

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

Relatório de Estágio

**A acupressão como terapia complementar durante o
trabalho de parto – contributos para o cuidado de
Enfermagem em Obstetrícia**

Patrícia Verónica Domingues Abranches

Lisboa

2015





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

Relatório de Estágio

**A acupressão como terapia complementar durante o
trabalho de parto – contributos para o cuidado de
Enfermagem em Obstetrícia**

Patrícia Verónica Domingues Abranches

Orientador: Prof. Esmeralda Afonso

Lisboa

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*"Você nunca sabe que resultados virão de suas ações.
Mas se você não fizer nada, não existirão resultados."*

- Mahatma Gandhi

DEDICATÓRIA

À Professora Esmeralda Afonso pela sua orientação, disponibilidade e apoio ao longo deste percurso de aprendizagem;

Aos EESMO dos locais de estágio pela forma como me fizeram sentir parte das equipas e desta forma fomentaram a minha aprendizagem, em especial à EESMO Goretti Silva;

À minha família que abdicou de mim ao longo destes dois anos, principalmente nos dias importantes em que não estive presente;

Aos meus amigos que com o seu apoio permitiram que tudo isto fosse possível;

Aos meus colegas de trabalho e chefia que me permitiram tantas trocas pelos turnos sobrepostos no trabalho e nos EC;

A todos os que permitiram que este sonho se tornasse realidade...

...um sincero muito obrigada.

LISTA DE SIGLAS

ABCF - Auscultação dos batimentos cardio-fetais

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

APPT – Ameaça de parto pré-termo

BP – Bloco de Partos

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CTG - Cardiotocografia

EC – Ensino Clínico

ECER – Ensino Clínico Estágio com Relatório

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ENF – Estratégias Não Farmacológicas

FAME – Federation de Asociaciones de Matronas de Espana

FCF - Frequencia cardiaca fetal

HTA – Hipertensão arterial

IG – Idade gestacional

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica

MTC – Medicina Tradicional Chinesa

OE – Ordem dos Enfermeiros

OL – Orientadora do local de estágio

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TCA – Terapias complementares e alternativas

TP – Trabalho de parto

RN – Recém-nascido

UC – Unidade Curricular

Resumo

O presente relatório abrange a evolução ao longo do percurso de aprendizagem no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), nos vários Ensino Clínico (EC), especialmente do Ensino Clínico Estágio com Relatório (ECER).

Para o desenvolvimento das competências preconizadas para esta Unidade Curricular (UC) foi delineado um objetivo geral: aprofundar conhecimentos que permitissem desenvolver competências, como Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), no cuidado à mulher, feto/recém-nascido e família durante a gravidez, trabalho de parto (TP), puerpério e em situação de doença ginecológica.

Ao longo deste relatório descrevo, analiso e avalio a forma como desenvolvi as atividades que me permitiram desenvolver as competências supracitadas. Paralelamente ao desenvolvimento destas competências foi selecionada uma temática de interesse: *A acupressão como terapia complementar durante o trabalho de parto – contributos para o cuidado de Enfermagem em Obstetrícia*, sendo que o objetivo específico estabelecido foi desenvolver competências no alívio da dor da mulher em TP através de estratégias não farmacológicas (ENF), especificamente das terapias complementares e alternativas (TCA) como coadjuvantes dos Cuidados de Enfermagem nesta área específica. Considerei pertinente abordar ainda outras terapias – Shiatsu e acupuntura - pela sua íntima relação com a acupressão, demonstrada pela evidência. Para dar resposta a este objetivo foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica, em bases de dados e junto de entidades oficiais na área das terapias complementares.

Através da análise da evidência científica consegui aprofundar conhecimentos relativamente à acupressão e perceber a sua importância no controlo da dor da mulher em TP, assim como a forma como estas podem ser coadjuvantes nos cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Materna e Obstétrica. Ao longo dos vários EC tive oportunidade de dar a conhecer as terapias complementares aos pares, aplicar as mesmas e verificar alguns dos

seus efeitos. Contudo a evidência científica nesta área é ainda escassa como referem os autores analisados.

Tendo em conta a particularidade da temática e a pesquisa realizada considereii apropriado fundamentar o presente trabalho na “Teoria dos Seres Humanos Unitários” de Martha Rogers com orientação para “*campos da energia*” e “*padrão de ondas*”.

Palavras-chave: competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, energia vital, dor de trabalho de parto, acupressão, terapias complementares e alternativas

Abstract

The present paper covers the developments along the learning conduit of the 5th Masters Course in Maternal and Obstetric Health Nursing, in the various clinical internships, primarily the clinical internship with written report.

To develop the competences outlined for this curricular unit was important to define one main goal: to deepen the knowledge that allows the development of competences as specialized nurse in Maternal and Obstetric Health, in the care to the woman, foetus/new-born and family during pregnancy, labour, post-partum and in case of gynaecological illness.

Throughout this essay is described, analysed and evaluated the manner which I developed the activities that allowed me to develop these competences. Parallel to the development of these competences was selected the base theme: *Acupressure as a complementary therapy during labour – contributions to the nursing care in Obstetrics*, and the specific goal determined was to develop competences in the pain relief of the woman in labour through non-pharmacological strategies, specifically complementary and alternative therapies as auxiliary to the nursing care in this specific area. It was pertinent to relate to other therapies – shiatsu and acupuncture – due to their, evidence based, intimate relation with acupressure. To achieve the outlined goal it was conducted a bibliographic research, in data bases and with the official entities in the complementary and alternative therapies area.

Through analyses of scientific evidence I was able to deepen the knowledge in acupressure and understand its importance in the pain control of the woman in labour, and the way these therapies can help in the specialized nursing care in maternal and obstetric health. During the several clinical internships I had the opportunity to showcase the complementary and alternative therapies to my peers, apply them and verify some of its effects. However the scientific evidence in this area is still unfortunately very scarce as it is also said by the authors analysed.

Taking into account the particularity of the subject and the conducted research I considered appropriate to support this work with the Martha Rogers

"Theory of Unitary Human Beings" with guidance for the "energy fields" and "wave pattern".

Keywords: competences in maternal and obstetric health, vital energy, labour pain, acupuncture, complementary and alternative therapies

Índice

INTRODUÇÃO	10
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA	13
1.1. Cuidar em Enfermagem	13
1.2. Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica no âmbito das Terapias Complementares	15
1.3. A acupressão	16
1.4. A acupressão como terapia complementar no TP	20
2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	23
2.1. O cuidado à mulher e família durante o período pré-natal	24
2.2. O cuidado à mulher e família em situação de doença ginecológica	26
2.3. O cuidado à mulher e família durante o trabalho de parto	30
2.4. O cuidado ao recém-nascido na adaptação à vida extrauterina	43
2.5. A acupressão e outras terapias complementares como coadjuvantes no alívio/controlo da dor da mulher em trabalho de parto	44
2.5.1. Revisão sistemática da literatura	45
2.5.2. A minha Prática Baseada na Evidência	47
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
Anexos	
Apêndices	

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do ECER referente ao 5º CMESMO, sendo instrumento de avaliação da UC supracitada. Pretendo também, com a sua defesa pública, a obtenção do grau de Mestre. O ECER decorreu no Serviço de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) de um hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo, com um total de 750 horas (500 horas de contacto e 250 horas de orientação tutorial e trabalho autónomo), entre 9 de Abril e 10 de Julho de 2015.

Pretendo que este relatório contenha uma descrição, análise crítica e avaliação de todas as atividades, tendo em conta os Objetivos que delineei, e reflexão sobre os contributos do EC no desenvolvimento de competências como EESMO.

Tendo em conta as minhas ambições pessoais, as competências preconizadas e as necessidades e recursos da instituição onde realizei o EC foram delineados Objetivos gerais e específicos. Como Objetivo geral, e baseada no regulamento de competências específicas do EESMO, pretendi desenvolver competências, como EESMO, no cuidado à mulher, feto/recém-nascido e família durante a gravidez, TP e puerpério e ainda à mulher em situação de doença ginecológica. Os Objetivos específicos delineados foram os seguintes:

- Objetivo 1: desenvolver competências no cuidado à mulher e família durante o período pré-natal que recorre ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica
- Objetivo 2: desenvolver competências no cuidado à mulher e família em situação de doença ginecológica que recorre ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica
- Objetivo 3: desenvolver competências no cuidado à mulher e família durante o trabalho de parto
- Objetivo 4: Desenvolver competências no cuidado ao recém-nascido na adaptação à vida extrauterina

- Objetivo 5: Desenvolver competências na acupressão e outras terapias complementares como coadjuvantes no alívio/controlo da dor da mulher em trabalho de parto.

De acordo com as competências do EESMO definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), legisladas em diário da República, compete ao mesmo a promoção da saúde da mulher/RN/família, o diagnóstico precoce, a prevenção de complicações no período pré-natal, durante o trabalho de parto, no período pós-natal e em situação de doença ginecológica (Lei 127/2011, 2011). Podemos afirmar o importante papel do EESMO no cuidado à mulher/RN/família durante o período pré-natal, TP e no período pós-natal de forma a maximizar a saúde recorrendo à educação para a saúde, diagnóstico precoce e prevenção de complicações.

No âmbito do projeto subjacente a este relatório foi-me proposto que seleccionasse uma área de interesse para desenvolver ao longo dos EC. Decidi abordar as TCA no âmbito da Obstetrícia, especificamente a acupressão. Considerei pertinente abordar outras terapias - a acupunctura e o Shiatsu - pela sua íntima relação com a terapia supracitada, demonstrada pela evidência. Sendo que a motivação pessoal ocupou o primeiro lugar na seleção da temática, contactei várias entidades para verificar a pertinência da sua abordagem no âmbito da Obstetrícia, visto que é ainda pouco abordada nesta área. Dirigi-me primeiramente ao Bloco de Partos (BP) onde iria realizar o EC, tendo contactado com a Enfermeira Chefe e concluiu-se que o projeto seria exequível e com influência positiva no dito contexto. Contactei posteriormente com entidades na área, nomeadamente formadores e Enfermeiros que dominam esta temática, com o Objetivo de verificar não só a sua importância como a sua aplicabilidade e o contributo para a Enfermagem Especializada de Saúde Materna e Obstétrica. Tendo em conta a especificidade da temática considero que o quadro de referência que melhor se adequa à mesma é a “Teoria dos Seres Humanos Unitários” de Martha Rogers com orientação para “*campos da energia*” e “*padrão de ondas*”.

Estruturalmente este trabalho inclui a introdução, seguindo-se o ponto 1 em que contextualizo a temática abordando a Teoria de Enfermagem que baliza o meu trabalho, as competências do EESMO no âmbito da temática

selecionada, a acupressão e a acupressão como TCA no TP. No ponto 2 procuro descrever, analisar e avaliar as atividades desenvolvidas no cuidado à mulher no período pré-natal, em situação de doença ginecológica e durante o TP assim como os cuidados ao RN na adaptação á vida extrauterina e a acupressão e outras TCA como coadjuvantes no alívio da dor da mulher em TP. Neste ponto exponho também a revisão sistemática da literatura realizada assim como o meu percurso de aprendizagem baseado na evidência. Finalizo com as considerações finais e referências bibliográficas.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

A ciência de Enfermagem pressupõe uma sólida contextualização teórica. Com este Objetivo o presente capítulo foi dividido nas seguintes partes: descrição sucinta do referencial teórico que suporta a elaboração deste trabalho, justificação do tema através das competências específicas inerentes ao EESMO, evidenciadas pelo regulamento próprio e, tal como expectável, breve definição da acupressão e a forma como a mesma pode contribuir para o cuidado especializado de Enfermagem à mulher/casal em TP.

1.1 Cuidar em Enfermagem

Os conceitos e as suas definições são essenciais para a compreensão de uma teoria a qual, além de alterar o modo de pensar, saber e fazer enfermagem, guia o agir do enfermeiro no cuidar (Alcantara, Silva, Freiburger, & Coelho, 2011). Tendo em conta a particularidade da temática e a pesquisa realizada, e como acima referido, irei fundamentar o presente trabalho na “Teoria dos Seres Humanos Unitários” de Martha Rogers. Segundo Gunther (2004) Rogers, mediante o conhecimento sobre antropologia, sociologia, astronomia, religião, filosofia, história e mitologia desenvolveu o que denominou de sistema aberto para a Enfermagem.

O Modelo conceptual de Rogers, dos “Seres Humanos Unitários”, pretende oferecer suporte para uma reflexão crítica, possibilitando a elaboração de um sistema conceptual científico em Enfermagem. O ponto central da teoria é o Homem, como um todo, na área electrodinâmica (Basavanthappa, 2007). A teoria fornece um corpo de conhecimentos à Enfermagem e à forma de visualizar o ser humano como unitário, integrado no universo: o humano unitário e o ambiente são um, não dicotómicos (Basavanthappa, 2007). Os conceitos básicos da teoria, segundo Gunther (2004) corroborado por Basavanthappa (2007), incluem o “ser humano unitário”, o “meio ambiente” e os “princípios homeodinâmicos”. Existem 2 dimensões autónomas da ciência de Enfermagem, um corpo organizado de conhecimentos específicos da Enfermagem e o uso criativo da ciência para a

melhoria do ser humano. A Enfermagem é responsável por desenvolver atividades para a manutenção da saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde, além de realizar o diagnóstico e intervenção. O mundo contemporâneo exige que estes profissionais elaborem bases científicas desta ciência em desenvolvimento, e estejam sempre em constante atualização para acompanhar os conhecimentos e aplicá-los. Os seres humanos estão no centro da enfermagem e por esse motivo a mesma precisa ser humanística e humanitária. A teoria de Marta Rogers reforça o pressuposto de que o homem seja entendido, pela Enfermagem, como um processo de interação mútua do indivíduo com o ambiente e suas variáveis partindo dos seguintes princípios: o ser humano é um todo unificado, possuindo uma integralidade individual e manifestando características que são diferentes da soma das partes; o indivíduo e o ambiente estão continuamente a permutar matéria e energia, sendo eles um sistema aberto. O processo de vida dos seres humanos evolui irreversível e unidirecionalmente ao longo de uma sequência de espaço e tempo; o indivíduo não será o que foi ontem ele acumula experiências e é influenciado por elas (Basavanthappa, 2007). Os padrões identificam os seres humanos e refletem a sua totalidade inovadora. No seu paradigma de 1983 Rogers postulou 4 alicerces para o seu modelo que são: Campo de energia; abertura; padrão e pandimensionalidade (Gunther, 2004). Os principais pressupostos da teoria de Rogers são: Sincronia; Helicidade e Ressonância, o princípio da reciprocidade que surge na teoria original de 1970 deixa de ser referido como princípio homeodinâmico na revisão de 1980 (Gunther, 2004). A Teoria dos Seres Unitários de Rogers serve para muitos Enfermeiros como um estímulo para repensar suposições simplistas sobre a natureza humana e, em consequência, para entender o cliente e a si próprios (Basavanthappa, 2007).

1.2 Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica no âmbito das Terapias Complementares

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 2013, as Terapias Complementares, também denominadas de Alternativas e/ou Integrativas, englobam atividades como a acupuntura, naturopatia, fitoterapia, meditação, aromaterapia, entre outras. Estas terapias procuram atender o indivíduo de forma holística, baseando-se na confiança e no vínculo terapeuta/cliente, preconizando-se o seu uso de forma racional, segura, eficaz e com qualidade.

A relevância desta temática no âmbito do desenvolvimento de competências fundamenta-se na análise do Regulamento de Competências do EESMO, Lei 127/2011 (2011), que explicita a importância da utilização de ENF no alívio da dor na mulher em TP. Particularmente na Competência descrita como *“promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina”* nos critérios de avaliação *“acuta de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado”, “garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto”* assim como e principalmente *“concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos”* e também *“coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor”* (Lei 127/2011, p. 8664, 2011).

A Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) preconiza, através do “Projeto Maternidade com Qualidade” (MCEESMO, 2013), que sejam utilizados métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o TP, o que inclui uma grande diversidade de técnicas que visam melhorar as sensações físicas e influenciar a perceção psicoemocional da dor. Entre as técnicas recomendadas incluem-se técnicas de relaxamento/massagem e a acupressão. Segundo o documento de consenso elaborado entre a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) e a Federation de Asociaciones de Matronas de Espana (FAME), é recomendado que se proporcione às mulheres informação relativamente a técnicas não farmacológicas, nomeadamente terapias complementares (APEO,

2012). A utilização de TCA tem-se tornado popular à escala mundial. Estudos sugerem que entre 36% e 62% dos adultos, em países industrializados utilizam uma forma de TCA para prevenir ou tratar problemas relacionados com a saúde (Smith, Collins, Crowther, & Levett, 2011). Segundo Koehn (2000) a utilização de TCA aumenta a independência dos enfermeiros, no entanto a investigação é excepcionalmente limitada. É imperativo que os enfermeiros olhem para o que já é conhecido sobre estas terapias e como funcionam (Koehn, 2000). Lamentavelmente a falta de estudos clínicos controlados para validar a sua eficácia tem limitado a sua dispersão na educação e na prática (Chung, Hung, Kuo, & Huang, 2003) o que é corroborado por Smith, Collins, Crowther, & Levett (2011). As TCA são holísticas tendo influência noutros aspetos da experiencia do TP que não só no aspeto físico, mas também com os aspetos espiritual, emocional, psicológico e social da experiência de TP. É possível que as TCA venham a alterar a perceção dos enfermeiros da enfâse médica convencional dominante do TP, para uma experiencia natural e holística (Koehn, 2000).

1.3 A acupressão

As TCA tornaram-se populares nos países desenvolvidos e são frequentemente utilizadas como complemento aos métodos farmacológicos. Estas abarcam vários métodos entre os quais se encontra a acupressão, que se baseia nos mesmos princípios da acupunctura em que as agulhas são substituídas por aplicação de pressão, o que é um benefício na medida em que torna uma técnica não invasiva sem necessidade de equipamento específico (Hjelmstedt, et al., 2010). A Medicina Tradicional Chinesa (MTC), com a acupunctura como uma das modalidades principais, descreve o estado de saúde mantido por um equilíbrio de energia no corpo (Smith, Collins, Crowther, & Levett, 2011). A crença basal da MTC é de que a energia flui por todo o corpo através de canais, ou meridianos, promovendo o funcionamento normal do organismo, Koehn (2000) corroborado por Lee, Chang, & Kang (2004). Para a MTC a energia vital dinâmica, presente em todas as coisas, é designada por *Chi* ou *Ki* (Stark, 1993) e surge em duas formas: *ying* e *yang*, que se

complementam e equilibram mutuamente. O estado de doença e dor são resultados de um desequilíbrio destas duas energias (Jimenez, 1995) o que é corroborado por Lee, Chang, & Kang (2004).

A MTC descreve os meridianos como um complexo sistema de canais e os respetivos vasos condutores, como o sistema de distribuição que transporta Chi (Williams, 1996). Fraser & Cooper (2010) apoiam o anterior autor referindo que estes ligam o interior do corpo ao seu exterior. Segundo Chung, Hung, Kuo, & Huang (2003) na MTC acredita-se que existem 12 canais de energia designados meridianos. Se algum destes for bloqueado, pode ocorrer dor ou doença. O Objetivo é então restabelecer a circulação do Chi. Como o propósito da acupressão é restaurar a harmonia e equilíbrio do corpo, acredita-se que a estimulação de determinados pontos ao longo dos meridianos pode diminuir a tensão muscular e promover a libertação de Chi e assim restaurar o equilíbrio (Koehn, 2000). Numa carta de meridianos, os pontos marcados nos canais designam-se pontos de acupunctura. As localizações dos meridianos perto da superfície da pele são designadas por acupontos, segundo Chung, Hung, Kuo, & Huang (2003). Existem 12 meridianos com aproximadamente 365 pontos de acupunctura (Fraser & Cooper, 2010). Os pontos de acupunctura apresentam maior permeabilidade energética que a região circundante, podendo ser detetados utilizando um instrumento que avalia a resistência elétrica. Trata-se de um ponto á superfície da pele que dá acesso à energia que flui nos meridianos (Rodeia, 2003). Os pontos de pressão ou *tsubos* diferem fisiologicamente das áreas circundantes apresentando uma maior densidade de neurorecetores e uma condutividade elétrica aumentada (Lowdermilk, 2008). Estes “vórtices de energia” transferem o Chi para o interior e para o exterior do fluxo energético do corpo e oferecem um ponto de acesso onde o fluxo de Chi pode ser diretamente influenciado. Quando existe algum tipo de afeção destes ocorrem bloqueios em determinados pontos específicos de meridianos que em acupunctura se designam *tsubos*. Estes pontos podem ser estimulados e assim ser libertadas e reequilibradas energias através da pressão dos mesmos com o polegar, acupressão na MTC ou o seu equivalente japonês – Shiatsu. (Fraser & Cooper, 2010). Neuman (2001) citado por Solci & Martins (2007) refere que existe referência à acupressão na China há cerca de

4000 anos, sendo que há 1300 anos chegou ao Japão recebendo o nome de Shiatsu. Segundo Yuan (2012) citando Robinson *et al* (2011) a acupressão e o Shiatsu baseiam-se no mesmo sistema de meridianos e pontos da MTC, contudo o Shiatsu é mais abrangente visto que não trata apenas pontos mas trajetos completos de meridianos. Uma simples pressão num determinado “vórtice de energia” produzirá alterações no sistema de energia com consequentes efeitos físicos, sendo a base de um tratamento de acupressão. (Williams, 1996).

A estimulação dos *tsubos* é um dos diversos métodos utilizados para alívio da dor por promover o equilíbrio *yin/yang* (Jimenez, 1995). Uma vez que a maioria dos pontos de acupuntura estão ligados ou localizados perto de estruturas nervosas, sugere-se que acupuntura estimula o sistema nervoso. De uma perspectiva da acupuntura ocidental, os pontos selecionados são baseados de acordo com a inervação do órgão alvo. Durante a estimulação com agulhas de pontos de acupuntura, comumente associados com dor, são transmitidos sinais à espinhal-medula, por diferentes trajetos até ao cérebro. A percepção de dor emerge do fluxo resultante e da integração desta informação em áreas específicas do cérebro, e isso pode levar a uma alteração na percepção da dor. Outra teoria sugere que a acupuntura estimula o organismo a produzir endorfinas, o que reduz a dor Pomeraz (1989) citado por Smith, Collins, Crowther, & Levett (2011). Ainda segundo Jimenez (1995) os *tsubos* também parecem estar relacionados com o sistema de produção de endorfinas. Estas, quando libertadas na corrente sanguínea, viajam até aos recetores de opiáceos no sistema nervoso central, onde se encaixam como chave numa fechadura, suprimindo a dor e induzindo uma sensação generalizada de calma, relaxamento e bem-estar (Jimenez, 1995).

A acupressão é uma forma de massagem que envolve pressão dos dedos nos mesmos pontos utilizados pela acupuntura. A técnica é baseada no sistema da MTC que enfatiza que corpo, mente e espírito estão relacionados (Koehn, 2000). Quando a acupressão é aplicada, o terapeuta usa as suas mãos e dedos para ativar os mesmos pontos estimulados pela acupuntura. Por vezes apenas o toque de alguns pontos pode aliviar a dor ou traduzir-se numa sensação de relaxamento. Existem várias formas de acupressão,

algumas são aplicadas por profissionais de saúde treinados e outras podem sê-lo pelo próprio indivíduo como uma forma de automassagem (Smith, Collins, Crowther, & Levett, 2011). Com a acupressão é aplicada pressão dos dedos nos *tsubos*. Aplicam-se diferentes formas de pressão dependendo do Objetivo a alcançar: tonificar, reduzir ou produzir um efeito mais neutro ou calmante. A escolha dos pontos utilizados em qualquer sessão de acupressão basear-se-á no tipo de diagnóstico resultante de uma exploração de padrões de desarmonia (Williams, 1996). Lowdermilk (2008) corrobora os autores anteriormente citados referindo que a pressão, o calor ou o frio são aplicados nos pontos de acupunctura chamados *tsubos*.

O mecanismo através do qual a acupressão funciona permanece não claro, uma das explicações possíveis baseia-se na teoria do “*gate-control*” em que a acupressão ativa recetores sensoriais que levam a inibição da transmissão do estímulo de dor á medula espinal. É também possível que a acupressão ative os centros inibidores da dor a nível central (Hjelmstedt, et al., 2010). Lowdermilk (2008) refere ainda que pela teoria “*gate-control*” da dor as sensações dolorosas são conduzidas pelas vias sensitivas até ao cérebro, contudo apenas um número limitado de sensações pode ser transmitido em simultâneo. Utilizando determinadas técnicas, como por exemplo massagens, existe um bloqueio ou redução das vias de transmissão nervosa disponíveis para a perceção da dor, impedindo assim que os sinais dolorosos alcancem o cérebro e permitindo que a perceção dos estímulos dolorosos fique diminuída (Lowdermilk, 2008). De acordo com Melzack and Wall (1965) citado por Jimenez (1995) a teoria do “*gate-control*” tem sido frequentemente utilizada para explicar a eficácia da acupressão. De acordo com esta teoria, pressão firme e não-agressiva quente e fria pode interferir com ou alterar os impulsos de dor no seu trajeto através a medula espinal até ao cérebro. A dor pode ser aliviada pela acupressão pelo facto de esta interferir com a transmissão do estímulo doloroso, o que provavelmente aumenta os níveis séricos de endorfinas (Chung, Hung, Kuo, & Huang, 2003).

1.4 A acupressão como terapia complementar no TP

O parto é, na generalidade, descrito como doloroso pela maior parte das mulheres. Existe, como tal, um interesse por parte de muitas mulheres no uso de formas adicionais de cuidado para apoiar no alívio da dor durante o TP (Smith, Collins, Crowther, & Levett, 2011). A experiência TP depende de uma combinação dos aspetos físicos, psicológicos e espirituais da mulher. A resposta da mulher ao stress psicológico, a sua dieta, exercício e estilo de vida antes e durante a gravidez, contribuem para o seu estado de saúde no início do TP.

Como a experiência de TP é multidimensional, as influências do corpo, mente e espírito devem contribuir para o bem-estar da mulher (Koehn, 2000). Sendo que a dor é individual e subjetiva, a antecipação ou medo da dor de TP é geralmente uma das forças que levam as mulheres e os seus companheiros a participar em aulas de preparação para a parentalidade, por quererem conhecer formas de lidar com essa dor (Koehn, 2000). A dor, na generalidade, tem dois componentes básicos: o fenómeno fisiológico de estimulação dos recetores nervosos e o fenómeno secundário que envolve o processar da informação e a reação. O primeiro sobrepõe-se e leva ao fenómeno secundário quando o estímulo aferente é consciencializado. É neste componente que o indivíduo reconhece, processa e reage ao estímulo. Um largo leque de fatores incluindo emocional, social, cultural, motivacional, e conceptual, determina como os indivíduos reagem à dor. A dor no TP é descrita como um fenómeno multidimensional tendo múltiplas fontes e perceções (Koehn, 2000).

Psicologicamente, bem como espiritualmente, a dor é como as mulheres a percecionam. As suas estratégias de *coping* podem estar relacionados com experiências anteriores de dor, sejam de TP ou não. A ansiedade também contribui para a perceção da dor no TP e pode ser relativa ao medo da dor, medo da perda de controlo, segurança da criança e mãe, ruído, e ambiente não familiar. A dor também é expressa de forma única de acordo com as expectativas culturais do comportamento durante o TP (Koehn, 2000). A dor do TP pode ser intensa, e pode ser agravada pela tensão da mulher, ansiedade e medo, afetando o TP e a experiência de nascimento. O corpo não pode ser

separado da mente e do espírito e altera consoante a pessoa que está a ser afetada em toda a sua individualidade. Experiências anteriores destas mulheres podem traduzir-se em resultados negativos, influenciando-as a exibir tensão e respostas verbais à dor, mesmo encontrando-se ainda nas fases iniciais do TP. Em contraste, mulheres num processo de TP mais avançado podem demonstrar muito poucos sinais externos de tensão ou desconforto. Assim sendo as mulheres podem estar desconfortáveis mas ainda assim experienciar conforto e calma (Koehn, 2000). Com o aumento da tensão negativa, ou com aumento das perceções de desconforto inicia-se um desequilíbrio, quando as forças obstrutivas pesam mais que as forças facilitadoras. É neste ponto que as mulheres em TP e respetivos enfermeiros necessitam de identificar as intervenções capazes de providenciar alívio das condições que estão a interferir com um estado de maior conforto. As intervenções são determinadas e administradas com o resultado esperado de desmobilizar a tensão no sentido positivo (Koehn, 2000). Existem, claro, medidas e intervenções estritamente médicas para lidar com a dor de TP como bloqueio epidural e outras opções analgésicas, no entanto estas opções têm efeitos que geralmente requerem intervenções invasivas adicionais. Estas intervenções médicas sugerem que a remoção de toda a dor do TP é preferível, no entanto o TP não é só um fenómeno fisiológico, e eliminar a dor na totalidade pode dificultar a interpretação e reação da mulher a estímulos negativos.

O TP tornou-se medicalizado e o cuidado às mulheres foi abordado como um desvio das funções biológicas normais. Diversas vezes os profissionais de enfermagem foram instruídos a cuidar das mulheres nesta perspetiva, e assim o TP é visto como uma situação de alto-risco que necessita de intervenções médicas. No entanto se a filosofia adquirida for a de que o TP é um processo fisiológico normal e que se trata de mais do que um evento físico, muitas TCA são apropriadas e úteis. A maior parte destas TCA são não-invasivas e apresentam poucos ou nenhuns efeitos secundários adversos (Koehn, 2000).

Muitas grávidas recorrem a uma ou mais terapias complementares conforme refere Adams (2009) citado por Smith, Collins, Crowther, & Levett (2011), e muitas mulheres gostariam de evitar métodos farmacológicos ou

invasivos para o alívio da dor no TP. Isto pode contribuir para a popularidade dos métodos complementares de tratamento da dor (Smith, Collins, Crowther, & Levett, 2011). A massagem tem sido incorporada na preparação para o parto há já muitos anos. Tendo em conta que a acupressão é não invasiva, pode providenciar um maior benefício em relação à massagem generalista (Koehn, 2000).

A acupressão é uma das técnicas mais eficazes para controlo da dor, tensão e stress, sendo também fácil de ensinar, aprender e aplicar (Jimenez, 1995), o que é apoiado por Yates & Anderson (2003). As técnicas de acupressão podem ser utilizadas durante a gestação, parto e pós-parto com o Objetivo de aliviar alguns desconfortos e a dor (Lowdermilk & Perry, 2008). Jimenez (1995) apresenta técnicas de acupressão para alívio da dor durante a gravidez, parto e período pós-parto citando algumas regiões em que a aplicação de pressão pode ser benéfica em TP, nomeadamente região lombosagrada, ancas, região plantar do pé, tornozelo e unha do 5º dedo do pé. A acupressão, para abordagem à mulher com dor de TP, pode ajudar a restaurar os níveis apropriados e as funções de correntes de energia vital livres e harmoniosas, o que por sua vez ajuda a equilibrar a pessoa como um todo (Ernzen, 1997).

O propósito da acupressão é restaurar a harmonia e equilíbrio do corpo, o equilíbrio da pessoa como um todo enaltece o funcionamento natural do corpo da mulher (Koehn, 2000).

2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O ECER decorreu no Serviço de BP e Urgência Obstétrica e Ginecológica de um Hospital central da região de Lisboa e Vale do Tejo, a sua área de abrangência inclui 3 concelhos. O dito hospital compreende uma área mais abrangente nomeadamente no que diz respeito a situações de risco materno, neonatal e infantil. No Serviço são prestados cuidados do foro Ginecológico e Obstétrico, à mulher, em situações de saúde ou doença. O BP admite grávidas ou parturientes provenientes do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) e do serviço de Grávidas (Materno-Fetal) em fase ativa do TP. São também admitidas mulheres para realização de intervenções cirúrgicas do foro Ginecológico e mulheres no puerpério, com necessidade de vigilância contínua.

Ao longo do tempo passei de uma observação participada para uma supervisão da Orientadora do Local de estágio (OL) que me permitiu desenvolver autonomia e segurança nos meus procedimentos. A disponibilidade da OL e dos restantes elementos da equipa multidisciplinar permitiu existir uma abertura para colocar todas as questões que esclarecessem as minhas dúvidas, o que potenciou significativamente a minha aprendizagem. Outro dos pontos positivos da realização do EC foi a articulação entre os conhecimentos teóricos e a prática, a mobilização dos conhecimentos e a pesquisa transversal e contínua de forma a aprofundar os mesmos. O desenvolvimento do pensamento crítico foi potenciado por momentos de crítica individual, traduzidos formalmente através de 2 jornais de aprendizagem, que foram entregues.

Neste ponto pretendo evidenciar as atividades efetuadas no sentido de desenvolver competências no cuidado à mulher/família ao longo do seu ciclo vital, especificamente durante o período pré-natal, em situação de doença ginecológica, durante o TP, no cuidado ao RN na adaptação à vida extrauterina, assim como no sentido de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito da acupressão e outras terapias

complementares como coadjuvantes no alívio/controlo da dor da mulher em TP.

2.1 O cuidado à mulher e família durante o período pré-natal

Neste ponto pretendo descrever, analisar e avaliar as atividades efetuadas no sentido de desenvolver competências de EESMO no cuidado à mulher e família, durante o período pré-natal, que recorre ao SUOG.

À chegada ao SUOG é feita a triagem da grávida pela Enfermeira de acordo com os pressupostos da Triagem de Manchester. A Triagem de Manchester permite classificar o risco potencial da utente no momento da sua chegada e desta forma humanizar os serviços (Guedes, Almeida, Ferreira, Junior, & Chianca, 2014). Corroborando os autores supracitados Ponce & Teixeira (2006) referem que um sistema de triagem eficiente melhora a qualidade dos cuidados prestados, os autores clarificam os benefícios da triagem realizada pelo Enfermeiro enfatizando a sua capacidade de se relacionar com o utente e família assim como a redução da ansiedade do mesmo por contactar com um profissional diferenciado. Pude constatar ao longo do EC que este sistema pressupõe também que o profissional que realiza a triagem tenha a capacidade de fazer uma observação rápida e sistematizada da pessoa, despistando todos os sinais de situação de risco, questionando a mulher sobre quais os seus sintomas e verificando se a mesma forneceu todas as informações relevantes para uma triagem correta. Seguidamente são inseridos os dados no sistema informático, é selecionado um código de acordo com a situação que, de acordo com a gravidade da situação, irá dar origem a uma pulseira de uma determinada cor e que determinará a ordem de chamada pelo médico.

O acolhimento da grávida no SUOG, especialmente em situações de risco, é extremamente importante. Reconhecer o valor do respeito pela pessoa, que se encontra enraizado na estrutura do ser humano (Ramalho, 2011), torna-se extremamente importante num contexto de crise como é o de alteração do estado de saúde, especialmente durante a gravidez. Neste contexto, tal como na minha prática de prestação de cuidados, o estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa/família é essencial. Conforme sugere Martha Rogers, a pessoa está em constante interação com o meio, e este tem de ser sentido pela mesma como o menos hostil possível, principalmente em

situações de risco. O EESMO, pelas suas competências, tem um papel fundamental no sentido de adotar estratégias que permitam a diminuição da ansiedade da pessoa de quem cuidam.

A minha abordagem às mulheres, com uma explicação detalhada contudo objetiva e a validação da compreensão da sua situação de saúde, permitiu-me criar relações baseadas na confiança com as mesmas. A simples explicação da necessidade de realizar uma anamnese detalhada, que incluía identificação, história familiar, antecedentes pessoais/ginecológicos e obstétricos assim como situação social, história nutricional, história de consumo de drogas, vigilância da gravidez, de acordo com o preconizado por Pearlman & Tintinalli (1998), aclarando que apesar de todas estas informações poderem ter sido já colhidas noutras situações, é importante valida-las e introduzi-las no sistema informático, permitiu a diminuição da ansiedade e do stress. A avaliação inicial era realizada de acordo com a pré-estabelecida pelo sistema SAPE, e esta vai ao encontro dos parâmetros a avaliar preconizados por Lowdermilk & Perry (2008).

Habitualmente as mulheres recorrem ao SUOG por: queixas álgicas pélvicas, diminuição da perceção dos movimentos fetais, hemorragia, contractilidade dolorosa e regular, hipertensão arterial (HTA), ameaça de parto pré-termo (APPT), infeções urinárias na gravidez, ruptura prematura de membranas e ruptura espontânea de bolsa de águas o que vai ao encontro do que é referido por Pearlman & Tintinalli (1998) e corroborado por Lowdermilk & Perry (2008). Todas estas situações são verbalizadas pelas grávidas como motivos de grande desequilíbrio no seu bem-estar não só físico como emocional. Cabe ao EESMO, no âmbito das suas competências, esclarecer as mulheres relativamente ao seu estado de saúde na tentativa de diminuir algum deste desequilíbrio. No decurso do ECER tive oportunidade de prestar cuidados de Enfermagem especializados à grávida/casal/família em situação de patologia prévia e/ou associada á gravidez, em todas estas situações e por diversas vezes.

A finalidade dos cuidados pré-natais é identificar fatores de risco e outros desvios à normalidade no sentido de potenciar um término com êxito (Lowdermilk & Perry, 2008). Por outro lado preconiza-se que a vigilância pré-

natal seja uma atividade multidisciplinar na qual os Enfermeiros trabalhem com médicos, nutricionistas, assistentes sociais e outros profissionais. Acredito que esta articulação foi facilitada pelas minhas características pessoais e pela equipa multidisciplinar.

De acordo com o regulamento de competências do EESMO da Ordem dos Enfermeiros este “*diagnostica e monitoriza a gravidez, informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco*” assim como “*identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação á gravidez, referenciando as situações que estão além a sua área de atuação*” (Lei 127/2011, p. 8663, 2011).

Durante o EC avalei a estática fetal através das Manobras de Leopold como referem Lowdermilk & Perry (2008) e pude constatar o número de fetos, a sua apresentação, posição, atitude e grau de descida na pélvis. Segundo Nishikawa & Sakakibara (2013) as intervenções de enfermagem, nomeadamente as Manobras de Leopold, podem promover a relação materno-fetal. Os autores referem que as mesmas podem mesmo influenciar a capacidade da mãe de cuidar do seu filho no pós-parto. Tive também diversas oportunidades de avaliar o bem-estar fetal através da auscultação dos batimentos cardio-fetais (ABCF) e de vigiar a frequência cardíaca fetal (FCF) e a contractilidade uterina através da Cardiotocografia (CTG). É notória, e muitas vezes manifestada verbalmente pelas grávidas, uma maior sensação de calma a partir do momento em que a FCF é audível através do CTG.

Nas situações em que se poderia suspeitar de TP em fase ativa realizei exame vaginal no sentido de avaliar o grau de apagamento ou eventual dilatação do colo uterino, a apresentação, a variedade fetal, o plano em que se encontrava a apresentação, estado das membranas/características do líquido amniótico e colaborei na transferência de várias grávidas para o BP.

A passagem de cuidados para outro profissional de enfermagem e a transferência para outro local físico do BP pode traduzir-se numa sensação de desconforto e ansiedade para as mulheres e acompanhantes, o que foi amenizado pela relação de confiança já criada comigo durante a admissão. O acompanhamento, apresentação do espaço e explicação dos procedimentos habituais constituiu também uma forma de diminuir essa ansiedade.

Cabe também ao EESMO ser capaz de articular os conhecimentos técnico-científicos para cuidar da mulher/família com desvio do padrão da gravidez, Lei 127/2011 (2011). Assim sendo, e em alguns casos, foi necessário que as mulheres fossem internadas para vigilância no serviço de materno-fetal por HTA, APPT, colestase gravídica entre outras situações. A informação fornecida, por mim, às grávidas em relação ao seu estado clínico e ao que é expectável naquela situação concreta, tinha como Objetivo reduzir a sensação de desequilíbrio inevitável perante um internamento numa situação de gravidez, sendo que o meu discurso e segurança para transmissão destas informações foi gradualmente evoluindo e melhorando.

No âmbito da educação para a saúde apresentaram-se várias oportunidades de atuação. Tendo em consideração a idade gestacional (IG) e as necessidades da grávida/casal abordei um vasto leque de assuntos nomeadamente alimentação, hábitos de vida (repouso e atividade física), higiene, vestuário, desconfortos da gravidez, sexualidade, sinais de alerta, prevenção de infeção, exames pré-natais, curso de preparação para a parentalidade, plano de parto, recursos da comunidade e legislação. Neste âmbito se demonstra a importância do EESMO também noutro contexto - os cuidados de saúde primários. Algumas mulheres puderam sair do SUOG providas de muita informação que poderiam já ter acesso caso tivessem a oportunidade de ter um EESMO como seu Enfermeiro de referência na comunidade.

Considero que alcancei os Objetivos propostos na sua totalidade, no sentido do desenvolvimento de competências enquanto EESMO no cuidado à mulher e família, durante o período pré-natal, que recorrem ao SUOG. O papel do EESMO num SUOG é extremamente importante, pelas competências inerentes à sua especialidade, este é um profissional com capacidade de articular os conhecimentos científicos e que domina as competências técnicas, instrumentais e relacionais no sentido de dar resposta efetiva às diversas situações complexas. Tendo em conta os pressupostos da teoria de Rogers em que cada um de nós não é um objeto estanque, interagimos com os outros, com o meio e vice-versa, o reconhecimento por parte das grávidas/casais/famílias das nossas competências permite que a sua

ansiedade seja diminuída á medida que cada situação é resolvida e cada dúvida esclarecida. A variedade de situações permitiu-me a articulação de uma diversidade enorme de conhecimentos teóricos que adquiri no decurso desta formação. Identifiquei como dificuldade, numa fase inicial, o ter de articular os meus conhecimento teóricos com as situações com que me deparava, de uma forma não intuitiva e, conseqüentemente, mais demorada. Posso relacionar esta dificuldade com o facto de não me encontrar a desenvolver a minha atividade profissional na área da Obstetrícia. Por outro lado isto pode ter constituído um ponto positivo no sentido em que me via como “tábua rasa” sem conceitos empíricos.

A maior dificuldade foi de facto gerir o tempo disponível, a quantidade de solicitações e os sistemas informáticos, o SAPE, com o qual trabalho diariamente mas que tem parametrizados focos e intervenções diferentes da minha realidade profissional habitual, e o ALERT, que não conhecia na perspetiva do utilizador. Contudo estas dificuldades foram gradualmente superadas no decurso do EC. A deteção de situações de risco, e a distinção entre situações urgentes e emergentes foi-se tornando também cada vez mais intuitiva no decorrer deste EC. Tive apenas oportunidade de realizar 2 turnos na fase inicial deste EC no SUOG e 1 semana no final do mesmo, por razões que me ultrapassaram, contudo penso que o volume de experiencias que vivi neste tempo foi bastante produtivo.

2.2 O cuidado á mulher e família em situação de doença ginecológica

Neste ponto pretendo descrever, analisar e avaliar as atividades realizadas no sentido de desenvolver competências como EESMO no cuidado á mulher e família em situação de doença ginecológica que recorre ao SUOG. Estas atividades foram desenvolvidas nos turnos que tive oportunidade de fazer no SUOG.

O EESMO “*cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a sua saúde*” segundo a (Lei 127/2011 p. 8666, 2011)

Durante este EC tive oportunidade de prestar cuidados de Enfermagem especializados neste âmbito, a mulheres que se encontravam a vivenciar processos de patologia ginecológica. Quando a mulher chega ao SUOG, tal como o que acontece com a grávida que se dirige a este serviço, é posteriormente submetida a triagem de Manchester pelo Enfermeiro que lhe avalia os sinais vitais e faz uma anamnese criteriosa, mas resumida, sendo chamada pelo médico de acordo com a prioridade atribuída no anterior contacto. Nos turnos que realizei no SUOG as situações do foro ginecológico foram em número muito inferior às de motivo obstétrico, contudo não considerei que tenham sido insuficientes. Durante os turnos realizados os motivos de vinda ao SUOG foram diversos, na sua maioria associada a infeções vaginais, metrorragias, torção de quisto do ovário, doença inflamatória pélvica, status-pós interrupção voluntária da gravidez e situação de aborto espontâneo.

Tendo em conta a Teoria de Enfermagem selecionada procurei que as mulheres sentissem o ambiente do SUOG como o menos hostil possível. Desta forma priorizei a diminuição da ansiedade através de um acolhimento com privacidade e baseado numa relação de confiança. A avaliação criteriosa das mulheres, através de uma anamnese pertinente, e das queixas que as tinham trazido ao serviço, permitiu-me verificar alterações e avaliar a possibilidade de complicações. A transmissão de informação e a explicação dos trâmites normais na situação em questão, permitiu também a criação de um ambiente de confiança que diminuiu a ansiedade das mulheres às quais prestei cuidados. Todas as oportunidades foram por mim aproveitadas para realizar

educação para a saúde, de acordo com as necessidades de cada mulher/família tendo em conta o meio/comunidade em que se encontravam inseridas, desde ciclo menstrual, contraceção, rastreio do cancro do colo do útero até temas como menopausa.

Considero que atingi os Objetivos propostos neste âmbito no EC. Indubitavelmente o papel do EESMO, em contexto de SUOG, no cuidado à mulher/família a vivenciar processos de patologia ginecológica é extremamente importante na medida em que é o profissional que detém conhecimentos técnico-científicos que lhe permitem promover a saúde ginecológica, diagnosticar e prevenir complicações. Este tem a capacidade de expor à mulher a sua situação clínica, as repercussões que daí possam advir, assim como encaminhar para outro profissional quando se encontrar fora da sua área de atuação, Lei 127/2011 (2011). Assim o EESMO é um elemento chave, que unifica o ambiente formado pela equipa multidisciplinar e pelo doente no sentido de serem tomadas as melhores opções na particularidade de cada pessoa de quem cuida.

2.3 O cuidado à mulher e família durante o trabalho de parto

Neste ponto pretendo descrever, analisar e avaliar as atividades levadas a cabo no sentido de desenvolver competências como EESMO no cuidado à mulher e família durante o TP.

Durante o EC tive oportunidade de prestar cuidados especializados a 70 parturientes e famílias nos vários estádios de TP, baseando-me na perspetiva de Martha Rogers, tendo sempre presente a interação pessoa/ambiente. Tal como em todos os outros contextos de EC passei gradualmente de uma observação participante para prestação de cuidados autónoma, com o apoio da OL, às mulheres/famílias nos 4 estádios do TP.

Dar à parturiente a oportunidade de ser uma parceira na formulação do plano de cuidados vai ao encontro dos pressupostos da Teoria de Enfermagem selecionada e promove também a sensação de controlo por parte da mulher, o que aumenta a sua autoestima e satisfação (Lowdermilk & Perry, 2008). Deparei-me com várias situações em que as mulheres deram entrada no BP

claramente ansiosas. Através do estabelecimento de uma relação de confiança para comigo, desde a primeira interação, permitiu que esta ansiedade fosse diminuída. Comecei por me apresentar, efetuei várias abordagens para explicar o que estava a decorrer e o que seria expectável que acontecesse seguidamente, procurei envolver o acompanhante na experiência de TP assim como a sua participação no sentido de um parto o mais satisfatório possível.

Identificando-me como aluna CMESMO, realizei o acolhimento à parturiente/acompanhante, no primeiro estadio do TP, que se inicia com as primeiras contrações uterinas regulares e termina quando o colo atinge a dilatação completa (Rezende & Montenegro, 2003). Permitted a exposição de todas as dúvidas e receios e sempre que não conseguia mobilizar os conhecimentos que me permitissem responder a qualquer questão procurei eu própria essa informação de forma a conseguir elucidar as mulheres. A disponibilidade do Enfermeiro e sua preocupação, nomeadamente em garantir a privacidade e um ambiente acolhedor, explicar os procedimentos efetuados e a situação atual, permite que o ambiente se torne mais agradável e pode determinar uma vivência de nascimento positiva por parte da mulher/família (Lowdermilk & Perry, 2008). O plano de cuidados foi sempre realizado tendo em conta o plano de parto das parturientes/família e de acordo com o preconizado pela APEO (2012), descrito também pelas competências do EESMO, Lei 127/2011 (2011). Nenhuma das parturientes alvo do meu cuidado apresentou um plano de parto por escrito, contudo todas tinham expectativas e Objetivos para o seu parto. Coube-me o papel de esclarecer com as mulheres que expectativas e Objetivos tinham idealizado e fazer com o que o seu plano de parto e o meu plano de cuidados se integrassem. Por diversas vezes as parturientes verbalizaram que poderiam fazer “o que me desse mais jeito” (sic), tendo transmitido que sendo o seu parto o meu papel seria adaptar-me às suas necessidades e não o oposto. O importante era apenas a sua satisfação e o seu bem-estar e não o meu. Este tipo de atitude ainda revela alguma submissão das mulheres ao contexto clínico que enquanto EESMO não podemos deixar progredir.

No acolhimento da parturiente/família realizei uma avaliação inicial completa abrangendo a história de saúde, história da gestação atual e

anteriores, realização de exame físico e avaliação do perfil psicossocial, análise de exames complementares de diagnóstico realizados e ainda despiste de situações de risco. Questionei sobre antecedentes pessoais que pudessem interferir com o momento atual (HTA, diabetes gestacional, edemas, HIV e restantes serologias, *Streptococcus B* (vaginal e retal) e potenciais problemas de vinculação. Relativamente à comunicação tive oportunidade de realizar o acompanhamento de uma parturiente que era originária do Bangladesh e que falava Inglês com muita dificuldade. Este foi um desafio bastante interessante, visto que nesta fase da minha formação tinha ainda alguma dificuldade em esclarecer as mulheres sem utilizar uma linguagem demasiado técnica, tentando adaptar a mesma a cada mulher. Faze-lo em inglês a alguém que até nesta língua tinha alguma dificuldade foi realmente complexo. Foi muito gratificante perceber que me tinha feito entender e que fiz a diferença na sensação de segurança para aquela mulher.

De acordo com IG realizei as manobras de Leopold em todas as parturientes, com os Objetivos já citados descritos por Lowdermilk & Perry (2008) assim como a localização do ponto de intensidade máxima da FCF (Lowdermilk & Perry, 2008). Esta intervenção facilita de forma significativa a monitorização externa da FCF por CTG. Realizei também toque vaginal no sentido de perceber a dilatação e estado das membranas. Senti inicialmente alguma dificuldade em certificar-me da avaliação cervical que efetuava, contudo a prática foi tornando a mesma avaliação cada progressivamente mais fácil.

Realizei monitorização externa por CTG a todas as parturientes e em casos de dúvida relativamente aos valores de avaliação de FCF tive também oportunidade de realizar monitorização interna. Esta última, com o Objetivo de avaliar o bem-estar fetal quando a avaliação externa era não tranquilizadora ou falível, permite uma avaliação rigorosa do bem-estar fetal durante o TP (Lowdermilk & Perry, 2008). A interpretação dos traçados de CTG tornou-se cada vez menos complexa e a referenciação de situações de desacelerações da FCF foi feita à equipa médica nos momentos adequados. Relativamente ao ambiente tive sempre a preocupação de colocar o CTG (junto da parturiente) num volume relativamente baixo como forma de permitir o seu repouso e ao

mesmo tempo num som que lhes fosse confortável. Na central de CTG tinha o volume que permitia identificar alguma alteração e visualizava momentaneamente o traçado cardiotocográfico pelo que não havia qualquer necessidade de provocar um ambiente hostil de apitos constantes junto da mulher. A interpretação do traçado de CTG, avaliando o ritmo cardíaco basal do feto, a variabilidade, reatividade e aparecimento de desacelerações (Stndstrom, Rosén, & G, 2000), surge como forma de identificação atempada de qualquer intercorrência e assim possibilita tomar medidas adequadas no sentido da sua resolução e ainda referenciar todas as situações que se encontrassem para além das minhas competências. Estas capacidades evoluíram positivamente e de uma forma gradual não só pelos conhecimentos transmitidos pela OL e restante equipa multidisciplinar como pela pesquisa constante realizada, motivada pelo meu interesse pessoal.

Uma das competências que era expectável que desenvolvesse neste EC era a identificação precoce e prevenção de complicações para a parturiente/RN durante o TP, referenciando as situações que se encontrassem fora do meu campo de ação. No decorrer do EC fui gradualmente sentindo mais autonomia no sentido da identificação das situações assim como na referenciação das mesmas á equipa médica. Referenciei essencialmente situações de ruptura espontânea de membranas nomeadamente em mulheres com *Streptococcus B* positivo (vaginal ou retal), febre materna intraparto e traçados de CTG não tranquilizadores. A perceção da minha evolução neste campo foi particularmente gratificante na medida em que é nas situações de urgência que para mim enquanto profissional reside uma maior ansiedade, apesar de ter a perceção de que lido objetivamente e com serenidade neste tipo de situações. A sensação de que me encontrava a evoluir para a autonomia no despiste de situações complexas foi-me permitindo ganhar confiança na minha avaliação.

Tal como tinha aprendido na fase teórica desta formação, o que foi confirmado pela OL e pela evidência científica, a amniotomia não deve ser um procedimento padrão mas pode ser utilizada para acelerar ou induzir o TP (Lowdermilk & Perry, 2008) o que é corroborado por Souza, Costa, Coutinho, Neto, & Amorim (2010). Estes autores salientam as potenciais complicações inerentes à técnica, entre as quais prolapso do cordão umbilical, compressão

do polo cefálico com desacelerações da FCF, aumento da taxa de infecção, hemorragia fetal ou materna, embolia amniótica e desconforto materno. Além disso, é recomendado manter as membranas intactas pelo maior tempo possível para reduzir o risco de transmissão vertical, nomeadamente de HIV (Souza, Costa, Coutinho, Neto, & Amorim, 2010). Tendo sempre presente que a ruptura de membranas deve ocorrer apenas quando surgir um critério clínico rigoroso (Barradas, et al., 2015) tive várias oportunidades de realizar esta intervenção, com sucesso, durante este EC. O receio de que alguma das complicações ocorresse foi-se desvanecendo pelo facto de saber que a amniotomia estava a ser realizada segundo os melhores critérios e também por sentir que não me encontrava sozinha, existindo sempre a possibilidade da equipa medica intervir no caso de qualquer intercorrência.

Pela minha experiencia profissional, em contexto de serviço de internamento de Cirurgia, pelos longos períodos de jejum a que os doentes ficam sujeitos, criou em mim uma sensibilidade especial à necessidade de hidratação. Não foi uma surpresa para mim que no contexto do EC a hidratação das parturientes fosse também um ponto de interesse. A evidência científica revela que os líquidos administrados por via endovenosa não suprem tão facilmente as necessidades energéticas e de hidratação da parturiente em TP (Lowdermilk & Perry, 2008). A restrição de alimentos líquidos e sólidos durante o parto prende-se com a prevenção da aspiração bronco pulmonar durante a anestesia geral, contudo cada vez mais se opta por outros tipos de anestesia nomeadamente a loco-regional. Não existe atualmente evidência que sustenha a necessidade de proibir a ingestão de líquidos durante o TP normal assim como de dieta ligeira em intervalos frequentes (López, Pérez, Martínez, & Ramos, 2010). Durante o EC e de acordo com o preconizado pelas normas vigentes no local de EC promovi a ingestão de líquidos cristalinos às parturientes durante o TP, assim como a hidratação por via endovenosa.

Nas parturientes a quem prestei cuidados vigiei os sinais de retenção urinária e estimulei a eliminação vesical frequente através do incentivo à deambulação até ao wc, e esvaziamento vesical quando necessário segundo Lowdermilk & Perry (2008) a distensão da bexiga pode impedir a descida da apresentação, inibir a contractilidade uterina eficaz e provocar a diminuição do

tónus da bexiga e atonia pós-parto. O risco de retenção urinária é particularmente elevado no caso de analgesia loco-regional, tive sempre em conta esta possibilidade sendo que a vigilância, nestes casos, assim como o estímulo para a eliminação vesical, foi ainda mais rigoroso.

Coloquei sempre a possibilidade às parturientes, nos casos em que era aconselhável, de deambularem durante o TP, assim como de adotarem o posicionamento que lhes fosse mais confortável. Segundo a evidência científica as mulheres que adotam posições verticais e que deambulam durante o parto têm TP mais curtos, com necessidade de menos intervenções, reportam menos dor severa, e descrevem uma maior satisfação com a experiência do nascimento comparativamente a mulheres que têm os seus filhos em posição supina e a quem não é permitido deambular (Ondeck, 2014). O facto de ter possibilidade de colocar telemetria e promover a deambulação sem restrições foi um ponto positivo porque me permitiu incentivar a mobilidade e as posições verticais, uma das temáticas que ponderei ser a minha escolha para o presente trabalho. A deambulação e a adoção de diferentes posicionamentos são também preconizadas pelas fontes consultadas como promotoras de um parto normal (APEO, 2012) e são referidas por diversos autores como formas de cuidado benéficas, nomeadamente por Lowdermilk & Perry (2008). Ao encontro da minha temática Ondeck (2014) afirma que existe benefício em adicionar estratégias não farmacológicas como acupunctura, massagem e técnicas de imersão como coadjuvantes das posições verticalizadas e da deambulação em TP, no sentido de redução da dor de TP.

O alívio da dor será abordado mais detalhadamente no ponto 2.5, contudo relativamente às atitudes que tomei neste sentido estas foram sempre definidas de acordo com as necessidades da mulher. Desde que a parturiente se encontre sob vigilância e não haja contra-indicação clínica a analgesia “precoce” não parece ter qualquer influência negativa sobre a evolução do TP, nomeadamente no que diz respeito à incidência de parto distócico, e a efeitos sobre o feto, RN ou sobre a mãe (Rodrigues, 2003) o que é corroborado por Parpinelli, Surita, Pacagnella, & Simões (2011). Colaborei por diversas vezes na realização de analgesia loco-regional (sequencial e epidural), administrei terapêutica por esta via tendo em conta a vigilância necessária, nomeadamente

de parâmetros vitais e manifestações de complicações. Outra das estratégias a que recorri foi incentivar o duche quente na região lombar, e promovi a aplicação de calor na mesma zona recorrendo a dispositivo de água quente existente no serviço para esse efeito. Promovi sempre um ambiente tranquilo, com pouca luminosidade, música, e o acompanhamento pela pessoa significativa foi sempre incentivado. O acompanhamento por pessoa significativa, além dos benefícios conhecidos, está contemplado pela legislação vigente através da Lei 15/2014 (2014). Foi sempre uma preocupação da minha parte transmitir uma energia positiva de encorajamento às mulheres. Acredito sinceramente que esta estratégia ajuda a terem uma menor perceção da dor, e além disso sinto que o incentivo dirigido ao pai facilita a aquisição de competências para cuidar o RN e promove a sua participação ativa e autoconfiança.

Ao longo do 2º estágio do TP mantive a monitorização por CTG contínua, realizei o exame vaginal como estratégia de avaliação da dilatação completa do colo uterino, variedade fetal e descida da apresentação, estado das membranas e características do líquido amniótico, no caso de se tratar de uma situação de ruptura de bolsa de águas. A forma mais evidente de perceber se a parturiente apresentava dilatação completa era a referência por parte da mesma do ímpeto de fazer força, reflexo de Ferguson segundo Lowdermilk & Perry (2008). Uma das competências inerentes ao EESMO é a aplicação de *“técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica”* (Lei 127/2011, p. 8664, 2011). Tive oportunidade de realizar 41 partos eutócicos e de acompanhar 12 partos distócicos (5 cesarianas, 2 fórceps e 5 ventosas). As mulheres que tiveram necessidade de um parto instrumentado e a quem eu tinha acompanhado ao longo do TP verbalizaram que se sentiram mais seguras com a minha presença. A energia de positividade e tranquilidade e o profissionalismo que transmiti foi apontada por várias mulheres como sendo uma forma de se sentirem mais calmas, numa situação altamente técnica e contrária às suas próprias expectativas, relativamente ao momento do nascimento dos seus filhos.

Ao longo do acompanhamento da parturiente fui questionando quais eram as posições de parto que desejavam. Incentivei as parturientes a

adotarem a posição que lhes era mais cómoda para realizar os esforços expulsivos. Muitas vezes as mulheres não tinham conhecimento que poderiam ter um parto numa posição verticalizada, pelo que ao mostrar-lhes as diversas opções, muitas das quais optaram por uma posição sentada e demonstraram satisfação por terem tido esta oportunidade. O encorajamento da mulher em adotar a posição que escolheu é preconizado por várias entidades defensoras do parto normal nomeadamente APEO (2012) e vem mencionado em vários manuais de referência como é o caso de Lowdermilk & Perry (2008). A evidência científica atual indica que a maior parte das mulheres ainda tem os seus filhos em posição supina e que o *timing* dos esforços expulsivos, em oposição a serem identificados pela mesma, são influenciados pelos profissionais, mesmo existindo um corpo de conhecimentos científicos que confirma que estas atuações têm desvantagens para a mulher e bebé (DiFranco & Curl, 2014). Faz parte também das competências enquanto EESMO, de acordo com a evidência científica disponível, incentivar as mulheres a escolherem e alterarem, de acordo com a sua necessidade, as posições durante o TP, assim como aguardar pela sua necessidade de realizar esforços expulsivos.

A preparação da mesa de parto, com todo o material necessário para realizar o parto com técnica asséptica, é extremamente importante. O facto de saber como está disposto o material permitiu-me diminuir um pouco a tensão principalmente nos primeiros partos realizados. Cada parto constitui uma situação única o que torna esta área muito aliciante e também pressupõe capacidade de adaptação por parte do EESMO. Pelas minhas características pessoais e experiência profissional, em todas as situações inesperadas adaptei-me sem dificuldade. A nossa posição enquanto Enfermeiros e EESMO tem muito de nós próprios. A forma como conduzimos o parto, a transmissão de calma e tranquilidade à mulher e acompanhante, a energia envolvente ao parto relacionada com o ambiente criado, assim como as palavras de incentivo que lhe mostram que vai ser capaz são, no seu centro, um pouco de nós enquanto pessoa.

A identificação precoce de situações que possam comprometer a saúde da parturiente e/ou do RN é também uma preocupação do EESMO, e tornei-me

cada vez mais capacitada neste âmbito. Referenciei atempadamente à equipa médica quando ocorreu distócia dinâmica, mecânica ou forças expulsivas voluntárias inadequadas (Graça, 2010). Foram estes os principais motivos dos partos distócicos em que colaborei. Realizei várias episiotomias médio-laterais, por sugestão da OL nos primeiros casos, e posteriormente eu própria fui capaz de identificar essa necessidade. Estas foram realizadas sempre com consentimento prévio da parturiente, que era informada por mim durante a condução do TP, de que esta técnica era utilizada apenas quando necessário e não sistematicamente. A realização de episiotomia por rotina demonstra estar relacionada com maior frequência de dor perineal e dispareunia, não demonstrando benefícios maternos ou fetais (Parpinelli, Surita, Pacagnella, & Simões, 2011). Por outro lado devemos ter em conta que a musculatura do assoalho pélvico tem uma grande capacidade de distensão que diverge de uma parturiente para outra, o que determina a importância de avaliação minuciosa (Zanetti, Petricelli, Alexandre, Torloni, Nakamura, & Sass, 2009). Dos 41 partos que realizei, 18 foram com períneo íntegro, em 3 ocorreram lacerações de grau I e em 8 ocorreram lacerações de grau II, em 12 houve necessidade de se recorrer a episiotomia. A episiotomia deve ser ponderada de acordo com as necessidades no momento, e não ser considerada uma técnica aplicada por rotina, o que é referido por Rezende & Montenegro (2003) e corroborado por vários outros autores.

De acordo com a evidência de que dispunha na altura executei, em todos os partos a manobra de Ritgen modificada como estratégia de proteção da musculatura perineal materna e para permitir a extensão da cabeça fetal, o que é apoiado por Lowdermilk & Perry (2008). Posteriormente à realização do EC, e em momento informal de pesquisa motivado pelo interesse na temática, verifiquei que, contrariamente aos autores supracitados, Jönsson (2008) refere que o apoio perineal simples é mais eficaz na prevenção do trauma perineal e episiotomia do que a manobra de Ritgen modificada (Jönsson, Elfaghi, Rydhström, & Herbst, 2008). A Enfermagem, especialmente num âmbito de Especialista, preconiza a pesquisa constante, o facto de ter realizado esta pesquisa posteriormente à realização do EC permite-me ter uma abordagem

diferente *a posteriori*, quando me encontrar a exercer funções enquanto EESMO.

Quando ocorreram situações de circular cervical larga, esta foi retirada. Nos casos de circular cervical apertada, o cordão foi laqueado e procedi ao seu corte. Após a limpeza das vias aéreas superiores do RN este foi colocado no tronco da mãe, em contacto precoce pele-a-pele, sempre que a situação do RN assim permitiu e conforme as recomendações da OMS (2013), corroboradas pelas indicações da Ordem dos Enfermeiros no Projeto Maternidade com Qualidade da MCEESMO. Foi sempre uma preocupação minha a laqueação tardia do cordão, pelos benefícios demonstrados pela evidência científica (WHO/RHR, 2013), questionei sempre os acompanhantes e mulher se pretendiam cortar o cordão, nos raros casos em que a resposta foi negativa procedi ao corte. No 3º estágio do TP foi feita colheita de sangue do cordão umbilical para determinação de grupo sanguíneo (incompatibilidade AB0 e do fator Rh), assim como para avaliação do pH (avaliação do bem-estar fetal). Não houve oportunidade de realizar colheita de células estaminais para criopreservação pois o único casal que acompanhei com kit de colheita para este efeito, teve posteriormente necessidade de realizar cesariana. Observei apenas os dispositivos existentes e pedi à OL que me esclarecesse da forma como a colheita é realizada.

É suposto que após o nascimento ocorra a expulsão natural e completa da placenta e membranas. Para avaliar o descolamento da placenta recorri à pressão ligeira supra púbica e uma tração controlada do cordão umbilical, após ter verificado os sinais de descolamento. Verifiquei posteriormente a integridade da placenta e membranas, de forma a certificar-me de que nenhum fragmento ficaria retido ao nível do útero. Nos casos em que existiram dúvidas foi referenciado à equipa médica que realizou e revisão digital sob controlo ecográfico. Posteriormente foi colocada perfusão ocitócica, que aponta, de acordo com a evidência científica, para o facto de a estimulação da contração uterina poder prevenir a hemorragia (Lowdermilk & Perry, 2008). Verifiquei a existência do Globo de segurança de Pinard, vigiei as perdas hemáticas e referenciei a intercorrência aquando da transferência das puérperas para o serviço de internamento. Segundo a evidência científica, havendo suspeita de

retenção de membranas corioamnióticas pode efetuar-se terapêutica médica ou cirúrgica. Pode ser ponderada, em alguns casos, uma atitude expectante e não realizar curetagem em mulheres assintomáticas no puerpério, mesmo com suspeita de retenção membranas (Alves, Metello, Torgal, Avillez, & Hermida, 2011).

O processo de vinculação desenvolve-se e mantém-se pela proximidade e interação com o RN, em que os pais se familiarizam com o filho, identificando-o como um indivíduo e reconhecendo-o como um membro da família. Assim, para desenvolver e reforçar este processo de vinculação, foi promovido o envolvimento entre mãe, pai e filho através de intervenções como: perguntar ao pai se queria proceder ao corte do cordão umbilical depois da sua clampagem; colocar o RN, logo após o seu nascimento, em cima do abdómen da mãe para promover o contacto precoce pele-a-pele e colocar o RN no colo do pai, incentivando o pai a ficar junto da mãe, promovendo a interação da tríade, enquanto a mãe era sujeita à prática da episiorrafia e/ou perineorrafia. Esta última intervenção tinha um duplo Objetivo, reforçar o processo de vinculação e aliviar o desconforto da puérpera, enquanto submetida à prática da episiorrafia e/ou perineorrafia (Lowdermilk & Perry, 2008). Tendo em conta que a reparação imediata promove a cicatrização e diminui não só o risco de infeção como de lesão residual (Lowdermilk & Perry, 2008) procedi imediatamente após a dequitação à realização da episiorrafia. A dificuldade inicial na realização desta técnica foi sendo superada, gradualmente, á medida em que as oportunidades de a realizar surgiram, tornou-se cada vez mais clara a identificação dos tecidos e a própria técnica mais intuitiva. A OL promoveu também este desenvolvimento.

Durante o EC tive oportunidade de desenvolver competências como EESMO no cuidado á puérpera e família durante o período de puerpério imediato. As primeiras 2 horas após o parto são de extrema importância tanto para a mãe como para o RN pela recuperação do esforço físico inerente ao parto e também pelo primeiro contacto da mãe/família/RN. Existe nesta altura um reajustamento dos órgãos e sistemas maternos ao estado de não gravidez, e o RN continua a sua adaptação á vida extrauterina, por estes motivos é fulcral uma vigilância rigorosa da díade neste período. Praticamente todas as

mulheres, a quem conduzi o parto, prestei também os cuidados de enfermagem especializados no período do puerpério imediato. Considerámos, tanto eu como a OL, que seria uma mais valia na medida em que existia já, entre mim e a puérpera, uma relação de confiança existindo também assim uma melhor continuidade dos cuidados prestados o que incrementa obviamente os resultados. A recuperação da puérpera de um esforço físico, e emocional, tão significativo como o do parto poderia ser aliviado pela hidratação e alimentação ligeira da mesma que eu providenciava, seguidamente colocava novamente o RN junto da mesma para que se continuasse o processo de vinculação, iniciado com o contacto precoce pele-a-pele imediatamente após o nascimento, sempre que as condições da mãe e RN o permitiram.

Foi sempre uma prioridade verificar a motivação da mulher relativamente à amamentação. Em situações em que a mulher se encontrava recetiva à amamentação tentei incentivar esta sua decisão, contrariamente em situações em que a mulher não se encontrava recetiva tentei apoiá-la na sua decisão e esclarecer algumas das suas dúvidas, no sentido de desmistificar o próprio processo de amamentação. O Hospital onde realizei o ECER é acreditado pela OMS/UNICEF como Hospital Amigo dos Bebés e também por este motivo, além das competências inerentes ao EESMO em desenvolvimento, incentivei a amamentação nos primeiros 60 minutos de vida. Este é o período ideal para iniciar a amamentação visto que o RN se encontra em alerta e preparado para a amamentação (Lowdermilk & Perry, 2008). Neste sentido, foi promovida a amamentação no pós-parto imediato. Logo após o processo de dequitação, a puérpera era questionada se pretendia amamentar de imediato ou quando fosse terminada a episiorrafia, se necessária, e prestados os cuidados de higiene perineal. Na altura escolhida por cada puérpera o RN foi colocado à mama explicando e demonstrando à mãe e pai a técnica e vantagens da amamentação.

Ao longo das duas horas do puerpério imediato avaliei as puérperas e RN várias vezes, sendo que no final do puerpério imediato realizei a avaliação completa relativamente a estabilidade hemodinâmica e despiste de complicações (hemorragia, retenção vesical, trombose venosa profunda). Para

a avaliação supracitada realizei a monitorização de parâmetros vitais e o exame obstétrico desde pele e mucosas, mamas e mamilos, globo de segurança de Pinard formado, períneo/perineorrafia/episiorrafia, lóquios, sinais de retenção vesical com esvaziamento vesical, quando necessário, e membros inferiores. As mulheres eram informadas sobre a necessidade e importância de alertarem caso sentissem que existiam perdas hemáticas aumentadas. Realizava os cuidados perineais, no caso de dor e/ou edema do períneo procedia à aplicação de gelo. No caso de se ter tratado de um puerpério imediato sem intercorrências retirava o acesso venoso periférico e, no caso de existir, também o cateter epidural. Se a mulher tivesse sido submetida a cesariana sob anestesia geral procedia à avaliação do estado de consciência, vigilância do penso operatório e de eliminação vesical, uma vez que a mulher permanece algaliada 6 horas após a cirurgia, para além das vigilâncias referidas anteriormente.

Todos os momentos de contacto com a díade foram vistos, por mim, como propícios à realização de educação para a saúde, esclarecimento de dúvidas, assim como de reforço da vinculação. De acordo com a evidência científica existe uma relação entre o padrão de vinculação e o nível de apego materno-fetal, estando estes também relacionados com os sintomas de depressão e ansiedade da mulher. Desta forma torna-se ainda mais importante que o EESMO esteja desperto para a necessidade de criar um ambiente favorável à redução dos níveis de ansiedade materna e promover a vinculação precoce (Schmidt & Argimon, 2009).

Considero que atingi os Objetivos propostos com sucesso. Os momentos de dificuldade relativos à falta de experiência na área foram colmatados pelo apoio da OL e da equipa multidisciplinar ao longo do EC. O facto de me sentir parte da equipa promoveu também o meu desenvolvimento. Os momentos de reflexão com a equipa e OL e o estímulo positivo por parte da mesma ao meu desempenho no contexto do EC promoveram também significativamente o meu progresso no que diz respeito às competências técnicas, científicas, relacionais e comunicacionais como EESMO. Desta forma considero que desenvolvi cuidados especializados de qualidade, de forma autónoma desde o planeamento, implementação e avaliação das intervenções

à mulher/RN/família ao longo de todos os estádios do TP, identificando e referenciando as situações que estavam fora das minhas competências enquanto EESMO e promovendo sempre a participação ativa da mulher/família neste momento que é sobretudo deles.

2.4 O cuidado ao recém-nascido na adaptação à vida extrauterina

Neste ponto pretendo descrever, analisar e avaliar as atividades implementadas no sentido de desenvolver competências como EESMO no cuidado ao RN na adaptação à vida extrauterina

O RN tem necessidade de realizar várias adaptações fisiológicas e comportamentais no sentido de se adequar a vida extrauterina e o EESMO desempenha um papel preponderante nesta adaptação do RN/mãe/família a esta nova situação, assegurando uma avaliação imediata do RN e implementando as medidas necessárias a esta adaptação.

Ao longo do ECER tive oportunidade de prestar cuidados a 54 RN. Consultei sempre o processo da grávida dado que existe evidência científica que aponta para melhores resultados neonatais quando existe uma vigilância da gravidez correta, o que condiciona de forma mais imediata a adaptação do RN à vida extrauterina. No caso de se tratar de um parto distócico ou de um parto pré-termo contactei o Neonatologista que observou o RN na altura do nascimento e a transferência do RN para o berçário no sentido da avaliação e prestação de cuidados ser feita de forma imediata. A aplicação sistemática do Índice de Apgar que inclui coloração, frequência cardíaca, frequência respiratória, tónus muscular e irritabilidade reflexa foi realizada a todos os RN. Se o índice obtido fosse satisfatório abordava o RN tendo sempre em conta que a manutenção de um bom ambiente térmico faz parte dos cuidados neonatais eficazes (Lowdermilk & Perry, 2008) e posteriormente colocava o mesmo em contacto pele-a-pele, se assim fosse a vontade da mãe. De seguida, e junto da mãe, o RN era identificado com as pulseiras plásticas e eletrónica com o nome da mãe. Nos casos de partos eutócicos a identificação era feita no primeiro momento de contacto pele-a-pele imediatamente após o nascimento. Após um período de contacto pele-a-pele estabelecido, consoante

fosse confortável para a mãe e RN, este último era novamente transferido para o berçário e prestados os cuidados imediatos. Estes cuidados incluíam a avaliação objetiva do RN: vitalidade e choro, pele e mucosas, observação céfalo-caudal no sentido de identificar eventuais alterações, coto umbilical e cuidados ao mesmo e avaliação do peso. À medida que observava pesquisava também os reflexos de preensão palmar e plantar, pontos cardeais, Moro, sucção e deglutição, e era administrada vitamina K via intramuscular, para prevenção da hemorragia, e cloranfenicol colírio, para prevenção conjuntivite neonatal devido a agentes etiológicos como *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus* (Beck, Ganges, Goldman, & Long, 2004) corroborado por Lowdermilk & Perry (2008). Se fosse a vontade dos pais o RN era apresentado aos restantes familiares.

Considero ter conseguido atingir todos os Objetivos a que me propus no sentido de desenvolver competências no cuidado ao RN na adaptação à vida extrauterina. Segundo o Regulamento de Competências da Ordem dos Enfermeiros compete ao EESMO a promoção da saúde da mulher/RN/família, a identificação precoce e prevenção de complicações no período pós-natal assim como promover a saúde do RN e a sua adaptação à vida extrauterina (LEI 127/2011) e desta forma desempenha um papel fulcral na prevenção da morbi-mortalidade neonatal através da vigilância e do encaminhamento aos restantes membros da equipa multidisciplinar em todas as situações que estejam fora do âmbito da sua atuação.

2.5 A acupressão e outras terapias complementares como coadjuvantes no alívio/controlo da dor da mulher em trabalho de parto

Neste ponto pretendo descrever, analisar e avaliar as atividades desenvolvidas no sentido de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito da acupressão e outras TCA como coadjuvantes no alívio/controlo da dor da mulher em TP. Considerei pertinente abordar ainda outras terapias – Shiatsu e acupunctura - pela sua íntima relação com a terapia supracitada, demonstrada pela evidência.

A dor está associada a lesão dos tecidos, real ou potencial, e trata-se de uma experiência sensorial desagradável, sendo de extrema importância para a integridade física e também emocional da pessoa na medida em que compromete a qualidade de vida da mesma. Mensurável através de escalas é considerada, desde 2003, como o 5º sinal vital, contudo é ainda subvalorizada. O controlo eficaz da dor é uma obrigatoriedade dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo fulcral para a humanização dos cuidados de saúde. Este deverá ser prioritário nomeadamente no TP na medida em que a dor tem grandes implicações na perceção da mulher relativamente ao seu parto, e o profissional de saúde deve estar atento a todos os sinais de dor e desperto para o controlo da dor (Lowdermilk & Perry, 2008).

Segundo o Regulamento de competências, o EESMO “*concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos*” e também “*coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor*” (Lei 127/2011, pg. 8664, 2011). Para a concretização do Objetivo a que me propus, no âmbito da temática selecionada, realizei revisões narrativa e sistemática da literatura, notas de campo e entrevistas informais com peritos.

2.5.1 Revisão sistemática da literatura

A Revisão sistematizada da literatura procurou responder à questão de pesquisa elaborada e baseou-se em pesquisa de estudos científicos, eleição de artigos através da definição de critérios de inclusão e exclusão, análise crítica dos resultados e síntese dos mesmos.

Foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: quais os efeitos da acupressão no alívio da dor da mulher em trabalho de parto?

De forma a ser possível a seleção dos artigos considerados pertinentes para a temática foram definidos como critérios de inclusão artigos com texto completo, em português, espanhol, francês ou inglês, publicados em bases de dados a partir do ano de 1995. Considerei adequado alargar o horizonte temporal dos artigos até 1995 dada a pertinência e atualidade dos artigos

encontrados datados deste ano. Como critérios de exclusão defini todos os artigos publicados antes dessa data, que não tivessem texto completo disponível, não se encontrassem escritos nas línguas supracitadas ou não respondessem á questão de pesquisa. Seguidamente foram definidos os descritores: acupressão (acupressure), Shiatsu, dor de parto (Labor pain), obstetrícia (midwifery), trabalho de parto (Labor).

A revisão decorreu em Julho de 2015, e a pesquisa foi realizada na plataforma agregadora de bases de dados EBSCO, incluindo as bases de dados: Cinhal+Medline. Após cruzamento dos descritores booleanos obtive 29 artigos. Após aplicação dos critérios de inclusão/exclusão e leitura dos resumos e do texto integral selecionei um total de 6 artigos. Em apêndice I apresento uma tabela com os principais resultados obtidos, através da análise dos artigos selecionados, relativamente à questão de pesquisa. Apresento seguidamente um resumo dos resultados referidos.

A acupressão ajuda a repor a corrente natural da energia corporal e na abordagem à dor do TP pode ajudar a restaurar os níveis apropriados e as funções de correntes de energias vitais livres e harmoniosas, que por sua vez ajuda a equilibrar a pessoa como um todo e a potenciar os mecanismos de cura inatos do organismo (Ernzen, 1997). Ao encontro do autor supracitado Jimenez (1995) refere que a acupressão é uma das técnicas mais eficazes para controlo da dor, tensão e stress e é compatível com maior parte das técnicas de preparação e TP. Este é ainda apoiado por Koehn (2000) que refere existir evidência adequada de que a acupunctura pode ser eficaz em problemas de saúde relacionados com a dor. Assim sendo, acupunctura e acupressão podem ser eficazes no alívio da dor associada ao TP e nascimento. O autor refere que foram especificados pontos associados à dor de TP dorsal, TP difícil e dor de TP. No seu estudo clinico randomizado Lee, Chang, & Kang (2004) constataram diferenças significativas entre os grupos, nas pontuações subjetivas de dor de TP em todos os momentos após a intervenção. Estes resultados mostraram que acupressão do ponto SP6 foi eficaz na diminuição a dor do TP. Através da sua revisão sistemática da literatura Smith, Collins, Crowther, & Levett (2011) verificaram que existe evidência científica para afirmar que a acupunctura e a acupressão podem ter

um papel na redução da dor, aumento da satisfação com o tratamento da dor e redução da utilização de medidas farmacológicas. Chung, Hung, Kuo, & Huang (2003) concluíram que existe uma diferença significativa na diminuição da dor do parto entre os três grupos na fase ativa do primeiro estágio do TP, contudo não houve diferença significativa na diminuição da dor, entre os três grupos, nas fases latente e transitória do primeiro estágio do TP. Os resultados do estudo confirmam o efeito da acupressão dos pontos LI4 e BL67 na diminuição da dor durante a fase ativa do primeiro estágio do TP.

2.5.2 A minha Prática Baseada na Evidência

A concretização deste Objetivo em específico só foi possível através da realização das revisões narrativa e sistemática da literatura e levou ao que considero o mais importante – a aprendizagem. Através da análise da evidência científica consegui conhecer melhor o que é a acupressão/Shiatsu e outras TCA e perceber a sua influência no controlo da dor da mulher em TP assim como estas podem ser coadjuvantes nos cuidados de Enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica.

A seleção antecipada da temática é positiva na medida em que conseguimos focalizar parte da nossa atuação ao longo de todos os EC na mesma. Assim no decorrer de todos os EC procurei dar a conhecer aos pares esta perspetiva dos cuidados de Enfermagem Especializados aliados às TCA, na tentativa de abrir horizontes e quem sabe até mudar mentalidades numa área tão pouco explorada no âmbito da comunidade científica.

No EC II – Puerpério - procurei através de entrevistas informais às puérperas perceber se tinham conhecimento sobre as TCA e se já tinham recorrido a alguma delas, nomeadamente acupressão/Shiatsu ou acupuntura. Raras foram as mulheres que referiram ter recorrido às mesmas, contudo varias conheciam a acupuntura e já tinham tido intensão de recorrer a esta técnica, contudo o fator limitador tinha sido em todos os casos o receio da dor pela utilização de agulhas. Procurei desmistificar, explicando que a aplicação das mesmas é feita muito superficialmente na pele e as agulhas são de um calibre muito pequeno provocando apenas um ligeiro desconforto.

No EC III - Cuidados de Saúde Primários - durante a realização das consultas de vigilância pré-natal procurei abordar a temática e informar as mulheres/famílias sobre as TCA. Grande parte das mulheres mostraram interesse na temática, o que me levou a realizar um poster sobre a Acupressão/Shiatsu em Obstetrícia para afixar na sala de Saúde da Mulher. Pelo interesse da equipa neste tema realizei também um documento escrito com os resultados da minha revisão da literatura e uma sessão de esclarecimento sobre o mesmo para a equipa de Enfermagem. Todas as Enfermeiras quiseram assistir á sessão e considero que esta foi bem-sucedida na medida em que todas participaram e referiram a importância de ser abordado um tema diferente e apoiado na evidência científica.

Durante o EC IV - Materno-fetal - infelizmente ainda não havia tido possibilidade de realizar a formação prática em Shiatsu em Obstetrícia, contudo pelo facto de já conhecer parte dos pontos de acupressão utilizados, nomeadamente pela análise dos artigos pesquisados, procurei recorrer à massagem lombo-sacral durante as contrações com o Objetivo de aliviar a dor, sendo que esta é uma terapia não farmacológica eficaz no alívio da intensidade da dor (Davim, Torres, & Dantas, 2009). Todas as mulheres a quem apliquei esta massagem referiram alívio da dor. A massagem é uma das terapias não farmacológicas preconizadas pela Iniciativa Parto Normal da APEO/FAME/Ordem dos Enfermeiros, além disso a zona lombo-sacral compreende parte dos pontos de acupressão conhecidos como influentes no alívio da dor de TP, nomeadamente os pontos BL31 e BL 32.

Ao longo dos EC I – Ginecologia - e V – Neonatologia - procurei dar a conhecer aos pares as TCA como coadjuvantes dos cuidados especializados. O interesse por parte de alguns profissionais assim como a renitência por parte de outros fez-me sentir necessidade de aprofundar mais os conhecimentos nesta área. A necessidade premente de argumentar cientificamente numa área aparentemente tão díspar da concepção ocidental da ciência, como são as TCA de origem oriental, fomentou a minha pesquisa quase constante de artigos nesta área, e fez-me aprender e compreender cada vez mais a necessidade de integrar as TCA nas terapias convencionais como forma de potencializar os seus efeitos para benefício do cliente.

Depois de várias tentativas no sentido de realizar uma formação em Acupressão sem sucesso, realizei uma formação prática muito específica e infelizmente de curta duração intitulada “Formação em Massagem Shiatsu pré e pós-natal”, cujo certificado apresento em anexo (anexo I). Por falta de disponibilidade de tempo não pude realizar a formação mais abrangente, com duração de 2 anos, no entanto entrei em contacto com várias instituições que ministram cursos de Shiatsu. Ainda não consegui iniciar esta formação devido aos horários em que decorrem as aulas serem muito limitativos, para o meu contexto de trabalho atual e uma vez que atualmente me encontro focalizada na realização do presente trabalho. Mas este é sem dúvida um plano para o futuro.

O parto é, na generalidade, descrito como doloroso pela maior parte das mulheres (Smith, Collins, Crowther, & Levett, 2011). Por outro lado existe um interesse por parte de muitas mulheres no uso de formas adicionais de cuidado para a apoiar no alívio da dor durante o TP (Smith, Collins, Crowther, & Levett, 2011). A dor pode ser aliviada através da acupressão pelo facto de esta interferir com a transmissão do estímulo doloroso, e provavelmente aumentar os níveis séricos de endorfinas (Chung, Hung, Kuo, & Huang, 2003). É possível que a acupressão ative os centros inibidores da dor a nível central (Hjelmstedt, et al., 2010). Durante o ECER tive oportunidade de prestar cuidados especializados a 54 parturientes, sendo que apliquei Shiatsu a 45 das mesmas. Pela evolução do próprio TP não foi possível aplicar na totalidade das parturientes cuidadas. Apliquei essencialmente Shiatsu nos pontos sacrais BL32 e BL33 de acordo com Yates & Anderson (2003), corroborado por Kim (2014). Estes pontos encontram-se relacionados com o alívio da dor em TP, e foram alguns dos mais explorados na formação que fiz neste âmbito. Por outro lado também passei a sentir uma reação mais imediata por parte das mulheres à estimulação destes pontos, em relação a outros. Apliquei Shiatsu para indução do TP no ponto SP6 de acordo com o que é recomendado por Yates & Anderson (2003) corroborado por Lee, Chang, & Kang (2004) contudo não consegui verificar o seu efeito. Recebi de praticamente todas as parturientes expressões positivas relativamente ao alívio da dor e 5 companheiros questionaram se poderiam, eles próprios, aplicar Shiatsu. De acordo com

Smith, Collins, Crowther, & Levett (2011) existem varias formas de acupressão, algumas são aplicadas por profissionais de saúde treinados e outras podem inclusivamente sê-lo pelo indivíduo como uma forma de automassagem. Assim os acompanhantes das parturientes foram informados que a aplicação de Shiatsu deveria ser realizada por mim, contudo poderia ensinar outra técnica, que os mesmos poderiam aplicar – a massagem lombo-sacral. Incentivei os acompanhantes, mesmo os que não verbalizaram *a priori* vontade de aplicar, a fazerem massagem lombo-sacral como forma de os incluir nos cuidados e assim sentirem que tinham um papel preponderante de ajuda na altura do TP. Considero que esta estratégia teve sucesso, todos se mostraram interessados com a possibilidade, reconfortados por poderem ajudar a mulher e agradeceram a hipótese dada. De todas as mulheres a quem apliquei Shiatsu apenas 3 tiveram uma atitude negativa perante a TCA. Segundo Smith, Collins, Crowther, & Levett (2011) a experiencia TP depende de uma combinação dos aspetos físicos, psicológicos e espirituais da mulher e associo estas reações negativas ao estado emocional das mesmas. Destas parturientes nenhuma tinha realizado curso de preparação para a parentalidade, tratava-se de parturientes muito jovens, cujos acompanhantes eram pessoas marcadamente ansiosas o que potenciou, nestes casos, a própria ansiedade das mulheres pela troca de energias tão bem definida pela teórica selecionada para balizar este trabalho. Ao encontro dos autores supracitados Koehn (2000) refere que dado que a experiencia de TP é multidimensional, as influências do corpo, mente e espírito devem contribuir para o bem-estar da mulher, contudo tem de haver uma recetividade por parte da mesma para qualquer cuidado que seja implementado.

O propósito da acupressão é restaurar a harmonia e equilíbrio do corpo, o equilíbrio da pessoa como um todo enaltece o funcionamento natural do corpo da mulher (Koehn, 2000). A dor do TP pode ser intensa, pode ser agravada pela tensão da mulher, ansiedade e medo, afetando o processo do TP e experiencia de nascimento. A acupressão na abordagem à dor da mulher em TP pode ajudar a restaurar os níveis apropriados e as funções de correntes de energias vitais, o que por sua vez ajuda a equilibrar a pessoa na sua totalidade (Ernzen, 1997). Com a aplicação de Shiatsu às várias parturientes

pude constatar o que o autor refere, a expressão “isso alivia tanto” (sic) foi uma das mais referidas pelas parturientes a quem apliquei a técnica, e simultaneamente era evidente a diminuição da tensão.

Muitas grávidas recorrem a uma ou várias TCA, Adams (2009) citado por Smith, Collins, Crowther, & Levett (2011), e muitas mulheres gostariam de evitar métodos farmacológicos ou invasivos para o alívio da dor no TP. Isto pode contribuir para a popularidade dos métodos complementares de tratamento da dor (Smith, Collins, Crowther, & Levett, 2011). Por outro lado as técnicas de acupressão podem ser utilizadas durante a gestação, parto e pós-parto com o Objetivo de aliviar alguns desconfortos e dor (Lowdermilk & Perry, 2008). Jimenez (1995) apresenta técnicas de acupressão para alívio da dor durante a gravidez, parto e período pós-parto citando algumas regiões em que a aplicação de pressão pode ser benéfica em TP. A acupressão é uma das técnicas mais eficazes para controlo da dor, tensão e stress, sendo também fácil de ensinar, aprender e aplicar (Jimenez, 1995). Considerei pertinente e tive oportunidade durante este EC, tal como em todos os outros, de dar a conhecer aos pares as TCA como coadjuvantes dos cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Materna e Obstétrica. A receptividade por parte de todos os elementos da equipa multidisciplinar foi muito interessante e incentivou-me à realização de um poster para afixar no Serviço relativamente a esta temática.

Fui selecionada também para fazer uma apresentação livre no I Congresso Internacional de Saúde Materna da ESEL sobre esta temática, e na sequência da mesma um artigo científico. Foi extremamente gratificante, não só pelas palavras de incentivo e de parabéns que recebi após a apresentação, como também ter recebido um convite para apresentar o mesmo noutras jornadas (que infelizmente não se concretizou por motivos externos à minha vontade). Decorrente desta apresentação recebi também um prémio o que foi também, obviamente, um grande motivo de orgulho.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é apenas o início do percurso enquanto futura EESMO, e estou consciente de que existe ainda um longo caminho a trilhar. O ECER foi extremamente relevante na minha aprendizagem, não só pela multiplicidade de experiências como pelas características das mesmas, que me permitiram o desenvolvimento das competências preconizadas e imprescindíveis para uma prestação de cuidados especializados de excelência. Este relatório permitiu-me analisar e refletir sobre todo o percurso realizado no sentido do desenvolvimento das competências técnico/científicas e relacionais, preconizadas para o EESMO, no cuidado à mulher/família ao longo do seu ciclo vital, seja em situação de saúde ou doença, durante o período pré-natal, trabalho de parto, doença ginecológica assim como na adaptação do RN à vida extrauterina. Outro dos pontos positivos desta experiência foi o desenvolvimento da capacidade de identificação de situações complexas de urgência/emergência, atuação e referência atempada, quando previsse que estas se encontrariam fora da minha área de atuação.

O acolhimento no seio da equipa multidisciplinar, como parte da mesma, contribuiu também para o meu desenvolvimento e para que conseguisse atingir os Objetivos a que me tinha proposto neste percurso. Foi extremamente importante sentir que me identificava com a filosofia do serviço, a forma como a mulher/família/RN são o centro dos cuidados. A promoção da autonomia do alvo das nossas intervenções é algo inerente ao serviço e com o que me identifico completamente enquanto pessoa/Enfermeira e futura EESMO.

A divergência entre a área de Especialidade que abracei e a minha prática de cuidados no serviço em que me encontro a exercer funções (Serviço de Cirurgia Geral) não influenciou negativamente, em nenhum momento, a minha aprendizagem mas pelo contrário fez com que sendo uma “tábua rasa” absorvesse todos os momentos como uma criança a descobrir o mundo. Implicou obviamente uma pesquisa constante, assim como diversos momentos de reflexão com a OL e a equipa multidisciplinar, como forma de mobilizar conhecimentos teóricos que não se encontravam mecanizados.

Considero que no decorrer desta formação, em particular no ECER, desenvolvi de forma considerável a minha capacidade de análise crítica e reflexiva, priorizando a prática baseada na evidência. A articulação entre os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e a prática quotidiana dos cuidados na perspetiva do EESMO foi também possível através da mesma análise em todas as minhas intervenções. Reconheço, em mim, hoje, uma maior maturidade profissional que associo à sensação de confiança e segurança advindas de maiores conhecimentos técnico/científicos e relacionais. Desenvolvi também a capacidade de fornecer informação clara e não excessivamente técnica, de forma a tornar a mesma perceptível e acessível a cada mulher, na sua individualidade. O doseamento da quantidade e pertinência da informação fornecida sempre foi um ponto fulcral na minha identidade enquanto Enfermeira. Neste ponto da minha formação foi interessante constatar a importância que sempre dei à imprescindibilidade do fornecimento de informação à pessoa, sobre o seu estado de saúde e tudo o que lhe diz respeito no processo de cuidados.

Algo que considero muito relevante no contexto específico deste EC, e que senti como um desenvolvimento gradual e significativo, foi a minha capacidade de manter calma e tranquilidade, transmitindo estes sentimentos às mulheres de quem cuidei, induzindo as mesmas a experienciarem também essa calma e tranquilidade. Considero que esta serenidade para as mulheres é fulcral para uma experiência de TP satisfatória e só foi possível a partir do momento em que me comecei a sentir mais segura e autónoma.

A escolha da temática abordada foi instigada pelo meu interesse pessoal, e permitiu-me abrir novos horizontes, o que potenciou uma mudança e crescimento não só a nível profissional como a nível pessoal. Posso dizer que chegou mesmo a ocorrer uma mudança na minha filosofia de vida. A motivação foi a de contribuir para a abordagem a nível académico das TCA baseadas na energia, promovendo a sua visibilidade enquanto possíveis coadjuvantes das terapias convencionais. A filosofia ocidental é ainda muito divergente da oriental, que vê o indivíduo como composto por um corpo físico e um corpo energético, não se tratando de entidades separadas. Este trabalho serviu

também para aplicar mais TCA e ENF de alívio da dor no âmbito do serviço em que me encontro a exercer funções. Sinto que fiquei desperta para o quanto podemos potenciar as terapias convencionais através de outras, menos abordadas mas extremamente ricas.

A revisão narrativa da literatura permitiu-me concluir que existem várias TCA que podem ser utilizadas no alívio da dor da mulher em TP, o que foi corroborado pelos resultados da revisão sistemática da literatura. No decorrer dos EC, principalmente no ECER, foi possível constatar a aplicabilidade e os benefícios das TCA estudadas para as mulheres em TP. Como EESMO temos o dever de proporcionar às mulheres todos os recursos disponíveis no sentido de melhorar a sua experiência de parto. Neste sentido a diminuição da dor, ou mesmo da perceção da dor é facilitador de uma experiência de parto mais positiva.

Todas as mudanças na sociedade foram alvo de desconfianças, mesmo aquelas que eram verdades absolutas foram questionadas, para serem aceites novas teorias que se mostraram evidenciáveis. Torna-se imperativo, portanto, que as TCA sejam comprovadas cientificamente, a dificuldade prende-se com a mensurabilidade destas terapias e a escassez de estudos prévios que suportem a fundamentação teórica imprescindível. Contudo o desafio, sendo grande, é também muito mais interessante, as TCA abrem novos caminhos a uma Enfermagem com vontade de evoluir. Entrei já em contacto com a Escola de Medicina Tradicional Chinesa no sentido de realizar uma formação mais alargada na área. Pretendo também realizar um artigo científico de forma a contribuir para a divulgação da temática no âmbito mais alargado.

Todo o cansaço, derivado dos vários meses de uma carga horária considerável entre trabalho, estágio, pesquisas, e vida familiar mínima foram compensados pelo sentimento de concretização e também obviamente pela avaliação final ao nível de Excelente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcantara, M. R., Silva, D. G., Freiberg, M. F., & Coelho, M. P. (2011). Teorias de Enfermagem: a importancia para a implementação da sistematização da assistência em Enfermagem. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 2(2), 115-132.
- Alves, J., Metello, J. L., Torgal, M., Avillez, T., & Hermida, M. (2011). Curetagem pós-parto por suspeita de retenção de produtos de concepção. *Acta Obstet Ginecol Port*, 5 (4), 165-169.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal*. Acedido 06-07-2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Parto_Normal.pdf
- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudencio, A. P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E. ... Varela, V. (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saude Materna e Obstétrica/Parteiras*. Acedido 06-07-2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
- Basavanhappa, B. T. (2007). *Psychiatric Mental Health Nursing*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd.
- Beck, D., Ganges, F., Goldman, S., & Long, P. (2004). *Saving Newborn Lives Cuidados ao Recém-Nascido, Manual de Consulta*. Washington, DC: Save the Children Federation.
- Chung, U. L., Hung, L. C., Kuo, S. C., & Huang, C. L. (2003). Effects of LI4 and BL67 Acupressure on Labor Pain and Uterine Contractions in the First Stage of Labor. *Journal of Nursing Research*, 11(4), 251-259.
- Davim, R. M. B., Torres, G. V., & Dantas, J. C. (2009). Efectividade de Estratégias não farmacologicas no alivio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP*, 43 (2), 438-445.
- DiFranco, J. T., & Curl, M. (2014). Healthy Birth Practice #5: Avoid Giving Birth on Your Back and Follow Your Body's Urge to Push. *The Journal of Perinatal Education* 23 (4), 207-210.
- Ernzen, M. A. (1997). Touch is not only the most intimate and powerful form of communication, but it is also powerful medicine. *International Journal of Childbirth Education*, 12 (4): 6. Acedido 06-07-2015. CINAHL Plus with Full Text. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=3000022755&site=ehost-live>

Ernzen, M. (1997). Acupressure, a component of oriental medicine, can be useful in managing labor pain. *International Journal of Childbirth Education*. 12 (4): 6. Acedido 06-07-2015. CINAHL Plus with Full Text. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=3000022753&site=ehost-live>

Fraser, D. M., & Cooper, M. A. (2010). *Assistencia obstétrica um guia prático para enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda.

Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. (4ª Ed.), Lisboa: Lidel.

Guedes, H., Almeida, A., Ferreira, F., Junior, G., & Chianca, T. (2014). Classificação de risco: retrato de uma população atendida num serviço de urgência brasileiro. *Revista de Enfermagem Referencia*, Série IV - nº1, 37-44.

Gunther, M. (2004). Martha E. Rogers - Seres Humanos Unitários. In Alexopoulos, Y., Boyle, M. K., Thornton, J. L. (Eds) *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp. 253-265). Loures: Lusociencia.

Hjelmstedt, A., Shenoy, S. T., Stener-Victorin, E., Lekander, M., Bhat, M., Balakumaran, L. ... Waldenström, U. (2010). Acupressure to reduce labor pain: a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica e Gynecologica*, 89, 1453-1459.

Jimenez, S. L. M. (1995). Acupressure: pain relief at your fingertips. *International Journal of Childbirth Education*. 10 (4), 7-10, Acedido 06-07-2015. CINAHL Plus with Full Text. Disponível em

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1996007608&site=ehost-live>

Jönsson, E. R., Elfaghi, I. M., Rydhström, H. M., & Herbst, A. M. (2008). Modified Ritgen's maneuver for anal sphincter injury at Delivery: a Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*, 112 (2) part 1, 212-217.

Kim, C. H. (2014). *Manual Prático de acupuntura* (5ª Ed. atualizada). São Paulo: Icone Editora.

Koehn, M. L. (2000). Alternative and Complementary Therapies for Labor and Birth: An Application of Kolcaba's Theory of Holistic Comfort. *Holist Nurs Pract*, 15(1) 66-77.

Lee, M. y., Chang, S. B., & Kang, D.-H. (2004). Effects of SP6 Acupressure on Labor Pain and Length of Delivery Time in Women During Labor. *THE JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE*, 10 (6) 959-965.

- Lei nº n.º 127/2011, de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, 2.ª série, N.º 35 (18-02-2011) 8662-866.
- López, E. A., Pérez, J. H., Martínez, M. G., & Ramos, E. M. (2010). La ingesta durante el trabajo de parto de bajo riesgo: una revisión de la literatura. *Medicina Naturista*. 4 (2). 74-79.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª Ed.), Loures: Lusodidacta.
- MCEESMO-OE (2013). Projecto Maternidade com qualidade. Acedido 06-07-2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Nishikawa, M., & Sakakibara, H. (2013). Effect of nursing intervention program using abdominal palpation of Leopold's maneuvers on maternal-fetal attachment. *Reproductiv Health Journal*, 10 (12). 2-7.
- Organização Mundial de Saúde (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Acedido em 15 -05-2014. Disponível em <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>
- Ondeck, M. (2014). Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. *The Journal of Perinatal Education*. 23 (4). 188-193.
- Parpinelli, M., Surita, F., Pacagnella, R., & Simões, R. (2011). Assistência ao Trabalho de Parto. *Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia* Acedido 06-07-2015. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/assistencia_ao_trabalho_de_parto.pdf
- Pearlman, M. D., & Tintinalli, J. E. (1998). *Emergencias médicas na mulher*. Rio de Janeiro: McGraw Hill Companies, Inc.
- Ponce, P., & Teixeira, J. (2006). *Manual de Urgencias e Emergencias*. Lisboa-Porto: Lidel - edições técnicas, lda.
- Ramalho, A. (2011). *Trabalho de parto no hospital a experencia de sentir-se respeitada*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, lda.
- Rezende, J., & Montenegro, C. A. (2003). *Obstetrícia Fundamental*, (9ª Ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

- Rodeia, R. P. (2003). O contributo das terapias naturais para a pratica de enfermagem - acupunctura, moxabustão e ventosas. In M. e. al, *Terapias Naturais na pratica de Enfermagem* (pp. 19-34). Coimbra: Formasau.
- Rodrigues, P. S. (2003). Analgesia do trabalho de parto por bloqueio do neuroeixo ou peridural. In J. A. Bismark, *Analgesia em Obstetrícia* (pp. 23-29). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Schmidt, E. B., & Argimon, I. I. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paideia*. 19 (43). 211-220.
- Smith, C. A., Collins, C. T., Crowther, C. A., & Levett, K. M. (2011). *Acupuncture or acupressure for pain management in labour review*. Australia: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group.
- Solci, C. R., & Martins, R. A. (2007). *Comparação de duas tecnicas de massoterapia e a sua relação com a qualidade de vida no trabalho*. São Paulo: Bragança Paulista.
- Souza, A. S., Costa, A. A., Coutinho, I., Neto, C. N., & Amorim, M. M. (2010). Análise crítica dos métodos não-farmacológicos de indução do trabalho de parto. *Femina*. 38 (4). 195-201
- Stark, M. (1993). *Manual Completo de Medicina Natural*. Lisboa: Estampa.
- Stndstrom, A. K., Rosén, D., & G, R. K. (2000). *Vigilancia Fetal*. Goteburgo: Neoventa.
- Williams, T. (1996). *A Medicina Chinesa - acupunctura, plantas medicinais, nutrição, Chi Kung e Meditação*. Lisboa: Estampa.
- World Health Organization; USAID from the american people; MCHIP. (2013). *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil*. Acedido em 06-07-2015. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/2/WHO_RHR_14.19_por.pdf?ua=1
- Yates, S., & Anderson, T. (2003). *Shiatsu for midwives*. Eastbourn: Elsevier Science Limited.
- Yuan, S. L. (2012). *Eficácia do Shiatsu na dor, sono, ansiedade, nivel de confiança no equilibrio e qualidade de vida dos individuos com fibromialgia: um ensaio clinico controlado*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo.
- Zanetti, M., Petricelli, C., Alexandre, S., Torloni, M., Nakamura, M., & Sass, N. (2009). Episiotomia: revendo conceitos. *Femina*, 37 (7). 367-371.

Anexos

Anexo I

Certificado de Formação em Massagem Shiatsu pré e pós Natal para Grávidas

Certificado

Formação

em

Massagem

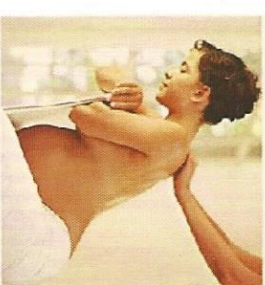
Shiatsu pré e pós Natal
para Grávidas

Yahucia Abaranches

Dr^a Cristina Martins

Cristina Martins Terapias Alternativas e Massagens

Av. D. João I, 39A . 2800-112 Almada
21 594 37 83 - 91 849 69 99 - corpus.mente@gmail.com



Apêndices

Apêndice I
Principais resultados dos artigos selecionados

Neste apêndice apresento os principais resultados, dos artigos selecionados na revisão sistemática da literatura, relacionados com a questão de pesquisa: quais os efeitos da acupressão no alívio da dor da mulher em trabalho de parto?

Artigo	Principais Resultados relacionados com a questão de pesquisa
<p>1. Ernzen MA “Acupressure, a component of oriental medicine, can be useful in managing labor pain.” International Journal of Childbirth Education (INT J CHILDBIRTH EDUC), 1997 Dec; 12 (4): 6,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A acupressão ajuda a repor a corrente natural da energia corporal. A acupressão para abordagem à dor do trabalho de parto pode ajudar a restaurar os níveis apropriados e as funções de correntes livres harmoniosas de (energias vitais), que por sua vez ajuda a equilibrar a pessoa como um todo e a enaltecer os mecanismos de cura inatos do organismo.
<p>2. Jimenez SLM “Acupressure: pain relief at your fingertips” International Journal of Childbirth Education (INT J CHILDBIRTH EDUC), 1995 Nov-Dec; 10 (4): 7-10. (10 ref)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acupressão é uma das técnicas mais eficazes para controlo da dor, tensão e stress e é compatível com maior parte das técnicas de preparação e trabalho de parto
<p>3. Koehn, M. L. “Alternative and Complementary Therapies for Labor and Birth: An Application of Kolcaba’s Theory of Holistic Comfort”. Holist Nurs Pract, pp. 66-77, 2000</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe evidência de que a acupuntura pode ser eficaz em problemas de saúde relacionados com a dor. Assim sendo, acupuntura e acupressão podem ser eficazes no alívio da dor associada ao trabalho de parto e nascimento. • Outros pontos que foram especificados, não através de estudos de investigação controlados, são os pontos associados à dor de trabalho de parto dorsal, trabalho de parto difícil e dor de trabalho de parto.

<p>4. Lee, M. y., Chang, S. B., & Kang, D.-H., "Effects of SP6 Acupressure on Labor Pain and Length of Delivery Time in Women During Labor" The Journal Of Alternative And Complementary Medicine Volume 10, Number 6, 2004</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Houveram diferenças significativas entre os grupos nas pontuações subjetivas de dor de trabalho de parto em todos os tempos após da intervenção: imediatamente após a intervenção (p 0,012); 30 minutos após a intervenção (p 0,021); e 60 minutos após a intervenção (p 0,012). • Estes resultados mostraram que acupressão de SP6 foi eficaz na diminuição a dor do parto
<p>5. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA "Complementary and alternative therapies for pain management in labor (Review)" The Cochrane Library, Issue 9, 2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Num ensaio evidenciou-se o aumento da satisfação com o alívio da dor e comparação com os grupos placebo/controlo (RR 2.38, CI 1.78 a 3.19, 150 mulheres). • A intensidade da dor foi reduzida com o uso de acupressão, quando em comparação com o grupo placebo (SMD -0.55, 95% CI -0.92 a -0.19, 1 ensaio, 120 mulheres) e controlo combinado (SMD -0.42, 95% CI -0.65 a -0.18, 2 ensaios, 322 mulheres). • Acupunctura e acupressão podem ter um papel na redução da dor, aumento da satisfação com o tratamento da dor e redução da utilização de medidas farmacológicas.
<p>6. Chung , Ue-Lin; Hung, Li-Chiao; Kuo, Su-Chen; Huang, Chun-Liang; "Effects of LI4 and BL 67 Acupressure on Labor Pain and Uterine Contractions in the First Stage of Labor" Journal of Nursing Research Vol. 11, No. 4, 2003</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os resultados indicam que houve uma diferença significativa na diminuição da dor do parto entre os três grupos fase ativa do primeiro estadio do trabalho de parto ($\chi^2 = 6,36$, $P = 0,041$); • Não houve diferença significativa na diminuição da dor do parto entre os três grupos nas fases latente e transitória do primeiro estadio do trabalho de parto; • Os resultados do estudo confirmam o efeito da acupressão de LI4 e BL67 na diminuição da dor do parto durante a fase ativa do primeiro estadio do trabalho de parto