalho de parto. Segundo Barbieri et al. (2013, p. 483) o uso combinado da hidroterapia e da bola de pilates durante o TP promove a diminuição da dor bem como o relaxamento e diminuição da ansiedade. Já Henrique et al. (2016, p. 691) acrescenta os benefícios ao nível da progressão do TP, na diminuição da sua duração e no desfecho em partos vaginais. Silva & Lara (2018, p. 170) na sua revisão integrativa da literatura reforçam as conclusões dos estudos anteriores acrescentando que o impacto na diminuição da dor dá-se quando aplicadas as intervenções na fase ativa do TP.

## 2.2. Prática Baseada na Evidência

A prática baseada na evidência (PBE) consiste no “uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente”

(Atallah & Castro citados por Domenico & Ide, 2003, p. 116). É uma metodologia para a prática clínica em que segundo Pedrolo et al (2009, p.760) se utilizam as evidências científicas produzidas por estudos desenvolvidos com rigor metodológico na tomada de decisão.

Na Enfermagem “a PBE envolve a definição de um problema, a averiguação e avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação destas na prática e apreciação dos resultados, por meio da integração de três elementos: a melhor evidência, as habilidades clínicas e a preferência do paciente” (Pedrolo et al., 2009, p.761), assim sendo para a aquisição de competências de EEESMO, após análise do contexto, foi definida uma questão de pesquisa e realizada a Scoping Review com o objetivo de recolher a melhor evidência disponível e poder de seguida aplicar o conhecimento extraído na prática clínica ao longo dos EC e avaliar os resultados das intervenções aplicadas.

### **3. ANÁLISE DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.**

Para atingir os objetivos propostos tive oportunidade de desenvolver competências de EEESMO ao realizar estágios em locais das várias vertentes desta área da Enfermagem, podendo assim desenvolver a parte prática e teórica da prestação de cuidados. Foram delineadas no início deste percurso atividades que pretendiam dar resposta ao objetivo relacionado com o tema deste relatório e que se foram alterando e ajustando a cada local de estágio ao longo do percurso. Estas atividades estão esplanadas numa tabela em Apêndice III.

#### **3.1. Objetivo 1 - Desenvolver competências de EEESMO no cuidado à mulher inserida na família a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e no âmbito do planeamento familiar, saúde sexual e climatério.**

Para a aquisição de competências que dão resposta a este primeiro objetivo tive oportunidade de passar por três contextos de estágio onde pude aprender e prestar cuidados a mulheres a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, planeamento familiar, saúde sexual e climatério. Foram eles a consulta externa de ginecologia, o serviço de urgência obstétrica e ginecológica do mesmo hospital e uma UCC.

A consulta externa de ginecologia inclui as consultas de Ginecologia Geral, Ginecologia oncológica, Uroginecologia, Pré-histeroscopia, Senologia e a consulta denominada de IST's realizada por um dermatologista que se dedica a patologias dos órgãos genitais externos, inclusivamente verrugas e condilomas associados a infeções sexualmente transmissíveis (IST).

Na consulta de ginecologia não existe uma consulta só de enfermagem, existindo sim uma consulta médica com a colaboração de uma enfermeira. Em cada consulta estão presentes o médico responsável, a enfermeira e os respetivos estudantes.

A enfermeira recebe as utentes, dá apoio e fornece material ao médico nos procedimentos a realizar, informa e esclarece dúvidas da utente sempre que necessário prestando apoio emocional sempre que a situação o exija.

A estrutura desta consulta e o facto de ser o meu primeiro estágio na especialidade trouxe-me alguma dificuldade em me posicionar enquanto aluna de enfermagem de saúde materna e obstetrícia (AESMO). A estrutura física não permitiu uma maior proximidade e privacidade com cada utente demarcando com mais clareza a minha intervenção enquanto enfermeira. O desafio foi então tentar utilizar o que tinha perante mim para refletir sobre a prática do enfermeiro nesta área e sobre os contributos que um especialista poderia dar à consulta externa de ginecologia. Durante as 4 semanas de estágio tentei perceber todo o trabalho da enfermeira que fui acompanhando e assumir as suas funções na consulta.

Recorrendo às competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2015b) podemos compreender a dificuldade destes profissionais em prestarem cuidados não tendo uma consulta própria de enfermagem, já que, critérios como: respeita o direito dos clientes ao acesso à informação; respeita o direito do cliente à privacidade; aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente; fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação; estão condicionados, numa consulta que é essencialmente do médico. A enfermeira neste caso perde um pouco o espaço para desempenhar a sua função, apesar de tentar estar disponível para prestar apoio emocional em caso de necessidade, de esclarecer dúvidas sempre que tem oportunidade, acolhe e conduz a mulher durante o processo de consulta e sempre que é necessária uma outra intervenção. Relativamente à privacidade da utente e ao ambiente propício ao estabelecimento de uma relação terapêutica estes estão também comprometidos, tendo em conta que em cada consulta estão presentes dois ou três médicos e um ou dois enfermeiros.

Destacando as competências do EEESMO e a sua intervenção autónoma tive a também oportunidade de aprender com a restante equipa multidisciplinar realizando alguns procedimentos técnicos, nomeadamente a observação ginecológica através da introdução do espéculo e observação do colo uterino, a realização de citologias e também o exame mamário para o qual fui uma mera observadora inicialmente e com o decorrer das consultas realizando de forma autónoma o procedimento.

Outros cuidados que prestei em colaboração com a restante equipa foram educação para a saúde (EPS) (alimentação, exercícios de Kegel), informação acerca das intervenções (após biópsias, citologias, colocação do pesário, crioterapia, na preparação para histeroscopia).

Tendo em conta que o enfermeiro especialista “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019b) desenvolvi um projeto de consulta de enfermagem

a realizar pelo enfermeiro no âmbito das IST's de forma a associar à consulta de IST's-dermatologia. (Apêndice IV)

Na consulta de ginecologia geral tive a oportunidade de contactar com casos de endometriose, prolapso uterino, menopausa precoce e alterações do ciclo menstrual, pela ginecologia oncológica passam utentes em fase inicial do processo a receber notícias sobre diagnósticos positivos ou negativos, consultas para proposta cirúrgica e de controlo pós cirúrgico, na consulta de uroginecologia contactei com casos de cistocelo, retoenterocelo, incontinência urinária, entre outras. a consulta de pré-histeroscopia tive oportunidade de perceber a preparação para o exame e colaborar com o médico na informação da utente sobre a preparação e sobre o exame em si. A consulta de senologia muito à semelhança da ginecologia oncológica recebe mulheres em fase inicial, em consulta de avaliação, ou a receber notícias sobre diagnósticos positivos ou negativos, consultas para proposta cirúrgica e de controlo pós cirúrgico, tendo muitas vezes uma componente emocional bastante forte dada a carga negativa das notícias que se têm de transmitir. Na consulta de IST's, apesar de estar prevista a minha presença no maior número possível de modo a ajudar-me no projeto de consulta a desenvolver a realidade é que nem sempre foi possível, por ausência do médico, ou greves nos serviços, no entanto, aquilo que fui presenciando nas consultas em que estive presente foram casos de verrugas ou condilomas genitais tratados por crioterapia e líquen escleroso.

Neste estágio ficaram planeados dois turnos nas técnicas de ginecologia. Era esperado que eu realizasse um turno na sala de colposcopia e outro na de histeroscopia, sendo que nestas salas existe também uma consulta onde se faz o acompanhamento das mulheres encaminhadas pelos cuidados de saúde primários (CSP) após rastreio positivo para papiloma vírus humano (HPV). A enfermeira responsável por cada sala tem um papel fundamental no apoio a cada técnica ocupando-se de toda a preparação de material e gestão de produtos para análise, tem também um papel fundamental no acompanhamento da utente tentando explicar todo o procedimento e tentando providenciar conforto e apoio emocional. Por inexistência de atividade nesses dois dias a minha observação restringiu-se a três exames de histeroscopia diagnóstica relacionados com a consulta de infertilidade onde se fez uma observação e avaliação uterina e foram retirados pequenos pólipos uterinos. A minha intervenção nestes dias passou unicamente pela observação do procedimento, sendo que toda a equipa se mostrou bastante disponível para me mostrar e explicar todo o funcionamento do serviço e do procedimento em si. Infelizmente não consegui assistir a tanto quanto gostaria de forma a ter uma real noção do funcionamento das técnicas de ginecologia. Foi uma passagem curta mas, apesar de tudo, interessante e com contributos positivos para o meu percurso.

Mais próxima do final do meu caminho de AESMO no contexto de Bloco de Partos e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) tive outras oportunidades de aprendizagem apesar desta passagem ter sido mais curta que a anterior já que os turnos foram realizados prioritariamente no Bloco de Partos. Neste serviço o EEESMO realiza a triagem das mulheres que recorrem à urgência recolhendo informação como o motivo de vinda à urgência, os antecedentes pessoais, cirúrgicos e obstétricos e as alergias. Nesse momento tem oportunidade de criar uma relação de proximidade com as mesmas e em alguns casos esclarecer algumas dúvidas existentes relativamente a sinais e sintomas que as trazem à urgência ou a nível de aconselhamento anticoncepcional, prevenção de IST's ou até pré-concepcional. As situações mais frequentes que passam pelo SUOG são metrorragias devido geralmente a miomas uterinos ou por vezes casos oncológicos, Bartholinites, infeções vaginais causadas ou não por IST's e doença inflamatória pélvica (DIP).

No SUOG o EEESMO, bem como o enfermeiro generalista, realiza administração de fármacos e colheitas de produtos para análise e colabora com a restante equipa multidisciplinar em determinados procedimentos. Cabe ao enfermeiro preparar as utentes para cirurgias de urgência e certificar-se que lhe foi apresentado o consentimento informado.

Por vezes os médicos dão indicação às utentes para se dirigirem ao SUOG para colocação/troca de pessário ou para colocação/remoção de dispositivos intrauterinos (DIU) ou Implantes contraceptivos, infelizmente não tive oportunidade de observar ou sequer realizar procedimentos técnicos nesta área.

Relativamente aos CSP, realizei um estágio de 6 semanas numa unidade de cuidados na comunidade (UCC) em que a maioria das minhas aprendizagens foram na área da Obstetrícia, no entanto tive oportunidade de realizar uma sessão de EPS sobre Sexualidade e Violência no Namoro (Apêndice V) para alunos do 8º ano com idades entre os 13 e os 15 anos que teve por objetivo promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura tal como descrito no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (Direção Geral de Saúde, 2008, p.6). Esta sessão foi planeada para um grupo de alunos de várias turmas de uma escola no Barreiro que foram nomeados como embaixadores da saúde e que têm como responsabilidade transmitir o conhecimento retirado da sessão às respetivas turmas. Foi uma tarefa bastante desafiante, pelo público alvo e pelo tema em si. Senti que apesar de desconfortáveis com o tema, os adolescentes foram bastante recetivos e participativos. A mim enquanto futura EEESMO deu-me oportunidade de trabalhar as minhas competências de promoção da saúde junto destes jovens e sair um pouco da minha zona de conforto. Estas ações junto da comunidade em idades tão precoces é de extrema importância na prevenção de IST's, de gravidez na adolescência e na promoção de uma sexualidade positiva. Senti que os programas escolares talvez não estejam muito adequados às necessidades, por exemplo o sistema reprodutor é lecionado no último período do 8º ano e é nessa altura que é abordada

a contraceção. Durante a sessão foi claro o desconhecimento sobre a anatomia, sobre consequências negativas da sexualidade e formas de prevenção e no entanto também foi notório que nesta idade já estão bastante despertos para o relacionamento com os outros e a sexualidade mesmo não tendo iniciado a vida sexual.

Sinto que as aprendizagens que realizei nos CSP, apesar de muito importantes para o meu desenvolvimento profissional, não foram tantas quanto eu gostaria, seja a nível de acompanhamento de mulheres no planeamento familiar e pré-conceção como a nível de procedimentos técnicos que podem ser realizados pelo EEESMO, tais como: citologias, colocação de DIU e implantes contraceptivos subcutâneos. Estes últimos, segundo o parecer nº 50/2014 (Ordem dos Enfermeiros, 2014), são intervenções interdependentes que se iniciam com a prescrição médica e que podem ser realizadas pelo EEESMO sempre que este tenha adquirido a formação necessária quer em contexto académico quer em contexto de formação contínua.

### **3.2. Objetivo 2 - Desenvolver competências de EEESMO no cuidado à mulher inserida na família durante o período pré-natal.**

Segundo a Ordem do Enfermeiros (2019, p.13562) o EEESMO “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”. Para dar resposta a este segundo objetivo tive oportunidade de acompanhar utentes a nível de CSP, internamento de medicina materno-fetal (MMF), bloco de partos (BP) e SUOG.

Nos Cuidados de Saúde Primários, durante o estágio numa UCC, tive oportunidade de trabalhar e desenvolver as minhas competências de EEESMO no programa de Preparação para o Parto e Parentalidade. De acordo com o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR) da direção geral de saúde (DGS) “estes cursos permitem às mulheres/casais a partilha, a expressão e o esclarecimento de medos, dúvidas e angústias decorrentes destas fases, num ambiente de grupo e de suporte mútuo.” (Direção Geral de Saúde, 2015, p. 63) É importante a componente teórica na abordagem das diferentes temáticas e também uma vertente prática que inclua exercícios para o período da gravidez e do pós-parto imediato, atividades que visem a promoção da vinculação da tríade (mãe/pai/bebé), os posicionamentos a adotar durante o trabalho de parto e as técnicas de respiração e relaxamento.

Realizei algumas das sessões deste curso de preparação para o parto e parentalidade (CPPP), tanto teóricas como práticas (Apêndice V), e assisti a outras. Foi muito enriquecedor e senti uma grande disponibilidade por parte da mulher/casal para receber toda a informação, a maioria das grávidas eram mães de primeira viagem e mostraram-se sempre muito interessadas e participativas. Senti-me mais confortável com os temas da preparação e com o grupo das grávidas já que a minha experiência profissional recente enquanto enfermeira num bloco de partos me trás outra tranquilidade a trabalhar estes temas, apesar de tudo a pesquisa realizada e a troca de experiências com a Enfermeira Orientadora permitiu-me ter uma visão mais ampla sobre estes temas e a realidade específica do Hospital daquela área. Durante as sessões de preparação para o parto e parentalidade pude aprofundar conhecimentos e aconselhar as mulheres sobre medidas não farmacológicas para o alívio da dor e assim desenvolver competências que me permitam atingir os objetivos específicos relacionados com a temática que escolhi trabalhar durante o estágio com relatório e que será desenvolvida mais à frente.

Como previsto pelo PNVGBR, antes do início do curso, deve realizar-se uma entrevista de modo a conhecer a grávida/casal, identificar possíveis desvios da normalidade e avaliar as necessidades específicas em cada caso. E foi neste sentido que intervi a nível da vigilância pré-natal no contacto individual à grávida. Nestas entrevistas era preenchido um documento com a anamnese, analisados os exames já realizados pela grávida e dado o alerta para datas importantes (como os prazos para realização de vacinas e imunoglobulina quando aplicável) e recolhidos os dados no momento da entrevista tais como peso, sinais vitais, altura do fundo uterino, auscultação de batimentos cardíacos fetais (ABCF). Nestes momentos de maior proximidade pude perceber o contexto destas utentes e aproveitar para realizar EPS individualizada de forma a responder a necessidades de cada pessoa e cada fase da gravidez otimizando desta forma os cuidados prestados. A proximidade desenvolvida durante a entrevista e o curso em si dão ao EEESMO uma visão mais pormenorizada de cada mulher, podendo assim detetar-se complicações e gerir-se a referência das situações que estão para além da nossa área de atuação, nomeadamente todas as situações de risco social. Tive oportunidade de me deparar com situações de jovens grávidas, mães solteiras, em que o pai do bebé não queria assumir a paternidade por exemplo e sendo pessoas com algumas dificuldades económicas foi necessária a intervenção da assistente social.

A Ordem do Enfermeiros (2019a, p. 13) conclui que o EEESMO é o único profissional de enfermagem habilitado para exercer intervenção no âmbito da preparação para o parto de uma forma autónoma e independente reforçando assim o nosso papel enquanto especialistas, no entanto a articulação com uma equipa multidisciplinar que cubra as necessidades que vão além das nossas competências favorece a melhoria dos cuidados prestados.

Durante o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade pude explicar o que é e como funciona o Plano de Parto que “consiste no registo das preferências e necessidades da grávida/casal em relação ao trabalho de parto, parto, pós-parto e parentalidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 45) e discutir e validar individualmente com cada grávida as suas escolhas e esclarecer dúvidas. Nesta fase é importante reforçar a imprevisibilidade dos eventos associados ao trabalho de parto, parto, pós-parto e parentalidade, na garantia da segurança e do bem-estar materno-fetal e neonatal e como tal realçar o facto do plano de parto dever ser flexível e mutável em qualquer fase do processo.

Durante o estágio no internamento MMF tive oportunidade de passar um dia na consulta externa de Obstetrícia e outro no diagnóstico pré-natal (DPN) onde se realizam as amniocenteses.

Na consulta externa observei e participei em 3 tipos de consulta, a consulta de enfermagem prévia à consulta de medicina materno-fetal, a consulta de peri-parto e a consulta de idade materna.

Nas consultas prévias à consulta de MMF o EEESMO faz avaliação de peso, sinais vitais e auscultação de batimentos cardio-fetais (ABCF). Estas consultas são também um momento de aconselhamento e transmissão de informação adequada à fase da gravidez e à situação da grávida. Segundo o Livro de Bolso Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica /parteiras (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 34) nas consultas de seguimento pré-natal deve avaliar-se o estado fetal, nomeadamente:

- A frequência cardíaca fetal com doppler a partir das 11 semanas
- Os movimentos fetais a partir das 20 semanas
- A altura do fundo uterino a partir das 24 semanas

E a condição materna:

- Sinais ou sintomas de desvio à gravidez normal ou de inadaptação à gravidez que possam afetar a mãe e o feto
- Pressão arterial
- Peso e variação ponderal
- Exame sumário de urina com fita-teste
- Necessidades educativas sobre comportamentos saudáveis.

É realizada nesta consulta a administração de imunoglobulina anti-D às grávidas com tipo de sangue Rh- às 28 semanas e a todas a pesquisa de Streptococos do Grupo B entre as 35 e as 37 semanas.

Segundo o programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco (Direção Geral de Saúde, 2015, p. 37) as grávidas entre as 36 e as 40 semanas devem ter uma consulta no hospital onde se prevê que ocorra o parto. É a chamada consulta peri-parto onde é feita também avaliação do estado fetal e da condição materna, avaliados os exames laboratoriais e ecográficos, realizada monitorização cardiotocográfica e é o momento de programar uma eventual indução de trabalho de parto, habitualmente para as 41 semanas a menos que haja alguma condição em que seja aconselhado induzir numa fase mais precoce.

A consulta de idade materna realizada pelo EEESMO neste serviço serve geralmente para entregar e explicar o resultado do Rastreio Combinado do 1º trimestre, esclarecer dúvidas e encaminhar a grávida se necessário.

O Rastreio combinado do 1º trimestre é realizado entre a 9ª e a 13ª semana de gravidez e através da análise de marcadores bioquímicos (B-hCG e PAPP-A) e marcadores ecográficos (translucência da nuca e os ossos próprios do nariz). Com este exame é possível detetar alterações como a trissomia 21 e outras cromossomopatias, é também realizada uma colheita de valores tensionais que servirá também juntamente com outros parâmetros ecográficos para determinar o risco de desenvolver Pré-eclâmpsia durante a gravidez. Em caso de alterações a nível do rastreio combinado a grávida poderá ser aconselhada a realizar diagnóstico pré-natal de anomalias genéticas através da realização de amniocentese. Tive oportunidade de observar durante a realização do estágio algumas amniocenteses e assistir a médica durante o procedimento, melhorando assim o meu conhecimento sobre o mesmo.

Outro dos locais de estágio que muito enriqueceu o meu percurso foi o internamento de MMF, onde pude contactar com utentes com patologia da gravidez e desenvolver os meus conhecimentos sobre as mesmas. Foi um estágio especialmente exigente a nível teórico que me forçou a tentar estar o mais informada possível. A nível técnico as minhas intervenções passavam por ABCF, monitorização cardiotocográfica, avaliação de sinais vitais e administração de medicação oral e endovenosa. No entanto foi necessário que eu conhecesse bem as patologias de modo a poder detetar sinais de alarme e alertar as grávidas para os mesmos. A intervenção do EEESMO passa muito pela informação e capacitação da grávida, pela “promoção da partilha de informação com as utentes no sentido de se otimizar a sua aprendizagem cognitiva, de criar novas capacidades de autocuidado, autodeterminação e participação ativa no seu plano de cuidados esclarecidos” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 25).

As principais causas de internamento neste serviço são ameaça de parto pré-termo, colestase gravídica e pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade e vigilâncias após hemorragias de 2º ou 3º trimestre já estabilizadas.

Os internamentos por ameaça de parto pré-termo, por exemplo, podem ser bastante longos, o que significa que o único seguimento de gravidez que a mulher tem é aquele que lhe damos em internamento, ou seja não existem consultas em que se expliquem os desconfortos da gravidez em cada fase, em que se promovam alimentação e hábitos saudáveis, e onde se esclareçam dúvidas, não vão ter oportunidade de seguir um curso de preparação para o parto e por isso mesmo o EEESMO deve também suprir essa lacuna, estando presente e disponível, planeando momentos de partilha de informação.

Por vezes acontecem situações que exigem uma transferência rápida para o bloco de partos e o EEESMO tem que estar preparado para agir nesses momentos, foi o caso por exemplo de uma utente com descolamento de placenta numa grávida de termo, em que felizmente a ação foi rápida, foi feita a transferência para o BP onde se realizou uma cesariana emergente e ambos, mãe e bebé, ficaram bem.

No estágio em contexto de Bloco de Partos pude aprender de uma forma mais aprofundada e ter contacto com complicações mais graves que normalmente ficam em vigilância neste serviço, por exemplo as Pré-eclampsias com critério de gravidade e síndrome de HELLP, hemorragias, e todas as complicações mais graves.

Foi também neste serviço que pude desenvolver competências que me permitam prestar cuidados a mulheres em situação de abortamento, interrupção voluntária da gravidez (IVG) e gravidez ectópica (GE). A intervenção do EEESMO, tal como descrito no regulamento de competências do EEESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), passa pelo diagnóstico, identificação de alterações que indiquem um processo de aborto, a colaboração com outros profissionais na resolução destas situações e a intervenção em caso de complicações pós aborto, IVG ou GE. Cabe também ao EESMO o esclarecimento sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto.

### **3.3. Objetivo 3 - Desenvolver competências de EEESMO no cuidado à mulher inserida na família durante os diferentes estádios do trabalho de parto.**

Foi principalmente no BP que desenvolvi competências no âmbito do cuidado à mulher em TP, no entanto a minha passagem pelo internamento de medicina materno-fetal também me permitiu acompanhar mulheres em indução de trabalho de parto.

O meu estágio em BP ocorreu em contexto de pandemia de corona vírus disease (COVID). Este surto de doença causada pelo Corona Vírus foi declarado pandemia pela

OMS a 11 de Março de 2020 e desde então o quotidiano das pessoas em todo o mundo foi alterado. A quantidade de novos casos diários diagnosticados e mortes levou a uma reestruturação dos serviços de saúde a nível mundial e como não podia deixar de ser também para nós em Portugal. No caso específico do BP onde decorreu o meu estágio, inicialmente foi proibida a entrada a acompanhantes e foram definidos novos circuitos de admissão às grávidas de acordo com o status COVID negativo, desconhecido ou positivo. O profissionais passaram por um período de grande stress e ansiedade, não só pela mudança existente mas também por temerem pela sua segurança e das suas famílias. O estado emocional das equipas, bem como o medo que se instalou nas grávidas/parturientes que agora passavam a estar sozinhas, influenciou a prestação de cuidados e a qualidade dos mesmos, situação que se foi tentando melhorar ao longo do tempo. Para mim enquanto aluna de enfermagem de saúde materna e obstetrícia (AESMO) a prestação de cuidados ficou um pouco condicionada, pois não estava autorizada a prestar cuidados a mulheres com resultado positivo do teste à COVID o que numa fase inicial significava por vezes aguardar cerca de 6 horas desde a admissão da grávida. Esta situação limitou as grávidas a um espaço mais restrito com menor liberdade de movimentos, já que enquanto não tinham resultado do teste não podiam sair da box/quarto em que estavam, o que significava que ficavam a maior parte do tempo deitadas, e não tinham acesso ao WC nem ao Duche, condicionando por isso a implementação de algumas medidas não farmacológicas para gestão da dor e desconforto. O facto de estarem sozinhas durante todo o processo foi um fator de grande ansiedade e que tornou a experiência do parto mais difícil para estas mulheres. Quando reiniciei o EC que tinha sido interrompido no início da pandemia já a presença do acompanhante era permitida para o período expulsivo o que trouxe alguma alegria e um mínimo de normalidade a estes casais.

Apesar das condicionantes impostas pelo estado de pandemia, tive oportunidade de desenvolver competências técnicas e relacionais no cuidado à grávida/casal em trabalho de parto nas suas diversas fases.

O trabalho de parto é definido como “um conjunto de fenómenos fisiológicos, que, uma vez induzidos ou espontâneos, conduzem à extinção e dilatação do colo uterino, à progressão fetal no canal de parto e à sua expulsão para o exterior.” (Néné et al., 2016, p. 308)

O início do trabalho de parto dá-se quando se instalam as contrações regulares e com sensação dolorosa e se inicia a extinção do colo uterino. O TP divide-se em 4 estádios que são os seguintes:

- Primeiro estágio: é o período em que se dá a extinção e dilatação do colo uterino até aos 10 cm.
- Segundo estágio: é o período em que se dá expulsão do feto
- Terceiro estágio: é o período em que se dá a dequitação
- Quarto estágio: é o período que compreende as primeiras 2 horas de puerpério.

O primeiro estágio do TP divide-se em duas fases: latente e ativa que estão definidas de forma diferente pelas diversas entidades. Segundo a OMS a fase latente vai do início das contrações regulares com alterações do colo uterino até aos 5 cm de dilatação, e a fase ativa daí até à dilatação completa. Segundo o Consortium for Safe Labor referido no ACOG Committee Opinion No. 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth (2019, p. 166) a fase latente pode ir até aos 5-6 cm de dilatação. Graça (2017, p.223), define a fase latente apenas até aos 3 cm, considerando a partir daí uma fase ativa do trabalho de parto. Já Néné et al. (2016, p. 308) refere que Friedman no séc. XX definiu a transição da fase latente para a fase ativa aos 4 cm.

O primeiro estágio do TP é o mais longo e aquele em que normalmente a parturiente mais precisa de apoio. É uma fase em que tem que se lidar com dor e desconforto para além da ansiedade de se conhecer finalmente este novo ser que chega à família. Para colmatar as necessidades de conforto cabe ao EEESMO conceber medidas que permitam um alívio do desconforto ou que levem as parturientes a um estado de tranquilidade, calma e contentamento ao lidar com esse mesmo desconforto.

Acompanhei diversas mulheres durante este primeiro estágio criando com estas uma relação de confiança, apliquei diversas estratégias não farmacológicas no alívio da dor, de acordo com a preferência da mulher e as condições existentes no serviço e sempre que era pedida pela grávida a analgesia no trabalho de parto trabalhei em equipa com obstetras e anestesistas de forma a dar resposta às necessidades de cada parturiente. Sempre que possível incentivei a mudança de posições e a deambulação, realçando os benefícios da verticalidade.

Várias destas preferências podem ser expressas num plano de parto, escrito ou falado que não passa de “um projeto de nascimento, onde estão refletidos os desejos e vontades (...) para o percurso do trabalho de parto e parto, que culmina com o nascimento” (Néné et al., 2016, p. 167). Normalmente a informação necessária para a realização destas escolhas é fornecida durante os cursos de preparação para o parto e parentalidade. Durante o período de pandemia os cursos foram inicialmente suspensos e mais tarde reiniciados em versão online, mesmo assim senti durante o estágio alguma falta de informação e falta de adesão a estas alternativas online.

O EEESMO de acordo com o Livro de bolso do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica promove sempre que possível o parto normal (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 9). O Livro Pelo direito ao parto normal da OE tendo por base a definição da OMS, esclarece alguns conceitos, tais como, parto normal que se entende por: “Parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição.”(Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 18)

É também diferenciado parto natural assistido de não assistido como “parto de início e progressão espontâneos, culminando num nascimento espontâneo, sem qualquer intervenção”(Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 18) sendo que no primeiro caso há assistência por parte de um profissional de saúde e no outro não.

Estão incluídos na definição de parto normal aqueles em que forem realizadas as seguintes intervenções:

- Rutura artificial de membranas que não seja realizada com o objetivo de induzir o trabalho de parto
- Monitorização fetal contínua
- Utilização de métodos farmacológicos e não farmacológicos no controlo da dor
- Correção de distócias dinâmicas
- Realização de Episiotomia justificada por causa materna ou fetal
- Conduta ativa no 3º estágio do TP
- Existência de complicações minor como hemorragia pós-parto ligeira controlada facilmente e lacerações de 1º e 2º grau com reparação perineal
- Administração de antibiótico para profilaxia de infeção neonatal;

Excluem-se deste mesma definição os casos de:

- Indução de trabalho de parto
- Anestesia geral
- Parto por ventosa, fórceps ou cesariana.

Durante o estágio realizei um total de 53 partos eutócicos com apresentação cefálica, para além de dar apoio em partos por ventosa, fórceps e cesariana. Em anexo encontra-se a síntese das experiências práticas (Anexo II). Desenvolvi competências para realizar o parto eutócico passando pelas diversas posições possíveis durante o período expulsivo sempre que fosse do agrado da parturiente. Aperfeiçoei tanto quanto possível as técnicas de sutura aprendidas em aula e de condução da dequitação e observação da placenta. Realizei uma única episiotomia já que não houveram mais casos em que se justificasse o

procedimento. Tive oportunidade de treinar colocação do aparelho de cardiotocografia e leitura do traçado produzido pelo mesmo, bem como a observação cervical da grávida.

Acompanhei não só mulheres com gravidez de baixo risco mas também com alguma patologia associada, quer em trabalho de parto espontâneo quer em processo de indução, o que me permitiu ter uma visão mais ampla das várias abordagens ao trabalho de parto e desenvolver competências que me permitam atuar de forma autónoma ou em equipa multidisciplinar de acordo com cada situação.

### **3.4. Objetivo 4 - Desenvolver competências de EEESMO no cuidado à mulher inserida na família durante o período pós-parto.**

O EEESMO “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal” (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p. 13563), e para adquirir competências neste domínio tive oportunidade de prestar cuidados a mulheres no Bloco de Partos, no serviço de internamento de puérperas e ao nível dos CSP numa UCC.

“Puerpério é o período de recuperação física e psicológica da mãe que começa imediatamente a seguir ao nascimento do(s) recém-nascido(s) e se prolonga por 6 semanas pós-parto (42 dias).” (Direção Geral de Saúde, 2015, p. 78)

O puerpério, segundo Graça (2017, p. 280), divide-se em:

- Puerpério imediato: as primeiras 24 horas
- Puerpério precoce: até ao final da 1ª semana
- Puerpério tardio: até ao final da 6ª semana

O puerpério é uma fase de grandes alterações físicas e emocionais na mulher, por essa razão cabe ao EEESMO desenvolver conhecimentos sobre a anatomia e fisiologia da mulher e as alterações emocionais vivenciadas nesta fase de forma a adequar os cuidados prestados, não esquecendo o cuidado à família como um todo que está a adaptar-se à chegada deste novo elemento.

ao conjunto de modificações físicas e psíquicas que ocorrem na fase do pós-parto, denomina-se por puerpério. Estas alterações ocorrem com o objetivo do corpo e a mente da mulher voltarem ao estado que a caracterizava antes da gravidez e prepará-la para a amamentação. (Ferreira, A in Néné et al., 2016, p.438)

Durante o estágio em bloco de partos, após as primeiras 2 horas de puerpério e também em contexto de internamento no seguimento do puerpério prestei cuidados a puérperas de cesariana e parto vaginal, realizando observação geral e exame obstétrico, avaliando hemodinamicamente, observando pele e mucosas, mamas e mamilos, involução uterina, lóquios, períneo ou sutura operatória, eliminações, membros inferiores e promovendo o levante precoce sempre que possível. Conhecer a história da mulher e fazer esta observação é a forma de o enfermeiro poder prevenir complicações ou até deteta-las precocemente.

Em todos os locais onde realizei estágio, aliadas a todas estas alterações da mulher confrontei-me com uma diversidade de culturas que nos desafia, enquanto profissionais, ao tentar responder às necessidades de cada puérpera/família.

A população que recorre aos hospitais e centros de saúde na área onde eu prestei cuidados enquanto aluna, inclui mulheres Portuguesas, Brasileiras, Angolanas, Indianas, Nepalesas, entre outras. As dificuldades para cuidar destas mulheres prendem-se não só com as diferenças culturais mas também no caso das Indianas e Nepalesas por exemplo, com o idioma. São mulheres que não falam Português e falam muito pouco Inglês e estas dificuldades na comunicação impedem uma maior qualidade de cuidados, dado que nesta fase os cuidados à puérpera passam muito pela EPS, pelo aconselhamento e promoção da saúde. A comunicação verbal é a forma que temos de apoiar a mulher, esclarecer as suas dúvidas e diminuir os seus medos e ansiedades, que no caso de uma mulher que se encontra fora do seu meio e num local onde não se consegue exprimir aumentam exponencialmente. Esta foi uma das dificuldades que por vezes senti, dar resposta às necessidades de alguém que não me compreende e que eu tenho dificuldade em compreender.

O período de internamento no puerpério é bastante curto para toda a informação que é necessário transmitir para que o regresso a casa em família se possa dar de forma tranquila, assim sendo é importante começar esta preparação para a alta o mais cedo possível. Segundo Lowdermilk & Perry “o plano de alta começa no momento de admissão ao serviço e deve ser refletido no plano de cuidados desenvolvido para cada mulher” (2006, p.513). A informação é muita e apesar de a gravidez e o puerpério serem fases em que as mulheres estão especialmente recetivas e interessadas em aprender, por outro lado o cansaço decorrente de toda a exigência destes primeiros dias faz com que a atenção seja reduzida. Senti que por mais que tentasse prepará-las para a alta transmitindo o mais possível e abordando o maior número de tópicos, em certas alturas estava a ser mais um fator de stress do que uma ajuda. A organização do serviço e os recursos disponíveis acabaram por me ajudar a reduzir as sessões de EPS, mostrando às mulheres de que continuaria presente no serviço e que poderiam chamar-me sempre que surgisse uma dúvida. Após a alta nunca estariam sozinhas pois aquele serviço dispõe de uma linha telefónica 24h por dia à qual podem recorrer, tem também uma sala, “o cantinho da amamentação” para quando sentirem

dificuldades nesse âmbito e finalmente 48h após alta têm uma consulta de enfermagem no serviço, com uma EEESMO, na qual podem aproveitar para esclarecer todas as dúvidas que possam surgir.

Um grande desafio do puerpério é a amamentação. Ambos os hospitais por onde passei são reconhecidos como Hospital Amigo dos Bebés, esta classificação é atribuída a Hospitais que cumpram as dez medidas para ser considerada um Hospital Amigo dos Bebés, definidas pela OMS e pela UNICEF. Nesse sentido tentei estar particularmente atenta no que diz respeito à amamentação e às dúvidas das mães que estão sempre bastante ansiosas durante o processo. Para avaliação das mamadas utilizei o guia de observação da amamentação (ANEXO I), delineando a partir daí intervenções no apoio às mães. De forma geral as intervenções passaram por explicar sinais de boa pega, incentivar a amamentação em horário livre, demonstrar as diversas posições que podem ser adotadas, explicar todas as complicações decorrentes da “subida do leite” e formas de atuar, para que possam estar capacitadas para agir no domicílio. Muitas das vezes mais do que ajuda, a necessidade destas mulheres é o reforço positivo, o incentivo, sentirem-se seguras na sua prática e compreenderem de que o processo não é fácil, o que não significa necessariamente uma falha da parte delas ou na qualidade do seu leite.

Durante o estágio em puerpério estive um turno na consulta de puerpério, onde pude observar o trabalho da EESMO responsável e também participar nos cuidados às famílias. Algumas das puérperas em consulta foram seguidas por mim no internamento o que facilitou a comunicação e a confiança. Nestas consultas realizei exame obstétrico da puérpera, para detetar possíveis complicações, observação do RN e mudança da fralda, observação da mamada sempre que possível, observação da dinâmica do casal quando estavam ambos presentes, esclarecimento de dúvidas e tentei perceber a forma como estava a correr a adaptação em casa. As principais dificuldades identificadas neste primeiros dias, no caso destas puérperas, prendem-se com a alimentação do bebé e em particular com a amamentação e cuidados às mamas. Os casais foram aconselhados sobre a importância da divisão de tarefas e alertados para a necessidade de descansarem sempre que possível fazendo pequenas sestas durante o dia sempre que o bebé estiver a dormir. Foram reforçados os sinais de alerta na puérpera e no RN em que devem recorrer a um médico.

Ao nível dos CSP um dos programas de intervenção do EEESMO na UCC é a recuperação ou adaptação ao pós-parto. O puerpério sendo um período que se prolonga até às 6 semanas é um período de várias modificações na vida da mulher que envolve adaptações fundamentais ao novo papel de mãe, tanto a nível físico, como psíquico, social, económico entre outros. Segundo a Ordem dos Enfermeiros o

programa de adaptação ao pós-parto torna-se, então, um momento primordial para dar continuidade à aquisição de aprendizagens de promoção da saúde e de prevenção de complicações facultados durante a gravidez. A atuação do EESMO é destacada na assistência às puérperas e recém-nascidos, particularmente nas orientações de autocuidado e deteção precoce de complicações. (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 69)

Estive presente na primeira sessão do curso de recuperação pós-parto que serviu para partilha de experiências e apesar de só estarem presentes duas puérperas com os respetivos RN, a partilha foi muito enriquecedora e veio reforçar o facto de a experiência do parto e da adaptação à parentalidade ser individual e muito diferente não só de mulher para mulher mas também em cada parto numa mesma mulher. Em relação às restantes sessões do curso foi-me difícil estar presente todas as semanas devido a incompatibilidade de horário, mas realizei uma sessão sobre acidentes no primeiro ano de vida (Apêndice V), mais uma vez apesar de estarem poucas as presenças deu para perceber a disponibilidade que há nesta fase da vida da mulher para receber todas as informações relacionadas com cuidados e bem estar do RN, sendo por isso a gravidez e o puerpério tal como referido anteriormente momentos privilegiados para a intervenção do EEESMO a nível da promoção da saúde. A minha contribuição para este programa de recuperação pós-parto foi a realização de um E-Book (Apêndice VI) com o resumo da informação mais importante transmitida ao longo do curso que servirá como material de suporte também para cursos seguintes. A realização deste documento exigiu de mim algum tempo de pesquisa e reflexão que veio também contribuir para solidificar os meus conhecimentos e melhorar a qualidade da minha resposta às mulheres nesta situação. No final de cada sessão tive oportunidade de conversar individualmente com uma puérpera esclarecendo dúvidas sempre que as houvessem e aplicando a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo que é um instrumento que avalia a probabilidade de se desenvolver uma depressão pós-parto. A situação mais comum de alterações a nível psicológico é o blues pós-parto que segundo a DGS (2015, p. 82) se caracteriza por humor depressivo, crises repetidas de choro e ansiedade e que deve estar ultrapassada ao fim de 10 a 14 dias desaparecendo espontaneamente. Esta situação não deve ser desvalorizada já que pode evoluir para depressão pós-parto que se caracteriza pelos sintomas anteriores que se prolongam no tempo e se agravam, acrescidos de confusão, perturbações do sono e do apetite. Esta patologia pode originar perturbações emocionais e cognitivas quer na mãe quer na criança, se não for detetada e tratada precocemente.

Uma das maiores dificuldades das mulheres no puerpério tal como já referido está relacionada com o aleitamento materno, estando eu a frequentar o Curso de Aconselhamento

em Aleitamento Materno durante o estágio em CSP foi me mais fácil apoiar as mães e facultar informação mais completa e adequada.

Uma das atividades que o EEESMO realiza ao nível dos CSP é o acompanhamento ao domicílio, durante o EC tive oportunidade de realizar uma visita domiciliária (VD). Segundo Almeida et al. (2011) descreve

a visita domiciliária à mulher-mãe e família é justificada pela sua importância por vários autores, nomeadamente Martinez (1994, citado por TORRE, 2001, p.47), como uma forma de intervenção eficaz para promover os cuidados necessários à mãe e recém-nascido, potenciar o auto cuidado, melhorar a recuperação física e psicológica da mulher, detetar 11 precocemente complicações, ajudar uma maior adaptação em torno da família e do bebé e ainda a possibilidade de permitir um maior grau de privacidade e disponibilidade para com a família. ( p. 38)

A única VD que tive oportunidade de realizar estava marcada no meu primeiro dia de estágio, assim sendo não foi planificada por mim, era uma visita que tinha como principais objetivos o apoio na amamentação e a realização do Diagnóstico Precoce de Doenças Metabólicas vulgo “teste do pezinho”. Para conduzir a VD utilizei um formulário fornecido pela minha orientadora que se dividia em observação da puérpera e observação do RN. Pudemos perceber a condição daquele casal/família e não detetamos riscos que necessitassem de intervenção. Cumprimos o nosso papel enquanto EEESMO e aconselhamos o casal sobretudo em relação à amamentação, cólicas e contração sendo estas as principais áreas que estavam a causar dúvida. Mais tarde em visita à UCC para realizar o penso da cesariana pudemos avaliar os resultados da nossa intervenção que se mostrou eficaz visto que os mamilos começaram a recuperar do seu estado macerado e o RN tinha menos cólicas e os pais também sabiam lidar melhor com elas.

### **3.5. Objetivo 5 - Desenvolver competências de EEESMO no cuidado ao recém-nascido e família durante o período de pós-parto promovendo a adaptação à vida extra-uterina e o processo de transição para a parentalidade.**

Segundo Lowdermilk e Perry (2006, p. 558) o período neonatal é o período que vai do nascimento até ao 28º dias de vida e no qual o RN tem de realizar diversas adaptações

fisiológicas e comportamentais à vida extra uterina. O RN de termo consegue habitualmente realizar esta adaptação com pouca ou nenhuma dificuldade.

No decorrer dos EC tive oportunidade de realizar várias intervenções relacionadas com a prestação de cuidados ao RN, no bloco de partos, no puerpério, nos CSP e no serviço de Neonatologia.

No bloco de partos é onde se dá este primeiro contacto com o bebé após o nascimento, é o enfermeiro que recebe e faz a primeira observação do recém nascido aquando dos partos eutócicos. É ao nascer que é atribuído o índice de Apgar, avaliando o estado geral do RN aos 1º, 5º e 10º minutos de vida atribuindo-lhe um valor de 0 a 10 tendo por base os seguintes parâmetros: frequência cardíaca, frequência respiratória, tónus muscular, reflexos e a cor. Sempre que possível, e tendo em conta que já se tem conhecimento sobre a história obstétrica e possíveis alterações ou complicações que possam ocorrer à nascença, faz-se uma observação rápida do comportamento do RN na adaptação imediata à vida extra-uterina e uma pesquisa rápida de possíveis mal formações e deixa-se o RN em contacto pele a pele com a mãe, realizando a observação física mais detalhada mais tarde.

A observação física feita nas primeiras 2 horas após o parto, segundo Néné et al. (2016, p. 488) implica uma revisão dos vários sistemas através da inspeção visual, auscultação do tórax, palpação e manipulação do RN. Os sistemas avaliados são: sistema sensitivo, sistema neurológico, sistema cardiorrespiratório, sistema gastrointestinal, sistema genitourinário e a pele.

Outros cuidados prestados após o nascimento são: a aspiração das vias aéreas apenas em casos de obstrução por quantidade excessiva de secreções; auxiliar na regulação da temperatura ao secar e manter o RN coberto por lençol aquecido e gorro durante o contacto pele a pele e após vestir adequadamente o RN; prevenir infeções através de profilaxia ocular que é feita geralmente nos casos em que a mãe tem um resultado positivo a estreptococos do grupo B no exsudado vaginal ou retal; prevenir a transmissão vertical de vírus como HIV, hepatite B e sífilis através do primeiro banho ao RN que em outras situações seria adiado para as 24h após o parto; prevenir a doença hemorrágica do RN através da administração de vitamina K intramuscular.

Segundo Kattwinkel et al. (2010, citado por Néné et al., 2016, p. 488), 90% do bebés de termo nascem bem e sem necessidade de qualquer intervenção, 10% necessitam de intervenção e apenas 1% de reanimação. No bloco de partos em caso de necessidade em intervir e na ausência do pediatra o enfermeiro é quem avança na prestação de cuidados ao RN. Na grande maioria são os RN pré-termo quem necessita de alguma intervenção ao nascer e nesses casos antecipa-se a presença do pediatra no bloco de partos, bem como em partos vaginais distócicos e cesarianas.

No internamento de puérperas o enfermeiro faz o acolhimento do RN no serviço e observa-o de forma a detetar malformações ou outras alterações. Nesta fase pode também prestar apoio às mães e pais e orientá-los quanto aos cuidados a ter com o bebé no momento da higiene, relativamente às cólicas e eliminações e também relativamente à alimentação, incentivando a amamentação e realçando os seus benefícios para o RN. É necessário que também os pais saibam identificar sinais de alerta no seu bebé e esta é também parte da informação fornecida durante o internamento. A maioria dos RN que chegam ao internamento de puérperas são saudáveis e não revelam grandes dificuldades na adaptação à vida extra uterina, no entanto existem por vezes casos em que o bebé revela sinais de dificuldade respiratória ou desenvolve icterícia neonatal e por isso cabe ao enfermeiro detetar essas alterações, transmitir a informação à equipa médica e intervir de forma adequada.

Neste serviço realizei também rastreio de cardiopatias congénitas e assisti aos rastreios auditivos informando sempre os pais sobre os procedimentos e o seu objetivo. Também aproveitando os momentos de EPS falei sempre sobre o rastreio e Diagnóstico Precoce de Doenças Metabólicas, explicando no que consistia e informando sobre prazos e todo o processo.

Segundo Lowdermilk e Perry “a parentalidade pode descrever-se como um processo de incorporação e transição de papéis que começa durante a gravidez e termina quando o pai/mãe desenvolvem um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos respetivos papeis.” (2006, p. 522). Atualmente existem diversos tipos de famílias, as famílias com casal marido e mulher, famílias mono parentais, famílias com casal homossexual, e em todos os casos esta transição para a parentalidade, o assumir destes novos papéis e a adaptação à nova realidade é um grande desafio. Cabe ao enfermeiro, especialmente ao enfermeiro especialista apoiar e orientar as famílias durante este processo. O alojamento conjunto de mãe e bebé promovem o desenvolvimento do apego e a vinculação. O facto de a presença da pessoa significativa no internamento em que estive em estágio ser reduzida ao horário das 13 às 20 horas, acabou por tornar mais difícil trabalhar esta relação entre a tríade, mas por isso mesmo é que tentei guardar os momentos de EPS para os momentos em que o pai estava presente. Incluir sempre o pai nos cuidados ao RN e fazê-lo sentir não como uma ajuda mas sim como parte integrante daquela nova família vai ajudar a que se desenvolva esta transição para a parentalidade saudável. É importante orientar o casal não só para os novos papéis de pai e mãe, mas também para uma nova dinâmica de casal com um bebé em que devem promover os momentos a dois, o carinho e o afeto um pelo outro e não orientar toda a atenção e cuidados só para o RN. Para que se sintam completos e se habituem a esta nova realidade é importante contarem com o apoio e incentivo um do outro.

No serviço de neonatologia são prestados cuidados a RN pré-termo ou de termo com alguma patologia ou complicação, sendo que a minha experiência em estágio foi sobretudo

com RN pré-termo. O RN pré-termo é um bebé que passa do ambiente aquecido e protegido do útero da sua mãe para o ambiente de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Deixa um ambiente de obscuridade, onde o nível sonoro é atenuado, o espaço que o bebé ocupa tem limites definidos, podendo, o bebé, tocar esses limites sem grandes esforços, toda esta alteração de ambiente e ausência dos ritmos maternos e batimentos cardíacos são fatores de grande stress para este RN que ainda se está a desenvolver e é neste sentido que tem sido criado um modelo de cuidados centrados no desenvolvimento e na família.

Segundo Als (2009, p. 135) cerca de 9% dos nascimentos a nível mundial são de bebés prematuros. Estudos apontam para o facto de as crianças pré-termo apresentarem à medida que vão crescendo um subdesenvolvimento a nível cognitivo, de processamento, de desempenho académico, comportamental e na adaptação emocional e social.

A nível do neurodesenvolvimento o ambiente de uma unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) torna-se bastante desafiante para um RN pré-termo que, segundo Als (Als, 2009, p. 136), não é mais do que um feto a desenvolver-se num meio extra-uterino. Enquanto que um RN de termo está preparado para se adaptar a esta mudança de ambiente, o pré-termo necessita de continuar no seu ambiente protegido recebendo apenas os estímulos dados pelo saco e o líquido amniótico e os ritmos maternos de forma a evitar a sobre estimulação do cérebro associada ao ambiente extrauterino, esta ativação prolongada dos sistemas de resposta ao stress (“stress tóxico”) compromete o desenvolvimento neuropsiológico, neurofisiológico, psico-emocional e psicossocial. Tendo por base a teoria do conforto, são necessárias medidas que proporcionem tranquilidade, evitando este “stress tóxico”, ao RN pré-termo nos seus contextos físico e ambiental.

O Método NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), criado por Heidelise Als (2009) tem por base a Teoria Sinactiva que avalia o grau de maturação do sistema nervoso central (SNC) destas crianças, ajuda a compreender como se organizam as distintas capacidades neuronais e como se comporta o feto e o recém-nascido quando estas capacidades não estão maduras e têm que sobreviver no meio extrauterino.

Segundo teoria sinactiva (Als, 2009, p. 138) o RN está organizado em cinco sistemas, que se relacionam entre si para que esteja regulado. A alteração de qualquer dos sistemas produz um efeito dominó que altera os restantes e conduz a uma desorganização que influencia tanto a estabilidade vital como o desenvolvimento neurológico posterior.

Os 5 sistemas são os seguintes:

- Autonómico : que inclui o controlo ou padrões de respiração, frequência cardíaca, cor da pele, funcionamento de das vísceras (vómito, regurgitação, soluços)
- Motor: que inclui a atividade e a posição das extremidades, tronco e face
- Estado de consciência: que inclui a organização dos estádios, estádios de sono.
- Atenção/interação: que inclui a forma como o RN interage com o cuidador
- Autorregulação: capacidade para encontrar o equilíbrio entre todos os sistemas.

Segundo Coughlin et al. (2009, p. 2242) os cuidados centrados no desenvolvimento baseiam-se em cinco áreas de medida padrão:

- Proteção do sono
- Avaliação e controlo do stress e da dor
- Atividades desenvolvimentais de vida diária
- Cuidado centrado na família
- Ambiente

Durante o meu EC na UCIN tive oportunidade de prestar cuidados e observar a prestação de cuidados pelos outros profissionais maioritariamente a RN internados por prematuridade. Foi para mim evidente a forma como estes cuidados são prestados tendo em conta estes modelos de cuidado centrado no desenvolvimento e na família.

Relativamente à proteção do sono, na unidade de cuidados neonatais é notório o esforço para respeitar os ritmos circadianos do sono do RN durante a organização da prestação de cuidados. Quando não é possível individualizar os horários nesse caso existe pelo menos uma tentativa de aglomeração dos cuidados ao RN de forma a evitar a sua manipulação constante. Os pais são também capacitados nesse sentido, sendo-lhes transmitida a importância do sono do RN existindo um cuidado de incluir os pais e torná-los parceiros no cuidados aos filhos.

No que diz respeito à avaliação e controlo do stress e da dor, a escala utilizada no serviço é a escala EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né) que tem como itens a controlar a face, o corpo, o sono, a interação e o reconforto e é utilizada uma vez por turno. São utilizadas estratégias não farmacológicas para a gestão da dor e também do stress, como a sucção não nutritiva, a contenção com recurso aos ninhos, rolos, cobertas e lençóis e o recurso a polvos de croché. Estas medidas visam proporcionar um alívio no desconforto e uma sensação de tranquilidade no RN. Uma das intervenções altamente recomendáveis para

o conforto e gestão de dor e stress utilizada nesta unidade, seja na sala de intensivos ou na de intermédios é o método Canguru.

O método canguru (Als & B. McAnulty, 2011, p. 3) é no fundo o contacto pele a pele prolongado entre mãe/ pai e RN, promovendo assim um regresso do RN ao seu ecossistema. Os benefícios na promoção do conforto são evidentes tanto para o bebé como para os pais. Este contacto permite ao bebé alcançar uma tranquilidade diminuindo o stress e organizando os seus sistemas pelo facto de se sentir seguro. Promove também o desenvolvimento do vínculo, é um método centrado na família e é tal como tive oportunidade de assistir muito importante para confortar os pais reduzindo a sua ansiedade e aproximando-os do bebé.

Trabalhando no bloco de partos do mesmo hospital em que realizei o EC recebi um RN prematuro de 32 semanas com uma restrição de crescimento que transferi para a neonatologia e fiquei a acompanhar a mãe durante o puerpério imediato, dias depois fiz um turno na sala 1 (intensivos neonatais) onde pude participar nos cuidados a esta família que eu já conhecia. Era um bebé muito aguardado, uma gravidez por fertilização in vitro (FIV) e o facto de se ter permitido a realização de método canguru foi um momento de grande felicidade para a mãe que se sentiu envolvida e mais próxima do seu bebé. Neste primeiro contacto foi dada prioridade à mãe não só pelo período de maior fragilidade a nível psicológico que é o puerpério mas também pelo facto de este contacto estimular a lactação. Os pais foram informados e envolvidos em todo o processo.

Considerando nas atividades desenvolvimentais de vida diária o posicionamento, a alimentação e a integridade cutânea tive oportunidade de promover o conforto e o desenvolvimento neuromotor do RN através dos posicionamentos, alternando-os em intervalos mais ou menos regulares, respeitando a postura, a flexão, o alinhamento e a contenção, utilizando para isso, como já referido anteriormente, material como os ninhos, rolos, lençóis, providenciando assim ao RN limites que o façam sentir seguro. Os intervalos e o tipo de alimentação são geridos de acordo com o nível de desenvolvimento e tolerância do RN. A administração de leite materno (LM) ou Leite especial para prematuros (LEP) na falta do primeiro através de sonda orogástrica ou nasogástrica é uma primeira linha para quando o RN não apresenta reflexos de sucção e deglutição, à medida que o RN se vai desenvolvendo vai se tentando estimular estes reflexos, seja pela adaptação do RN à mama da mãe ou pela utilização de chupeta durante a administração por sonda. À medida que o RN vai apresentando progressos vai sendo introduzido o copo ou biberon dependendo dos casos nas refeições em que não é possível amamentar. Os intervalos são regulares e à medida que o RN vai amadurecendo e apresenta maior tolerância e maior capacidade vai-se passando a horário livre. A amamentação e extração do leite materno são sempre uma prioridade, sendo feita a EPS neste âmbito junto das mães.

Há uma preocupação nos procedimentos de colocação e remoção de adesivos, nos cuidados de higiene e nas técnicas de posicionamento, através de uma constante avaliação da integridade cutânea de cada RN.

Na unidade os enfermeiros têm uma particular atenção à importância de desenvolver uma parceria com os pais, incentivando-os a permanecer o máximo tempo possível junto do seu filho de forma a serem ensinados, instruídos e treinados no desenvolvimento de competências parentais. Esta parceria serve como medida de gestão do stress e desconforto sentido pelos pais nesta situação especial. Mais uma vez estes são incentivados a estar presentes nos horários das manipulações de forma a que os cuidados sejam agrupados e realizados todos na mesma altura com a sua participação até que se tornem o mais autónomos possível.

Existe uma preocupação por parte da equipa com o ambiente envolvente destes RN a nível da luminosidade, acendendo o menos possível as luzes à noite e cobrindo as incubadoras. Com o ruído também, dentro do possível, tendo cuidado com a abertura das portas das incubadoras, cuidados com o apoio de objetos em cima das mesmas, apesar disso o ambiente, os aparelhos a quantidade de pessoas (profissionais e familiares) presentes diariamente no serviço tornam por vezes mais difícil a gestão do barulho. Manter a privacidade de cada família nem sempre é fácil dado o espaço disponível ser reduzido, apesar de tudo há uma preocupação com o conforto de cada família dentro dos recursos disponíveis.

De forma geral e tendo em conta os cuidados centrados no desenvolvimento e a dinâmica organo-funcional do serviço as intervenções que tive oportunidade de realizar foram:

- Exame objetivo do RN: vigiar a vitalidade e choro, observar as características da pele e mucosas, cabeça, olhos, nariz, pavilhões auriculares, face, boca, pescoço, tórax anterior, mama, abdómen, coto umbilical, genitais, ânus, as extremidades e o dorso; vigiar a frequência e características da eliminação vesical e intestinal; avaliar a integridade do sistema nervoso através da pesquisa dos reflexos;
- Monitorização dos sinais vitais;
- Vigilância e monitorização da respiração/ventilação;
- Administração de alimentação tanto por gavagem, como por tetina e copo;
- Promoção do sono com redução dos estímulos auditivos e visuais
- Promoção do conforto;
- Monitorização e avaliação da dor (escala EDIN);
- Implementação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor (colocação da mão na boca; sucção não nutritiva; aconchegar; colocar ao colo; embalar; alteração do posicionamento; adoção de voz suave);
- Vigilância da eliminação vesical e intestinal;

Segundo Néné et al. (2016)

a adaptação à parentalidade envolve os aspetos de saúde relacionados com a gravidez e trabalho de parto (período pré e perinatal) e com preparação e início do assumir do exercício do papel parental (período neonatal). Já a parentalidade envolve o assumir a responsabilidade do exercício efetivo do papel; o otimizar o crescimento e o desenvolvimento da criança; o integrar da criança na família; e, o agir de acordo com os comportamentos esperados de alguém que é mãe/pai. (p.481)

O internamento na UCIN causa nos pais uma ansiedade por medo do desconhecido e por vezes até uma dificuldade em criar laços com o RN e um distanciamento.

Devido à sua instabilidade fisiológica, os recém-nascidos são separados das suas mães imediatamente e envolvidos por uma barreira de janelas de vidro complexa e impenetrável, com equipamentos mecânicos e cuidadores específicos. Existem algumas evidências indicando que a separação emocional que acompanha a separação física entre mães e recém-nascidos pode interferir no processo de criação de laços familiares. (Hockenberry et al., 2006, p. 249)

Neste sentido cabe ao enfermeiro promover uma transição para a parentalidade saudável, incluindo os pais nos cuidados aos filhos, tranquilizando-os e fornecendo toda a informação sobre o internamento do bebé e os cuidados a ter para promover o desenvolvimento do RN como já foi referido anteriormente.

É reforçada a EPS à puérpera/casal, de acordo com as suas necessidades, com o objetivo de promover as competências parentais:

- Higiene do RN (banho, mudança da fralda, cuidados aos olhos)
- Cuidados ao coto umbilical;
- Posicionamento do RN;
- Vestuário do RN;
- Hábitos de eliminação urinária e intestinal;
- Prevenção de acidentes;
- Regime medicamentoso da criança;
- Técnica do método canguru;

Como realizei mais horas de EC de noite do que de dia, foi-me mais difícil participar nos cuidados à família, apesar de tudo percebi a relação de confiança que se tenta criar entre a equipa e as famílias, fazendo com que sejam todos parceiros neste caminho até à alta do RN. Nem sempre os pais têm condições de passar muito tempo na UCIN, por motivos profissionais, familiares (outros filhos) ou até socioeconómicos. Os enfermeiros fazem o possível para incentivar a presença na UCIN tentando no entanto facilitar e ter em conta cada situação.

O colo, o contacto pele a pele, o toque, enquanto medidas de conforto, são sempre incentivados de forma a promover o vínculo entre o RN e os pais.

Durante a minha a minha presença no serviço não tive oportunidade de acompanhar um processo de preparação para alta, pelo menos não nos dias próximos à alta, já que este é um processo que se inicia o mais cedo possível com a inclusão dos pais nos cuidados. Existe um livro de preparação para a alta com informações sobre os cuidados a prestar, os sinais de alerta, os contactos de urgência e o do próprio serviço. Este livro encontra-se em atualização associado a um projeto de especialidade de um colega do serviço.

A ideia da alta, a integração do RN na família e no seu ambiente físico e social é algo que causa alguma ansiedade e medo de falhar quando se trata de um RN saudável e de termo, neste caso da UCIN estes sentimentos estão aumentados exponencialmente. É importante criar em volta destas famílias uma boa rede de apoio que lhes traga alguma segurança, para que se sintam acompanhados durante todo o processo.

### **3.6. Objetivo 6 - Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências para a promoção do bem-estar materno-fetal através do uso de estratégias não farmacológicas especificamente relacionados com a hidroterapia e bola de pilates**

De forma a dar a conhecer às mulheres grávidas as opções disponíveis em termos de estratégias não farmacológicas no alívio da dor tive oportunidade de em contexto de curso de preparação para o parto e parentalidade expor o meu tema, quer ao nível dos CSP quer no curso que estava a decorrer no serviço onde realizei o EC de puerpério. Também durante o EC em internamento de grávidas em conversas informais com as utentes dei informação relativa a métodos não farmacológicos disponíveis e da opção da utilização conjunta da bola

de pilates e do duche de água quente. Em todas as exposições do tema as grávidas mostraram-se recetivas e interessadas.

Durante o meu estágio de CSP participei juntamente com a minha orientadora no 2º congresso da Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade onde apresentámos um poster (Apendice VII) alusivo ao tema e ao papel do EEESMO na capacitação e informação à grávida durante o pré-natal.

A aplicação do projeto estava prevista sobretudo em contexto de Bloco de Partos, com a situação pandémica vivida durante esse período todo este processo foi bastante mais difícil.

Para dar conhecimento aos EEESMO do BP sobre o meu projeto, expus em passagem de turno, já que não era possível realizar formações ou qualquer atividade que reunisse muitas pessoas no mesmo espaço, do que se tratava e o que eu pretendia e recolhi a opinião da equipa com recurso a um pequeno questionário (Apendice VIII). A opinião geral da equipa foi de que o tema era pertinente e as condições existentes no serviço permitiam a sua aplicação, no entanto, e apesar de o perfil habitual das grávidas que acorrem ao serviço se adaptar ao tema, o estado atual de pandemia condicionava bastante a aplicação do mesmo.

O objetivo seria aplicar o duche em associação com a bola de pilates a mulheres em fase ativa do trabalho de parto ( >5 cm dilatação), sem recurso a analgesia loco regional e sem contraindicação para utilização dos mesmos e perceber de que forma esta intervenção atuava ao nível da dor/desconforto e qual seria o desfecho a nível de progressão do TP e tipo de parto. Foi-me praticamente impossível encontrar uma amostra para analisar.

As mulheres em fase ativa de TP que não queriam inicialmente analgesia loco-regional e estavam disponíveis para recorrer a estratégias não farmacológicas eram admitidas no serviço ainda com resultado do teste à COVID-19 desconhecido e não podiam ter acesso ao duche, quando chegava o resultado ou já tinha ocorrido o parto ou acabavam por pedir analgesia loco regional. A maioria das mulheres em ITP que tinham internamentos programados e por isso mesmo já entravam com resultado Negativo à COVID-19 acabavam por recorrer a analgesia loco-regional ainda antes de estarem em fase de ativa do trabalho de parto.

Durante a pandemia as grávidas ganharam algum medo de se exporem ao vírus e adiavam o mais possível a ida aos serviços de saúde, por isso aquelas que não pretendiam recorrer a medidas farmacológicas para gerir a dor acabavam por chegar ao serviço já em fase avançada do TP, o que mais uma vez significava que o teste COVID não teria resultado antes do parto.

Para recolher os dados e perceber a influência da aplicação dos dois métodos não farmacológicos (bola e duche) no TP desenvolvi um instrumento de interação de cuidados

(Apendice IX), mas só consegui a aplicar a 3 mulheres, assim sendo os resultados são inconclusivos, sobretudo no que diz respeito à progressão do TP e desfecho do mesmo. A nível de conforto foi unânime a sensação de alívio e tranquilidade que se gerou durante o duche. O contexto vivido e a ausência do parceiro nesta fase são fatores de grande stress e desestabilizadores de todo o processo. A descrição destas mulheres acerca do que iam sentindo mostrou uma clara sensação de conforto com a posição sentada e a água em contacto com a região lombar, abdominal e pélvica. No entanto, mais uma vez a amostra foi demasiado pequena para retirar conclusões significativas.

Com a grande dificuldade em aplicar o tema nesta fase final, acabei por realizar um questionário online (Apendice X) a colegas do CMESMO e a EEESMO do bloco de partos onde realizei estágio e onde estavam os outros colegas do Mestrado.

Recolhi a opinião de 5 alunos (que estavam em estágio no momento) e 23 EEESMOS, com idades entre os 29 e os 58 anos, e entre 0 e 20 anos de especialidade, considerando os alunos como 0 anos e especialidade

Questionei sobre a experiência de parto individual, havendo todo o tipo de experiências apesar do parto eutócico ser predominante. E também sobre a informação recebida no pré-natal, 53,6% fizeram preparação para o parto e em 39,3% dos casos foi abordada a temática das estratégias não farmacológicas para alívio da dor.

Relativamente às colegas do CMESMO, durante a passagem pelos CSP ao assistir ou participar em CPPP foi abordada a temática das estratégias não farmacológicas em 25,9% dos casos e o uso combinado da Bola de Pilates com o Duche em 3,7%. Já ao nível do internamento de medicina materno-fetal abordou-se o tema das estratégias não farmacológicas em 18,5% dos casos.

Todos os inquiridos estavam familiarizados com as estratégias não farmacológicas para alívio da dor e 78,6% têm conhecimento acerca do benefício de associar a Bola ao Duche. Os blocos de partos onde exercem funções ou estavam em estágio têm em 89,3% dos casos as condições necessárias à aplicação destas intervenções, no entanto 75% aplicam-nas individualmente e referem em 71,4% dos casos que a equipa do BP está sensibilizada para a utilização dos 2 métodos de forma individual, enquanto 25% para os dois em simultâneo. As principais potenciais dificuldades apontadas prendem-se sobretudo com as condições físicas nomeadamente nos casos em que só existe um duche para todas as utentes, limitando por vezes a utilização.

Ao nível da satisfação das grávidas, é observada uma satisfação geral na utilização de ambos os métodos geralmente de forma individual, sobretudo no que diz respeito ao alívio da dor e liberdade de movimentos.

O contexto atual de pandemia é para 75% do inquiridos uma condicionante à aplicação deste tema, sobretudo porque a mobilidade da grávida que espera o resultado ao teste covid ficou muito limitada bem como a quantidade de objetos disponibilizada dentro de cada unidade, o que implica a não existência de bola e a impossibilidade de deslocação ao duche.

De forma geral a opinião dos colegas vai de encontro àquela que foi a minha curta experiência e à informação recolhida na Scoping Review, pelo menos no que diz respeito à sensação de conforto e alívio da dor.

As dificuldades de aplicação destas técnicas em período de pandemia são enormes, pelas condições físicas dos serviços e as condicionantes impostas devido à pandemia, no entanto quando abordadas relativamente ao tema tanto equipas como utentes se mostram recetivas e interessadas.

### **3.7. Objetivo 7 - Desenvolver competências para aquisição do grau de mestre**

Em 2003 foram desenvolvidos os descritores de ciclo também denominados Descritores de Dublin para regular e definir expectativas relativamente ao esperado em cada ciclo de estudos do ensino superior previsto na Reforma de Bolonha. O 2º Ciclo que equivale ao grau de mestre requer do aluno um determinado nível de desenvolvimento das competências de conhecimento e compreensão, julgamento e tomada de decisão, comunicação e auto-aprendizagem.

Segundo o artigo 15º do decreto de lei nº 74/2006 o grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
  - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
  - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas,

desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (Decreto-Lei Nº 74/2006 de 24 de Março Do Ministério Da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006)

Para dar resposta a este objetivo foi elaborado um projeto inicial em que realizei pesquisa bibliográfica e a scoping review anteriormente apresentada e foram definidas as atividades também já descritas e que me permitiriam explorar o tema em estudo e aplicá-lo na prática.

#### 4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A Enfermagem é uma profissão autorregulada que apresenta tanto no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) os princípios éticos e deontológicos para o exercício da profissão.

O REPE refere que “os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.” (Decreto-Lei Nº 161/96 de 4 Setembro Do Ministério Da Saúde, 1996)

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro é dever deste profissional “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. Este percurso de AESMO que termina com a realização do presente relatório surge no seguimento deste dever de formação e actualização contínua de conhecimentos.

Durante o processo de aquisição de competências nos diferentes contextos de EC mantive-me fiel aos princípios ético-deontológicos inerentes ao exercício da profissão, respeitando o direito à dignidade humana, ao livre arbítrio e ao consentimento livre e esclarecido, tendo especial atenção durante a aplicação do meu projeto aos deveres de informação e sigilo explanados nos artigos 105º e 106º do Código deontológico dos enfermeiros (Decreto-Lei Nº 104/98 de 21 de Abril Do Ministério Da Saúde, 1998).

No questionário em Apêndice X foi garantido o sigilo e proteção de dados bem como obtido o consentimento informado através da descrição inicial e da primeira questão aplicada.

## 5. LIMITAÇÕES

Tal como referido em capítulos anteriores, as principais limitações sentidas no processo de aquisição de competências e desenvolvimento do presente relatório estão relacionadas com o impacto da pandemia COVID-19 .

Apesar das parturientes na generalidade se mostrarem recetivas à utilização de estratégias não farmacológicas para alívio da dor, durante a pandemia, em específico durante o meu EC em contexto de BP, as indicações dadas aos profissionais implicavam a restrição de contacto com parturientes sem teste à COVID-19 com resultado negativo ao mínimo possível. Os materiais disponíveis na box/quarto nas quais ficavam a aguardar eram também reduzidos ao essencial bem como a circulação da parturiente, que ficava impossibilitada de sair da divisão onde estava.

A mim enquanto AESMO a enfermeira chefe informou-me que não poderia prestar cuidados a mulheres antes de receberem resultado negativo ao teste. O resultado do teste numa fase inicial do meu EC demorava cerca de 6 horas a estar pronto e aos poucos foi sendo reduzido para 4 horas.

O meu projeto de cuidados previa uma proximidade com as parturientes, um acompanhamento próximo das mulheres sobretudo das que eram admitidas em fase ativa de TP de forma a proporcionar-lhes medidas de conforto que não as levassem à necessidade de medidas farmacológicas. Era necessário ter disponível uma bola de pilates e o acesso ao único duche no BP.

Parturientes desconfortáveis, com dor, sem acompanhantes, num ambiente desconhecido e com menos presença e suporte por parte dos profissionais de saúde do que provavelmente considerariam o ideal tendem a ficar mais ansiosas, menos tolerantes e disponíveis, assim sendo a maioria recorria assim que possível à analgesia epidural para pelo menos poder controlar a dor e por vezes acabavam mesmo por parir antes de chegar o resultado do teste.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante todo o percurso de aprendizagem foi notório o interesse que as medidas de alívio da dor despertam em grávidas e parturientes. Sendo a dor uma das maiores preocupações e causas de stress para estas mulheres, todas as informações que possam trazer alívio e conforto para esse momento são altamente valorizadas.

O EEESMO tem um papel fundamental na capacitação e empoderamento da grávida e na promoção de medidas de conforto e alívio da dor.

Apesar de todas as dificuldades sentidas na aplicação do uso combinado da hidroterapia e da bola de pilates e da impossibilidade de perceber as implicações na evolução do trabalho de parto, os benefícios ao nível do conforto acabaram por sobressair. Estas estratégias demonstraram através dos questionários a profissionais e das conversas com as parturientes ser muito bem aceites e serem opções viáveis na promoção do conforto. São em condições normais (fora do contexto pandémico) medidas de fácil aplicação, disponíveis em grande parte das maternidades portuguesas e com baixo custo. Assim sendo, apesar de serem necessários mais estudos que sirvam de evidência e reforcem os benefícios destas técnicas, sobressaiu durante este processo difícil a importância da conceção de medidas de promoção conforto que permitam um alívio da dor e um estado de tranquilidade ao gerir o desconforto associado ao TP.

Considero que todo este percurso de aprendizagem foi francamente enriquecedor e transformador quer a nível profissional quer a nível pessoal. Desenvolvi conhecimentos teóricos e práticos dentro de uma área em que tinha pouca experiência e pela qual descobri um gosto especial. Atingi todos os objetivos a que me propus, realizei experiências que me permitirão a livre circulação e adquiri competências de EEESMO e de Mestre.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, E. A. G., Nelas, P. A. A. B., & Duarte, J. C. (2011). *Visita domiciliária no pós parto*. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Als, H. (2009). Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicine. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 2(3), 135–147. <https://doi.org/10.3233/NPM-2009-0061>
- Als, H., & B. McAnulty, G. (2011). The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive Care for Preterm Infants. *Current Women's Health Reviews*, 7(3), 288–301. <https://doi.org/10.2174/157340411796355216>
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem*, 11(9), 61–67.
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI.
- Barbieri, M., Henrique, A. J., Chors, F. M., De Lira Maia, N., & Gabrielloni, M. C. (2013). Warm shower aspersion, perineal exercises with Swiss ball and pain in labor. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 26(5), 478–484. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002013000500012>
- Coughlin, M., Gibbins, S., & Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: Theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2239–2248. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05052.x>
- Couto, G. Ro. (2002). *PREPARAÇÃO PARA O PARTO: Representações Mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Davim, R. M. B., Torres, G. D. V., Dantas, J. D. C., Melo, E. S. de, Paiva, C. P., Vieira, D., & Costa, I. K. F. (2008). Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(3), 600–609. <https://doi.org/10.5216/ree.v10.46588>
- Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: Série I-A, nº 93, 1739 (1998).

- Decreto-lei nº 161/96 de 4 Setembro do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República, série I-A, nº205, 2959 (1996).
- Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Pub. L. No. Diário da República: I série, nº 60 (2006).
- Delgado, A., Maia, T., Melo, R. S., & Lemos, A. (2019). Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 35(January), 92–101. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.01.015>
- Direção Geral de Saúde. (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*.
- Direção Geral de Saúde. (2015). Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. In *Direção Geral da Saúde*.
- Domenico, E. B. L., & Ide, C. A. C. (2003). Enfermagem baseada em evidências: Princípios e aplicabilidades. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 11(1), 115–118.
- Dowd, T. (2002). Teoria do Conforto. In *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5ª, pp. 481–493).
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno Fetal* (Lidel (ed.); 5ª).
- Henrique, A. J., Gabrielloni, M. C., Cavalcanti, A. C. V., De Souza Melo, P., & Barbieri, M. (2016). Hydrotherapy and the Swiss ball in labor: Randomized clinical trial. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 29(6), 686–692. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600096>
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Wilkenstein, M. L. (2006). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª). Elsevier.
- International Confederation of Midwives. (2019). *Essential Competencies for Midwifery Practice 2019 Update*.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company.
- Lima, A. P. de A., Lima, M. M. dos S., & Lucena, G. P. de. (2019). Medo e dor no trabalho de parto e parto. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 9(28), 55–63. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.28.55-63>
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. (2006). *Enfermagem na Maternidade* (Lusodidata (ed.); 7ª).

- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª). Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Pelo direito ao parto normal - Uma visão partilhada*. Ordem dos Enfermeiros.
- Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nº50/2014, Colocação de DIU, IMPLANON e Marcação de Consultas de Vigilância de Gravidez de Baixo Risco Assim Como de Grávidas Diabéticas Gestacionais por Enfermeiros, (2014).
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Livro de Bolso - Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiros*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento n.º 190/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário Da República*, 2.ª Série - n.º 79 de 23 de Abril de 2015, 2.ª série(Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais), 1–4.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Livro de Bolso: Programas de Preparação para o Parto, Adaptação à Prenatalidade e ao Pós-Parto*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário Da República*, 2.ª Série, 85, 13560–13565.
- Pedrolo, E., Danski, M. T. R., Mingorance, P., Lazzari, L. S. M., Méier, M. J., & Crozeta, K. (2009). *A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro*. 14(4), 760–763.
- Santos, C. B., Marçal, R. G., Voltarelli, A., Silva, R. P. de M., & Sakman, R. (2020). Métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto normal. *Global Academic Nursing Journal*, 1(2).
- Silva, C. de A., & Lara, S. R. G. de. (2018). Use of the shower aspersion combined with the swiss ball as a method of pain relief in the active labor stage. *Brazilian Journal Of Pain*, 1(2), 167–170. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180032>
- ACOG Committee Opinion No. 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth, 133 Obstetrics and gynecology e164 (2019). <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (Lusociência (ed.); 5ª edição). Lusociência.





























































## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I – Scoping Review – Pesquisa nas bases de dados**

# CINHAL

N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações
S16	S7 AND S13 AND S14 AND S15	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	<a href="#">Ver Resultados (5)</a> <a href="#">Ver Detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S15	S11 OR S12	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	<a href="#">Ver Resultados (142)</a> <a href="#">Ver Detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S14	S8 OR S9 OR S10	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	<a href="#">Ver Resultados (1,888)</a> <a href="#">Ver Detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S13	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	<a href="#">Ver Resultados (1,044,722)</a> <a href="#">Ver Detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S12	birth ball	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	<a href="#">Ver Resultados (27)</a> <a href="#">Ver Detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S11	swiss ball	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	<a href="#">Ver Resultados (115)</a> <a href="#">Ver Detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S10	water therapy	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	<a href="#">Ver Resultados (55)</a> <a href="#">Ver Detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S9	warm shower	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	<a href="#">Ver Resultados (15)</a> <a href="#">Ver Detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S8	hydrotherapy	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	<a href="#">Ver Resultados (1,847)</a> <a href="#">Ver Detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S7	labor	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	<a href="#">Ver Resultados (47,076)</a> <a href="#">Ver Detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S6	nurs*	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	<a href="#">Ver Resultados (831,842)</a> <a href="#">Ver Detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S5	obstetric nursing	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	<a href="#">Ver Resultados (4,665)</a> <a href="#">Ver Detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S4	obstetric care	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	<a href="#">Ver Resultados (7,385)</a> <a href="#">Ver Detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S3	midwi*	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	<a href="#">Ver Resultados (53,580)</a> <a href="#">Ver Detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S2	parturient	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	<a href="#">Ver Resultados (1,524)</a> <a href="#">Ver Detalhes</a> <a href="#">Editar</a>
S1	pregnan*	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	<a href="#">Ver Resultados (209,126)</a> <a href="#">Ver Detalhes</a> <a href="#">Editar</a>

## MEDLINE

N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações
<input type="checkbox"/> S15	 S8 AND S12 AND S13 AND S14	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (2)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S14	 S10 OR S11	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (109)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S13	 S7 OR S8 OR S9	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (3,101)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S12	 S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (1,747,351)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S11	 birth ball	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (17)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S10	 swiss ball	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (92)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S9	 water therapy	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (252)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S8	 warm shower	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (15)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S7	 hydrotherapy	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (2,908)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S6	 labor	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (123,505)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S5	 nurs*	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (811,757)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S4	 obstetric nursing	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (3,040)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S3	 midwi*	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (57,379)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S2	 parturient	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (7,484)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S1	 pregnan*	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (965,003)  Ver Detalhes  Editar

## WEB OF SCIENCE

Resultados	Resultados		Combinar resultados	Excluir resultados
		<input type="button" value="Salvar histórico"/> <input type="button" value="Abrir histórico salvo"/>	<input type="radio"/> AND <input type="radio"/> OR <input type="button" value="Combinar"/>	<input type="button" value="Selecionar tudo"/> <input type="button" value="X Excluir"/>
# 8	10	<b>#7 AND #6</b> <i>Bases de dados=WOS, CCC, DIIDW, KJD, MEDLINE, RSCI, SCIELO Tempo estipulado=Todos os anos Idioma da pesquisa=Auto</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# 7	697	<b>#5 OR #4</b> <i>Bases de dados=WOS, CCC, DIIDW, KJD, MEDLINE, RSCI, SCIELO Tempo estipulado=Todos os anos Idioma da pesquisa=Auto</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# 6	232.252	<b>#3 OR #2 OR #1</b> <i>Bases de dados=WOS, CCC, DIIDW, KJD, MEDLINE, RSCI, SCIELO Tempo estipulado=Todos os anos Idioma da pesquisa=Auto</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# 5	356	<b>TÓPICO: (birth ball)</b> <i>Bases de dados=WOS, CCC, DIIDW, KJD, MEDLINE, RSCI, SCIELO Tempo estipulado=Todos os anos Idioma da pesquisa=Auto</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# 4	353	<b>TÓPICO: (swiss ball)</b> <i>Bases de dados=WOS, CCC, DIIDW, KJD, MEDLINE, RSCI, SCIELO Tempo estipulado=Todos os anos Idioma da pesquisa=Auto</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# 3	227.353	<b>TÓPICO: (water therapy)</b> <i>Bases de dados=WOS, CCC, DIIDW, KJD, MEDLINE, RSCI, SCIELO Tempo estipulado=Todos os anos Idioma da pesquisa=Auto</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# 2	1.416	<b>TÓPICO: (warm shower)</b> <i>Bases de dados=WOS, CCC, DIIDW, KJD, MEDLINE, RSCI, SCIELO Tempo estipulado=Todos os anos Idioma da pesquisa=Auto</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# 1	4.290	<b>TÓPICO: (hydrotherapy)</b> <i>Bases de dados=WOS, CCC, DIIDW, KJD, MEDLINE, RSCI, SCIELO Tempo estipulado=Todos os anos Idioma da pesquisa=Auto</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **APÊNDICE II – Scoping Review – Extração de dados**

## Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
<b>TÍTULO</b>			
Título	1	Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto	478
<b>RESUMO</b>			
Resumo	2	Realizou-se um estudo clínico experimental ou de intervenção, randomizado e qualitativo. Procurou-se aplicar de forma individualizada e combinada o banho quente de aspersão e os exercícios perineais com bola suíça no trabalho de parto e avaliar a percepção da dor.	478
<b>INTRODUÇÃO</b>			
Justificação	3	Importante aplicar intervenções que contribuam para o alívio da dor no trabalho de parto e assim promover mudança de atitudes e políticas que visem o parto natural.	479
Objetivos	4	Avaliar, de forma isolada e combinada, a utilização do banho quente de aspersão e os exercícios perineais com bola suíça durante o trabalho de parto no que respeita à percepção da dor.	399
<b>METODOLOGIA</b>			
Protocolo e registo	5	estudo clínico experimental ou de intervenção, randomizado.	480
Critérios de inclusão	6	Critérios de inclusão das 15 mulheres selecionadas: ausência de patologia clínica ou obstétrica; realização de pelo menos 6 consultas pré-natais; Estar em fase ativa de trabalho de parto- 2/3 contrações em 10 minutos e dilatação cervical de no mínimo 3 cm.; Idade gestacional entre 37-42 semanas; feto único e vivo em apresentação cefálica fletida; Manifestação de score de dor até cinco na escala visual analógica no processo de randomização.	480
Fontes de informação	7	3 grupos de 5 parturientes em que foram aplicados o banho quente de aspersão (1º grupo), exercícios perineais na bola suíça (2º grupo) e ambas as intervenções em simultâneo (3º grupo)	480
Pesquisa	8	NA	-
Fontes de evidência	9	15 parturientes de baixo risco obstétrico num centro de parto normal intra-hospitalar vinculado ao Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo	480
Processo análise de dados	10	O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos	480

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Dados	11	Score de dor utilizando a Escala Visual Analógica antes da intervenção e 1h após.	480
Avaliação crítica de fontes de evidência	12	NA	-
Síntese dos Resultados	13	O cálculo foi realizado entre as amostras pareadas e os dados obtidos foram analisados estatisticamente com teste t, teste paramétrico destinado a analisar a diferença estatística entre amostras dependentes e do mesmo tamanho, onde cada indivíduo é seu próprio controle (antes e depois).	480
<b>RESULTADOS</b>			
Seleção de fontes de evidência	14	NA	-
Características das fontes de evidência	15	NA	-
Avaliação crítica das fontes de evidência	16	NA	-
Resultados de fontes de evidência	17	NA	-
Síntese dos resultados	18	Quando associadas ambas as intervenções o score de dor revela uma diminuição mais significativa do que quando utilizados de forma individual.	481
<b>DISCUSSÃO</b>			
Resumo	19	Existem diversas opções não farmacológicas para alívio da dor que oferecem conforto e permitem uma liberdade de escolha por parte das parturientes, O uso da hidroterapia atua ao nível da ansiedade e da dor promovendo o relaxamento. O uso da bola suíça é também uma eficaz medida de conforto que facilita a liberdade de movimentos e a participação ativa da parturiente no seu trabalho de parto. A posição vertical demonstra ter benefícios sobretudo ao nível da descida fetal e progressão do trabalho de parto.	481-483
Limitações	20	Não foram identificadas limitações	-
Conclusões	21	Concluiu-se que o uso combinado de ambas as estratégias tem maior eficácia no alívio da dor e promove o relaxamento e diminuição da ansiedade.	483
<b>FINANCIAMENTO</b>			

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Financiamento	22	Pesquisa realizada com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, processo 2012/09040-2.	483

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TÍTULO			
Título	1	Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado	686
RESUMO			

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Resumo	2	Realizado ensaio clínico randomizado e controlado, realizado em dois hospitais públicos, com 128 mulheres internadas para assistência ao parto. Foram divididas em 3 grupos aos quais foram aplicadas as intervenções banho quente, bola suíça e ambos em simultâneo.	686
<b>INTRODUÇÃO</b>			
Justificação	3	Justifica-se a importância desta pesquisa como cooperação nas evidências que embasem a prática dos enfermeiros obstetras e outros profissionais envolvidos na assistência às parturientes, contribuindo para mudança de postura, no contexto contemporâneo, na assistência ao parto e modificação da atenção obstétrica no Brasil.	687
Objetivos	4	O objetivo do presente estudo foi conhecer a influência do uso das intervenções não farmacológicas, banho quente de aspersão e/ou exercícios perineais com bola suíça, sobre a progressão do trabalho de parto.	687
<b>METODOLOGIA</b>			
Protocolo e registo	5	Ensaio clínico randomizado e controlado com distribuição aleatória nos três grupos de estudo (GA) Banho Quente, (GB) Exercícios Perineais com Bola Suíça e (GC) Intervenções Combinadas, usando medidas repetidas pré e pós-teste	687
Crítérios de inclusão	6	idade mínima de 18 anos, feto único e vivo, apresentação cefálica, não possuir patologia clínica ou obstétrica, dilatação cervical entre 3 a 8 cm, idade gestacional a termo.	687
Fontes de informação	7	Equipa de enfermeiras obstetras capacitada especialmente para a colheita dos dados, orientando às parturientes elegíveis sobre finalidade e procedimentos deste estudo, solicitando consentimento e randomização.	688
Pesquisa	8	NA	-
Fontes de evidência	9	128 parturientes alocadas aleatoriamente nos três grupos de intervenções, divididos em GA: Banho Quente (n=44), GB: Bola Suíça (n=45) e GC: Banho Quente e Bola Suíça associados (n= 39)	688
Processo análise de dados	10	Consentimento e randomização	688
Dados	11	Antes de realizar as intervenções e 30 minutos após foram avaliadas a frequência das contrações uterinas, batimentos cardíacos fetais, dilatação cervical e descida da apresentação fetal nos planos de De Lee. Foram registados também o tempo decorrido entre a intervenção e o parto e o tipo de parto. Os dados sociodemográficos e obstétricos foram obtidos do	688

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
		processo e também em entrevista com as parturientes.	
Avaliação crítica de fontes de evidência	12	NA	-
Síntese dos Resultados	13	Para variáveis contínuas foi utilizada média e desvio-padrão, para natureza categórica foi utilizada proporção. Análise univariada foi usada para avaliar efetividade entre as intervenções e correção de Bonferroni para as comparações múltiplas. Para intenção de tratar foram realizadas imputações por meio de regressão sequencial.	688
<b>RESULTADOS</b>			
Seleção de fontes de evidência	14	NA	-
Características das fontes de evidência	15	NA	-
Avaliação crítica das fontes de evidência	16	NA	-
Resultados de fontes de evidência	17	NA	-
Síntese dos resultados	18	<p>A dilatação cervical foi semelhante entre os grupos ao entrarem na pesquisa, com 5 cm de dilatação, aumentando em todos os grupos após receberem as intervenções apesar de mais eficaz no grupo que usou Banho Quente e Bola Suíça associados.</p> <p>Houve progressão da descida da apresentação fetal no canal do parto em todos os grupos após as intervenções. O grupo Banho Quente e Bola Suíça associados mostrou maior progressão da apresentação.</p> <p>A frequência das contrações uterinas aumentou nos três grupos de intervenções. O grupo em que usaram o Banho Quente e Bola Suíça associados teve melhores resultados.</p> <p>O tempo entre as intervenções e o nascimento foi menor no grupo Banho Quente e Bola Suíça associados.</p> <p>O uso das intervenções associadas foi mais efetivo para a redução do tempo do trabalho de parto.</p>	689,690

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
DISCUSSÃO			
Resumo	19	<p>O grupo das intervenções associadas (Banho Quente e Bola Suíça) mostrou ser clinicamente favorável à progressão do trabalho de parto e a ocorrência do parto normal em relação ao uso isolado das intervenções estudadas. Neste caso utilizaram menos analgesia, tiveram maior ocorrência de parto normal, maior progressão da dilatação cervical e melhor evolução da descida da apresentação fetal, aumento da frequência das contrações uterinas.</p> <p>O uso precoce do banho quente (dilatação menor que 5 cm) relaciona-se com maior utilização de analgesia em relação às mulheres que usam a intervenção com dilatação acima de 5 cm. O banho quente proporciona alívio da dor, ansiedade, aumenta o conforto e proporciona sentimentos positivos durante o trabalho de parto, principalmente quando combinado ao exercício perineal com bola suíça.</p> <p>O uso da bola suíça para realização de exercícios perineais durante o trabalho de parto é uma estratégia na prática obstétrica como terapia auxiliar para promoção do conforto e alívio da dor, progressão do trabalho de parto e favorecimento da posição vertical. Esta intervenção propicia menor uso de medicalização e parto cesariana. No entanto, até o momento, poucos ensaios clínicos foram realizados sobre este tema que mostrassem os seus efeitos sobre a progressão do trabalho de parto e desfecho do parto já que a maior parte dos estudos estão voltados ao alívio da dor. A compreensão dos benefícios relacionados ao uso da bola suíça encontra-se no fato da posição vertical favorecer a força da gravidade e o alinhamento do eixo fetal com a pelve materna, a descida e progressão fetal no canal de parto, auxiliada pelo relaxamento causado pelo exercício muscular perineal. Desta maneira, os efeitos da posição e movimentação pélvica durante o trabalho de parto podem estar relacionados com a redução do desconforto materno, facilitação da circulação uterina, aumentando a intensidade das contrações, o que pode diminuir a duração do tempo do trabalho de parto, facilitando a progressão fetal no canal do parto, como também reduzindo a possibilidade de ocorrência de trauma perineal e necessidade da episiotomia. Para as parturientes que usaram esta terapia houve redução da dor, aumento da participação ativa da mulher, ocorrência de menor uso de anestesia peridural, menor duração do primeiro estágio do trabalho de parto e menor índice de parto por cesariana em relação ao grupo controle.</p>	690,691
Limitações	20	Não foram identificadas limitações	-
Conclusões	21	Conclui-se que o uso do banho quente e exercícios perineais com bola suíça modificam a progressão do trabalho de parto. A combinação destas intervenções	404

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
		demonstrou maior relevância clínica durante o trabalho de parto.	
FINANCIAMENTO			
Financiamento	22	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP	401

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TÍTULO			
Título	1	Uso do banho de aspersão associado à bola suíça como método de alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto	167
RESUMO			
Resumo	2	Realizada revisão integrativa da literatura com o objetivo de correlacionar a eficácia da associação do banho de aspersão e da bola suíça como medidas de alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto.	167
INTRODUÇÃO			

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Justificação	3	É relevante identificar a eficácia do uso do banho de aspersão associado à bola suíça, devido à crescente necessidade da utilização de métodos não farmacológicos que proporcionem maior alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto	168
Objetivos	4	Relacionar a eficácia da associação do banho de aspersão e da bola suíça como formas de alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto.	168
<b>METODOLOGIA</b>			
Protocolo e registo	5	Técnica de análise temática.	168
Critérios de inclusão	6	Textos nos idiomas português e inglês, publicados nos últimos 7 anos que estivessem na íntegra e que abordassem os temas: banho de aspersão, bola suíça e dor no parto.	168
Fontes de informação	7	Bases de dados LILACS, Scielo, BDEF e Medline	168
Pesquisa	8	Realizada utilizando os descritores: Hidroterapia Banhos Dor no parto Terapias complementares	168
Fontes de evidência	9	26 artigos dos quais foram selecionados 14	401
Processo análise de dados	10	Abordagem descritiva	168
Dados	11	Definidas 3 categorias temáticas: Uso do banho de aspersão Uso da bola suíça Associação do banho de aspersão e da bola suíça	168
Avaliação crítica de fontes de evidência	12	NA	-
Síntese dos Resultados	13	Análise temática em três categorias para melhor apresentação da problemática.	168
<b>RESULTADOS</b>			
Seleção de fontes de evidência	14	NA	-

SECÇÃO	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Características das fontes de evidência	15	NA	-
Avaliação crítica das fontes de evidência	16	NA	-
Resultados de fontes de evidência	17	NA	-
Síntese dos resultados	18	NA	-
<b>DISCUSSÃO</b>			
Resumo	19	<p>O uso do banho de aspersão: promove a posição vertical que é benéfica no alívio da dor, no aumento da eficácia das contrações uterinas, melhora a circulação sanguínea materno-fetal, promove a descida fetal, diminui o trauma perineal e a necessidade de episiotomia e favorece a liberdade de movimentos; esta medida promove também relaxamento e conforto e o relaxamento e alongamento da musculatura.</p> <p>O uso da hidroterapia: Promove o conforto; Diminui a ansiedade e a dor; Relaxa a musculatura que promove o aumento da elasticidade do canal vaginal: Não tem efeitos adversos e é de baixo custo e fácil aplicação.</p> <p>O uso combinado do banho e da bola é mais eficaz do que o uso isolado, promove conforto e alívio da dor sendo maior o alívio da dor se aplicado em fase ativa do trabalho de parto e estimula o parto normal .</p>	168-170
Limitações	20	Existem lacunas devido à diminuta quantidade de estudos científicos existentes referentes à temática em estudo.	170
Conclusões	21	A associação das terapêuticas do banho de aspersão e da bola suíça mostrou-se mais eficaz que seu uso isolado, potenciando o alívio da dor quando aplicadas na fase ativa do trabalho de parto, melhorando sua progressão, diminuindo sua duração e estimulando o parto normal.	170
<b>FINANCIAMENTO</b>			
Financiamento	22	NA	-



## **APÊNDICE III- Cronograma de atividades**

Atividades	UC Projeto	EC I	EC II	EC III	EC IV	EC V	EC VI
Realizar pesquisa Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X
Realizar scoping review	X						X
Realizar projeto	X						
Capacitar a grávida/casal para a gestão da dor com recurso a estratégias não farmacológicas-sessões do curso de preparação para o parto.			X	X			
Realizar sessões individuais de Educação para a Saúde para dar a conhecer estratégias não farmacológicas e especificamente os benefícios do uso combinado do duche e bola de pilates				X	X		
Realizar poster científico sobre uso combinado do duche e bola de pilates – apresentação no II Congresso Nacional da AUCC				X			
Apresentar tema à equipa de bloco de parto e recolher a sua opinião							X
Realizar questionário sobre a aplicabilidade do tema aos restantes colegas do MCESMO.							X
Informar a grávida/parturiente quais as estratégias não farmacológicas disponíveis.							X
Propor a utilização combinada da hidroterapia e da bola suíça.							X
Aplicar projeto e realizar notas através de instrumento de interação de cuidados.							X
Elaborar relatório de estágio.							X

## **APÊNDICE IV – Projeto de Consulta IST's**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
10º Curso de Pós- Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria  
Ensino Clínico I

# Consulta de enfermagem no âmbito das IST's



**Orientadora:**

Enf<sup>a</sup> Elisabete Santos

**Docente:**

Prof<sup>a</sup> Irene Soares

**Discente:**

Cintia Cebola

Almada

Julho 2019

## **ÍNDICE**

INTRODUÇÃO.....	2
CONSULTA DE ENFERMAGEM .....	3
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	5
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	6

---

## **INTRODUÇÃO**

O presente trabalho, surge no âmbito da Unidade Curricular de Ensino Clínico I, integrada no 10º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O Ensino Clínico decorreu no Hospital Garcia de Orta na Consulta Externa de Ginecologia, tendo-me sido proposta a realização de uma proposta de consulta de enfermagem no âmbito das infeções sexualmente transmissíveis (IST) associada à consulta médica de IST's na vertente Dermatologia. Pretende-se desta forma, evidenciar a importância dos cuidados de enfermagem para o utente e para a instituição. O trabalho encontra-se organizado da seguinte forma: inicia-se com a Introdução, seguindo-se uma descrição da consulta de enfermagem. Por fim, encontram-se as Considerações Finais e as Referências Bibliográficas.

## CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem é composta por intervenções autónomas e interdependentes que visam melhorar a qualidade de vida e preparar a mulher para o autocuidado, sendo que o acolhimento na consulta de enfermagem permite, não só a recolha de informação acerca da situação da utente como também a promoção da escuta activa, na qual podem ser expostos medos, ansiedades, preocupações ou dificuldades, exigindo do profissional uma percepção complexa sobre o indivíduo, que culminará no planeamento de acções baseadas nas necessidades individuais de cada utente.

O facto de existir um espaço físico disponível para a consulta de enfermagem possibilita a criação da envolvência necessária ao desenvolvimento de uma relação terapêutica de confiança e abertura para abordar um tema sensível como as infeções sexualmente transmissíveis e segundo as competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2012), o enfermeiro: “Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação”; “Respeita o direito do cliente à privacidade”; “Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente”.

Segundo as recomendações da OMS “as componentes do tratamento de um caso de IST incluem: recolha do historial, exame clínico, diagnóstico correcto, tratamento precoce e eficaz, aconselhamento sobre comportamentos sexuais, promoção e/ou fornecimento de preservativos, notificação e tratamento do parceiro, notificação e seguimento clínico, conforme adequado. Assim, o tratamento eficaz de um caso não consiste só na terapia antimicrobiana para curar e reduzir a infectividade, mas também numa análise e tratamento global da saúde reprodutiva do paciente.” (OMS, 2005)

Assim sendo a consulta teria a seguinte estrutura:

**Motivo da consulta:** Sintomatologia ou Patologia específica

**Anamnese:** Idade; Profissão; Menarca; ciclo menstrual (duração, regularidade, queixas); Antecedentes ginecológicos e obstétricos (IO, tipo de partos, patologias, amamentação, método contraceptivo); História sexual e sintomas ginecológicos; Outros antecedentes pessoais (incluindo medicação habitual) e familiares.

**Intervenção:** Esclarecimento de dúvidas relativamente ao tratamento; Detetar e alertar para o possível contágio de parceiros e a necessidade de estes procurarem tratamento; Prevenção da reincidência das IST através da educação para a saúde e aconselhamento; Fornecimento de preservativos.

**Registos:** Processo de enfermagem da utente;

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As IST representam um grave problema de saúde pública. Os enfermeiros têm um papel fundamental no cuidado às pessoas com estas infeções estando envolvidos não só na prevenção mas também na detecção e tratamento das mesmas.

A consulta de enfermagem procura promover um momento entre enfermeiro e utente propício à partilha, em que este se sinta confortável para esclarecimento de dúvidas e receptivo a informação que o leve a adotar estilos de vida mais saudáveis, já que "no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem." (OE, 2012) . O enfermeiro procura acompanhar mudanças no estilo de vida e detectar necessidades de intervenção ou acompanhamento que possam levar a essas mudanças, favorecendo o controlo de doenças e, reforçando ações de desenvolvimento e fortalecimento para o autocuidado. A consulta de enfermagem permite ao enfermeiro atuar diretamente e de maneira independente junto aos utentes dos serviços de saúde, atividade esta que contribui para o fortalecimento da autonomia profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bezerra, L; Fernandes, S; Silva, J (2017) *Abordagem das IST por enfermeiro (as): revisão integrativa de literatura*. Acedido a 14/07/2019. Disponível em: [http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO\\_EV071\\_M D1\\_SA4\\_ID562\\_15052017203337.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_M D1_SA4_ID562_15052017203337.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2012) *Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais*: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 14/07/2019. Disponível em: <https://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/documentos/compet%eancias%20enf%20gerais.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2005) *Orientações para o tratamento de infeções sexualmente transmissíveis*. Acedido em 15/07/2019. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42782/9248546269\\_por.pdf;jsessionid=C9B9925120CBE240057D7A5DAE5C76FF?sequence=2](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42782/9248546269_por.pdf;jsessionid=C9B9925120CBE240057D7A5DAE5C76FF?sequence=2)

## **APÊNDICE V – Planejamento e Sessões de Educação para a Saúde**

## Plano da Sessão

<b>Tema:</b>	Exercícios e técnicas de conforto- 1ª Sessão
<b>Objetivo geral:</b>	Adquirir e aprofundar conhecimentos acerca dos exercícios e técnicas a utilizar tendo em vista a gestão da dor e promoção do conforto durante o trabalho e parto.
<b>Objetivos específicos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instruir sobre sinais de parto e de alerta em que devam recorrer ao hospital</li> <li>▪ Informar sobre estratégias não farmacológicas para gestão da dor e desconforto, nomeadamente liberdade de movimentos incluindo a deambulação, posicionamentos e utilização da bola de pilates, respiração e hidroterapia</li> <li>▪ Informar sobre as vantagens da liberdade de movimentos com maior ênfase nos movimentos e posições na vertical.</li> <li>▪ Demonstrar e treinar com as grávidas movimentos e posicionamentos facilitadores do trabalho de parto incluindo a utilização da bola de pilates.</li> <li>▪ Demonstrar e treinar com as grávidas técnicas de controlo da respiração.</li> <li>▪ Esclarecer dúvidas;</li> </ul>
<b>Destinatários:</b>	Grávidas
<b>Duração:</b>	90 Minutos
<b>Formador:</b>	Cintia Cebola e Ana Paula Barradas
<b>Conteúdo Programático:</b>	<p>Sinais de Alerta e trabalho de parto;</p> <p>Estratégias não farmacológicas para gestão da dor e desconforto e seus benefícios na progressão do trabalho de parto;</p> <p>Exercícios práticos;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas;</p>
<b>Metodologia da sessão:</b>	Método expositivo, participativo; Exercício prático;
<b>Recursos:</b>	Bola de pilates, colchão.

## Plano da Sessão

<b>Tema:</b>	Exercícios e técnicas de conforto 2ª Sessão
<b>Objetivo geral:</b>	Adquirir e aprofundar conhecimentos acerca dos exercícios e técnicas a utilizar tendo em vista a gestão da dor e promoção do conforto durante o trabalho de parto.
<b>Objetivos específicos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informar sobre estratégias não farmacológicas para gestão da dor e desconforto, nomeadamente Musicoterapia, Aromoterapia, Hipnoterapia, <del>Acupuntura</del>, Massagem e Contrapressão.</li> <li>▪ Informar sobre as vantagens destas estratégias não farmacológicas na gestão da dor.</li> <li>▪ Demonstrar a aplicação de algumas destas estratégias.</li> <li>▪ Informar sobre estratégias farmacológicas de <u>alívio</u> da dor no trabalho de parto.</li> <li>▪ Esclarecer dúvidas;</li> </ul>
<b>Destinatários:</b>	Grávidas
<b>Duração:</b>	90 Minutos
<b>Formador:</b>	Cintia Cebola e Ana Paula Barradas
<b>Conteúdo Programático:</b>	Continuação das estratégias não farmacológicas para gestão da dor e desconforto e seus benefícios na progressão do trabalho de parto; Métodos farmacológicos de gestão da dor no trabalho de parto; Exercícios práticos; Esclarecimento de dúvidas;
<b>Metodologia da sessão:</b>	Método expositivo, participativo; Exercício prático;
<b>Recursos:</b>	Bola de <del>pilates</del> , colchão, difusor de aromas, música.

## Plano da Sessão

<b>Tema:</b>	Exercícios e técnicas de conforto-3ª Sessão
<b>Objetivo geral:</b>	Adquirir e aprofundar conhecimentos acerca do parto.
<b>Objetivos específicos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informar sobre posições a adotar no período expulsivo.</li> <li>▪ Informar sobre respiração e esforços expulsivos</li> <li>▪ Informar sobre episiotomia.</li> <li>▪ Informar sobre clampagem do cordão, contacto pele a pele e amamentação na 1ª hora de vida</li> <li>▪ Informar sobre o ambiente na sala de partos.</li> <li>▪ Esclarecer dúvidas;</li> </ul>
<b>Destinatários:</b>	Grávidas
<b>Duração:</b>	90 Minutos
<b>Formador:</b>	Cintia Cebola e Ana Paula Barradas
<b>Conteúdo Programático:</b>	<p>Posições no parto</p> <p>Respiração e esforços expulsivos</p> <p>Episiotomia</p> <p>Clampagem do cordão, contacto pele a pele e amamentação na 1ª hora de vida</p> <p>Ambiente na sala de partos.</p> <p>Exercícios práticos;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas;</p>
<b>Metodologia da sessão:</b>	Método expositivo, participativo; Exercício prático;
<b>Recursos:</b>	Computador, projetor

## Plano da Sessão

<b>Tema:</b>	Exercícios e técnicas de conforto-4ª Sessão
<b>Objetivo geral:</b>	Adquirir e aprofundar conhecimentos acerca do papel do acompanhante durante o trabalho de parto.
<b>Objetivos específicos:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Informar sobre a importância do acompanhante na sala de partos</li><li>▪ Informar sobre o papel do acompanhante na sala de partos</li><li>▪ Esclarecer dúvidas;</li></ul>
<b>Destinatários:</b>	Grávidas
<b>Duração:</b>	90 Minutos
<b>Formador:</b>	Cintia Cebola e Ana Paula Barradas
<b>Conteúdo Programático:</b>	A importância do acompanhante na sala de partos O papel do acompanhante na sala de partos Exercícios práticos; Esclarecimento de dúvidas;
<b>Metodologia da sessão:</b>	Método expositivo, participativo; Exercício prático;
<b>Recursos:</b>	Colchão, Bola de pilates, Coluna de som, difusor de aromas, projetor, computador.

## Plano da Sessão

<b>Tema:</b>	Trabalho de Parto
<b>Objetivo geral:</b>	Adquirir e aprofundar conhecimentos acerca do trabalho de parto
<b>Objetivos específicos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instruir sobre etapas do trabalho de parto</li> <li>▪ Instruir sobre sinais de trabalho de parto</li> <li>▪ Instruir sobre tipos de parto</li> <li>▪ Informar sobre factores que influenciam o trabalho de parto</li> <li>▪ Instruir sobre métodos de promoção do conforto e progressão do trabalho de parto</li> <li>▪ Instruir sobre Plano de Parto</li> </ul>
<b>Destinatários:</b>	Grávidas
<b>Duração:</b>	90 Minutos
<b>Formador:</b>	Cintia Cebola e Ana Paula Barradas
<b>Conteúdo Programático:</b>	<p>Etapas do trabalho de parto</p> <p>Sinais de trabalho de parto</p> <p>Tipos de parto</p> <p>Factores que influenciam o Trabalho de parto</p> <p>Métodos Farmacológicos e não farmacológicos de gestão da dor e desconforto.</p> <p>Plano de parto</p>
<b>Metodologia da sessão:</b>	Método expositivo, participativo;
<b>Recursos:</b>	Projektor, computador.

## Plano da Sessão

<b>Tema:</b>	Prevenção de acidentes no primeiro ano de vida
<b>Objetivo geral:</b>	Adquirir e aprofundar conhecimentos acerca da prevenção de acidentes no primeiro ano de vida.
<b>Objetivos específicos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informar sobre o desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida.</li> <li>▪ Informar sobre os principais acidentes/lesões acidentais no primeiro ano de vida.</li> <li>▪ Informar sobre o número de emergência médica e os passos a seguir numa chamada de emergência.</li> <li>▪ Esclarecer dúvidas;</li> </ul>
<b>Destinatários:</b>	Grávidas
<b>Duração:</b>	90 Minutos
<b>Formador:</b>	Cintia Cebola e Ana Paula Barradas
<b>Conteúdo Programático:</b>	<p>A importância do acompanhante na sala de partos</p> <p>O papel do acompanhante na sala de partos</p> <p>Exercício prático (Manobra Heimlich);</p> <p>Esclarecimento de dúvidas;</p>
<b>Metodologia da sessão:</b>	Método expositivo, participativo; Exercício prático;
<b>Recursos:</b>	Recém-nascido (manequim), projetor, computador.



## PLANEAMENTO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO

**TEMA:** Sexualidade e a Violência no namoro

**FORMADORES:** Marisa de Sousa e Cíntia Cebola (Mestrandas de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa sob orientação do Professor Mário Cardoso) e EEESMO Paula Barradas

**DESTINATÁRIOS:** Alunos da escola Básica 2,3 Barreiro

**DATA:** 30 Janeiro 2020

**TEMPO PREVISTO:** 45 minutos

**HORÁRIO:** 14:30

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	METODOLOGIA/ RECURSOS	TEMPO
Apresentação dos Oradores e tema		5 minutos
Sexualidade; Violência no namoro, Prevenção da gravidez não desejada e DST's, importância da vigilância de saúde Reprodutiva e planeamento familiar.	Expositivo Participativo Exercício prático	20 minutos
Demonstração dos anticoncecionais disponíveis.	Material: Computador, projetor, recurso a	5 minutos
Realização de prática: "Colocando o preservativo"	PowerPoint, Modelos de órgão reprodutor externo masculino, preservativos,	15 minutos
Esclarecimento de dúvidas Sistematização das temáticas abordadas	DIU, SIU, pilulas, Imipanon.	10 minutos

# 3ª sessão prática Trabalho de Parto



## O Parto

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE



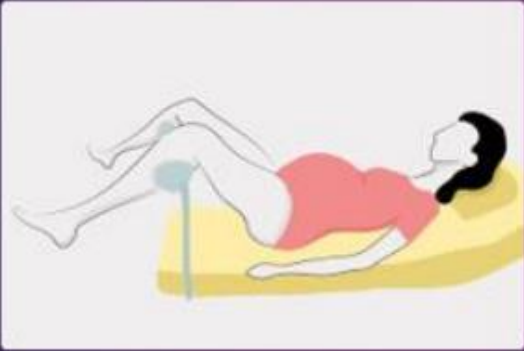
Dr.ª Cintia Cabala  
Dr.ª Paula Saradas

1

## Objetivos


- Informar sobre posições a adotar no período expulsivo.
- Informar sobre respiração e esforços expulsivos
- Informar sobre episiotomia
- Informar sobre clampagem do cordão, contacto pele a pele e amamentação na 1ª hora de vida
- Informar sobre o ambiente na sala de partos

2



## Posições a adotar no parto

LITOTOMIA



## Posições a adotar no parto

SENTADA (NA CAMA)



## Posições a adotar no parto

SENTADA (NO BANCO)

5



## Posições a adotar no parto

CÓCORAS

6



## Posições a adotar no parto

GATAS



## Posições a adotar no parto

LATERAL



## Posições a adotar no parto

APOIO

## Período expulsivo

- ▶ Parceria com quem está a conduzir o trabalho de parto
- ▶ Posição a adotar
- ▶ Respiração
- ▶ Controle

## Período expulsivo



Percebe a contração: inspira calma e lenta



Contração instalada: inspira, bloqueia a respiração, quieto no peito, segura pernas, cotovelos para fora e faz esforço expulsivo. (Manobra Valsalva)



Está cansado: Cabeça na alforçada, inspira bloqueia, quieto no peito faz força.



Fim da contração: inspira e expira lenta e calmamente

## Período expulsivo

**Conduzido:** é estimulada a realizar esforços expulsivos com bloqueio da respiração

**Espontâneo:** esforços expulsivos de acordo com a sua necessidade com ou sem bloqueio da respiração

## Episiotomia

Indicações OMS

Quando se faz?

Como se faz?



13

O meu  
bebé  
nasceu!



Clampagem do cordão



Contacto pele a pele



Amamentação na 1ª hora  
de vida

14

## O ambiente na sala de partos

- ▶ Ambiente desconhecido
- ▶ Barulhos
- ▶ Pessoas na sala



## Exercício

## 4ª sessão prática – O acompanhante



### O papel do acompanhante

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE



Enfª Cíntia Cabala  
Enfª Paula Saradas

1

### Objetivos

Informar sobre a importância do acompanhante na sala de partos

Informar sobre o papel do acompanhante na sala de partos

2

### O acompanhante



O COMPANHEIRO



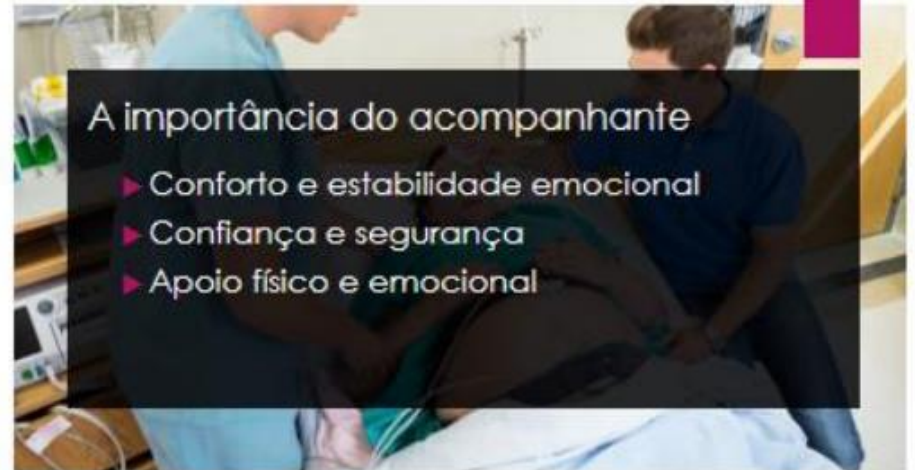
A MÃE OU OUTRO  
FAMILIAR/AMIGO



A DOULA

### A importância do acompanhante

- ▶ Conforto e estabilidade emocional
- ▶ Confiança e segurança
- ▶ Apoio físico e emocional



O  
acompanhante

Não é um observador  
que vai assistir ao parto.

É um participante que  
assiste a mulher durante  
o trabalho de parto.

5

Sou acompanhante e

- ▶ Tenho o **direito** a ser respeitado pelos profissionais e a ser incluído no trabalho de parto.



6

Sou acompanhante e

- ▶ Tenho o **dever** de respeitar os profissionais, os equipamentos e o espaço das outras parturientes



Papel do  
acompanhante

- ▶ Auxiliar na promoção do **ambiente confortável**:
  - ▶ Providenciar ingestão hídrica (desde que autorizada)
  - ▶ Relembrar a mulher para se concentrar na **respiração**.
  - ▶ Providenciar medidas de **conforto** como por exemplo a utilização de um leque, de um borrifador com água, compressas húmidas, batom hidratante, massagem, música, etc
- ▶ Gerir o contacto com o exterior. (família e amigos ansiosos por informações)



Acompanhar e apoiar

9



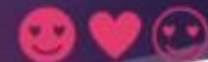
Gerir o ambiente

10



Dançar

Ocitocina: hormona do amor



- ▶ Menos percepção de dor e desconforto
- ▶ Mais relaxamento
- ▶ Maior progressão do trabalho de parto
- ▶ Maior vínculo entre o casal
- ▶ Influência positiva no aleitamento materno





Massagem e  
contrapressão:  
O toque

13



Hidratação

14



Refrescar

Dúvidas?

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE



## Sessão teórica – Trabalho de Parto




### Trabalho de Parto

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE



Enfª Cintia Cabalo  
Enfª Paula Saradas

### Objetivos



- Instruir sobre etapas do trabalho de parto
- Instruir sobre sinais de trabalho de parto
- Instruir sobre tipos de parto
- Informar sobre factores que influenciam o trabalho de parto
- Instruir sobre métodos de promoção do conforto e progressão do trabalho de parto
- Instruir sobre Plano de Parto

2

### Trabalho de parto



- 1º Estádio Apagamento e dilatação do colo
- 2º Estádio Período expulsivo
- 3º Estádio Dequitação
- 4º Estádio Puerpério imediato



### Apagamento e dilatação do colo



## Apagamento e dilatação do colo

### Fase Latente

Período caracterizado por contratilidade dolorosa e alterações do colo uterino que incluem o apagamento do colo e a dilatação até aos 5 cm.

### Fase Ativa

Período caracterizado por contratilidade dolorosa e subsequente dilatação desde os 5 cm até à dilatação completa e início dos restantes estádios.

OMS

## Apagamento e dilatação do colo

### Segundo a OMS:

- ▶ A duração média da fase latente do trabalho de parto não está definida e pode variar bastante de mulher para mulher.
- ▶ A duração da fase ativa do trabalho de parto não deve ser superior a 12h em primeiros partos e a 10h nos partos subsequentes.

6

## Período de Dilatação

- Avaliação da temperatura, pulso e TA de 4/4 horas.
- Avaliação da progressão do TP → toque vaginal → 1 a cada 4 horas  
Intervalo menor caso haja um motivo que o justifique.
- Progressão lenta → dilatação < 1cm em 4 horas → medidas não invasivas → mudança de posição, mobilização e deambulação  
Caso não resulte → rotura da bolsa e perfusão de ocitocina
- **Liberdade de movimentos!!**
- **Contra indicado estar deitada de costas** → altera circulação sanguínea da mãe e do bebé.

## Avaliação do bem estar do bebé

Auscultação da frequência cardíaca fetal → Doppler ou CTG (avaliação contração uterina)

Gravidez de baixo risco → 15/15 minutos (silenciada)

→ 5/5 minutos (expulsiva)

Deverá passar a continua sempre que haja um fator de risco



## Período expulsivo



Desde a dilatação completa do colo até à expulsão do feto

Pode durar até 3h no primeiro parto e 2h nos subsequentes.

9

## Dequitação



Desde o momento após a expulsão do feto até à expulsão da placenta e das membranas fetais.

10

## Dequitação



Após a dequitação é recomendado pela OMS em todos os partos a administração de ocitocina para ajudar a contrair o útero e diminuir o risco de hemorragia

## Puerpério imediato



**Duas primeiras horas após o parto**

- Momento de recuperação para a mãe e para o bebé
- Os órgãos maternos começam a sua recuperação
- O bebé começa a adaptar-se à vida fora do útero

## Quais são os sinais de que estou a entrar em trabalho de parto?

- Contrações regulares, com progressiva diminuição do intervalo entre estas e aumento da intensidade e duração
- Contrações dolorosas
- Barriga dura durante a contração
- Dor na região lombar e abdomino-pélvica;



Preparação do corpo para o trabalho de parto:  
Descida da barriga (2 a 3 semanas antes)  
Aumento da secreção vaginal e saída do rolhão mucoso  
Lombalgias persistentes e contrações irregulares.

## Quando devo ir para o Hospital?

- Contrações regulares, dolorosas com progressiva diminuição do intervalo entre estas e aumento da intensidade e duração
- Perda de líquido abundante: Ruptura de Membranas (Registrar cor e hora)
- Perda Hemática moderada/abundante
- Diminuição do movimentos fetais
- Dores de cabeça fortes

13

14

## Tipos de Parto



Eutócico

Distócico

Cesariana

Ventosa

Fôrceps



## Factores que influenciam o trabalho de parto

- ▶ O objeto: Feto e Placenta
- ▶ O trajeto: canal de Parto
- ▶ Posição da mãe
- ▶ Resposta fisiológica
- ▶ Resposta psicológica
- ▶ Forças: contrações uterinas e esforços maternos

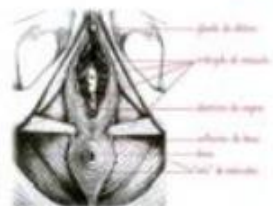


7

## Massagem Períneo

Dicas de como preparar o períneo para o parto

### Massagem Perineal



## Trajetó: Canal de Parto



▶ **Bacia óssea**



▶ **Tecidos moles:** pavimento pélvico, vagina e introito vaginal

18

## EPISIOTOMIA



Pode existir necessidade de realizar episiotomia. Episiotomia não por rotina, mas de forma seletiva:

- Por sofrimento fetal, com necessidade de nascimento mais rápido
- Por necessidade de aplicar fórceps ou ventosa
- Se parecer ao profissional a ocorrência eminente de uma laceração grave

## Posição da mãe



### AS POSIÇÕES VERTICAIS (andar de pé, sentada ou de cócoras):

- ▶ Favorecem as mudanças frequentes de posição – promovem o conforto
- ▶ Favorecem a descida do feto – ação da força da gravidade
- ▶ Encurtam o TP – contrações uterinas mais eficazes
- ▶ Reduzem a incidência de compressão do coração
- ▶ Favorecem o débito cardíaco – retorno venoso condicionado pelas contrações
- ▶ Favorecem a irrigação útero-placentar
- ▶ Estimulam o Reflexo de Ferguson

21

Promover a liberdade de movimentos



22



## Posições no período expulsivo



Litotomia



Sentada



Cócoras



Gatas



Lateral

## Resposta Fisiológica

### Reflexo de Fuga ou Luta (Fight or Flight)

- ▶ Embora num ambiente entendido racionalmente como seguro para o parto, podem haver sinais que levem a um sentimento de "perigo", levando a mulher a produzir hormonas (adrenalina e cortisol) que lhe permitam a "FUGA ou LUTA" – resposta biológica que bloqueia a produção das hormonas necessárias para o parto, como a ocitocina...

25

## Ambiente Físico no Parto

O ambiente durante o trabalho de parto influencia → medo e ansiedade → hormonas → prolongamento do parto.



26

## Resposta psicológica

### Varia consoante:

- O estágio do Trabalho de Parto
- O limiar da dor de cada uma
- Cultura

## Resposta psicológica

### Influenciada por:

- Ansiedade e medo
- Auto confiança
- Atitudes e expectativas sobre o parto
- Experiência de partos anteriores
- Preparação para o parto/nascimento
- Capacidade para enfrentar o stress
- Apoio: companheiro/ p.significativa/ doula



## Medidas não farmacológicas para gestão da dor e desconforto

- ▶ Ambiente confortável:
  - ▶ Musicoterapia
  - ▶ Aromaterapia
  - ▶ Gestão de iluminação e barulho
- ▶ Liberdade de movimentos:
  - ▶ Deambulação
  - ▶ Dança
  - ▶ Exercícios na bola de pilates
- ▶ Massagem e contração
- ▶ Hidroterapia
- ▶ Respiração e vocalizações
- ▶ Imaginação guiada
- ▶ Outras: Yoga, Acupuntura, Reflexologia, Reiki, Hipnose e Cromoterapia



## Ambiente confortável

Proporcionar um ambiente confortável à mulher em trabalho de parto é uma forma de promover o relaxamento e diminuir a ansiedade causada pelo ambiente desconhecido e pela dor/desconforto.



Luz



Musicoterapia



Aromaterapia

30

## Liberdade de Movimentos

- ▶ Promove a progressão do trabalho de Parto
- ▶ Ajuda a encontrar uma posição de maior conforto



## Liberdade de Movimentos

- ▶ Dançar



## Liberdade de Movimentos

### ► Bola Pilates



Promove o alívio do desconforto, relaxamento da musculatura e progressão do trabalho de parto

33

## Massagem e contrapressão



Ajuda a aliviar a tensão muscular provocada pelo peso da barriga

34

## Hidroterapia

### O duche

- Duche Morno de +/- 20 a 30 min com chuveiro a apontar para as regiões lombar e pélvica
- Promove o relaxamento muscular, diminui a ansiedade e promove o bem-estar da parturiente.



## Respiração e vocalizações

O uso correto da respiração durante o trabalho de parto leva a:

- Aumento do relaxamento
- Diminui percepção da dor
- Alivia momentos desagradáveis
- Facilita a progressão do TP

A Vocalização leva à produção e libertação de endorfinas, levando a um maior relaxamento.

Útil durante as contrações:

- Diminui a percepção da dor;
- Maior relaxamento da mandíbula, músculos da face, pescoço e perineo;
- Exteriorização da energia corporal.





### Imaginação guiada

Utilização de imagens mentais, havendo recreação de cenários agradáveis, sensações, sons, emoções, cheiros e lugares. Pode ser realizada pela própria grávida, com gravações ou por um orientador.

37

### Outros

Y  
o  
g  
a

Acupuntura

Hipnose

Cromoterapia

R  
e  
i  
k  
i

Reflexologia

38

### Métodos farmacológicos de alívio da dor

Analgésicos EV



Epidural



### Métodos farmacológicos de alívio da dor

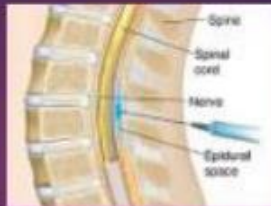
Analgésicos EV



- Paracetamol
- Buscopan
- Petalfina (opiáceo utilizado para alívio da dor e promoção do relaxamento).

## Métodos farmacológicos de alívio da dor

### Epidural



41

## Métodos farmacológicos de alívio da dor

### Efeitos Secundários

- Dormência das membros inferiores.
- Aumento da temperatura.
- Tremores
- Retenção urinária
- Lombalgias

Podem ocorrer cefaleias (frontal/occipital), com ou sem dor na região cervical, náuseas e tonturas → normalmente quando ocorre é passado 24 a 48 horas.

### Contra-Indicações

- Infecção no local da punção.
- Tatagens no local da punção.
- Hemorragia grave.
- Instabilidade hemodinâmica.
- Alteração da coagulação.
- Alergia aos fármacos.
- Se fizer enoxaparina (suspender 12 a 24 horas antes).
- Hérnias discais e deformações da coluna.
- Cirurgias prévias a coluna.



42

## A importância do acompanhante

- ▶ Conforto e estabilidade emocional
- ▶ Confiança e segurança
- ▶ Apoio físico e emocional



## Forças: contrações uterinas e esforços maternos

### Contrações

Caracterizadas por:

- Dor abdominal tipo cólica menstrual mas mais forte;
- Dor na região pélvica ou lombar;
- Barriga dura (duração de 1min);



Contrações de Braxton Hicks:

- São contrações que surgem por volta das 20 semanas de gestação, para preparar o útero e o corpo da mãe para o parto;
- Não causam dor, não tem ritmo e duram menos de 60 segundos;



## Contrações de trabalho de parto

- ▶ As contrações de trabalho de parto são regulares e ritmadas, aumentando de intensidade;
- ▶ Inicialmente com intervalos de 20min, diminuindo o seu intervalo de 15, 10 e 5 min.
- ▶ Durante o período expulsivo as contrações são de 5/5min durando cerca de 1 min.



45



## Esforços expulsivos maternos

- ▶ Inicia quando o colo está totalmente dilatado, preferencialmente quando a parturiente sente vontade de fazer força.
- ▶ Podem ser esforços activos, quando guiados e feitos de forma consciente.
- ▶ Podem ser espontâneos quando a mulher segue aquilo que o seu corpo lhe pede.

46

## Após o nascimento do meu bebé

### Clampagem do cordão

Esta pode ser precoce (imediatamente) ou tardia (2 ou 3 minutos após)

Clampagem tardia → 30% de volume sanguíneo adicional → aumento reserva de ferro do bebé.



### Contato pele a pele

Maior produção de ocitocina favorecendo:

- Dequitação
- Diminuição do sangramento.
- Subida do leite mais precoce.
- Início precoce da amamentação.
- Favorece processo de vinculação mãe-filho.

### Amamentação 1ª hora de vida

- Pego mais correta.
- Aumento duração da amamentação.

## PLANO DE PARTO

 movimentação livre	 hidratação regular da lactante	 respiro livre	 acompanhamento da placenta	 identificação não coercitiva
 escolha de posição	 posição espontânea	 sem apertadura	 respiro em posição livre	 contato pele a pele imediato
 corte tardio do cordão	 suavizar cordão	 proceder ao corte do cordão	 obstáculos ou rigidez passíveis	 sem estímulos
 sem circuncisão	 familiaridade e primeira lactação	 exclusão de medicamentos		

Vídeo:

[https://www.youtube.com/watch?v=fXq7d\\_4Smgg](https://www.youtube.com/watch?v=fXq7d_4Smgg)

Dúvidas?

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

# Sessão sobre acidentes no 1º ano de vida



## PREVENÇÃO DE ACIDENTES

- PRIMEIRO ANO DE VIDA -

AESMD Cláudia Cabola  
EESMD Paula Barradas

1

### A crianças são...



- Seres vulneráveis
- Dependentes do cuidados dos pais
- Em constante crescimento e desenvolvimento
- Desenvolvem-se em interação com o meio e com as pessoas que lhes estão próximas

2

## Desenvolvimento

- 0 AOS 4 MESES**
  - Reflexos involuntários:
  - Volta-se quando deitado sobre uma superfície
  - Inclina-se para a frente e para trás, como uma lagarta.
  - Grande capacidade de agarrar os objetos próximos
- 4 AOS 7 MESES**
  - Vira-se facilmente
  - Senta-se
  - Rasteja para trás de forma voluntária
  - Agarra, manipula e leva objetos à boca.
- 8 AOS 12 MESES**
  - Rasteja
  - Gatinha
  - Começa a levantar-se
  - Começa a andar e a trepar
  - Explora o espaço e os objetos e recolhe pequenos objetos.



### INFÂNCIA

↓

### IDADE DA DESCOBERTA

↓

Curiosidade natural das crianças constitui o impulso para o conhecimento do meio que as rodeia, sendo um elemento benéfico no seu desenvolvimento.





5

Os acidentes representam a principal causa de morbimortalidade nos primeiros anos de vida, sendo um problema de saúde pública.

Estratégias preventivas poderiam evitar até 90% das lesões acidentais em crianças.

6

### ACIDENTES – FASES DESENVOLVIMENTO

Faixa etária	Tipos de Acidentes	Desenvolvimento
RN a 4 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asfixia</li> <li>• Quedas</li> <li>• Queimaduras</li> <li>• Intoxicações</li> <li>• Afogamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente dependente do adulto</li> <li>• Segue objeto na linha média</li> <li>• Eleva a cabeça</li> <li>• Segura objetos</li> <li>• Sentado sustenta a cabeça</li> </ul>
5 a 10 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspiração</li> <li>• Intoxicações</li> <li>• Traumas em geral</li> <li>• Queimadura</li> <li>• Choque elétrico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloca tudo na boca</li> <li>• Senta</li> <li>• Engatinha</li> <li>• Fica de pé com apoio</li> <li>• Não tem medo de animais</li> </ul>
1 ano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteriores +</li> <li>• Acidentes de trânsito</li> <li>• Quedas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fica de pé</li> <li>• Anda</li> <li>• Pode subir escadas</li> </ul>

### TIPOS DE LESÕES ACIDENTAIS

- Aspiração e Asfixia
- Afogamentos
- Quedas
- Queimaduras
- Envenenamento ou Intoxicação

## ASFIXIA

No processo de desenvolvimento a criança leva tudo para a boca, tendo a tendência para engolir, podendo levar ao engasgamento e à asfixia.

### Pode ser causada por:

▪ **Alimentos:** frutos secos, ervilhas, cenoura, pedaços de comida demasiado grandes;

▪ **Objetos:** moedas, pilhas, berlindes, botões, partes de brinquedos, e até agulhas, alfinetes e pregos;

▪ Pode também ocorrer pela introdução de alimentos e/ou objetos no nariz.



9

## ASFIXIA

### Prevenção:

- Nunca dar de comer ou beber com o bebé/criança deitado
- Não dar comida ou bebida à criança com esta a correr, rir ou chorar, ou com o carro em andamento
- Partir bem os alimentos, tendo sempre em conta a idade da criança e a capacidade de mastigação
- Dar pouca comida de cada vez e incentivar a mastigação
- Ter em atenção à presença de 'fios' da comida – fiambre, espargos, alho francês, etc



10

## ASFIXIA

### Prevenção:

- Manter objetos pequenos fora do alcance
- Ter atenção aos brinquedos que devem ser adequados à faixa etária e com a marca CE: sem peças pequenas, que não libertem muito pelo
- Não colocar colares, lenços em volta do pescoço
- Remover os fios presentes nos brinquedos
- Manter os móveis suspensos no berço e fora do alcance da criança
- Manter os sacos de plástico guardados e fora do alcance da criança



## ASFIXIA

### Prevenção:

- Não deixar bebés sozinhos nos carrinhos, pois podem deslizar e ficar presos pela cabeça
- Ter em atenção roupas com atilhos em volta do pescoço e que podem ficar presas
- Respeitar intervalos entre as grades da cama e proteções de escada – Máximo 10cm
- Não colocar as crianças a dormir com os pais
- Não atafalhar a cabeceira do berço com brinquedos, mantas e almofadas
- Não colocar o bebé a dormir de barriga para baixo
- Utilizar chupeta com o tamanho adequado à criança

## ASFIXIA

### MANOBRAS DE HEIMLICH

VOCE DEVE CONHECER!



1

1. VIRE A CRIANÇA DE COSTAS PARA VOCÊ, PEGANDO A CABEÇA DEBAIXO EM UM POLSO PARA BAIXO E SUPORTE APOIANDO NA SUA COSTA.

2

2. BATA ENTRE AS OMBEIRAS UTILIZANDO A PARTE INTERNA DO SEU PUNHO, REALIZANDO ESTE ATO POR ATÉ 5 VEZES PARA DESOBRUIR AS VIAS AERIAS.

3

3. CANDO A CRIANÇA PERMANEÇA ENGANÇADA, VIRE A CRIANÇA DE FRENTE PARA VOCÊ E REALIZE ATÉ 5 COMPRESSIONES TORÁXICAS COM UMA MÃO, USANDO O PUNHO DA MÃO CONTRÁRIA.

13

## AFOGAMENTOS

A parte de cima do corpo da criança é mais pesada do que o resto do corpo, levando a que as crianças não consigam retirar a cabeça de dentro de água.

Uma criança pode afogar-se numa pequena quantidade de água, bastando apenas 20cm = um palmo!



14

## AFOGAMENTOS

Prevenção:

- Supervisão constante aquando do banho, nunca deixando a criança sozinha
- Manter a porta da casa de banho e tampa da sanita fechados
- Manter torneiras bem fechadas;
- Nunca deixar baldes, lavatórios, banheiras com águas residuais



15

## AFOGAMENTOS

Prevenção:

- Supervisão constante em locais como piscinas e lagos
- Colocar barreiras de proteção nas piscinas
- Utilizar braçadeiras em piscinas, lagos, mas sempre com supervisão de um adulto
- Ter atenção à utilização de bóias, colchões ou pequenos barcos, pois são perigosos, voltam-se facilmente



16

## AFOGAMENTO



- Enquanto se apanha uma toalha, cerca de 10 seg, é o suficiente para que a criança fique submersa.
- Enquanto se atende o telefone, cerca de 2 minutos, é o suficiente para que a criança submersa na banheira perca a consciência.
- Cerca de 4 minutos, o tempo que eventualmente se demora para atender a porta da frente, é o suficiente para uma criança submersa ficar com danos irreversíveis no cérebro.
- Fechar sempre a porta da casa de banho e nunca deixar a criança sem supervisão dentro ou próximo de água, mesmo em locais com pouca profundidade de água.

17

## QUEDAS

Nos primeiros meses de vida, desde o dia do nascimento, o perigo reside nas quedas associadas ao rolamento ou serpentear da criança, que potência a queda de camas, sofás, muda-fraldas.

Ao começar a gatinhar e a andar a criança explora o mundo que a rodeia sem ter noção dos perigos: trepam para os móveis, e os gradeamentos das varandas, espreitam pelas janelas.



18

## QUEDAS

### Prevenção:

- Não deixar a criança sozinha em cima de camas, sofás, muda fraldas, nem por uns segundos, deve reunir tudo o que necessita antes de colocar a criança na superfície
- Manter sempre supervisão da criança, especialmente quando começa a gatinhar » andar » trepar
- Utilizar preferencialmente sapatos apertados com velcro
- Não utilizar andarilhos



## QUEDAS

### Prevenção:

- Manter os cintos da cadeirinha, espreguiçadeira sempre colocados;
- Pousar a cadeirinha – Ovo, ou alcofa sempre no chão e nunca sobre os móveis
- Manter a cadeira da alimentação de preferência encostada à parede e sempre com o cinto apertado, evitar também que os pés do bebé cheguem a alguma superfície que possa dar o impulso para que a cadeira caia para trás
- Colocar material antiderrapante nos tapetes
- Realizar a fixação dos móveis à parede
- Proteger os cantos mais agressivos do mobiliário



## QUEDAS

### Prevenção:

- Manter televisões, aquários, ou outros objetos pesados e instáveis o mais recuados possível, para evitar que a criança puxe e lhe caiam em cima
- Colocar proteção – gradeamento com nunca mais de 8-9cm de diâmetro – no topo e início das escadas
- As varandas devem ser equipadas com gradeamento com barras verticais, onde a criança não consiga passar nenhuma parte do corpo



1

## QUEDAS

### Prevenção:

- Proteger janelas com limitadores de abertura;
- Não colocar móveis, que as crianças possam trepar, junto de janelas.



22

## QUEIMADURAS

### Pode ser causada por:

- Líquidos quentes: tachos, frigideiras, chávenas de chá, leite ou café, sopa
- Lareira e barbecues: Chamas, brasas, brincadeiras com fósforos
- Objetos quentes: portas de fornos, recuperadores, salamandras, aquecedores, pequenos electrodomésticos
- Electricidade: Tomadas desprotegidas, fichas sobreaquecidas, fios eléctricos degradados
- Inalação de fumo, gases ou vapores aquecidos: a criança apresenta dificuldade em respirar, tosse e rouquidão

## QUEIMADURAS

- Testar sempre a temperatura da água do banho (termómetro)
- Na preparação do banho colocar primeiro a água fria e ir temperando com a quente, misturando antes de colocar a criança
- Avaliar sempre a temperatura dos líquidos – como leite – antes de dar à criança



## QUEIMADURAS

### Prevenção:

- Deixar os cabos dos utensílios de cozinha – tachos, frigideiras – virados para as costas do fogão e para o centro da mesa
- Não cozinhar ou comer alimentos quentes – como líquidos aquecidos – com a criança ao colo
- Manter a toalha da mesa fora do alcance da criança para evitar puxões



25

## QUEIMADURAS

### Prevenção:

- Colocar proteções em frente e em redor de lareiras, salamandras, fornos
- Manter objetos quentes e incandescentes – aquecedores, velas, etc. - fora do alcance da criança
- Manter os fios eletricos e extensões escondidos ou fora do alcance da criança
- Colocar proteções ou tampas de plástico nas tomadas elétricas; ou colocar móveis em frente das tomadas
- Manter os pequenos electrodomésticos desligados e longe do alcance quando não estiverem em uso
- Fumar longe da criança



26

## QUEIMADURAS



- Evitar cozinhar com a criança ao colo.
- Cozinhar preferencialmente nos bocais traseiros do fogão.
- Evitar alimentos demasiado quentes à mesa.
- Evitar circular com líquidos quentes.
- Lareiras e aquecedores protegidos.
- Verificar temperatura dos alimentos antes de oferecer.

## CHOQUES ELÉTRICOS



- Proteger tomadas elétricas.
- Ter atenção aos aparelhos eletricos ligados e fios de alimentação.

## ENVENENAMENTO E INTOXICAÇÃO

Pode ser causada por:

- Medicamentos
- Cosméticos
- Bebidas alcoólicas
- Produtos de limpeza
- Plantas
- Pesticidas, herbicidas
- Pilhas
- Gás



29

## ENVENENAMENTO E INTOXICAÇÃO

Prevenção:

- Manter fora do alcance da criança:
  - medicamentos
  - produtos de cosmética
  - bebidas alcoólicas
  - produtos de limpeza;
  - pesticidas, herbicidas
  - pilhas.
- Manter plantas penduradas ou em superfícies altas longe do alcance da criança



30

## ENVENENAMENTO E INTOXICAÇÃO

Prevenção:

- Não aplique raticidas ou outros pesticidas em locais acessíveis às crianças
- Feche as embalagens e guarde os produtos imediatamente após o uso
- Não guardar produtos tóxicos em embalagens familiares – garrafas de sumo, etc
- Descartar embalagens de produtos tóxicos de forma a que a criança não as alcance
- Não dê embalagens vazias às crianças para brincar



## ENVENENAMENTO E INTOXICAÇÃO



## PREVENÇÃO RODOVIÁRIA

VIAJAR COM BEBÉS, CRIANÇAS E JOVENS...

UTILIZAR SEMPRE

CADEIRA AUTO



33

## PREVENÇÃO RODOVIÁRIA

- CADEIRA AUTO (Sistema Retenção Criança - SRC), deve ser:
  - Adquirida antes do nascimento (se 1ª cadeira);
  - Homologada:
    - norma ECE R44 (nº homologação começa por 03 ou 04)
    - modelos com e sem ISOFIX, divididos por grupos consoante o peso da criança (grupo 0+, I, II, III)
    - norma UN R129, i-size (nº homologação 00)
    - modelos sempre com ISOFIX, estão divididos por altura (cm) da criança
  - Sempre adequada à idade, estatura e peso da criança
  - Fácil e cómoda de utilizar
  - Sempre que possível, possuir sistema **ISOFIX**



34

## PREVENÇÃO RODOVIÁRIA

VIAJAR COM BEBÉS...

Todos os recém nascidos, ao saírem da Maternidade ou hospital, deverão ser transportados em cadeira auto.

Cadeira do grupo 0+ (aprovada dos 0 aos 13kg)- ECE R44, ou até 75cm – UN R129

ALCOFA NÃO ESTÁ RECOMENDADA



Permite a viagem na posição semi-sentado, apoiando uniformemente a cabeça, pescoço e região dorsal.

Muito eficaz na prevenção de lesões da coluna cervical

## PREVENÇÃO RODOVIÁRIA

- CORRETA UTILIZAÇÃO DA CADEIRA AUTO -



- **Bebé voltado para trás (VT) e com inclinação de 45º**
  - Posição mais adequada, devido à fragilidade do pescoço e ao peso da cabeça
- **Fixa com o cinto de segurança de três pontos de fixação ou sistema ISOFIX**
  - Respeitar as instruções do fabricante
- **Arnês sempre bem apertado sobre o corpo da criança**
  - Apenas com folga de um dedo do adulto entre o arnês e o ombro
- **Deve ser instalada, preferencialmente, banco de trás**
  - Lugares traseiros considerados 1º seguros
  - Não usar banco frente se airbag frontal ativo

## PREVENÇÃO RODOVIÁRIA

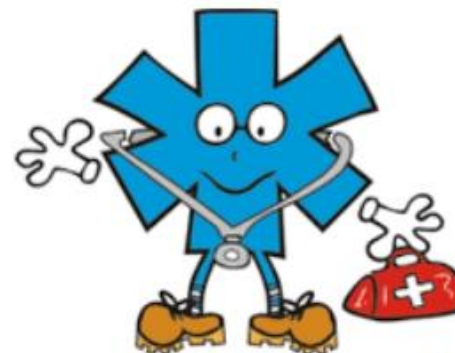


### IMPORTANTE...

- Não retirar o bebé da cadeira auto com o carro em andamento
- Nunca levar o bebé ao colo
- Carrinho de passeio e bagagem arrumados no porta-bagagens
- Planear as viagens de forma a realizar paragens de +/- 2 em 2h.

37

## LIGAR O 112



38

## LIGAR O 112

- ✓ Aguarde que a chamada seja atendida.
- ✓ Identifique-se pelo **NOME**.
- ✓ Facilite **CONTATO TELEFÔNICO** para ser contactado se a chamada se perder.
- ✓ Indique **LOCALIZAÇÃO** exata onde se encontra e as vítimas (ideal a Rua, Freguesia, Concelho, pontos de referência).
- ✓ Descreva o que aconteceu. **O QUÊ?**
- ✓ Quem está envolvido (número, género, idade das vítimas). **QUEM?**
- ✓ Quais as queixas principais e o que observa. **COMO?**
- ✓ Responda às questões que lhe são solicitadas.
- ✓ **SIGA OS CONSELHOS DO OPERADOR.**
- ✓ Não desligue até indicação do operador.



## PARA GUARDAR NA MEMÓRIA...

A segurança das crianças está nas nossas mãos!

Desde cedo deve começar a preparar a casa para a criança, que cresce e se desenvolve rapidamente.



# Sessão sobre Sexualidade e Violência no Namoro

**SEXUALIDADE E VIOLÊNCIA**

ABESMO CINTIA CIBOLA  
ABESMO MARISA DE SOUSA  
ABESMO PAULA BARRADAS

1

**VAMOS FALAR DE ...!**

- SEXUALIDADE
- PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NO NAMORO
- GRAVIDEZ NÃO DESEJADA E DST'S
- IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA DE SAÚDE

Blah! BLAH...  
Blah! BLAH!  
Blah! BLAH!  
Blah! BLAH!  
Blah! BLAH!  
Blah! BLAH!

2

**SEXUALIDADE, O QUE É?**

3

UM ASPECTO CENTRAL DO SER HUMANO

**SEXO**

IDENTIDADES DE GÊNERO E PAPEIS

ORIENTAÇÃO SEXUAL

EROTISMO

**PRAZER**

INTIMIDADE

REPRODUÇÃO

" (...) ELA INTEGRAR-SE NO MODO COMO SENTIMOS, MOVEMOS, TOCAMOS E SOMOS TOCADOS (...) INFLUENCIA PENSAMENTOS, SENTIMENTOS, AÇÕES E INTERAÇÕES E, POR ISSO, INFLUENCIA TAMBÉM A NOSSA SAÚDE FÍSICA E MENTAL"

OMS

4

**IDENTIDADE DE GÊNERO**

É a expressão dos papéis, valores, atitudes, comportamentos, normas e expectativas que se atribuem a cada gênero.

**ORIENTAÇÃO SEXUAL**

Refere-se ao seu desejo por quem você se atrai.

**SEXO BIOLÓGICO**

Refere-se ao conjunto de características físicas, fisiológicas e genéticas que determinam a masculinidade ou a feminilidade.

**EXPRESSION DE GÊNERO**

É o conjunto de comportamentos que permitem a forma de agir de cada indivíduo e sua expressão.

5

**SEXUALIDADE**

- **VIVIDA** DE FORMA ÚNICA E INDIVIDUAL.
- NÃO HÁ MODELOS, NORMAS OU IDADE.
- PODE SER **DESRUTADA** AO LONGO DA VIDA.
- IMPLICA RELAÇÕES E VÍNCULOS **ESPECIAIS**.
- TRANSMISSÃO AFECTOS, TERNURA E **CONFIANÇA**.
- MODO DE DAR E DE RECEBER **PRAZER**.
- VIVÊNCIA **FRUITIVA**, SATISFATÓRIA E RESPEITADORA DA INDIVIDUALIDADE DE CADA UM.
- PERMITE A **REPRODUÇÃO** - NÃO DEVE SER FRUTO DO ACASO!

6



## A VIOLÊNCIA NO NAMORO

**VIOLÊNCIA NO NAMORO** É UMA ACTO DE VIOLÊNCIA, PONTUAL OU CONTÍNUA, COMETIDA POR UM DOS PARCEIROS (OU MESMO AMBOS) NUMA RELAÇÃO DE NAMORO.

A MAIORIA DOS ADOLESCENTES ESTABELECE RELACIONAMENTOS DE NAMORO POSITIVOS E SAUDÁVEIS.

PODEM EXISTIR SITUAÇÕES EM QUE A **VONTADE DE CONTROLAR E DOMINAR** O OUTRO PODE DAR ORIGEM À VIOLÊNCIA, PROVOCANDO MEDO, INSEGURANÇA E SOFIMENTO.



7

\*

8

\*

9

\*

## VIOLÊNCIA FÍSICA

- EMPURRAR
- AGARRAR OU PRENDER
- ATIRAR OBJETOS
- DAR BOFETADAS, PONTAPÉS E/OU MURROS
- AMEAÇAR USAR A FORÇA FÍSICA OU A AGRESSÃO



## VIOLÊNCIA SEXUAL

- PRATICAR ATOS SEXUAIS (SEMO ANAL, SEXO ORAL E/OU VAGINAL), MESMO QUANDO NÃO QUERES
- ACARICIAR (OU FORÇAR CARÍCIAS), SEM QUE QUEIRAS
- FORÇAR A RELAÇÃO SEXUAL DESPROTEGIDA



## VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

- PARTIR OU ESTRAGAR OS TEUS OBJETOS OU ROUPA
- CONTROLAR A TUA MANEIRA DE VESTIR
- CONTROLAR O QUE FAZES NOS TEMPOS LIVRES E AO LONGO DO DIA
- LIGAR CONSTANTEMENTE OU ENVIAR SMS
- AMEAÇAR TERMINAR A RELAÇÃO PARA MANIPULAR



## VIOLÊNCIA VERBAL

- CHAMAR NOMES
- GRITAR
- INTIMIDAR
- AMEAÇAR
- HUMILHAR (EX.: "NÃO VALES NADA.")



## VIOLÊNCIA SOCIAL:

- HUMILHAR, ENVERGONHAR OU TENTAR DENEGRIR A TUA IMAGEM EM PÚBLICO, ESPECIALMENTE JUNTO DOS TEUS FAMILIARES E AMIGOS;
- MEXER, SEM O TEU CONSENTIMENTO, NO TEU TELEMÓVEL, NAS TUAS CONTAS DE EMAIL OU NAS TUAS REDES SOCIAIS;
- PROIBIR A CONVIVÊNCIA COM OS TEUS AMIGOS E/OU COM A TUA FAMÍLIA.



13



## E AGORA? O QUE É QUE EU FAÇO?



- Conta a um adulto da tua confiança
- Se sentiras que estás em perigo procura alguém ou um sítio seguro.
- Avisa sempre onde vais e a que horas regressas
- Opta por locais públicos e movimentados
- Muda as tuas rotinas e percursos. Não andes sozinho
- Define contactos de urgência no teu telemóvel
- Liga para a APAV/O apoio é gratuito e confidencial

14



## O MEU MELHOR AMIGO SOFRE DE VIOLÊNCIA! O QUE É QUE EU FAÇO?



- Ouve com atenção o que te está a contar
- Mostra preocupação e interesse
- Converte num local privado para garantir que te sente seguro e à vontade
- NÃO FAÇAS JUIZOS DE VALOR, NÃO PRESSIONES O SEU "FURACÃO", O SEU "MELHOR AMIGO(A)" NÃO TEM culpa DO QUE ACONTECEU
- NÃO PRESSIONES PARA QUE TOMES DECISÃO RAPIDAMENTE
- CONVENCE-O A CONTAR A UM ADULTO DE CONFIANÇA

15



## VIOLÊNCIA NO NAMORO EM NÚMEROS



(Inquérito nacional Sobre Violência no namoro, UNAR, 2016)

## NÃO TE ESQUEÇAS:

UM AGRESSOR É SEMPRE AGRESSOR!



- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO E PREVENÇÃO DOS RISCOS SERIAS DE CRIANÇAS - [HTTP://WWW.APECP.PT](http://www.apecp.pt)
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA - [HTTP://WWW.APAV.PT](http://www.apav.pt)
- APA V JOVENS - [HTTP://WWW.APAVAJOVENS.PT](http://www.apavajovens.pt)
- LÍMIA DE APOIO À VÍTIMA (DIAS ÚTEIS: 9h - 19h) - [116.200](http://116.200)
- CAUTELAS CONTRA O CEMH - [HTTP://WWW.CAUTELAS.ORG](http://www.cautelas.org)
- POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA - [HTTP://WWW.PSP.PT/](http://www.psp.pt/)
- SERVIÇO DE INFORMAÇÃO À VÍTIMAS DE VIOLENÇA DOMÉSTICA (24h POR DIA) - [800.202.148](http://800.202.148)
- COMISSÃO PARA A CIDADANIA E IGUALDADE DE GÉNERO - [HTTP://WWW.CCG.GOV.PT/](http://www.ccg.gov.pt/)
- ASSOCIAÇÃO DE MULHERES CONTRA A VIOLENÇA - [HTTP://WWW.AMCV.ORG.PT](http://www.amcv.org.pt)
- LÍMIA SOS CRIANÇA - [116.111](http://116.111)
- Portal Queixa Eletrónica Do Ministério Da Administração Interna - [WWW.QUEIXAELECTRONICA.MAI.GOV.PT](http://www.queixaelectronica.mai.gov.pt)

HELP  
ME



19



**SEXUALIDADE...**

um jogo de sorte?



CONSEQUÊNCIAS EVITÁVEIS...

20



- Relações sexuais sem método contraceptivo podem originar uma gravidez não desejada ou uma IST.
- Pode acontecer mesmo que seja a 1ª ou 1 só vez!
- A responsabilidade pela prevenção de uma situação indesejada é sempre dos dois parceiros!



21



**PARE PENSE USE**

**IST / DST**

O Que São??

Como as detectamos?

Como as Prevenimos?

1 MILHÃO de pessoas em Portugal não sabem o que é uma IST



**IST's**

**SINAIS DE ALERTA:**

- Verrugas
- Feridas
- Bolhas
- Comimento com mau cheiro
- Dores durante as relações sexuais
- Ardor ao urinar
- Comichão na vagina

## INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

### RISCOS:

- Duram o resto da vida
- Causam infertilidade
- Podem degenerar em doenças mais graves



25

★

## INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

### COMO PREVENIR?

- Uso do PRESERVATIVO SEMPRE
- Diminuição dos parceiros sexuais
- Idas regulares ao médico
- Realização de exames
- Auto-observação
- Higiene cuidada



26

★

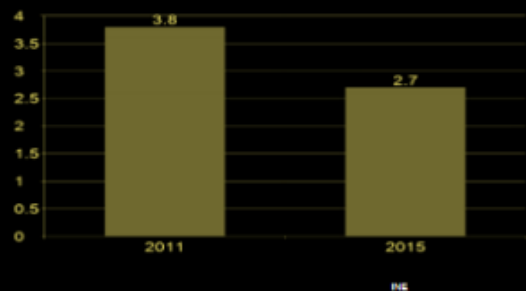
## GRAVIDEZ NÃO DESEJADA



27

★

## PROPORÇÃO DE NASCIMENTOS EM MÃES ADOLESCENTES



## COMO EVITAR?



MÉTODOS  
CONTRACEPTIVOS

DIUSIU Diafragma

Pílula Implante

Injetável

Adesivo Transdérmico





31

★

### O mais eficaz na prevenção das DST

#### O PRESERVATIVO

**EFICÁCIA**

**VANTAGENS:**

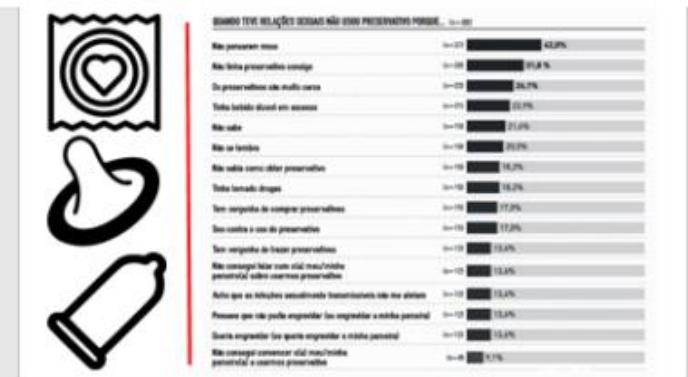
- Barato
- Fácil acesso
- Prevenção DST
- Pode ajudar na ejaculação prematura

**DESVANTAGENS:**

- Alergia ao látex
- Se não usado corretamente, pode rasgar durante o coito ou ficar retido na vagina

32

★



33

★

### PRESERVATIVO MASCULINO

- Altera a sensação de prazer.
- Os preservativos rebentam frequentemente.
- Um litro de leite preservativos protege mais.
- O VIH passa através dos preservativos.

### COMO COLOCAR O PRESERVATIVO?

### PÍLULA

#### E SE ME ESQUECEI DE TOMAR?

- Quando não se toma 1 comp. tomar assim que possível nos 12h seguintes.
- Se passaram mais de 12h:
  - Fazer a espermicida seguinte;
  - Continuar a tomar a resto da caixa;
  - Não esquecer a prevenção até ao fim do embalagem.

#### QUANDO É QUE A PÍLULA "PERDE" O EFEITO?

- Quando se toma a espermicida seguinte;
- Quando se toma a espermicida seguinte;
- Quando se toma a espermicida seguinte;

## Interrupção Voluntária de Gravidez IVG

### ONDE?

- Centro de Saúde a que pertences ou da tua área de Residência.

### QUEM?

- Qualquer mulher em idade fértil
- Ser for menor de 16 anos necessita de autorização do responsável legal

### QUANDO?

- Até às 10 semanas de gestação

### COMO?

- Cirúrgica / medicamentosa



40



## Consulta de Planeamento Familiar



41



## CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

### ONDE?

- No meu Centro de Saúde

### A QUEM SE DESTINA?

- Homens e Mulheres em idade fértil

### QUANTO CUSTA?

- É Grátis!

### QUANDO DEVO IR?

- Não há idade fixa para a primeira observação  
*ideal: Antes de se iniciarem as relações sexuais.*
- Sempre que existam queixas/sinais de alarme ou dúvidas

42



## CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

QUERO FAZER UMA CONSULTA...

MAS NÃO QUERO QUE OS MEUS PAIS DESCUBRAM...



## Consulta de Planeamento Familiar

### DO QUE SE FALA?

- Promover vivência sexual gratificante e segura
- Aconselhamento e contraceção
- Prevenir uma gravidez indesejada
- Realização do exame ginecológico
- Planeamento do nascimento dos filhos
- Preparar para uma maternidade e paternidade saudáveis e responsáveis
- Reduzir o número de IST's



## **APENDICE VI - E-Book Curso de Recuperação pós-parto**

# RECUPERAÇÃO PÓS-PARTO



Cintia Cebola

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Fevereiro, 2020

## ÍNDICE

1. RECUPERAÇÃO PÓS-PARTO.....	2
2. PUERPÉRIO .....	3
3. DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	5
4. ALEITAMENTO MATERNO .....	6
5. VIGILÂNCIA DE SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO .....	11
6. VIGILÂNCIA DE SAÚDE DA MÃE .....	13
7. REINICIO DA ACTIVIDADE SEXUAL E PLANEAMENTO FAMILIAR.....	14
8. PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO 1º ANO DE VIDA.....	15
9. EXERCÍCIOS DE RECUPERAÇÃO PÓS PARTO.....	22

# 1.RECUPERAÇÃO PÓS-PARTO

O curso de recuperação pós-parto inicia-se de acordo com o tipo de parto:

- Parto normal/eutócico, logo que possível.
- Parto distócico:
  - Cesariana - 4 a 6 semanas após o parto.
  - Fórceps e Ventosa - 3 a 4 semanas após o parto.

Tem como objetivo abordar temas como :

- Fisiologia do puerpério
- Depressão pós-parto
- Aleitamento materno
- Vigilância de saúde do recém-nascido
- Vigilância de saúde da mãe
- Reinício da atividade sexual e planejamento familiar
- Prevenção de acidentes no 1º ano de vida

E desenvolver diferentes tipos de exercícios que visem:

- A recuperação do tônus muscular
- O fortalecimento do pavimento pélvico
- A aquisição de uma postura corporal adequada

# 2.PUERPÉRIO

Período de 6 semanas após o parto (42 dias), em que ocorre a regressão das alterações anatómicas e fisiológicas dos órgãos reprodutores femininos (útero, períneo, vulva, vagina, e ligamentos).

Graça(2017)

## Classificação cronológica do puerpério

- Puerpério imediato: Primeiras 2 horas após dequitação.
- Puerpério precoce: Até final da 1ª semana.
- Puerpério tardio: Da 2ª à 6ª semana.

## Implica:

- ajustamentos físicos
- ajustamentos psico-emocionais e sociais

## Período de:

- Retorno das características dos órgãos reprodutores ao estado anterior à gravidez.
- Adaptação a uma nova identidade (identidade materna – 1º filho)
- Aprendizagem de um novo papel (de mãe - 1º filho)
- Adaptação a um novo elemento familiar, com uma identidade própria (o filho)
- Reestruturação das relações familiares e sociais.



## FISIOLOGIA :

<b>ÚTERO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Involução uterina:</b> Retorno das características do útero ao estado não gravídico (inicia-se logo após a dequitação)</li><li>✓ Após a dequitação: aproximadamente 2cm abaixo do umbigo (Globo de Segurança de Pinard)</li><li>✓ Cerca de 12 h depois: rasa o umbigo (ou ligeiramente acima)</li><li>✓ A partir das 24 h: desce 1 a 2 cm / dia</li><li>✓ A espessura das paredes uterinas volta ao normal 5-6 semanas após o parto</li></ul>
<b>VAGINA E VULVA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ A aparência edemaciada e arroxeadada da vagina volta à aparência anterior à gestação entre a 3ª e a 6ª semana após o parto</li></ul>
<b>LÓQUIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ 1º Lóquios <b>sanguíneos/ hemáticos</b> até 2º/3º dia de puerpério</li><li>✓ 2º Lóquios <b>sero-sanguíneos/sero-hemáticos</b> do 3º/4º até 8º/10º dia de puerpério</li><li>✓ 3º <b>Lóquios serosos</b> do 9º/10º dia pode durar até 6ª semana pós parto</li><li>✓ <b>Quantidade:</b> Mais abundantes nas primeiras 24 horas de puerpério</li><li>✓ <b>Cheiro:</b> Característico / "suis géneris" (Idêntico ao da descarga menstrual)</li></ul>
<b>SINAIS VITAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Temperatura :</b> Elevação nas primeiras 24h atribuída a esforço, desidratação ou infeção.</li><li>✓ <b>Pulso :</b> Pode diminuir para 50-60 bpm nos primeiros 8 dias após o parto devido a um aumento brusco do retorno venoso</li><li>✓ <b>Respiração :</b> Retorno ao padrão respiratório anterior por descompressão do diafragma.</li><li>✓ <b>Tensão arterial :</b> Hipotensão pode estar associada a perda hemática excessiva, enquanto que Hipertensão pode sugerir patologia.</li></ul>

## 3. DEPRESSÃO PÓS-PARTO



### Sintomas:

- Alterações do humor
- Labilidade emocional
- Ansiedade
- Insónia
- Diminuição da concentração e crises de choro

Estes sintomas prolongam-se no tempo, agravam-se e são acrescidos de confusão e perturbações do apetite.

- Define-se como uma depressão que surge durante o primeiro ano após o parto
- Afeta 10-15% das puérperas
- Não está identificado nenhum fator hormonal
- O principal fator de risco é a história de depressão anterior

**É IMPORTANTE** pedir ajuda em caso de alguns destes sintomas!

Não confundir com **Blues Pós-Parto** que é uma alteração frequente no puerpério e se caracteriza por uma instabilidade emocional com tristeza súbita, introverção, irritabilidade e cansaço fácil. Esta manifesta-se habitualmente na primeira semana após o parto e resolve-se espontaneamente no primeiro mês.

## 4. ALEITAMENTO MATERNO

### Benefícios do Aleitamento Materno

- ❖ Nutrientes perfeitos
- ❖ Absorção e digestão mais fáceis
- ❖ Proteção contra infeções
- ❖ Mais barato
- ❖ Ajuda o vínculo Mãe-Filho e o desenvolvimento
- ❖ Ajuda a atrasar uma nova gravidez
- ❖ Protege a saúde da mãe



### Riscos do Aleitamento Artificial

- ❖ Interfere com o vínculo
- ❖ Mais diarreia e infeções respiratórias
- ❖ Diarreia persistente
- ❖ Má nutrição
- ❖ Mais alergias e intolerância ao leite
- ❖ Risco aumentado de algumas doenças crónicas
- ❖ Aumenta probabilidade de excesso de peso
- ❖ A mãe pode ficar grávida mais cedo
- ❖ Mãe com risco maior de desenvolver cancro da mama ou ovário

### Recomendações

- ✓ Inicie a amamentação na primeira hora após o nascimento (aumenta a probabilidade de sucesso)
- ✓ Amamente exclusivamente até aos 6 meses e em horário livre.
- ✓ Dê alimentos complementares a partir dos 6 meses de idade
- ✓ Continue a amamentar até ou para além dos 2 anos de idade

### Como colocar o bebé à mama

1. A cabeça e o corpo do bebé devem estar em linha recta
2. A Mãe deve segurar o corpo do bebé junto dela
3. Deve apoiar todo o corpo e não apenas a cabeça e os ombros
4. O bebé deve estar de frente para a mama, aproximando-se dela com o nariz em frente ao mamilo

### Sinais de Boa Pega

- ❖ Mais aréola visível acima do lábio superior
- ❖ Boca do bebé bem aberta
- ❖ Lábio inferior virado para fora
- ❖ Queixo do bebé toca na mama

### Complicações

- ❖ Mamilos Gretados
- ❖ Ingurgitamento
- ❖ Mastite

➤ **Mamilos Gretados:** O mamilo pode ficar dorido e com fissuras logo na primeira semana de aleitamento tornando a amamentação dolorosa para a mãe.

#### ○ Prevenção

- Assegurar uma boa pega
- Aplicar algumas gotas de leite materno no mamilo e aréola e/ou pomada cicatrizante, após o banho e cada mamada
- Evitar a utilização de discos absorventes impermeáveis
- Não interromper a mamada, deixar que seja o bebé a fazê-lo. Caso tenha mesmo de interromper a mamada

deve colocar suavemente um dedo na boca do bebé de modo a interromper a sucção

- Lavar os mamilos apenas uma vez por dia, no decorrer da higiene diária

#### ○ Tratamento

- Iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso
- Continuar a aplicar algumas gotas de leite materno no mamilo e aréola, e esperar que seque

➤ **Ingurgitamento:** Quando se dá a “descida” do leite (2º a 3º dia), as mamas podem ficar tensas, quentes e dolorosas. A temperatura da mulher pode elevar-se até 38º C. durante 24 horas.

#### ○ Prevenção

- Iniciar a amamentação logo após o parto;
- Assegurar uma boa pega;
- Dar de mamar em horário livre (SEMPRE QUE O BEBÉ QUISER);

#### ○ Tratamento

- Aplicar compressas quentes ou chuveiros com água morna e massajar suavemente a pele com movimentos circulares em relação ao mamilo;
- Colocar o bebé a mamar primeiro na mama cheia;
- Se a mama continuar congestionada após amamentar, deve esvaziá-la manualmente ou com ajuda de bomba extractora de leite, até sentir-se bem;
- No final, aplicar compressas frias ou gelo protegido por 5 minutos, suspender por 2 minutos e voltar a aplicar por mais 5 minutos;
- Na mamada seguinte repetir o procedimento anterior na

outra mama.

➤ **Mastite:** A mastite pode ser ou não de origem infecciosa. A mastite não infecciosa pode ser devida ao bloqueio de ductos (canais por onde passa o leite). A mastite infecciosa surge quando há entrada de microrganismos através de mamilos gretados. Nos dois casos, parte da mama fica avermelhada, quente, edemaciada e muito dolorosa. A mulher tem febre alta e mal-estar. Na mastite não infecciosa os sintomas passam em 24 horas, o que não acontece na infecciosa, em que há agravamento dos mesmos.

#### ○ Prevenção

- Tratar o ingurgimento e os mamilos gretados
- Evitar a compressão excessiva da mama com os dedos durante a amamentação
- Evitar roupas que comprimam a mama.

#### ○ Tratamento

- Continuar a amamentar de ambas as mamas
- Pode começar pela mama não afectada
- Após a mamada, esvaziar manualmente ou com bomba ao lado afectado
- Aplicar compressas frias como no engurgitamento;
- Consultar a Enfermeira ou Médico se não existir resolução ou melhoria em 24h
- Repousar

### Extração e conservação do leite materno

- ✓ Use recipientes de armazenamento adequados, como frascos de plástico ou de vidro limpos com tampas apertadas, e, se possível, um frigorífico. Para armazenamento a longo prazo, serão necessários 10 ou mais recipientes.
- ✓ Coloque o Leite Materno num recipiente, cubra-o e coloque-o no local mais frio possível. A quantidade de leite dentro do recipiente não deverá ser superior à quantidade adequada para uma refeição.
- ✓ Se a quantidade extraída for pequena, pode juntar mais leite no mesmo recipiente durante um dia, mas não mais do que isso.
- ✓ Se não tiver frigorífico: O Leite materno pode ser mantido à temperatura ambiente, mesmo num clima quente, por 6 horas.
- ✓ Se não tiver congelador: o Leite materno pode ser mantido no compartimento principal por 24 horas, ou no compartimento do congelador por 3 meses.
- ✓ Antes de administrar deixe o leite congelado descongelar no compartimento principal ou à temperatura ambiente. Aquecer o leite, colocando-se em uma panela de água à temperatura da mão.
- ✓ Use o leite não congelado dentro de 2 horas (dê a uma criança mais velha, ou deite fora).

- ✓ Em caso de dúvidas e dificuldades na amamentação consulte as enfermeiras do seu Centro de Saúde
- ✓ Mantenha contacto com outras mães a amamentar de forma a poderem trocar experiências.

## 5. VIGILÂNCIA DE SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO

- Após o nascimento do bebé, deve contactar, com maior brevidade possível, o Centro de Saúde para marcar o **teste do pézinho** (diagnóstico precoce), que deverá ser realizado entre o 3º e 6º dia de vida.

### Esquema de consultas recomendado pela DGS



## Plano Nacional de Vacinação

### PNV 2017: Esquema vacinal recomendado

Vacina   Doença	Idade											
	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
Haemophilus influenzae b		HB 1	HB 2	HB 3		HB 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VP 1	VP 2	VP 3		VP 4	VP 5					
Streptococcus pneumoniae*		PPV 1	PPV 2		PPV 3							
Menisco meningocócico C					MenC							
Sarampo, parotidite epidêmica, rubéola					VACPR 1		VACPR 2					
Vírus Papiloma humano†								HPV 12				
Tétano, difteria e tosse convulsa‡									Tdpa - Gravida			
Tétano e difteria§										Td	Td	Td

\* PPV 3 - Aplicável apenas aos nascidos >2015

† HPV 12 - Aplicável apenas a mulheres, com esquema 0, 6 meses

‡ Tdpa - Aplicável apenas a grávidas, em qualquer idade, uma dose em cada gravidez

§ Td - De acordo com a idade da pessoa, devem ser aplicados os intervalos recomendados entre doses, sendo como referência a data de administração da dose anterior. A partir dos 65 anos, recomenda-se a vacinação de todas as pessoas que tenham feito a última dose de Td há >10 anos; as doses seguintes são administradas de 10 em 10 anos.

Norma nº 16/2017, de 16/12/2017, atualizada em 31/07/2017



## 6. VIGILÂNCIA DE SAÚDE DA MÃE

- ✓ No puerpério que decorra sem complicações ou desvios da normalidade preconiza-se uma consulta entre a 4ª e 6ª semana após o parto
- ✓ Em puerperas com determinadas situações se necessário efetuar uma consulta no puerpério precocemente (durante os primeiros 15 dias)

### Objetivos da consulta de puerpério:

- ✓ Avaliar o bem estar físico, emocional e social da mulher, do Recém-nascido e da família
- ✓ Corrigir/tratar situações de desvio da normalidade.
- ✓ Identificar situações de luto perinatal ou neonatal (morte da criança) ou de internamento do recém-nascido para que recebam intervenção específica.



## 7. REINICIO DA ACTIVIDADE SEXUAL E PLANEAMENTO FAMILIAR

- ✓ O reinício das **relações sexuais** é uma decisão que compete única e exclusivamente ao casal. Deve ocorrer quando este se sentir preparado. No entanto é recomendado que tal suceda após a primeira consulta pós-parto/ puerpério.

São vários os **métodos contraceptivos** que podem ser utilizados no pós parto:

- Métodos Hormonais Progestativos (quando a puérpera amamenta)
- Métodos Hormonais Estro-progestativos (quando a puérpera Não amamenta)
- Métodos Intrauterinos
- Método Natural- Amenorreia lactacional
- Métodos Barreira (Preservativo; Diafragma, Espermicida)

Aproveite a consulta de puerpério ou outra ida ao Centro de Saúde para se aconselhar com o seu Médico ou Enfermeiro.



## 8. PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO 1º ANO DE VIDA

Faixa etária	Tipos de Acidentes	Desenvolvimento
RN a 4 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Asfixia</li><li>• Quedas</li><li>• Queimaduras</li><li>• Intoxicações</li><li>• Afogamento</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Totalmente dependente do adulto</li><li>• Segue objeto na linha média</li><li>• Eleva a cabeça</li><li>• Segura objetos.</li><li>• Sentado sustenta a cabeça</li></ul>
5 a 10 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aspiração</li><li>• Intoxicações</li><li>• Traumas em geral</li><li>• Queimadura</li><li>• Choque elétrico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Coloca tudo na boca</li><li>• Senta</li><li>• Engatinha</li><li>• Fica de pé com apoio</li><li>• Não tem medo de animais</li></ul>
1 ano	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anteriores +</li><li>• Acidentes de trânsito</li><li>• Quedas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fica de pé</li><li>• Anda</li><li>• Pode subir escadas</li></ul>

Estratégias preventivas poderiam evitar até 90% das lesões acidentais em crianças.

### Asfixia

- ✓ Nunca dar de comer ou beber com o bebé/criança deitado
- ✓ Não dar comida ou bebida à criança com esta a correr, rir ou chorar, ou com o carro em andamento
- ✓ Partir bem os alimentos, tendo sempre em conta a idade da criança e a capacidade de mastigação
- ✓ Dar pouca comida de cada vez e incentivar a mastigação
- ✓ Ter em atenção à presença de 'fios' da comida – fiambre, espargos, alho francês, etc

- ✓ Manter objetos pequenos fora do alcance
- ✓ Ter atenção aos brinquedos que devem ser adequados à faixa etária e com a marca CE: sem peças pequenas, que não libertem muito pelo
- ✓ Não colocar colares, lenços em volta do pescoço
- ✓ Remover os fios presentes nos brinquedos
- ✓ Manter os mobiles suspensos no berço e fora do alcance da criança
- ✓ Manter os sacos de plástico guardados e fora do alcance da criança
- ✓ Não deixar bebês sozinhos nos carrinhos, pois podem deslizar e ficar presos pela cabeça
- ✓ Ter em atenção roupas com atilhos em volta do pescoço e que podem ficar presas
- ✓ Respeitar intervalos entre as grades da cama e proteções de escada – Máximo 10 cm
- ✓ Não colocar as crianças a dormir com os pais (sem métodos adequados de proteção)
- ✓ Não encher a cabeceira do berço com brinquedos, mantas e almofadas
- ✓ Não colocar o bebê a dormir de barriga para baixo
- ✓ Utilizar chupeta com o tamanho adequado à criança



## Afogamento

- ✓ Supervisão constante aquando do banho, nunca deixando a criança sozinha
- ✓ Manter a porta da casa de banho e tampa da sanita fechados
- ✓ Manter torneiras bem fechadas;
- ✓ Nunca deixar baldes, lavatórios, banheiras com águas residuais
- ✓ Supervisão constante em locais como piscinas e lagos
- ✓ Colocar barreiras de proteção nas piscinas
- ✓ Utilizar braçadeiras em piscinas, lagos, mas sempre com supervisão de um adulto
- ✓ Ter atenção à utilização de bóias, colchões ou pequenos barcos, pois são perigosos, voltam-se facilmente



## Quedas

- ✓ Não deixar a criança sozinha em cima de camas, sofás, muda fraldas, nem por uns segundos, deve reunir tudo o que necessita antes de colocar a criança na superfície
- ✓ Manter sempre supervisão da criança, especialmente quando começa a gatinhar » andar » trepar
- ✓ Utilizar preferencialmente sapatos apertados com velcro
- ✓ Não utilizar andarilhos
- ✓ Manter os cintos da cadeirinha, espreguiçadeira sempre colocados;

- ✓ Pousar a cadeirinha, ovo, ou alfofa sempre no chão e nunca sobre os móveis
- ✓ Manter a cadeira da alimentação de preferência encostada à parede e sempre com o cinto apertado, evitar também que os pés do bebê cheguem a alguma superfície que possa dar o impulso para que a cadeira caia para trás
- ✓ Colocar material antiderrapante nos tapetes
- ✓ Realizar a fixação dos móveis à parede
- ✓ Proteger os cantos mais agressivos do mobiliário
- ✓ Manter televisões, aquários, ou outros objetos pesados e instáveis o mais recuados possível, para evitar que a criança puxe e lhe caiam em cima
- ✓ Colocar proteção no topo e início das escadas
- ✓ As varandas devem ser equipadas com gradeamento com barras verticais, onde a criança não consiga passar nenhuma parte do corpo
- ✓ Proteger janelas com limitadores de abertura
- ✓ Não colocar móveis, que as crianças possam trepar, junto de janelas

## Queimaduras



- ✓ Testar sempre a temperatura da água do banho (termometro)
- ✓ Na preparação do banho colocar primeiro a água fria e ir temperando com a quente, misturando antes de colocar a criança
- ✓ Avaliar sempre a temperatura dos líquidos – como leite – antes de dar à criança

- ✓ Deixar os cabos dos utensílios de cozinha – tachos, frigideiras – virados para as costas do fogão e para o centro da mesa
- ✓ Não cozinhar ou comer alimentos quentes – como líquidos aquecidos – com a criança ao colo
- ✓ Manter a toalha da mesa fora do alcance da criança para evitar puxões
- ✓ Colocar proteções em frente e em redor de lareiras, salamandras, fornos
- ✓ Manter objetos quentes e incandescentes – aquecedores, velas, etc. - fora do alcance da criança
- ✓ Manter os fios eletricos e extensões escondidos ou fora do alcance da criança
- ✓ Colocar proteções ou tampas de plástico nas tomadas elétricas; ou colocar móveis em frente das tomadas
- ✓ Manter os pequenos electrodomésticos desligados e longe do alcance quando não estiverem em uso
- ✓ Proteger tomadas elétricas.
- ✓ Ter atenção aos aparelhos eletricos ligados e fios de alimentação.
- ✓ Fumar longe da criança

## Envenenamento e Intoxicação

- ✓ Manter fora do alcance da criança:
  - medicamentos
  - produtos de cosmética
  - bebidas alcoólicas
  - produtos de limpeza;
  - pesticidas, herbicidas
  - pilhas.



- ✓ Manter plantas penduradas ou em superfícies altas longe do alcance da criança
- ✓ Não aplique raticidas ou outros pesticidas em locais acessíveis às crianças
- ✓ Feche as embalagens e guarde os produtos imediatamente após o uso
- ✓ Não guardar produtos tóxicos em embalagens familiares – garrafas de sumo, etc
- ✓ Descartar embalagens de produtos tóxicos de forma a que a criança não as alcance
- ✓ Não dê embalagens vazias às crianças para brincar

### Prevenção rodoviária

- ✓ CADEIRA AUTO (Sistema Retenção Criança - SRC), deve ser:

- Adquirida antes do nascimento (se 1ª cadeira)
- Homologada:
  - norma ECE R44 (nº homologação começa por 03 ou 04)
    - modelos com e sem ISOFIX, divididos por grupos consoante o peso da criança (grupo 0+, I, II, III)
  - norma UN R129,i-size (nº homologação 00)
    - modelos sempre com ISOFIX, estão divididos por altura (cm) da criança
- Sempre adequada à idade, estatura e peso da criança
- Fácil e cómoda de utilizar
- Sempre que possível, possuir sistema ISOFIX



- ✓ Correta utilização:

- Bebê voltado para trás (VT) e com Inclinação de 45º
- Fixa com o cinto de segurança de três pontos de fixação ou sistema ISOFIX
- Arnês sempre bem apertado sobre o corpo da criança
- Deve ser instalada, preferencialmente, banco de trás
- ✓ Não retirar o bebê da cadeira auto com o carro em andamento
- ✓ Nunca levar o bebê ao colo
- ✓ Carrinho de passeio e bagagem arrumados no porta-bagagens
- ✓ Planear as viagens de forma a realizar paragens de +/- 2 em 2h.

Em caso de acidente ligue:

# 112

Informações a fornecer:

- ✓ Nome
- ✓ Contacto
- ✓ Localização
- ✓ O quê?
- ✓ Quem?
- ✓ Como?
- ✓ Não desligue sem indicação do operador



## 9. EXERCÍCIOS DE RECUPERAÇÃO PÓS PARTO

### Objetivos

- Recuperar do tônus muscular
- Fortalecer o pavimento pélvico
- Adquirir uma postura corporal adequada

**EXEMPLOS:** Hidroginástica, natação, pilates, caminhadas, bem como outras modalidades que fortaleçam os músculos abdominais, pélvicos e da parte inferior das costas

1. Deite-se de costas, sem almofada, com as pernas juntas esticadas e os braços ao longo do corpo. Respire profundamente expandindo o peito e contraindo a barriga



2. Partindo da posição anterior, dobre a cabeça para a frente e toque com o queixo no peito mantendo relaxado o restante do corpo.



22

3. Partindo da posição 1, levante uma das pernas, dobrando o joelho até encostar a coxa à barriga. Faça este exercício alternando a perna direita com a esquerda.



4. Partindo da posição 1, levante uma das pernas o mais que puder, sem dobrar o joelho. Após alguns segundos, baixe a perna lentamente. Faça este exercício alternando a perna direita com a esquerda.



5. Partindo da posição 1, levante as duas pernas juntas o mais que puder, sem dobrar os joelhos. Após alguns segundos, baixe as pernas lentamente até retornar à posição inicial.



23

6. Mantenha a posição 1 e cruze os braços sobre o peito. Sem mover os pés e as pernas, levante a cabeça e os ombros alguns centímetros. Fique assim por alguns instantes e retorne à posição inicial.



7. Partindo da posição 6, sem mover os pés e as pernas, levante o tronco até ficar sentada. Após alguns instantes retorne à posição inicial. Este exercício pode ser realizado com as mãos entrelaçadas atrás da cabeça.



8. Após o exercício anterior tente ficar sentada e incline-se para a frente 3 vezes, antes de retornar à posição inicial.



9. Deite-se de costas, sem almofada, com as pernas ligeiramente afastadas e dobradas, com os pés apoiados e os braços ao longo do corpo. Levante a bacia de modo que o corpo fique apoiado somente nos pés e ombros. Junte os joelhos e contraia os músculos da vagina, ânus e nádegas e retorne à posição inicial.



10. Apoie-se sobre os cotovelos e os joelhos, mantendo as costas rectas, e contraia a barriga, mantendo-a assim por alguns segundos. Aumente diariamente esse tempo até alguns minutos.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Graça, L. (2017). Medicina Materno-fetal. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas.
- ✓ Lowdermilk, D., Perry, S. (2006). Enfermagem na maternidade. Loures: Lusodidacta- Soc. Port. de Material Didáctico, Lda
- ✓ Ministério da Saúde. (2015). Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- ✓ Ministério da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- ✓ Néné, M., Marques, R., Batista, M. (Cord.). (2016). Enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2019). Livro de bolso - Programas de Preparação para o Parto, Adaptação à Parentalidade e ao pós-parto.

**APENDICE VII- Poster “Hidroterapia e Bola de Pilates”**

# Hidroterapia e Bola de Pilates

## Contributos para o 1º estágio do trabalho de parto

Foi realizada uma revisão **scoping** com o **objetivo** de mapear a evidência científica sobre os benefícios do uso combinado da hidroterapia e a bola de pilates para o trabalho de parto (TP).

### METODOLOGIA

Foram utilizadas as seguintes opções metodológicas: pesquisa sem restrição temporal nem no tipo de estudos nas bases de dados MEDLINE, CINAHL Plus e Web of science, com selecção de dois artigos que se adequavam aos objetivos da pesquisa.

O conhecimento sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor, permite liberdade de escolha por parte da parturiente.

**A capacitação das grávidas deve ser promovida logo no acompanhamento pré natal, nomeadamente nos cursos de preparação para a parentalidade, favorecendo a informação e o aconselhamento.**

### CONCLUSÕES:

A combinação dos dois métodos na fase ativa do trabalho de parto demonstra ser mais eficaz, potenciando os efeitos individuais de cada um na gestão da dor e na progressão do TP.

### Referências Bibliográficas :

- Barbieri, M., Henrique, A.J., Chors, F.M., Maia, N.L. & Gabrielloni, M.C.(2013). *Warm shower aspersion, perineal exercises with Swiss ball and pain in labor*. Acta Paul Enferm. 2013;26(5):478-84.
- Henrique, A.J., Gabrielloni, M.C., Cavalcanti, A.C., Melo, O.S., Barbieri, M. (2016) *Hydrotherapy and the swiss ball in labor: randomized clinical trial*. Acta Paul Enferm. 2016;29(6):686-92.

Hidroterapia	Bola de Pilates
Diminui dor e ansiedade	Diminui dor e ansiedade
Promove relaxamento e conforto	Promove relaxamento e conforto
Reduz recurso a analgesia epidural (quando utilizada acima dos 5 cm de dilatação)	Diminui a necessidade de analgesia e taxa de cesariana
Dilatação cervical mais rápida	Promove a verticalidade e a liberdade de movimentos
Promove sentimentos positivos	Promove a progressão do feto no canal de parto
Promove o aumento da elasticidade do canal vaginal	Diminui a probabilidade de trauma do períneo ou episiotomia
Sem efeitos adversos	Promove a participação ativa no TP
Baixo custo	Relaxa e alonga a musculatura
Fácil aplicação	Melhora a circulação materno-fetal



### Autoras:

- Cintia Cebola, [cintiacebola@campus.esel.pt](mailto:cintiacebola@campus.esel.pt)
- Ana Paula Barradas, [ana.barradas@arslvt.min-saude.pt](mailto:ana.barradas@arslvt.min-saude.pt)

**APÊNDICE VIII – Questionário de serviço “Hidroterapia e Bola de pilates”**



## HIDROTERAPIA E BOLA DE PILATES: Contributos para a promoção do bem-estar materno-fetal.

**Objetivo:** Observar o impacto do uso combinado da bola de pilates e do duche no alívio da dor e desconforto e na progressão do trabalho de parto.

**Evidência:**

Benefícios	
<b>Hidroterapia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Diminui dor e ansiedade</li><li>Promove relaxamento e conforto</li><li>Reduz recurso a analgesia epidural (quando utilizada em fase ativa de TP)</li><li>Dilatação cervical mais rápida</li><li>Promove sentimentos positivos</li><li>Promove o aumento da elasticidade do canal vaginal</li><li>Sem efeitos adversos</li><li>Baixo custo</li><li>Fácil aplicação</li></ul>
<b>Bola de Pilates</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Diminui dor e ansiedade</li><li>Promove relaxamento e conforto</li><li>Diminui a necessidade de analgesia e taxa de cesariana</li><li>Promove a verticalidade e a liberdade de movimentos</li><li>Promove a progressão do feto no canal de parto</li><li>Diminui a probabilidade de trauma do períneo ou episiotomia</li><li>Promove a participação ativa no TP</li><li>Relaxa e alonga a musculatura</li><li>Melhora a circulação materno-fetal</li></ul>

A combinação dos dois métodos na fase ativa do trabalho de parto demonstra ser mais eficaz, potenciando os efeitos individuais de cada um na gestão da dor e na progressão do TP.

**Atividades:** Aplicar a combinação duche e bola de pilates em grávidas de baixo risco em fase ativa do trabalho de parto.



**APÊNDICE IX – Instrumento de interação de cuidados.**

## REGISTO DE INTERAÇÃO DE CUIDADOS

IDENTIFICAÇÃO	
Idade	
Idade Gestacional	
Índice Obstétrico	
Antecedentes Obstétricos	

APLICAÇÃO DE DUCHE + BOLA DE PILATES DURANTE 30 MIN EM FASE ATIVA DE TRABALHO DE PARTO			
	Antes	Durante	Depois
EVA			
Colo			
Planos de <del>Hodge</del>			
CTG			

CONFORTO (segundo os relatos)			
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico			
<del>Psicoespiritual</del>			
Ambiental			
Sociocultural			

DESFECHO	
Tempo entre a intervenção e o parto	
Tipo de parto	
Períneo	
Índice Apgar do Recém-Nascido	

## **APÊNDICE X – Questionário “Hidroterapia e Bola de pilates”**

# HIDROTERAPIA E BOLA DE PILATES: Contributos para a promoção do bem-estar materno-fetal

O meu nome é Cintia Cebola tenho 32 anos e sou enfermeira há 8. Em 2018 decidi investir numa área que sempre me foi querida, a da obstetrícia, e inscrevi-me no Mestrado da ESEL.

No âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) foi-me proposto que explorasse quais os contributos do uso combinado de Duche e Bola de Pilates enquanto estratégias não farmacológicas na gestão da dor e desconforto e na progressão do trabalho de parto. O Duche e a Bola de Pilates são estratégias que eu habituei a ver as parturientes utilizar de forma individual mas não combinadas.

A evidência obtida através da Scoping review mostrou que em fase ativa de trabalho de parto os benefícios individuais de cada um dos métodos eram potenciados pelo uso combinado dos mesmos.

Devido à pandemia pela Covid-19 a aplicação do projeto a grávidas em fase ativa de trabalho de parto e sem analgesia epidural durante o ensino clínico de Bloco de Partos tem sido difícil ou quase impossível, sobretudo devido ao tempo de espera de resultados ao teste.

Serve o seguinte questionário para obter o feedback dos colegas do 10º CMESMO e restantes enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia relativamente ao projeto e à aplicabilidade do mesmo nos contextos de cada um.

---

## \*Obrigatório

1. Declaro que li a descrição e finalidade deste questionário e concordo com a utilização dos dados obtidos para fins académicos, à exceção dos dados que permitem a minha identificação, os quais me garantiram serem confidenciais de modo a preservar o anonimato. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

## Caracterização

2. Local onde exerce funções.

---

3. Idade

---

4. Há quanto tempo é especialista?

---

5. Há quanto tempo exerce funções na área?

---

6. Quantos filhos tem e que tipo de partos teve?

---

7. Na(s) sua(s) gravidez(es) fez curso de preparação para a parentalidade?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Não aplicável

8. Foi abordada esta esta temática.

*Marcar apenas uma oval.*

Não

Sim, as estratégias não farmacológicas para alívio da dor

Sim, o uso combinado da Hidroterapia e Bola de pilates

Não aplicável

**Alunos do  
CMESMO**

Responder às questões desta secção se for aluno do 10º CMESMO e responder não aplicável se não for.

9. Durante a passagem pelos Cuidados de Saúde Primários e ao assistir aos Cursos de Preparação para a Parentalidade foi abordada esta esta temática.

*Marcar apenas uma oval.*

- Não
- Sim, as estratégias não farmacológicas para alívio da dor
- Sim, o uso combinado da Hidroterapia e Bola de pilates
- Não aplicável

10. Durante a passagem pelos serviços de medicina materno-fetal foi abordada esta esta temática.

*Marcar apenas uma oval.*

- Não
- Sim, as estratégias não farmacológicas para alívio da dor
- Sim, o uso combinado da Hidroterapia e Bola de pilates
- Não aplicável

### Hidroterapia e Bola de Pilates

11. Conhece e utiliza estratégias não farmacológicas para alívio da dor.

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

12. Sabia que o uso combinado do duche e da bola de pilates potenciava os benefícios individuais de cada um.

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

13. No Bloco de Partos em que em que exerce funções ou está a realizar o Ensino Clínico existem condições físicas para aplicação destas intervenções.

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

14. Que condições?

---

---

---

---

---

15. Aplicou estas intervenções:

*Marcar apenas uma oval.*

Nunca

Sim, a bola de pilates

Sim, o duche

Sim, os dois mas individualmente

Sim, os dois métodos em simultâneo

16. A equipa do Bloco de partos está sensibilizada para o uso destas intervenções.

*Marcar apenas uma oval.*

Não

Sim, para o uso da bola de pilates

Sim, para o uso do duche

Sim, para os dois mas individualmente

Sim, para os dois métodos em simultâneo

17. As possíveis dificuldades de aplicação têm origem

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Nas condições físicas
- Nos enfermeiros
- Nos Médicos
- Nas Utentes
- Nos acompanhantes

18. Descreva a sua perceção relativamente à satisfação ou não e aos resultados obtidos pelas grávidas que utilizaram estas estratégias.

---

---

---

---

---

19. O contexto atual de Pandemia condiciona a aplicação destas intervenções.

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

20. Se sim, de que forma?

---

---

---

---

---

Muito obrigada pela disponibilidade!

21. Se possível deixe algumas sugestões acerca de medidas de promoção e divulgação destas estratégias e formas de ultrapassar as dificuldades de implementação deste projeto decorrentes da situação pandémica.

---

---

---

---

---

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

## **ANEXOS**

## **ANEXO I – Formulário de observação da amamentação**

**Anexo 1. Formulário de observação da mamada.**

Nome da mãe _____ Data _____	
Nome do bebê _____ Idade do bebê _____	
Sinais que a amamentação vai bem	Sinais de possível dificuldade
<b>SEÇÃO A</b>	
Observação geral	
<b>Mãe</b>	
<input type="checkbox"/> Mãe parece saudável	<input type="checkbox"/> Mãe parece doente ou deprimida
<input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável	<input type="checkbox"/> Mãe parece tensa e desconfortável
<input type="checkbox"/> Mamas parecem saudáveis	<input type="checkbox"/> Mamas avermelhadas, inchadas/doloridas
<input type="checkbox"/> Mama bem apoiada, c/ dedos fora do mamilo	<input type="checkbox"/> Mama segurada com dedos na aréola
<b>Bebê</b>	
<input type="checkbox"/> Bebê parece saudável	<input type="checkbox"/> Bebê parece sonolento ou doente
<input type="checkbox"/> Bebê calmo e relaxado	<input type="checkbox"/> Bebê inquieto ou chorando
<input type="checkbox"/> Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê	<input type="checkbox"/> Sem contato visual mãe/bebê, apolo frágil
<input type="checkbox"/> O bebê busca/alcança a mama se está com fome	<input type="checkbox"/> O bebê não busca, nem alcança
<b>SEÇÃO B</b>	
Posição do bebê	
<input type="checkbox"/> A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados	<input type="checkbox"/> Pescoço/cabeça do bebê girados ao mamar
<input type="checkbox"/> Bebê seguro próximo ao corpo da mãe	<input type="checkbox"/> Bebê não é seguro próximo
<input type="checkbox"/> Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo	<input type="checkbox"/> Queixo e lábio inferior apontas ao mamilo
<input type="checkbox"/> Bebê apoiado	<input type="checkbox"/> Bebê não apoiado
<b>SEÇÃO C</b>	
Pega	
<input type="checkbox"/> Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê	<input type="checkbox"/> Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior
<input type="checkbox"/> A boca do bebê está bem aberta	<input type="checkbox"/> A boca do bebê não está bem aberta
<input type="checkbox"/> O lábio inferior está virado para fora	<input type="checkbox"/> Lábios voltados p/frente/virados para dentro
<input type="checkbox"/> O queixo do bebê toca a mama	<input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca a mama
<b>SEÇÃO D</b>	
Sucção	
<input type="checkbox"/> Sucções lentas e profundas com pausas	<input type="checkbox"/> Sucções rápidas e superficiais
<input type="checkbox"/> Bebê solta a mama quando termina	<input type="checkbox"/> Mãe tira o bebê da mama
<input type="checkbox"/> Mãe percebe sinais do reflexo da cutícula	<input type="checkbox"/> Sinais do reflexo da cutícula não percebidos
<input type="checkbox"/> Mamas parecem mais leves após a mamada	<input type="checkbox"/> Mamas parecem duras e brilhantes

WHO. Positioning a baby at the breast. In: WHO. Integrated Infant Feeding Counselling: a Training Course. Trainer's Guide 2004.

## **ANEXO II – Síntese de Registo de Atividades Práticas**

**Síntese de Registo de Atividades Práticas/  
Registration of Practice Activities**

Nome: Cátia Cebola N° 2936

- |   |            |
|---|------------|
| 1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family counselling and health promotion</i>                       | <u>130</u> |
| 2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant woman</i>                    |            |
| • Exames Pré-Natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100)   | <u>130</u> |
| 3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor.</i>               |            |
| • Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40)  | <u>53</u>  |
| • Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>                             | <u>1</u>   |
| • Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiple births</i>                              | <u>1</u>   |
| • Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>                              | <u>15</u>  |
| • Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>  | <u>1</u>   |
| • Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>   | <u>33</u>  |
| 4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at risk</i> |            |
| • Gravidez/ <i>Pregnancy</i> (40)   | <u>42</u>  |
| • Trabalho de parto/ <i>Labor</i>   | <u>10</u>  |
| • Puerpério/ <i>Puerperium</i>  | <u>22</u>  |
| 5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100) | <u>152</u> |
| 6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/ <i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100)      | <u>155</u> |

- |  |           |
|--|-----------|
| 7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i> | <u>25</u> |
| 8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/ <i>Supervision and care to the women with gynaecological pathology</i>    | <u>35</u> |
| 9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/ <i>Supervision and care to the woman in the area of sexual health</i>                   |           |
| • Colocação de DIU/IUD <i>insertion practice</i>   | <u>0</u>  |
| • Colocação de implantes/ <i>Implants insertion practice</i>   | <u>0</u>  |
| • Observação ginecológica e colpocitologia/ <i>Gynecological observation practice and colpocytology</i>  | <u>5</u>  |
| 10. Prática Simulada/ <i>Simulated practice</i>  |           |
| • Prática em partos eutócicos/ <i>Practice eutocic delivery</i>  | <u>2</u>  |
| • Prática em partos de apresentação pélvica/ <i>Practice in breech presentation deliveries</i>   | <u>2</u>  |
| • Prática de episiotomia e iniciação à sutura/ <i>Practice on episiotomy and initiation to the suture technique</i>                                  | <u>4</u>  |
| • Prática na colocação de DIU/IUD <i>insertion practice</i>  | <u>0</u>  |
| • Prática na colocação de implantes/ <i>Implants insertion practice</i>  | <u>0</u>  |
| • Prática de observação ginecológica e colpocitologia/ <i>Gynecological observation practice and colpocytology</i>                                   | <u>1</u>  |

Lisboa, 6/11/2021

Estudante/Student

Cristic Rebelo

Docente/Teacher

\_\_\_\_\_

Coordenador do Curso/The Course Coordinator

M<sup>te</sup> Anabela Ferreira dos Santos