

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

Relatório de Estágio

**Água no conforto da parturiente no primeiro estágio do
trabalho de parto: competência do enfermeiro obstetra**

Marilyne Dinis Vieira Mateus

**Lisboa
2019**





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

Relatório de Estágio

**Água no conforto da parturiente no primeiro estágio do
trabalho de parto: competência do enfermeiro obstetra**

Marilyne Dinis Vieira Mateus

Orientadora: Prof.^a Maria Teresa Santana Félix

**Lisboa
2019**



AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Teresa Félix... pela orientação, apoio, disponibilidade e confiança demonstradas ao longo deste percurso, tendo sempre uma palavra de encorajamento e incentivo.

Ao meu marido ... pelo seu apoio incondicional e permanente incentivo neste meu objetivo profissional; pela sua compreensão e AMOR face aos momentos da minha ausência; pela paciência demonstrada face às minhas inseguranças e frustrações ao longo deste percurso ♥♥

Ao meu filho... pelo seu amor incondicional e por ser o meu “porto seguro”, “o meu mais que tudo”, “um amor para a vida toda” ♥♥

À minha filha... que embora não nascida, acompanhou-me na elaboração deste relatório... também já sinto um amor enorme e incondicional, “um amor para a vida toda” ♥♥

Aos meus pais, meus sogros, à minha avó e outros familiares... pelo apoio facultado nos meus períodos de ausência, nomeadamente, no apoio ao meu filho.

À minha melhor amiga Cátia Antunes... sem ela esta jornada seria impossível! Pela paciência nos momentos de frustração, pelo apoio e incentivo nos momentos mais difíceis. Pela compreensão, ajuda e amizade que foram pilares importantes neste percurso.

Às novas amigas ... Joana Sebastião, Catarina Prudente, Marília Noro e Marilyn Lopes que mantenhamos esta amizade por muitos e muitos anos.

À EEESMO Conceição Leal e EEESMO Margarida Costa... pela orientação, partilha de conhecimentos e apoio incondicional enquanto futura EEESMO.

Às minhas colegas de trabalho... que se demonstraram compreensivas e disponíveis nos momentos de aperto para realização de trocas permitindo conciliar a atividade profissional durante os ensinos clínicos.

A **TODOS** aqueles que de alguma forma tornaram possível a concretização deste SONHO!

... UM BEM HAJA E MUITO OBRIGADO!

“Não é o trabalho, mas o saber trabalhar, que é o segredo do êxito no trabalho. Saber trabalhar quer dizer: não fazer um esforço inútil, persistir no esforço até ao fim, e saber reconstruir uma orientação quando se verificou que ela era, ou se tornou, errada.”

Fernando Pessoa

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ABCF – Auscultação dos Batimentos Cardio-Fetais

ACNM – *American College of Nurse-Midwives*

ACOG – *The American College of Obstetricians and Gynecologists*

AM – Aleitamento Materno

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

APPT – ameaça de parto pré-termo

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CEESMO – Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

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

CPNP – Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

CTG – Cardiotocográfica(o) ou Cardiocografia

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

END – Escala Numérica da Dor

ER – Estágio com Relatório

FAME – *Federación Asociaciones Matronas España*

FCF – Frequência Cardio-fetal

ICM – *International Confederation of Midwives*

ITP – Indução de Trabalho de Parto

JBI – *Joanna Briggs Institute*

NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*

NZCM – *New Zealand College of Midwives*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCC – População Conceito e Contexto

RCM – *The Royal College of Midwives*

RN – Recém-nascido

RPM – Rotura prematura de membranas

SR – *Scoping Review*

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

RESUMO

Este documento descreve o percurso de aprendizagem e o desenvolvimento de competências no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 8º Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. As mudanças sociais impõem novas exigências e desafios à prática de cuidados do Enfermeiro Obstetra. Ciente do paradigma atual de cuidados, parece fundamental abordagens centradas no conforto durante o trabalho de parto, nomeadamente, através do uso da água durante o primeiro estágio de trabalho de parto. Tal justifica um olhar diferenciado por parte do EEESMO que presta cuidados em contexto hospitalar. Neste sentido, procuro que este relatório enquadre a evidência científica acerca do uso da água no primeiro estágio de trabalho de parto, bem como as suas implicações para a prestação de cuidados especializados, cujo objetivo visa a excelência dos cuidados centrados na mulher e família, de modo a contribuir para maiores ganhos em saúde. A Teoria de Enfermagem que sustentou e norteou este relatório e a prática de cuidados foi o Modelo Conceptual de Kolcaba assente no conforto por ser adequado à problemática.

Para a construção do meu percurso formativo, bem como deste relatório, as opções metodológicas assentaram na prática baseada na evidência iniciada por uma *Scoping Review* segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute* (2017), destinada a mapear toda a evidência científica relevante sobre o tema. A questão de pesquisa foi: **“Quais os efeitos do uso da água para o conforto da parturiente no primeiro estágio de trabalho de parto nos locais de nascimento?”**. Recorreu-se à plataforma *EBSCO host* selecionando como bases de dados a *CINAHL*, *MedLine* e *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Ao longo do estágio com relatório foram realizados registos de interações de cuidados de 22 parturientes, num instrumento construído com essa finalidade. Após a análise de conteúdo destes registos emergiram categorias e subcategorias que vão ao encontro dos resultados da evidência científica (Bardin, 2016). Da análise dos resultados obtidos observou-se que o uso da água no primeiro estágio de trabalho de parto proporciona às parturientes uma melhor gestão da dor, uma redução da duração do trabalho de parto, promovendo a taxa de partos eutócicos, assim como, a participação ativa da mulher e convivente significativo no seu trabalho de parto e o aumento dos índices de satisfação em relação à sua experiência de parto. Efetivamente, constatou-se que esta intervenção implementada nos cuidados especializados obstétricos revelou ser um método não farmacológico eficaz e promissor no trabalho de parto.

Palavras-chave: água, conforto, parturiente, primeiro estágio de trabalho de parto

ABSTRACT

This document describes the course of learning and the development of competences within the scope of the Curricular Unit with Report of the 8th Masters Course in Maternal and Midwifery Health, of the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

The social changes impose new requirements and challenges to the care practice of the Obstetrician. Aware of the current paradigm of care, it seems fundamental to focus on comfort during labor, namely through the use of water during the first stage of labor. This justifies a different view on the part of the EEESMO that provides care in a hospital context. In this regard, I am seeking this report to frame the scientific evidence on the use of water in the first stage of labor, as well as its implications for the provision of specialized care, the objective of which is the excellence of care centered on women and the family, contribute to greater health gains. The Nursing Theory that supported and guided this report and the practice of care was the Kolcaba Conceptual Model based on comfort because it was appropriate to the problem.

For the construction of my formative course, as well as of this report, the methodological option was based on the evidence-based practice initiated by a Scoping Review in accordance with the guidelines of the Joanna Briggs Institute (2017), designed to map all relevant scientific evidence on the subject. The research question was: "What are the effects of water use for the comfort of the laboring woman in the first stage of labor in birthplaces?" We used the EBSCO host platform by selecting CINAHL, MedLine and Cochrane Database of Systematic Reviews.

Throughout the reporting stage, records of care interactions of 22 parturients were performed on an instrument constructed for this purpose. After the content analysis of these records emerged categories and subcategories that meet the results of the scientific evidence (Bardin, 2016). From the analysis of the results obtained, it was observed that the use of water in the first stage of labor gives the parturients a better management of pain, a reduction in the duration of labor, promoting the rate of eutocic births, as well as participation active participation of the woman and significant cohabitant in their labor and the increase of the indices of satisfaction in relation to their experience of childbirth. In fact, this intervention implemented in specialized obstetric care has proved to be an effective and promising non-pharmacological method of labor.

Keywords: water, comfort, parturient, first stage labor

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1 Teoria do Conforto de <i>Katharine Kolcaba</i>	21
1.2 O uso da água no conforto da parturiente	24
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	31
2.1 <i>Scoping Review</i>	31
2.1.1 Objetivos e questão de pesquisa	32
2.1.2 Critérios de inclusão e exclusão	32
2.1.3 Estratégia de pesquisa	33
2.1.4 Resultados da pesquisa	34
2.2 Prática Baseada na Evidência: do Pensamento à Ação	35
2.3 Análise de Conteúdo	37
2.4 Considerações Éticas	38
3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE: UMA ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA	40
3.1 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	41
3.2 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	48
3.2.1 Resultados da prática baseada na evidência: água no conforto da parturiente no primeiro estágio de TP	65
3.3 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	77
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

ANEXOS

Anexo I – Proposta de Lei nº 100/XIII/3.^a

Anexo II – *Childbirth Comfort Questionnaire*

Anexo III – *Childbirth Comfort Questionnaire* Validado Transcultural e Linguisticamente para a população portuguesa

Anexo IV – Autorização para utilização da *Childbirth Comfort Questionnaire* Validado Transcultural e Linguisticamente para a população portuguesa à Enfermeira Graça Nascimento

Anexo V – Certificado da participação *1º Congresso 25 anos de Enfermagem no HGO – Contextos e Desafios*

Anexo VI – Certificado de participação no Curso de Preparação para o Nascimento e Parto do HGO inserido no projeto *Escola de Pais*

Anexo VII – Certificado da participação “*III Congresso Internacional de saúde Pública do Delta do Parnaíba*”

APÊNDICES

Apêndice 1: Termos de Pesquisa *CINAHL, MedLine e Cochrane Database Systemic Reviews*

Apêndice 2: Estudos incluídos na *SR* em função do ano publicação

Apêndice 3: Estudos incluídos na *SR* em função do desenho do estudo

Apêndice 4: Extração de dados de acordo com *JBI QARI* (2015) e segundo os tipos de estudo

Apêndice 5: Análise de Conteúdo dos registos de interação

Apêndice 6: Instrumento de registo de interação de cuidados

Apêndice 7: Caracterização do contexto do Ensino Clínico Estágio com Relatório

Apêndice 8: Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos saúde/doença ginecológica

Apêndice 9: Sessão de Formação em Serviço subordinada ao tema do relatório, realizada em contexto de ECII

Apêndice 10: Sessão de Formação em Serviço subordinada ao tema, realizada em contexto de Estágio com Relatório

Apêndice 11: Planeamento de Poster e Poster “*Utilização da água para o alívio da dor no trabalho de parto*” elaborado no EC IV

Apêndice 12: Poster elaborado para “*1º Congresso 25 anos de Enfermagem no HGO – Contextos e Desafios*”

Apêndice 13: Artigo para o E-book do “*1º Congresso 25 anos de Enfermagem no HGO – Contextos e Desafios*”

Apêndice 14: Planeamento da sessão de formação realizada no âmbito do EC Estágio com relatório no contexto do Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade inserida no *Projeto Escola de Pais*

Apêndice 15: Sessão de Formação realizada nos contextos dos Cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

Apêndice 16: Sessão de Formação realizada no âmbito do contexto de Análise de Práticas da UC Estágio com Relatório

Apêndice 17: Poster elaborado para “*III Congresso Internacional de Saúde Pública do Delta do Parnaíba*”

Apêndice 18: Artigo para E-book do “*III Congresso Internacional de Saúde Pública do Delta do Parnaíba*”

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1: Critérios de Inclusão e Exclusão	32
Quadro nº 2: Síntese da Estrutura da Análise de conteúdo dos registos de interação de cuidados.....	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Posição de parto	58
Gráfico 2 – Posição supina e Posição não supina	58
Gráfico 3 – Conhecimentos sobre o uso da água no TP	67
Gráfico 4 – Paridade	67
Gráfico 5 – Habilitações Literárias	67
Gráfico 6 – Frequência no CPNP	67
Gráfico 7 – Plano de Parto	67
Gráfico 8 – Duração no duche	68
Gráfico 9 – Avaliação da dor <i>antes</i> do duche	70
Gráfico 10 – Avaliação da dor <i>depois</i> do duche	70
Gráfico 11 – Recurso a Métodos Farmacológicos após o duche	73

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema nº 1: Mnemónica População, Conceito e Contexto	32
Esquema nº 2: <i>PRISMA Flow Diagram</i> da <i>Scoping Review</i>	34

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio afigura-se como importante instrumento formativo e de avaliação da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório (ER), integrado no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que tem como intuito o finalizar este ciclo de estudo, sendo sujeito a apreciação e discussão pública para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Este relatório procura espelhar o meu percurso de aprendizagem para a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), segundo o Regulamento das Competências específicas do EEESMO n.º 391/2019 e pela *International Confederation of Midwives* (ICM, 2019). De facto, o meu ingresso ao CMESMO prendeu-se pelo meu profundo interesse por esta área do cuidar da mulher no âmbito do seu ciclo reprodutivo, bem como do desejo em aprofundar conhecimentos e desenvolver competências essenciais para prestar cuidados especializados, de excelência à mulher, grávida, recém-nascido (RN), convivente significativo/família e comunidade, nos diferentes contextos de cuidados de saúde. O ER decorreu no Bloco de Partos (BP) e no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) de um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, com a duração total de 750 horas, decorrido no período compreendido entre 6 de Março a 15 de Julho de 2018. Este estágio orientou a prática reflexiva para o desenvolvimento de competências técnico-científicas, relacionais e éticas inerentes à prestação de cuidados de enfermagem especializados, atendendo aos objetivos preconizados no projeto, às estratégias e atividades realizadas para a sua concretização, bem como aos resultados obtidos.

O alcance da excelência no exercício profissional impõe aos enfermeiros novos desafios, nomeadamente, aos enfermeiros especialistas por deterem conhecimentos aprofundados num domínio específico de enfermagem que "(...) envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem" (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744). Centrada nas competências específicas do EEESMO do Regulamento n.º 391/2019 que suportam a nossa atuação mais autónoma, no que respeita aos processos fisiológicos de baixo risco durante o ciclo reprodutivo da mulher, bem como de forma autónoma e interdependente, nos casos de processos

patológicos e disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher, os objetivos deste relatório procuraram explicitar as competências durante o percurso formativo, particularmente, neste ER, como também ao Projeto de Estágio desenvolvido na UC Opção. Neste sentido, foram delineados cinco objetivos por serem foco de atenção neste ER, os quais se centram na aquisição e desenvolvimento das competências basilares do EEESMO para a prática de cuidados de enfermagem especializados, tendo subjacente um pensamento crítico e reflexivo:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o **período pré-natal**, potenciando a saúde, deteção e tratamento precoce de complicações, para promover o bem-estar materno-fetal;
- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o **trabalho de parto** (TP) num ambiente seguro, otimizando a saúde da parturiente e do RN à adaptação à vida extrauterina;
- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o **período pós-natal**, apoiando o processo de transição à parentalidade;
- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar **processos saúde/doença do foro ginecológico**;
- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher e convivente significativo sobre o **uso da água** enquanto cuidado especializado de enfermagem na gestão da dor e promoção do conforto durante o primeiro estágio do TP.

Face às competências a desenvolver neste ER, debrucei o meu interesse na implementação do projeto iniciado na UC Opção intitulado de: “**Água no conforto da parturiente no primeiro estágio do trabalho de parto: competência do enfermeiro obstetra**”. Efetivamente, a escolha deste tema surgiu pelo seu caráter atual, pertinente e interesse pessoal, nomeadamente, para a implementação de estratégias não farmacológicas na gestão da dor e conforto no TP, respeitando a fisiologia do nascimento. Não obstante, aliado a estes motivos, no ano de 2016, a frequência do curso teórico-prático sobre *Parto na Água* com a perita Bárbara Harper fundadora do *Waterbirth International* teve, igualmente, grande impacto nesta escolha. Sabe-se que o interesse crescente e a produção de evidência sobre o recurso à água no TP surge a partir do ano

2000, em que emergem resultados da evidência científica de que este método não farmacológico é uma opção segura e eficaz no processo de nascimento (Harper, 2014), a qual pretendi desenvolver. O uso da água no TP, nomeadamente, no primeiro estágio, tem inúmeras vantagens e benefícios apontados pela evidência científica, sendo uma prática recomendada por várias entidades internacionais e nacionais enquanto método não farmacológico eficaz na gestão da dor durante o TP (Organização Mundial de Saúde (OMS), 1996 e 2018; *Federación Asociaciones Matronas España* (FAME) & Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO), 2009; *The Royal College of Midwives* (RCM), 2012; Ordem dos Enfermeiros (OE), 2013 e 2014; *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), 2014; *American College of Nurse-Midwives* (ACNM), 2014; *New Zealand College of Midwives* (NZCM), 2015; *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), 2016).

Em 2013, surge o *Projeto Maternidade com Qualidade* promovido pela Ordem dos Enfermeiros aos serviços de obstetrícia do país (OE, 2013). O indicador *Alívio da dor e medidas não farmacológicas no trabalho de parto e parto*, contempla o uso da água como intervenção na gestão da dor. A 17 de Novembro de 2017 surge, também, a Proposta de Lei nº 100/XIII/3.^a aceite e incluída no Orçamento de Estado de 2018 para a criação de recursos no Serviço Nacional de Saúde que disponibilizem a imersão na água enquanto método promotor do parto normal, na gravidez de baixo risco (Anexo I). Tal justifica um olhar diferenciado por parte dos EEESMO que prestam cuidados em contexto hospitalar que, frequentemente, seguem rotinas e protocolos que poderão não ir ao encontro das expectativas dos casais que pretendem diferentes abordagens na gestão da dor no TP. Nesta lógica, para o EEESMO prestar cuidados de qualidade e com segurança é imprescindível que estes assentem numa prática baseada na evidência. Deste modo, procuro que este relatório espelhe a minha ação fundamentada na evidência científica acerca do uso da água no TP e as suas implicações para a prestação de cuidados especializados, contribuindo para cuidados de excelência, centrados na mulher e família e para os ganhos em saúde.

A Teórica de Enfermagem que sustentou e norteou a minha prática de cuidados de enfermagem ao longo dos EC e ER, foi a Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba. Esta escolha surge por considerar o Modelo Conceptual de Kolcaba com foco no conforto e bem-estar, adequado à prestação de cuidados e à parturiente face ao tema. Neste modelo, o conforto tem carácter intencional, uma vez que as intervenções do enfermeiro são dirigidas à *Pessoa* e em função das suas necessidades com vista à promoção do

bem-estar e conforto através de intervenções implementadas que diminuem as situações de *stress* que causam tensões negativas e um desequilíbrio/défices (Kolcaba, 1994, 2003).

Para a construção do meu percurso formativo, bem como deste relatório, a opção metodológica assentou na prática baseada na evidência iniciada por uma *Scoping Review* (SR) segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2017), dado que permitiu mapear toda a evidência científica relevante sobre a temática em estudo. A questão de pesquisa norteadora da SR foi: **“Quais os efeitos do uso da água para o conforto da parturiente no primeiro estágio de trabalho de parto nos locais de nascimento?”**.

Para a consecução dos objetivos propostos e no sentido de dar resposta ao tema do presente relatório, estruturou-se e organizou-se o mesmo em quatro capítulos. O primeiro capítulo é referente ao *Enquadramento Teórico* que inclui: a *Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba*, enquanto modelo teórico orientador da prática de cuidados especializados; e o *uso da água no conforto da parturiente* que expõe os conceitos centrais e a contextualização inicial sobre o tema em estudo. Segue-se o segundo capítulo que dá enfoque às *Opções Metodológicas para o desenvolvimento de competências do EEESMO*, que inclui a SR elaborada, dando a conhecer o método e os respetivos resultados que alicerçaram a minha prática de cuidados. Também neste capítulo encontram-se breves considerações quanto à *Prática baseada na evidência*, à *Análise de Conteúdo* e às *Considerações Éticas*, uma vez que a prática profissional assenta numa responsabilidade e preocupação ética. No terceiro capítulo, intitulado *Percurso de aquisição de competências da especialidade e do grau de mestre: uma análise crítica e reflexiva*, este incide sobre os contributos do percurso de estágio, particularmente, para o desenvolvimento das competências de EEESMO. Também, inclui a implementação do *uso da água no conforto da parturiente no primeiro estágio de TP*, dando a conhecer os resultados da prestação de cuidados especializados através de uma análise crítico-reflexiva. Por fim, surgem as *Considerações Finais* com as principais ilações deste relatório de estágio para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como para a promoção da melhoria da qualidade na assistência obstétrica futura e ainda algumas limitações.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com a OMS (2002), a assistência obstétrica a nível do contexto europeu deve estar alicerçada em um conjunto de valores e princípios, cujo o objetivo basilar é a promoção dos melhores *outcomes* maternos e neonatais, sendo estes: a desmedicalização dos cuidados na gravidez e parto; o recurso a tecnologia apropriada; a prestação de cuidados baseada na evidência científica; o envolvimento da equipa multidisciplinar; a promoção de cuidados holísticos e culturalmente sensíveis, centrados na pessoa/família e a capacitação das mulheres para a tomada de decisão.

Segundo o Regulamento n.º 391/2019 é da competência do EEESMO a promoção da saúde da mulher durante o TP e otimização da adaptação do RN à vida extrauterina, na medida em que concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos. Nesta lógica, almejei capacitar a mulher para a gestão da sua dor através do recurso à água no primeiro estágio de TP, procurando promover um maior nível de conforto, daí a Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba ser o referencial teórico que sustentou e norteou o presente relatório de estágio, uma vez que fundamenta os objetivos por mim delineados e os cuidados especializados prestados ao longo deste percurso formativo para o desenvolvimento de competências enquanto EEESMO.

1.1 Teoria do Conforto de *Katharine Kolcaba*

Assistimos ao desenvolvimento crescente das teorias de enfermagem, que possibilitaram o reconhecimento da Enfermagem enquanto ciência e disciplina dotada de um vasto corpo de conhecimentos. De facto, a teoria confere significado ao conhecimento, de modo a melhorar a prática, descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos. As teorias são descritas como grupos de conceitos, tendo subjacentes ações para conduzir a prática, sendo estas fundamentais para orientar o pensamento crítico e a tomada de decisão na prática profissional. A Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba afigura-se como sendo a que, na minha ótica, melhor se adequa ao tema em estudo, dado que procura proporcionar uma visão holística do cuidar em enfermagem, centrada nas necessidades da pessoa/família/comunidade. É considerada uma teoria de médio alcance recente e inovadora, lógica, claramente organizada e facilmente aplicável a muitos cenários como a educação, a prática e a investigação (Dowd, 2004).

Na sua origem etimológica, confortar provem do latim *confortare* que significa restituir as forças físicas, o vigor e a energia, tornar forte, fortalecer, revigorar. Ao longo da história, o conforto tem vindo a assumir diferentes significados, devido à evolução histórica, política, sociocultural, religiosa e tecnocientífica, nomeadamente, nas ciências da saúde e da enfermagem (Apóstolo, 2009). Para Kolcaba, o conforto em Enfermagem define-se como: “(...) a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de stress em cuidados de saúde, nos contextos físico, “psicoespíritual”, sociocultural e ambiental” (Kolcaba, 1994, p.1178). Efetivamente, esta teoria tem subjacente duas dimensões: os três estados de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) e os quatro contextos em que o conforto é experienciado (físico, psico-espíritual, social e ambiental) (Kolcaba, 1994, 2003). No que atende, aos três estados de conforto, a autora definiu: o **alívio** que corresponde a uma necessidade específica quando é satisfeita, face a um desconforto prévio, para o restabelecimento do desempenho habitual da pessoa. Segue-se a **tranquilidade** enquanto estado de calma, relaxamento, satisfação e bem-estar. Este estado não se resume à ausência de desconforto, mas sim é um estado duradouro, em que há ausência das situações causadoras de *stress*, representando uma condição necessária ao desempenho eficiente. No terceiro estado, a **transcendência** assume-se como estado em que a pessoa sente que tem potencial/competência para planear e controlar o seu destino, bem como resolver os seus problemas, o que implica, imprescindivelmente, a participação ativa da pessoa para um desempenho extraordinário. Este tipo de conforto também é denominado de renovação. No entanto, o alívio e a tranquilidade são meios, por excelência, para atingir um desempenho extraordinário. Estes três estados de conforto são contínuos, sobreponíveis e interdependentes (Kolcaba, 2003).

Segundo Kolcaba (2003), os três estados de conforto são reciprocamente experienciados nos quatro contextos: o **contexto físico** referente às sensações do corpo e aos mecanismos de homeostasia. O **contexto psico-espíritual** define-se como consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o autoconceito, a sexualidade e significado da vida e das crenças. O **contexto sociocultural** diz respeito às relações interpessoais, familiares, sociais e culturais, incluindo aspetos financeiros e informativos da vida social. Por último, o **contexto ambiental** alude ao meio, às condições e influências externas, nomeadamente o ruído, a luz, a temperatura, a cor, os equipamentos/mobiliário, o odor e elementos naturais ou artificiais do meio (Kolcaba, 2003). Nesta linha de pensamento, a

autora defende que o conforto é um resultado holístico, positivo e desejável das intervenções do enfermeiro que contribuem para as respostas positivas da pessoa como um todo, tendo influência todas as dimensões envolventes, ou seja, a sua operacionalização implica a identificação e a promoção dos estados de conforto experienciados e, reciprocamente, interligados aos contextos em que ocorrem (Kolcaba, 1994, 2003, 2009). Assim, a noção de conforto assume-se como um todo e não como a soma das suas partes (Kolcaba, 2003).

No que respeita aos conceitos metaparadigmáticos da Teoria do Conforto: o **Cuidado de Enfermagem** implica a identificação das necessidades de conforto (desconforto prévio), seguindo-se a implementação de intervenções promotoras de conforto e, por último, a sua avaliação/reapreciação. A apreciação pode ser conseguida pela aplicação de escalas visuais e questionários, os quais permitem avaliar e quantificar os níveis de conforto, como é o caso da *Childbirth Comfort Questionnaire* (Anexo II), adaptado do *General Comfort Questionnaire* e desenvolvido por Schuiling sob orientações de Kolcaba em 2002 (Kolcaba, 2010). Contudo, foi realizada pela Enfermeira Graça Nascimento em 2008, a Validação Transcultural e Linguística deste questionário para a população portuguesa (Anexo III), tendo sido este o questionário aplicado na prestação de cuidados, após solicitação à autora, tendo obtido o consentimento por escrito (Anexo IV). O **Doente** representa o sujeito dos cuidados, podendo ser indivíduos, famílias ou comunidade/instituições, que necessitam de cuidado de saúde. No entanto, neste relatório o doente assume-se como a Mulher, no âmbito dos diferentes contextos de cuidados, como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem (referente quer ao contexto do foro ginecológico quer em todo o ciclo reprodutivo). A grávida, neste relatório, refere-se à mulher a vivenciar o período pré-natal. A parturiente é a grávida em TP, ou seja, abrangendo os quatro estádios do TP. No que respeita à puérpera corresponde à mulher a vivenciar o período pós-parto (Lowdermilk & Perry, 2008). No que atende ao acompanhante assumiu-se o termo de convivente significativo conforme consta no Regulamento n.º 391/2019 das Competências Específicas do EEESMO. O **Ambiente** é definido pelo meio ambiente que afeta o conforto do indivíduo, família ou comunidade, e que pode ser manipulado para assegurar/melhorar o conforto. Por último, a **Saúde** é o funcionamento ótimo de um indivíduo, família ou comunidade, facilitado pela intensificação do seu conforto (Kolcaba, 1994, 2003; Dowd, 2004). Para a autora, a promoção de cuidados de conforto corresponde a uma forma de arte da enfermagem, sendo que as medidas de conforto têm implícitas intervenções de enfermagem planeadas

em função das necessidades da pessoa e cujo conforto representa ganhos em saúde. As necessidades de cuidados surgem associadas a situações que causam tensões negativas e um desequilíbrio/défice na pessoa, quando as forças “destrutivas” superam as forças “facilitadoras” (Kolcaba, 2003).

Face aos pressupostos teóricos acima abordados e atendendo aos objetivos deste relatório, importa ao EEESMO identificar as necessidades de conforto da pessoa, atendendo às variáveis intervenientes, que podem interferir no processo de saúde e dos cuidados, no TP (exemplo: idade, experiências de parto anteriores, estado emocional, vivência da gravidez atual, sistemas de apoio/suporte, frequência nos curso de preparação para a parentalidade e nascimento, entre outros) e, nesta lógica, desenvolver medidas de conforto, de forma a mover a tensão negativa numa direção positiva, procurando melhorar o seu conforto, e assim, promover a gestão da dor no TP, atendendo à máxima da assistência obstétrica - uma experiência de parto positiva. Assim, cabe ao EEESMO após a intervenção, avaliar a percepção de conforto da mulher, constatando se as medidas implementadas alcançaram o resultado desejável de conforto. Caso as intervenções tenham sido eficazes, assume-se que o resultado do conforto é alcançado de imediato (Kolcaba, 2003). Neste sentido, esta teoria é exequível para a promoção de ganhos em saúde à mulher a vivenciar o primeiro estágio do TP, pois os cuidados especializados prestados pelo EEESMO que procuram a promoção e aumento do conforto da parturiente, permitem que esta seja mais participativa na sua experiência de parto. Conforme é defendido por Schuiling e Sampsel (1999, p.80) as “intervenções que aumentam o conforto durante o TP dão capacidade à mulher para participar mais no nascimento, por isso mantêm-na mais atenta às experiências e emoções do seu corpo”. Neste prisma, é imperioso atuar na gestão da dor no TP, nomeadamente, através da implementação de estratégias não farmacológicas como é o uso da água durante o primeiro estágio de TP, enquanto intervenção autónoma do EEESMO para a promoção do conforto da mulher e convivente significativo para uma experiência de parto positiva.

1.2 O uso da água no conforto da parturiente

O nascimento de um filho é um acontecimento único e marcante na vida de uma mulher, podendo esta experiência ser positiva ou negativa. No decurso da história da humanidade, a dor tem vindo a sofrer alterações interpretativas devido às mudanças sociais, culturais e religiosas, mas principalmente, devido aos avanços científicos. Atualmente, entende-se que a dor é um fenómeno desagradável, complexo, multidimensional e subjetivo. A dor

do TP é um fenómeno multidimensional, que é influenciada por fatores biológicos, culturais, socioeconómicos e emocionais, sendo vivenciada de forma individual (Lowdermilk & Perry, 2008; Ronconi et al., 2010). Conforme defende Guerra (2016, p.408) “a dor obstétrica, não distante de uma outra dor aguda, é igualmente subjetiva e, maioritariamente, influenciada e experienciada de acordo com as crenças, valores, religião, comunidade/família em que a grávida/casal se insere”.

Desde a antiguidade, a dor do TP tem sido alvo de interesse, dado que ao longo dos tempos, diferentes civilizações procuraram vários métodos para o alívio da dor durante o TP, bem como para encurtar a sua duração (Pereira, Cecatti & Oliveira, 1998). Com os avanços científicos sabe-se que a dor associada ao primeiro estágio de TP deve-se, essencialmente, à contratilidade uterina, à dilatação do colo uterino e à distensão do segmento inferior do útero (Barragán, Solà & Juandó, 2011). Por seu turno, Machado (2017), também, aponta algumas hipóteses associadas à fisiologia da dor do TP, como sejam: a hipoxia do miométrio (pela diminuição de aporte sanguíneo na contração por compressão dos vasos); compressão dos nervos do colo e do segmento inferior (quer devido à contração dos feixes musculares quer pela pressão do polo cefálico fetal); o estiramento do colo uterino durante a contração e, por último, o estiramento do peritoneu adjacente. Nesta fase, primeiro estágio de TP, a perceção de dor está associada aos segmentos espinais de T10 a L3, os quais são responsáveis pela inervação, do corpo e do colo, uterinos (Pereira et al., 1998; Guerra, 2016). Vários estudos apontam que a dor e desconforto do TP não têm como única causa a fisiologia, mas também o medo e ansiedade da grávida, assim como a experiência vivida no TP e a interpretação que cada grávida confere a essa experiência, tendo subjacentes o conjunto de múltiplos fatores. Nesta lógica, os autores Barragán et al. (2011) no seu trabalho de revisão sistemática de literatura sobre a temática defendem a importância da compreensão da dor e do desconforto do TP e a implementação de medidas que promovem a gestão da dor através de métodos farmacológicos ou não farmacológicos, no sentido de promover uma experiência de parto positiva.

Segundo as novas recomendações da OMS (2018), uma experiência de parto positiva implica a prestação de cuidados de qualidade sustentados numa prática baseada na evidência, onde, primeiramente, o profissional de saúde deve dar primazia ao recurso às estratégias não farmacológicas para a gestão da dor no TP respeitando, assim, a fisiologia do nascimento (OMS, 1996, 2002, 2018). Efetivamente, a dor no TP assumiu-se, ao longo dos tempos, como principal condicionante ao conforto da parturiente, como tal, compete

ao EEESMO respeitar a expressão de dor por parte de cada mulher e desenvolver competências e intervenções que respondem às suas necessidades. Neste sentido, uma boa gestão da dor de TP promove a tranquilidade necessária para que a mulher e convivente significativo desfrutem desta experiência única.

Em Portugal, no ano 2013, o CEESMO da OE desenvolveu um projeto denominado *Maternidade com Qualidade* com o intuito de responder ao IV objetivo do Plano de Atividade e Orçamento de Estado do ano de 2013. Este projeto tem como pressupostos basilares: a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde; o aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade dos cuidados; a satisfação dos EEESMO envolvidos na prática clínica; a melhoria da eficácia dos cuidados e a dotação de recursos adequados. Este desafio proposto pelo CEESMO é direcionado para o parto normal e para o empoderamento da mulher nas suas escolhas e decisões durante o TP. Tem como premissa assegurar maior qualidade e segurança nos cuidados de saúde, satisfação e direito à escolha no TP. Neste sentido, foram desenvolvidos, nesta primeira fase do projeto, cinco indicadores de evidência e de medida, sendo que o indicador **promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no TP**, tem subjacente o **uso da água**, enquanto intervenção que deve ser privilegiada na assistência por parte do EEESMO, à parturiente. Segundo a OE (2013), o alívio da dor durante o TP contribui para promover o bem-estar físico e emocional da parturiente, devendo ser, assim, um dos cuidados prioritários do EEESMO, uma vez que a implementação de métodos não farmacológicos durante o TP, visa melhorar as sensações físicas, assim como, prevenir a perceção psicoemocional da dor.

O recurso à água surge na História da Humanidade associada a várias finalidades terapêuticas, como foi o termalismo utilizado na Civilização Romana. Sabe-se também que na Civilização Egípcia, os sacerdotes e sacerdotisas nasciam em água e na Grécia Antiga acreditava-se que Afrodite (deusa do Amor e da Beleza), simbolismo feminino, nasceu da espuma das ondas do mar (Rocha, 2007). A água, também, era associada ao sagrado feminino, à feminilidade e à fertilidade com inter-relação direta ao “milagre da vida” e respetiva analogia do ventre materno. Segundo Garland (2004) existem relatos em todo o mundo sobre a utilização das propriedades da água para o alívio da dor no TP e como meio de nascimento, nomeadamente, em países como Panamá, Nova-Zelândia e Austrália. Existem também registos que referem que tribos indígenas recorreram ao uso da água para aliviar os desconfortos do TP (Rocha, 2007). Embora o recurso à água durante o TP não seja algo de novo, contudo, o primeiro registo efetivo de nascimento

ocorrido na água data de 1803 em França, em que uma parturiente após 48 horas de TP exaustivo, foi colocada numa banheira de água quente com o objetivo de promover o relaxamento, sendo que, pouco tempo depois, o parto ocorreu na água (Richmond, 2003). Anos mais tarde, em 1963, um paramédico russo, Igor Tjarkowsky, procurou estudar se o parto na água reduzia o risco de lesão das células cerebrais do recém-nascido por menor pressão, mas o estudo não chegou a comprovar a hipótese (Richmond, 2003). Contudo, somente na década de 80, o médico francês, Michel Odent, recorreu ao uso da água no TP conduzindo as parturientes para a piscina do hospital de Pithiviers onde exercia funções, com o objetivo inicial de promover a liberdade dos movimentos e controlo da dor. Contudo, Michel Odent verificou que as parturientes sentiam uma atração inata pela água, bem como um conforto e relaxamento significativo, manifestando-se relutantes em sair da água, tendo assim, ocorrido os primeiros 100 partos na água, os quais foram estudados por este médico (Odent, 1983). Em 1983 foram publicados e divulgados os resultados obtidos destes 100 partos na água à comunidade científica da época, os quais davam enfoque aos efeitos fisiológicos da imersão na água durante o TP (Odent, 1983). Todavia, o interesse crescente e a produção de evidência sobre o recurso da água no TP surge a partir do ano 2000, em que emergem resultados de que o uso da água é segura e eficaz no processo de nascimento (Harper, 2014). De facto, a evidência científica é categórica quanto aos *outcomes* na assistência obstétrica que o recurso à água, quer pela imersão quer pelo duche, durante o primeiro estágio de TP promove no processo de nascimento. Assim, e sustentada pelos resultados da evidência científica internacional sobre a temática, as vantagens do uso da água no primeiro estágio de TP, são claramente evidentes:

- Melhora a gestão da dor no primeiro estágio de TP, conduzindo à diminuição da intensidade da dor (Stringer & Hanes, 1999; Ohlsson et al., 2001; Eberhard, Stein & Geissbuehler, 2005; FAME & APEO, 2009; Benfield et al., 2010; Torkamani, Kangani & Janani, 2010; Silva, Strapasson & Fisher, 2011; Cluett & Burns, 2012; Mollamahmutoğlu et al., 2012; RCM, 2012; Silva et al., 2013; Abo-Romia & El-Adham, 2014; Lukasse, Rowe, Townend, Knight & Hollowell, 2014; Liu et al., 2014; Nutter, Meyer, Shaw-Battista & Marowitz, 2014; Gayiti, Li, Zulifeiya, Huan & Zhao, 2015);
- Promove o relaxamento muscular e redução dos níveis de ansiedade da parturiente através da redução dos níveis de cortisol e inibição da produção de noradrenalina e catecolaminas, libertadas pelo stress (Stringer & Hanes, 1999; Mazoni, Faria & Manfredo, 2009; FAME & APEO, 2009; Benfield, Herman, Katz, Wilson & Davis, 2001;

Bienfield et al., 2010; Silva et al., 2011; Silva et al., 2013; Abo-Romia & El-Adham, 2014; ACNM, 2014; Low, 2017);

- Promove o conforto da parturiente durante no primeiro estágio de TP (Stringer & Hanes, 1999; Silva & Oliveira, 2006; Mazoni et al., 2009; Pargano et al., 2010; Silva et al., 2011; Arantes et al., 2013; Silva et al., 2013; Nutter et al., 2014; ACNM, 2014);

- Influencia positivamente o sistema límbico, responsável por estimular e regular a produção de hormonas importantes para o TP e parto, como sejam, a produção de endorfinas e serotonina, enquanto hormonas analgésicas, e oxitocina importante no processo de nascimento, com melhoria da dinâmica uterina favorável à evolução do TP (FAME & APEO, 2009; Bienfield et al., 2010; Low, 2017);

- Abrevia a duração do primeiro estágio de TP (Torkamani et al., 2010; Cluett & Burns, 2012; Poder & Larivière, 2014; Liu et al., 2014; Kolivand, Almasi & Heydarpour, 2014; Gayiti et al., 2015; NZCM, 2015; ACOG, 2016);

- Melhora a perfusão uteroplacentária, conseqüentemente, favorece o bem-estar fetal com menos alterações anómalas dos padrões da frequência cardíaca fetal (Stark, Rudell & Haus, 2008; Bienfield et al., 2010);

- Diminui a necessidade de recurso a técnicas farmacológicas para gestão da dor, como seja a analgesia locoregional (Eberhard et al., 2005; Silva & Oliveira, 2006; FAME & APEO, 2009; Torkamani et al., 2010; Cluett & Burns, 2012; RCM, 2012; Mollamahmutoğlu et al., 2012; RCM, 2012; Arantes et al., 2013; Poder & Larivière, 2014; Kolivand et al., 2014; NZCM, 2015; Bovbjerg, Cheyney & Everson, 2016; ACOG, 2016; Low, 2017);

- Menor intervenção profissional e, conseqüente, maior respeito pela fisiologia do TP (Henderson et al., 2014; Liu et al., 2014; Bovbjerg et al., 2016);

- Diminui a pressão arterial devido à vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo (Cluett & Burns, 2012; Mollamahmutoğlu et al., 2012; Poder & Larivière, 2014);

- Reduz a prática de amniotomia (RCM, 2012; Shaw-Battista, 2017);

- Diminui o recurso à perfusão ocitócica para a aceleração do TP (Torkamani, Kangani & Janani, 2010; Mollamahmutoğlu et al., 2012; Poder & Larivière, 2014; Shaw-Battista, 2017);

- Reduz o traumatismo perineal, nomeadamente, diminui a taxa de episiotomia (Ohlsson et al., 2001; Torkamani et al., 2010; Mollamahmutoğlu et al., 2012; Menakaya, Albayati, Vella, Fenwick & Angstetra, 2013; Poder & Larivière, 2014; Nutter et al., 2014; Kolivand et al., 2014; Gayiti et al., 2015; NZCM, 2015; Bovbjerg et al., 2016; Low, 2017);

- Aumenta as taxas de períneos íntegros (Menakaya et al., 2013; Nutter et al., 2014; Gayiti et al., 2015; Bovbjerg et al., 2016);
- Favorece a mobilidade pela adoção de posições não supinas, melhorando a estática fetal, e assim, a diminuição de posições anómalas do polo cefálico (Stark et al., 2008; Harper, 2014; Abo-Romia & El-Adham, 2014; Shaw-Battista, 2017; Low, 2017);
- Diminui os partos instrumentalizados com consequente diminuição das taxas de cesarianas (FAME & APEO, 2009; Liu et al., 2014; Lukasse et al., 2014; Shaw-Battista, 2017);
- Aumenta a taxa de partos eutócicos (Torkamani et al., 2010; Lukasse et al., 2014; Henderson et al., 2014);
- Promove a participação mais ativa da parturiente no TP e aumento da sua satisfação em relação à sua experiência de parto promovendo, neste sentido, uma experiência de parto positiva (Silva & Oliveira, 2006; Mazoni et al., 2009; Torkamani et al., 2010; Stark et al., 2012; RCM, 2012; Poder & Larivière, 2014; Nutter et al., 2014; NZCM, 2015; Low, 2017).

Importa salientar que a evidência demonstra que o uso da água no primeiro estágio de TP é uma técnica com baixo risco de complicações materno-fetais (Silva & Oliveira, 2006; Mazoni et al., 2009; FAME & APEO, 2009; Pargano et al., 2010; Torkamani et al., 2010; Henderson et al., 2014; Harper, 2014; ACNM, 2014; Gayiti et al., 2015; ACOG, 2016). Por outro lado, a autora Garland (2004) sublinha na sua obra que ao promover uma experiência positiva de nascimento, potenciamos a vinculação da díade e tríade, aumentando a recetividade e interação entre mãe e recém-nascido/mãe, pai e recém-nascido. De facto, este resultado subentende-se como um indicador de qualidade dos cuidados prestados pelo EEESMO.

De acordo com as recomendações dos investigadores e das organizações internacionais (FAME & APEO, 2009; Stark & Miller, 2009; Bienfield et al., 2010; Torkamani et al., 2010; RCM, 2012; Silva et al., 2013; ACNM, 2014; NZCM, 2015; ACOG, 2016) o profissional que recorre ao uso da água no primeiro estágio de TP durante a prestação de cuidados à parturiente deve aplicar este método segundo os seguintes critérios: grávidas com idade gestacional de termo; facultar um consentimento informado que clarifique os benefícios e potenciais riscos materno-fetais; a temperatura da água deve variar entre os 36°C e os 37,5°C e, no caso da imersão não deve exceder o tempo máximo de duas horas; deve ser feita a auscultação dos batimentos cardio-fetais (ABCF) de forma intermitente; a rotura de membranas não é contraindicação para o recurso da água durante o TP; por fim, deve

ser facilitada a presença do convivente significativo. O contexto onde são prestados os cuidados obstétricos estão, geralmente, sob um conjunto de políticas socioeconómicas que os condicionam, mas atendendo aos resultados apresentados pela evidência parece que o recurso à água durante o TP assume-se como uma estratégia não farmacológica eficaz com uma boa relação custo-benefício, inserida nos cuidados humanizados (Stark & Miller, 2009; Pargano et al., 2010; Abo-Romia & El-Adham, 2014).

De modo a materializar na prática as recomendações emitidas a nível internacional é, fundamental, por um lado, as instituições estarem equipadas de recursos físicos necessários para a implementação deste cuidado, por outro lado, é essencial os profissionais terem formação sobre esta prática de cuidados, bem como desenvolverem protocolos institucionais e normas de atuação, de modo a unificar a prática de cuidados (Stark & Miller, 2009; Torkamani et al., 2010; RCM, 2012; ACNM, 2014; ACOG, 2016). Segundo os autores Stark & Miller (2009), para o sucesso deste método não farmacológico é necessária uma filosofia institucional de apoio aliada a relações colaborativas entre a equipa multidisciplinar e sustentada em protocolos, recursos físicos e materiais adequados e acessíveis aos profissionais.

O EEESMO é o profissional habilitado com competências científica, técnica e humana para assistir de forma autónoma a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, considerado de baixo risco, em que concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (Regulamento n.º 391/2019). Nesta lógica, é fundamental que o saber teórico encontre expressão na prática, dado que o EEESMO na excelência da prestação de cuidados deve apropriar-se dos resultados da evidência científica em prol dos melhores *outcomes* em saúde a promover à mulher e conviventes significativos. De acordo com o acima exposto, conclui-se que esta intervenção alternativa e efetiva se assume como uma poderosa aliada do EEESMO na promoção do conforto à parturiente de baixo risco, na otimização do TP normal, dado que minimiza intervenções que possam aumentar o risco materno-fetal.

2. OPÇÕES METODOLÓGICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Neste capítulo pretende-se descrever os métodos norteadores do percurso de aprendizagem subjacente ao desenvolvimento de competências face aos seus objetivos e respetivas estratégias delineadas. De facto, através de procedimentos metodológicos procura-se desenhar o plano lógico que sustente uma prática baseada na evidência, assente nos princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem. Para tal, é crucial numa primeira instância o mapeamento da evidência científica atualmente disponível que sustente a nossa atuação.

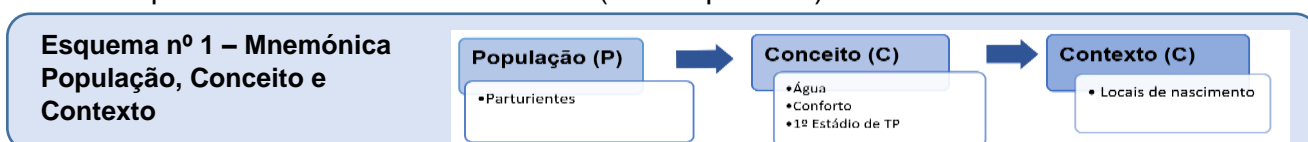
2.1 *Scoping Review*

O método escolhido para a revisão da literatura foi a *SR*. Segundo as orientações da *JBI* (2017), esta estratégia de pesquisa apresenta vantagens por permitir mapear conceitos chave de modo abrangente. Segundo Ribeiro (2014), a *SR* é metódica, ordenada e consiste numa revisão exploratória, destinada a mapear a produção científica e estudos relevantes em determinada área. Esta, tem uma abordagem abrangente, visto que a pergunta de pesquisa é ampla e aprofunda toda a literatura existente, independentemente dos desenhos de estudo (qualitativos ou quantitativos). Este tipo de revisão pode ajudar a mapear conceitos chave subjacentes à área de investigação, assim como, as principais fontes e tipos de informação disponível. Os autores Armstrong, Hall, Doyle e Waters (2011) defendem que é um método útil, pois promove a publicação e disseminação dos resultados da investigação sobre uma determinada temática, identificando possíveis falhas ou lacunas. Quanto à definição dos critérios de inclusão e exclusão, estes não se baseiam na qualidade dos estudos, mas antes na sua relevância. A *SR* é exploratória e todos os resultados descobertos acerca da temática devem ser incluídos. Efetivamente, é um método mais inclusivo e permite que os investigadores identifiquem lacunas na investigação existente (Armstrong et al., 2011).

No que atende ao *background* foi feita uma exaustiva pesquisa da literatura cinzenta sobre o tema, onde procurei aglutinar todos os resultados da evidência científica, encontrando-se estes no subcapítulo 1.2 acima descrito. Importa referir que esta pesquisa foi iniciada no ano 2017 na UC Opção, tendo sido, posteriormente, realizada no ano 2018 e no presente ano, nas bases de dados, procurando encontrar nova evidência.

2.1.1 Objetivos e questão de pesquisa

A SR permitiu a análise preliminar do tamanho e abrangência da literatura de investigação que permitisse conhecer e analisar os cuidados de enfermagem inerentes ao tema que me despertou especial interesse e sobre o qual este relatório procura ilustrar: uso da água no conforto da parturiente durante o primeiro estágio de TP. O ponto de partida para SR é a formulação da questão de pesquisa, em formato População, Conceito e Contexto (PCC) segundo as orientações do JBI (2017): “**Quais os efeitos do uso da água (C) para o conforto (C) da parturiente (P) no primeiro estágio de trabalho de parto (C) nos locais de nascimento (C)?**”. A presente questão de investigação foi realizada segundo a mnemónica do tipo PCC conforme supracitado, em que a **População** é referente às *Parturientes*, o **Conceito** é *Água, 1º estágio de Trabalho de Parto* e o **Contexto** (que remete para o modelo teórico que sustenta o presente relatório), por último, o **Contexto** corresponde aos *locais de nascimento* (ver Esquema 1).



O objetivo central que sustentou esta SR permitiu a realização de uma análise sobre a abrangência da investigação científica sobre o tema em estudo: **mapear a evidência científica sobre os efeitos do uso à água no conforto da parturiente no 1º estágio de TP.**

2.1.2 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão e exclusão do protocolo SR revelam-se como ponto chave, dado restringirem a estratégia de pesquisa à questão PCC, delimitando a evidência científica ao incluí-la na SR. Assim, os critérios de inclusão e exclusão têm efeitos na estratégia de pesquisa e na seleção dos artigos a analisar (ver Quadro 1).

Quadro nº 1 – Critérios de Inclusão e Exclusão

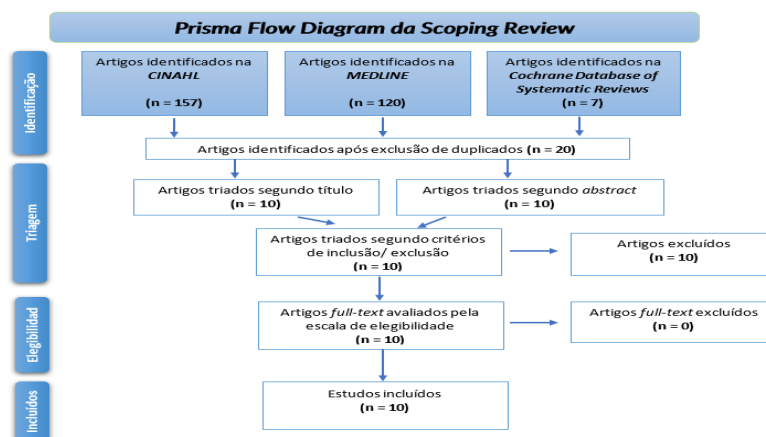
	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
Desenho	Estudos qualitativos ou quantitativos. Texto integral disponível	Todos os que não cumpram os critérios de inclusão. Estudos repetidos que surgem das bases de dados Estudos não disponíveis para consulta;
População	Parturientes com idade gestacional de termo (entre as 37 semanas e <42 semanas de gestação) independentemente do contexto sociocultural e idade materna	Grávidas com contra-indicação para levante
Conceito	Uso da água para o conforto no 1º estágio de TP	Estudos fora do âmbito da temática
Contexto	Todos os locais de nascimento: maternidades hospitalares, salas de parto, casas de parto, domicílio, entre outros	

2.1.3 Estratégia de pesquisa

Assim que definida a questão de pesquisa e respetivos critérios de inclusão e exclusão, iniciei à pesquisa da evidência científica. Atendendo que a SR permite realizar uma pesquisa abrangente da temática em estudo, a qual contempla artigos publicados (estudos primários ou revisão sistemática da literatura), como também a literatura cinzenta (artigos de prática clínica e de opinião), incluindo estudos qualitativos ou quantitativos, publicados em português, inglês, francês ou espanhol. Segundo recomendações da JBI (2017) a estratégia de pesquisa pressupõe três etapas. Na primeira etapa realizei uma pesquisa inicial que acedi através do site da ESEL à plataforma *EBSCO host Integrated Search* selecionando, numa primeira fase em duas bases de dados: a *CINAHL* e a *MedLine*. Posteriormente, alarguei a pesquisa a uma terceira base de dados, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Dos resultados obtidos das três bases de dados procurei analisar as palavras inclusas nos títulos e resumos dos estudos, assim como, os termos utilizados na descrição dos artigos. Na segunda etapa elaborei uma pesquisa informal, com o intuito de identificar os descritores, palavras-chave e termos indexados mais adequados à questão de pesquisa, nomeadamente, aos elementos da mnemónica PCC. De facto, no decorrer deste percurso tive necessidade de realizar várias pesquisas, com a finalidade de encontrar os melhores descritores que pudessem alcançar os objetivos definidos. Por fim, na terceira etapa, procedi à realização da pesquisa final, a qual realizei no dia 25 de Março de 2018, contemplando os critérios de inclusão e exclusão, anteriormente definidos. Importa salientar que as várias pesquisas foram realizadas no decurso do ano 2017 a 2018. Em relação ao enquadramento temporal, optei por não definir limites temporais. Efetivamente, a produção de evidência sobre o recurso da água no TP surge a partir de 2000, em que emergem resultados da evidência científica desenvolvida, que defende ser um método não farmacológico seguro e eficaz na gestão da dor (Harper, 2014). Numa triagem inicial, procedi à leitura dos títulos e dos *abstract* disponíveis. A pesquisa assentou em função dos elementos da mnemónica PCC. Deste modo, comecei a pesquisa nas bases de dados *CINAHL*, a *MedLine* e *Cochrane Database of Systematic Reviews* com a *População: Parturiente*; seguindo-se o *Conceito: Água, 1º estágio de Trabalho de Parto* e o *Conforto*; por último, o *Contexto: locais de nascimento*. Os vários descritores foram pesquisados quer pelos termos naturais quer pelos termos indexados, inerente a cada base de dados utilizada na pesquisa. No entanto, importa salientar que a base de dados da *Cochrane Database Systemic Reviews* não apresenta termos indexados, tendo sido utilizados os termos em linguagem natural (ver apêndice 1).

Por conseguinte, combinei os vários descritores inerentes a cada elemento do PCC através do operador boleano “OR”. O resultado referente ao PCC individual foi, posteriormente, combinado com o operador boleano “AND”. Por fim, obtive o número de artigos referente a cada base de dados, dos quais foram sujeitos a uma triagem inicial, seguindo-se à aplicação dos critérios de elegibilidade bem como aos critérios de inclusão e exclusão já descritos anteriormente, obtendo o número final de **10 artigos** conforme consta no *Prisma Flow Diagram* da SR (ver Esquema 2).

Esquema nº 2 – Prisma Flow Diagram da SR



2.1.4 Resultados da pesquisa

Após selecionados os artigos que respondem à questão da SR é crucial, extrair de cada um deles a informação pertinente, de forma objetiva e concisa. Para o efeito, e de acordo com as orientações da JBI (2017), recorri à extração de dados com o recurso ao instrumento apropriado, que contempla o título do artigo, os autores, o ano (ver apêndice 2), do desenho do estudo (ver apêndice 3), os participantes, os resultados e as conclusões dos autores. No apêndice 4 recorreu-se ao formulário para extração dos dados para os 10 artigos encontrados (Godfrey, Harrison & JBI, 2015), bem como à elaboração de duas tabelas sínteses dos resultados da pesquisa.

Da análise da evidência científica resultante da presente SR depreende-se que o uso da água no TP promove o bem-estar, o conforto (Davim, Torres & Melo, 2007; Davi, Torres, Caldas & Dantas, 2008; Davim, et al., 2008; Davim, Torres & Dantas, 2009; Chaichain, Akhlaghi, Rousta & Safavi, 2009; Lee, Liu, Lu & Gau, 2013) e o relaxamento muscular (Davim et. al, 2007; Davi et al., 2008; Davim, et al., 2008; Davim et al., 2009; Lehugeur, Strapasson & Fronza, 2017). Também para os autores Lehugeur et al. (2017) este método reduz os índices de ansiedade da parturiente. De facto, a maioria dos estudos sublinham que o uso da água quente no primeiro estágio de TP proporciona uma melhor gestão da dor por parte da parturiente (Davim et al., 2007; Davim, et al. 2008; Davi et al., 2008; Chaichain et al., 2009; Davim et al., 2009; Lee et al., 2013; Henrique, Gabrielloni,

Cavalcanti, Melo & Barbieri, 2016; Vanderlaan, 2017; Lehugeur et al., 2017). Segundo Lehugeur et al. (2017) a água quente estimula os termoreceptores da epiderme, ao nível do sistema nervoso central, bloqueando a percepção da dor. No entanto, no estudo desenvolvido por Eckert, Turnbull e MacLennan (2001) obtiveram resultados similares quanto à gestão da dor nos dois grupos (experimental e controlo), embora salientem que haja uma diminuição da duração do primeiro estágio de TP, indo, igualmente, ao encontro dos resultados dos investigadores Davim et al. (2007), Chaichain et al. (2009) e Henrique et al. (2016). Por outro lado, os trabalhos desenvolvidos por Chaichain et al. (2009) e Henrique et al. (2016) apontam como resultado que o uso da água reduz a necessidade de analgesia locoregional ou endovenosa, conduzindo à diminuição de intervenções medicalizadas, que nesta lógica, conduz ao aumento de parto eutócico com redução das taxas de cesarianas, assim como, diminui o risco de trauma perineal (Chaichain et al., 2009). Efetivamente, no estudo de Lee et al. (2013) verificou-se um aumento dos índices de satisfação da parturiente em relação ao TP, dado assegurar um maior controlo e autonomia da parturiente, sendo esta a protagonista do processo de nascimento. Por outro lado, a evidência científica sublinha ser importante a presença do convivente significativo no suporte à parturiente (Davim et al., 2008; Davim et al., 2009). Também é referido que este método pode ser aplicado isoladamente ou associado a outros métodos não farmacológicos como são exemplos, a bola de nascimento (Davim et al., 2007; Henrique et al., 2016) e a massagem sacrolombar (Davim et al., 2007), já que aumentam o conforto e alívio da dor (Davim et al., 2009). Os estudos destacam ainda ser uma prática de cuidados acessível, de fácil aplicabilidade e com boa relação custo-benefício (Davim et al., 2007; Chaichain et al., 2009; Lee et al., 2013; Vanderlaan, 2017; Lehugeur et al., 2017).

Em jeito de conclusão, esta intervenção é uma poderosa aliada do EEESMO na promoção do conforto da parturiente, na otimização do TP normal, que minimiza intervenções que possam aumentar os riscos materno-fetais. Face ao exposto, é indiscutível que os resultados da evidência científica obtida foram a base de sustentação da minha prática de cuidados ao longo deste ER.

2.2 Prática Baseada na Evidência: do Pensamento à Ação

Nas últimas décadas assistimos ao crescimento da Enfermagem enquanto disciplina pela aposta crescente da investigação, responsável primordial por esse desenvolvimento. A produção científica na área da enfermagem tem como finalidade os resultados que

emergem e se movem do contexto do estudo para o contexto da vida, sendo que este movimento contribui para uma prática baseada na evidência geradora de conhecimento, pensamento crítico e reflexivo e autonomia na tomada de decisão que promove a essência da Enfermagem que é centrada na pessoa. Para Galvão e Sawada (2003) a prática baseada em evidências patenteia uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência em saúde, sendo que a utilização dos resultados da investigação na prática, constitui um dos pilares dessa abordagem. Nesta lógica, a OE (2006) defende que uma prática de enfermagem baseada na evidência entende-se como a incorporação do conhecimento proveniente da investigação aliada à experiência/habilidades clínicas, opinião de peritos e as preferências e valores da pessoa mediante os recursos disponíveis, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.

As mudanças sociais implicam novas exigências que acarretam ao EEESMO novos desafios, tendo a necessidade de recorrer à melhor evidência científica disponível para prestar cuidados de enfermagem de excelência, numa lógica de enfermagem avançada, que reflète ganhos objetivos em saúde. Num documento emitido no ano de 2018 pela OE sobre a importância dos cuidados especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde, é colocado em evidência a importância que os cuidados especializados assumem no setor da saúde, uma vez que é reforçado que, segundo resultados de estudos empíricos, são identificados ganhos em saúde para os clientes traduzidos na melhoria dos indicadores de saúde; ganhos para as instituições na melhoria dos indicadores de gestão e de eficiência e, inclusivamente, para os próprios profissionais com melhoria dos índices de satisfação (OE, 2018). De facto, o uso da água no TP é uma prática de cuidados que reverencia o modelo assistencial prestado pelo EEESMO respeitando, apoiando e promovendo a fisiologia do nascimento. Dos resultados acima apresentados provenientes da SR constatamos que esta intervenção não farmacológica tem como enfoque os cuidados centrados na mulher e convivente significativo, contribuindo para uma experiência de parto positiva. Para Fonseca et al. (2012), o EEESMO ao individualizar as suas intervenções aumenta a satisfação da mulher, estimula a qualidade dos cuidados, a autonomia, o autocuidado e, concludentemente, os custos em saúde. Contudo, é essencial elevar a visibilidade das intervenções do EESMO que começa por cada profissional, no reconhecimento profissional e académico, implicando o empoderamento dos profissionais de enfermagem, no sentido de fomentar a sua autonomia e responsabilidade sustentada em evidência

científica na promoção de ganhos em saúde (Franco & Henriques, 2013). A temática deste ER encontra-se alicerçada aos princípios acima analisados, visto que todo o percurso teve como pilares a prática baseada na evidência, a prática de uma enfermagem avançada e o modelo assistencial do EEESMO, em que a pesquisa e análise da evidência sobre o uso da água no conforto da parturiente no primeiro estágio de TP, possibilitou a translação do conhecimento para a prestação de cuidados especializados, eficientes e de qualidade, com elevado nível de autonomia. Assim sendo, tive como principais metas: numa primeira instância, a pesquisa de evidência científica sobre a temática, bem como a realização em várias fases da *SR*; a realização de um projeto inserido na UC Opção que serviu de guia orientador onde procurei delinear os objetivos para o meu percurso formativo para o desenvolvimento de competências; posteriormente, e já no contexto da prática de cuidados (ensinos clínicos) procurei sensibilizar os profissionais de saúde dos diferentes contextos sobre a minha temática, nomeadamente, numa primeira fase, procurei fazer um diagnóstico de situação sobre os conhecimentos e necessidades formativas dos profissionais com o intuito da implementação desta prática de cuidados às parturientes, bem como a realização de sessões de formação à equipa, num contexto de formação em serviço. Também procurei participar nos cursos de preparação para o nascimento e parentalidade (CPNP), no âmbito do contexto de Cuidados de Saúde Primários e do hospital onde realizei o ER, com o intuito de sensibilizar e aumentar a literacia das grávidas e conviventes significativos sobre uso da água no primeiro estágio de TP, reforçando as vantagens à luz da evidência científica. Elaborei um poster, em função das necessidades verificadas no EC em Internamento de Grávidas, o qual foi afixado na casa de banho das grávidas próximo da zona de duche. Por fim, procurei todas as oportunidades formativas quer através da participação em congressos e conferências nacionais e internacionais com elaboração e apresentação de *posters* sobre o tema, com respetivas publicações de artigos para os *e-books*.

2.3 Análise Conteúdo

No que atende à análise dos registos de interação de cuidados, obtidos do instrumento desenvolvido neste ER, optei por efetuar análise de conteúdo, segundo Bardin (2016), identificando categorias resultantes dos registos das interações de cuidados (ver apêndice 5). De acordo com Bardin (2016), a análise de conteúdo possibilita a análise de comunicações, através da explicitação e da sistematização do conteúdo das mensagens, tendo como finalidade inferir deduções lógicas do seu conteúdo.

2.4 Considerações Éticas

A Enfermagem enquanto profissão autorregulada, tanto pelo Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) como pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 2015) e Padrões de Qualidade tem definidos princípios éticos e deontológicos a cumprir no âmbito do seu exercício profissional, onde obrigatoriamente a prática de cuidados e a investigação se sustentam. A prática profissional assenta numa responsabilidade e preocupação ética, sendo transversal a todo o processo do ER, iniciando-se com a identificação e pertinência da temática para o desenvolvimento de conhecimento, na escolha da opção metodológica adequada, nos instrumentos e processos de recolha, análise e divulgação dos resultados da evidência e dos cuidados que implementei. Segundo o REPE (2015, p. 80), artigo 99, o enfermeiro tem o dever de demonstrar “(...) um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente”. No Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005) encontram-se os artigos do 78º ao 89º, com exceção do 87º, que remetem para aspetos ético-deontológicos que devem reger a prática de cuidados de todos os enfermeiros, bem como a investigação em Enfermagem. No que atende aos Direitos Humanos, a prática de cuidados deve comprometer-se a respeitar o direito: à vida e qualidade de vida, à autonomia e escolha da pessoa, bem como o direito ao cuidado e a defesa pelos valores humanos salvaguardando os grupos mais vulneráveis; a cidadania reportando-se à igualdade, à participação e ao dever do enfermeiro na promoção do autocuidado e tornando a pessoa e família parceiros no processo de cuidados e, por último, deve ter uma prática de excelência prestando cuidados com elevado nível de qualidade científica, técnica e humana, com respeito pela intimidade, justiça e confidencialidade (Nunes, 2004).

Uma das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010) refere-se ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (artigo 5º), sendo da sua responsabilidade prestar cuidados seguros, éticos e com profissionalismo, recorrendo à tomada de decisão ética e deontológica, assentando esta competência num corpo de conhecimentos do domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e, finalmente, nas preferências do cliente. Durante o percurso formativo os princípios éticos que foram foco de especial atenção são os seguintes: beneficência, não-maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2013). No

decurso dos Ensinos Clínicos procurei regular a minha prática de cuidados segundo o REPE, o CDE, os princípios éticos e direitos humanos, respeitando, defendendo e promovendo o direito à dignidade humana, ao livre arbítrio e ao consentimento livre e esclarecido. Nesta lógica, durante a prestação de cuidados e implementação da temática em estudo, solicitei sempre consentimento verbal da parturiente, explicando os benefícios e finalidades do recurso da água, bem como o registo de cuidados e o modo de extração de dados, reforçando à parturiente o seu direito à autodeterminação e intimidade para a não participação, em qualquer das suas etapas. No registo, extração e apresentação dos dados respeitei o direito ao anonimato e confidencialidade da mulher e convivente significativo. Todo este processo de cuidar esteve assente numa relação de confiança entre a mulher e convivente significativo e enfermeira, implícita no princípio da fidelidade.

3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE: UMA ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

Este capítulo põe em evidência o percurso formativo através da aquisição de competências enquanto futura EEESMO e mestre, uma vez que procurarei descrever as atividades desenvolvidas, realizarei uma análise crítico-reflexiva das experiências de cuidados à luz da evidência científica e do referencial teórico que sustenta e norteia este processo formativo.

De acordo com o novo Regulamento n.º 391/2019 das Competências específicas do EEESMO:

“assume no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher” (p.13561).

Por seu turno, também, a ICM (2019) defende que o EEESMO tem um papel preponderante na promoção da saúde da mulher, prevenção da doença e otimização da adaptação do RN à vida extrauterina. A atividade das parteiras assenta em conceitos fundamentais, tais como: a parceria com as mulheres, RN e famílias; o respeito pela dignidade humana e pelos contextos socioculturais; a promoção da saúde em que a gravidez se assume como um acontecimento fisiológico; e prevenção de doenças (ICM, 2019).

A OE (2010) defende que a reflexão sobre a prática de cuidados é um instrumento basilar que contribui para garantir a qualidade dos cuidados. Assim, a prática reflexiva conduz à capacitação do profissional para a gestão de situações complexas, contribuindo para a estruturação do pensamento e, concomitantemente, da prática de cuidados, dado que permite a identificação precoce das necessidades da utente, disponibilizando intervenções especializadas e individualizadas com vista aos melhores ganhos em saúde. Não obstante, importa salientar que a caracterização do contexto deste EC encontra-se descrita no apêndice 7. Para descrever e analisar o caminho trilhado ao longo deste complexo processo formativo, estruturei este capítulo em três subcapítulos em função das competências do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019) desenvolvidas à luz do pensamento crítico-reflexivo no cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante: o período pré-natal; o TP e o período pós-natal, sendo que o segundo se subdivide para

dar a conhecer os resultados obtidos resultantes da prestação de cuidados especializados sobre o *uso da água no conforto da parturiente no primeiro estágio de TP*. No que atende às competências desenvolvidas no cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos saúde/doença ginecológica, estas encontram-se descritas no apêndice 8, sendo que considero ter alcançado com sucesso os objetivos preconizados, assim como todas as competências específicas inerentes ao desempenho do EEESMO.

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

O período pré-natal é caracterizado por diversas alterações fisiológicas e psicológicas na mulher/casal/família pelo futuro nascimento de um novo membro, sendo um momento de grande transformação que exige uma reorganização e redefinição de novos papéis a um novo elemento familiar, com uma identidade própria (o filho), adaptação a uma nova identidade (identidade materna), aprendizagem de um novo papel (de mãe), com necessidade de reestruturação das relações familiares e sociais (Lowdermilk & Perry, 2008). A gravidez representa um momento de grande importância para o projeto de vida de um casal e respetiva família, tendo subjacente inúmeras transformações emocionais e sociais, nomeadamente, para a mulher, pois o desenvolvimento de um novo ser humano impõe exigência física na grávida, em que todos os sistemas anátomo-fisiológicos sofrem alterações, os quais podem em situações adversas (por exemplo uma infeção, patologia, entre outras) conduzir a situações de recurso ao SUOG e, eventualmente, ao internamento hospitalar que, na maioria das vezes, é inesperado para a grávida e convivente significativo/família. O EEESMO desempenha um papel fulcral nos inúmeros desafios e riquezas de intervenções que esta área de cuidados implica, já que é o profissional de eleição para o cuidado especializado com conhecimentos e competências reconhecidas para cuidar a grávida e convivente significativo em situação de risco materno-fetal, por forma a potenciar a saúde da mulher no período pré-natal, detetando e tratando complicações precocemente, e promovendo o bem-estar materno-fetal quer durante o período pré-natal quer em situações de abortamento (Regulamento n.º 391/2019).

Neste ER tive oportunidade de prestar cuidados à mulher durante o período pré-natal quer em contexto de SUOG quer em contexto de BP, o que foi deveras enriquecedor na assunção e desenvolvimento das competências esperadas, mas também permitiu desenvolver o pensamento crítico pela panóplia de situações de cuidados através da

reflexão e da pesquisa de evidência científica, de modo a responder às necessidades de cuidados sustentada na evidência científica, garantindo a excelência dos cuidados prestados. No que atente ao contexto de SUOG, pude prestar cuidados a grávidas a vivenciar os três trimestres da gravidez, já que foram vários os motivos que as conduziram ao serviço de urgência. Dos turnos realizados no SUOG, tive oportunidade de prestar cuidados a um total de 28 grávidas. Numa fase inicial deste ER, observei a realização das triagens pela minha orientadora de local de estágio, tornando-me, progressivamente, mais confiante e autónoma na prestação de cuidados especializados. O contacto iniciava-se no momento da admissão da grávida no SUOG em que realizava o acolhimento apresentando-me e procurando estabelecer uma relação de confiança e realizava a Triagem de Manchester através do programa informático *Alert*® procurando ir ao encontro do fluxograma com a identificação do risco e estabelecimento de prioridade de urgência, através da elaboração de uma correta anamnese com consulta do Boletim de Saúde da Grávida (BSG), se possível, e restantes exames complementares de diagnósticos de que dispunha. Em todas as situações foi pertinente avaliar as necessidades de conforto, para assim delinear um plano de cuidados com intervenções autónomas e/ou interdependentes com vista ao bem-estar materno-fetal. Atendendo às queixas mais observadas neste ER relativo ao 1º trimestre de gravidez foram: perda hemática via vaginal; hemorragia do 1º trimestre associado a situações de aborto espontâneo em evolução; gravidez ectópica; aborto retido (para reavaliação clínica); algias pélvicas; infeções do trato urinário; infeções vulvovaginais; hiperémese gravídica. Quanto ao 2º trimestre de gravidez, as queixas mais frequentes estavam relacionadas: algias pélvicas com presença ou não de contratilidade uterina; infeções do trato urinário; infeções vulvovaginais; cialgia. No 3º trimestre de gravidez, o motivo de vinda ao SUOG esteve, maioritariamente, associado às seguintes queixas: ameaça de parto pré-termo (APPT); colestase gravídica; rotura prematura de membranas (RPM); contratilidade uterina; diminuição dos movimentos fetais; doença hipertensiva da gravidez; fase latente e ativa de TP.

Segundo os autores Caldas, Silva, Böing, Crepaldi e Custódio (2013) cerca de 90% das gestações iniciam-se e evoluem sem intercorrências ou complicações, contudo, aproximadamente 10% apresentam problemas no início ou no seu decurso, associando-se às gestações de alto risco. Nesta ótica, o EEESMO assume-se como o profissional com competências que, desde o primeiro contacto, identifica situações de risco materno-fetal, cuja deteção precoce e intervenção adequada podem prevenir e/ou diminuir a morbimortalidade materna e fetal (Lowdermilk & Perry, 2008).

Aquando da admissão da grávida e convivente significativo, apresentei-me e procurei sempre acolhê-los demonstrando disponibilidade e empatia, assegurando e respeitando a sua privacidade e o estabelecimento de uma relação de confiança, numa lógica de promoção do conforto ambiental, promovendo, assim, um ambiente propício para que a grávida transmitisse o desconforto prévio à vinda ao SUOG realizava a triagem e, posteriormente, definia um plano individual de cuidados especializados, que assentam no planeamento, avaliação e execução de intervenções dirigidas à mulher atendendo às suas necessidades individuais (Regulamento n.º 391/2019). É de extrema importância a elaboração de uma avaliação inicial abrangente e detalhada, que contemple a história de saúde da grávida (antecedentes pessoais), história da gestação atual e de gestações anteriores, com consulta de informação referente à vigilância de saúde da mulher (BSG e Exames Complementares de Diagnóstico). Também durante a triagem é igualmente importante a realização de um exame físico pormenorizado com a avaliação dos sinais vitais, como seja, tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura timpânica (quando se justificasse) e dor através da Escala Numérica da Dor (END), valorizando as queixas da grávida e recorrendo à análise dos exames complementares de diagnóstico, no sentido de despistar complicações/patologias induzidas pela gravidez ou o agravamento de patologia prévia, avaliando o bem-estar materno, o perfil psicossocial e a existência de potenciais riscos (por exemplo: hipertensão arterial, epigastrialgias, cefaleias, escotomas, prurido, edemas, alterações analíticas, ansiedade, consumos nocivos/dependências, problemas de vinculação, entre outros). Tome-se o exemplo de uma grávida no primeiro trimestre que evidenciava como queixas disúria e poliaquiúria, pelo que considerei as queixas serem sugestivas de eventual infeção do trato urinário, deste modo, realizei uma análise sumária à urina para verificação da presença de nitritos e leucócitos na urina, mesmo antes da avaliação médica, e assim que o resultado era impresso pelo aparelho presente no SUOG, pode confirmar-se ou não. É notório que a avaliação clínica precoce e a tomada de decisão sustentada na evidência que o EEESMO realiza em contexto de SUOG é deveras importante pelo seu corpo de competências. De acordo com ICM (2019) o EEESMO presta cuidados pré-natais de elevada qualidade, no sentido de otimizar a saúde durante a gravidez, através da deteção precoce e tratamento ou referenciação de certas complicações.

Em todas as situações de cuidados tive atenção em avaliar o Risco Gravídico, de modo a permitir uma identificação precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher neste período.

Após avaliado o bem-estar materno e atendendo à idade gestacional da mulher, debruçava-me na avaliação do bem-estar fetal. Na avaliação do bem-estar fetal, tive a oportunidade de avaliar a estática fetal através das Manobras de Leopold, com o intuito de compreender a dimensão do feto (despistando situações de restrição de crescimento fetal ou macrossomia fetal), identificar a apresentação, posição e situação fetal, bem como a própria relação entre a apresentação fetal e a bacia materna, no que respeita à descida do feto. Segundo os autores Bobak, Lowdermilk e Jensen (1999, p.284) as Manobras de *Leopold* fornecem “informações sobre o número de fetos, a identificação da apresentação, a posição e atitude fetal, o grau de descida na pelve e a localização do ponto de intensidade máxima da frequência cardíaca fetal em relação ao abdómen da mulher”. Inegavelmente, foi uma manobra deveras útil a que recorri na minha prestação de cuidados neste ER, nomeadamente, em contexto de SUOG, principalmente, antes da avaliação do bem-estar fetal através quer pela ABCF quer pela monitorização cardiotocográfica (CTG). Constatei que este momento particular de cuidados em que vigiei e monitorizei a frequência cardio-fetal (FCF), recorria à empatia e proximidade com a grávida/casal, sendo importante para identificar quais as necessidades de conforto se encontravam comprometidas facilitando, deste modo, o planeamento dos meus cuidados em função das suas individualidades.

Perante cada grávida/casal procurei realizar educação para a saúde, de acordo com as necessidades identificadas e a idade gestacional, acerca dos seguintes temas: alimentação (reforçando a importância da hidratação), higiene, atividade física, atividade sexual, estilos de vida saudáveis, vestuário, desconfortos associados à gravidez, sinais e sintomas de alerta (com especial ênfase sobre os motivos de recorrer ao SUOG), aleitamento materno (AM), fases do TP, métodos farmacológicos e não farmacológicos para a gestão da dor no TP e quais os recursos disponíveis na instituição, prevenção de infeção, exames pré-natais (ecografias, análises laboratoriais), CPNP, recursos da comunidade e legislação.

Por outro lado, e de acordo com a sintomatologia da grávida, e nas situações em que existia a suspeita de TP em fase ativa, tive a possibilidade de realizar o toque vaginal avaliando, assim, as características do colo uterino (consistência, posição, apagamento cervical, dilatação), a integridade das membranas, a variedade e apresentação fetal, bem como, a proporção feto-pélvica, participando ativamente, sob supervisão da orientadora, na tomada de decisão sobre o internamento das grávidas no BP quando estas se encontravam em fase ativa do TP, já que é uma decisão autónoma do EEESMO na

instituição onde decorreu o ER. De facto, senti numa fase inicial do estágio alguma dificuldade na correta avaliação cervical, uma vez que iniciei o desenvolvimento desta competência no EC Internamento de Grávidas, contudo, com o incentivo e apoio constante da minha orientadora de local de estágio fui colmatando esta dificuldade, tendo alcançado o êxito nesta ação.

Em algumas das situações de grávidas em fase latente do TP com contractilidade uterina dolorosa, identificava-se um desconforto prévio, que requer um planeamento de cuidados, no sentido da promoção dos estados de conforto de alívio e de tranquilidade ao nível de três contextos: físico, psico-espiritual e ambiental. Neste sentido, sugeri medidas não farmacológicas para a gestão da dor como seja o recurso água quente através do duche presente no SUOG e incluindo, nalguns casos a deambulação, que de acordo com a evidência científica têm inúmeros benefícios na evolução do TP (OMS, 2018). Furneci à grávida e convivente significativo a informação necessária e devidamente fundamentada, tendo verificado uma adesão por parte das grávidas antes de se proceder ao internamento no BP. Nalguns casos expliquei o procedimento para a sua realização no domicílio, nomeadamente, a utilização do chuveiro de forma correta, de modo a conseguir uma melhor gestão da dor, no sentido a promover o conforto de alívio e tranquilidade inserido no contexto físico. Segundo vários autores o recurso à água durante o TP surge como método não farmacológico eficaz na gestão da dor, já que o efeito hidrotérmico da água induz à vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, redução a tensão arterial, promovendo o relaxamento muscular, conforto e redução da ansiedade, influenciando o sistema endócrino, responsável pela produção de beta-endorfinas e serotonina, enquanto hormonas analgésicas, e oxitocina importante no processo de nascimento, com melhoria da dinâmica uterina favorável à evolução do TP (Stringer & Hanes, 1999; Silva & Oliveira, 2006; Mazoni, et al., 2009; FAME & APEO, 2009; Benfield et al., 2001; Bienfield et al., 2010; Silva et al., 2011; Cluett & Burns, 2012; Mollamahmutoğlu et al., 2012; Silva et al., 2013; Arantes et al., 2013; Abo-Romia & El-Adham, 2014; Poder & Larivière, 2014; Nutter et al., 2014; ACNM, 2014; Low, 2017). Quanto aos benefícios da deambulação nas fases, latente e ativa do TP, se a posição vertical é assumida existe uma melhor gestão da dor, promove o conforto da parturiente, melhora a contractilidade uterina, diminui a duração do TP, bem como assegura uma melhor perfusão uteroplacentária, conseqüentemente, favorecendo o bem-estar fetal (Mamede, Almeida & Clapis, 2004; FAME & APEO, 2009; Wei, Gualda & Junior, 2011; Silva et al., 2017; OMS, 2018).

No contexto do BP, também são prestados cuidados no período pré-natal, nomeadamente, a grávidas com patologia associada ou situação clínica de risco materno-fetal. Durante este ER prestei cuidados a grávidas e respetivos conviventes significativos a vivenciar as seguintes patologias: doenças hipertensivas da gravidez como sejam situações de pré-eclâmpsia e Síndrome de HELLP, as quais se encontravam no recobro/unidade de cuidados intermédios do BP; colestases gravídicas; APPT; estados fetais não tranquilizadores; induções de TP (ITP) em situações pré-termo ou termo que se justifique uma maior vigilância (dado que nesta instituição as ITP são realizadas no internamento de grávidas) como sejam situações de restrição do crescimento fetal grave. Das situações de cuidados vividas neste contexto de estágio houve uma situação que se destacou pela relação que estabeleci com o casal. Tratava-se de uma grávida, primípara, com 27 anos, com 32 semanas de IG e encontrava-se internada no BP por APPT. De facto, quando o casal foi confrontado com a situação de internamento e risco de um parto prematuro, sem nenhuma intercorrência até então, durante esta gravidez, o stress do casal foi referido e manifestaram tristeza e preocupação. Com efeito, uma situação de hospitalização durante o decurso de uma gravidez, que se idealiza como fisiológica, reveste-se de um momento de grande ansiedade, constituindo-se como um desafio na adaptação à nova realidade com necessidades acrescidas de suporte emocional, familiar e social, o que exige do EEESMO competências para o planeamento de cuidados complexos, suportados pela evidência científica. Esta grávida tinha recorrido ao SUOG, na madrugada, por referir sensação de contractilidade regular e dolorosa (dor 5 segundo a END), embora no dia anterior tivesse sentido desconforto pélvico. Negou queixas urinárias, alterações do corrimento vaginal, hemorragia vaginal ou febre. No SUOG fez CTG, exames laboratoriais, observação vaginal e ecografia, tendo sido internada no BP com o diagnóstico APPT. Analiticamente não apresenta nenhum critério sugestivo de infeção, todavia, apresentava no CTG registo de contratilidade uterina regular e de pequena amplitude, mas indiscutivelmente na ecografia foi feita uma cervicometria para avaliação das características do colo através da sonda transvaginal, que revelou um encurtamento do colo com 13mm, com afunilamento. Após a admissão e acolhimento no BP, ainda pela equipa do turno da noite, iniciou protocolo de tocólise com *Atosiban*® (antagonista de recetor de ocitocina), protocolo de neuroprotecção com Sulfato de Magnésio e maturação pulmonar fetal, que segundo protocolo da instituição é administrado por via intramuscular Betametasona 12mg/dia administrado 2 tomas com intervalo de 24 horas. Segundo o estudo realizado por Bittar e Zugaib (2009) a escolha do uterolítico assenta na eficácia e segurança. No que respeita à segurança, os antagonistas

do recetor da ocitocina (*Atosiban*®) apresentam mais vantagens e maior segurança em relação a outros (agonistas beta-adrenérgicos, os bloqueadores do canal de cálcio e sulfato de magnésio), embora o custo seja elevado (Bittar & Zugaib, 2009). Encontrava-se em repouso no leito com monitorização por CTG continua. O convivente significativo esteve presente durante o internamento no BP e até à sua transferência para o Internamento de Grávidas. Segundo Graça (2017) a APPT ocorre antes das 37 semanas de IG e define-se pelo aparecimento de contratilidade uterina regular, frequente e dolorosa que se repercute em alterações no colo uterino, com o segmento inferior uterino distendido, mas sem apagamento ou dilatação do colo. Na APPT os sinais e sintomas podem ser: algias pélvicas (constantes ou intermitentes); lombalgia (constante ou intermitente); sensação de pressão pélvica; algias abdominais; alterações do fluxo vaginal (modificação/aumento e por vezes hemático); contrações uterinas dolorosas ou não (intervalos ≤ 10 minutos) (Magro, Guerreiro & Fidalgo, 2016; Graça, 2017). Uma adequada vigilância materno-fetal é primordial, sendo, indiscutivelmente, o EEESMO o profissional com competências adequadas, que “diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal”, informando, identificando, orientando, planeando, intervindo e referenciando as situações que estão além da sua área de atuação (Regulamento n.º 391/2019, p. 13562). Nesta lógica, as intervenções promovidas pelo EEESMO numa situação de APPT visam a diminuição da sintomatologia, promover o bem-estar materno-fetal, identificar e atuar precocemente nas complicações e, assim, prover a uma gravidez de termo com redução das complicações neonatais e maternas.

Durante o turno em que prestei cuidados à grávida, o meu plano de cuidados centrou-se na identificação das suas necessidades de conforto e definir as intervenções promotoras dos estados de conforto de alívio e de tranquilidade ao nível dos quatro contextos: físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental. No que atende, à promoção dos estados de conforto de alívio e tranquilidade, estes foram conseguidos pela promoção dos cuidados de conforto no leito estimulando a sua mobilização, através da massagem realizada com creme hidratante para potenciar o seu relaxamento, com incentivo à participação do cônjuge. Também adotei uma atitude de escuta ativa, no sentido a fomentar um estado de calma, relaxamento e bem-estar. No que atende aos contextos de conforto, privilegiei a privacidade e questioneei se gostaria de ouvir música. Como respondeu afirmativamente, liguei o rádio na sua estação preferida, conjuntamente com a luz rosada que penetrava nas cortinas do quarto, contribuiu para criar uma atmosfera calma à grávida num espaço físico calmo. Facultei a informação solicitada, bem como promovi a educação para a

saúde ao casal. Acredito que a presença do EEESMO é relevante para diminuir a ansiedade materna pelo apoio e disponibilidade, respeito da privacidade e convicções culturais, promovendo o seu bem-estar. A informação facultada à grávida sobre a sua situação clínica, evolução, procedimentos, recursos disponíveis, bem como, promover o otimismo e esperança/crença durante a prestação de cuidados, em que a comunicação se assume como uma ferramenta essencial do EEESMO, para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz.

Face ao exposto, acredito que as situações de cuidados, assim como, as atividades desenvolvidas contribuíram para consolidar conhecimentos e desenvolver competências para prestar de cuidados de excelência à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, potenciando a sua saúde (Regulamento n.º 391/2019). No decorrer deste ER, assim como nos EC em medicina materno-fetal e cuidados de saúde primários, consegui atingir os objetivos propostos para o alcance desta competência enquanto futura EEESMO e mestre.

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

Segundo Regulamento das competências específicas do EEESMO n.º 391/2019, o foco de atuação do EEESMO é a promoção, apoio e promoção do parto normal, já que é da sua responsabilidade e do seu domínio de competências garantir a melhor assistência à parturiente durante o TP. Em 1996 a OMS publicou diretrizes sobre assistência obstétrica e definiu o parto normal como:

“Parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição.” (OMS, 1996, p.4).

O TP caracteriza-se por um conjunto de fenómenos fisiológicos, no qual se instalam contrações uterinas regulares e com sensação dolorosa, em frequência e intensidade, que promovem a extinção cervical e a dilatação do colo uterino, a progressão fetal pelo canal de parto até à expulsão do feto, assim como, das membranas amnióticas e placenta (Lowdermilk & Perry, 2008; Fatia & Tinoco, 2016; Graça, 2017). Segundo Graça (2017) é fundamental a identificação e o adequado diagnóstico do início de TP, diferenciando-o de um falso TP, uma vez que poderá conduzir à prática de intervenções desnecessárias e desaconselhadas. O TP apresenta um continuum de fases sucessórias composto por

quatro estádios, sendo que o **primeiro estágio** pode dividir-se em duas fases (latente e ativa) e caracteriza-se pela presença de contrações dolorosas e regulares que resultam no apagamento e dilatação do colo uterino. Segundo as novas orientações da OMS (2018) a fase latente traduz-se por contrações uterinas dolorosas e com alterações do colo uterino, com apagamento e progressão mais lenta da dilatação até aos 5 cm, contudo, a fase ativa representa o período caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, com apagamento e dilatação cervical mais rápido e vai dos 5 cm até dilatação completa. No entanto, de acordo com a DGS (2015) e o protocolo da instituição onde decorreu este ER, a fase ativa tem início aos 4 cm de dilatação cervical com a extinção/apagamento praticamente total do colo. Segue-se o **segundo estágio** correspondente ao período expulsivo, que se inicia com a dilatação completa do colo até à expulsão do feto; o **terceiro estágio** refere-se à dequitação, com início logo após o nascimento terminando com a saída completa da placenta; por último, o **quarto estágio** denominado de período de hemóstase ou puerpério imediato decorre desde da expulsão da placenta até às 2 horas seguintes após o parto (Lowdermilk & Perry, 2008; Fatia & Tinoco, 2016; Graça, 2017).

Para Rocha (2009) o TP é uma experiência única e singular, assim como o culminar de um período gravídico, em que a mulher se defronta com grandes dualidades de sentimentos. As práticas obstétricas devem pautar-se pelo respeito pelo processo fisiológico e dinâmica própria de cada nascimento, sendo as intervenções cuidadosas e criteriosas quanto à escolha dos recursos tecnológicos disponíveis (FAME & APEO, 2009).

No sentido de prestar cuidados de qualidade recorri aos conhecimentos teóricos aprendidos no contexto das aulas teóricas e práticas, à revisão da literatura, articulado com a aquisição de conhecimentos práticos sob a supervisão da orientadora local. De facto, proporcionar uma experiência de parto positiva, única e inesquecível, foi sem dúvida o mote deste ER, não descurado uma prestação de cuidados culturalmente sensível, centrada na mulher e família, baseada nos pressupostos da humanização do TP. Ao longo da prestação de cuidados à parturiente e convivente significativo, tomei como foco dos meus cuidados o assegurar as necessidades de conforto durante o TP.

Durante o decorrer deste ER prestei cuidados especializados e culturalmente sensíveis a **85 parturientes** e conviventes significativos no **primeiro estágio de TP**, onde procurei implementar as atividades que delinee para a assunção dos meus objetivos. No início de cada turno, participava atentamente na passagem de turno, efetuando os registos dos

dados mais significativos de cada mulher que se encontrava internada no BP, o que me permitiu ter uma percepção geral da dinâmica do turno, bem como do estágio de TP em que se encontravam. Após a passagem de turno, e de acordo com os meus objetivos, foi-me atribuída a co-responsabilidade para a prestação de cuidados a duas parturientes. Antes de me dirigir à parturiente e convivente significativo, consultava o processo clínico confirmando toda a informação transmitida e transcrita na passagem turno, bem como recolhendo outras informações pertinentes para o planeamento dos meus cuidados e identificação das potenciais necessidades de conforto. Os dados objetivos que, evidentemente, são importantes conhecer para um adequado planeamento dos cuidados, incluíam: idade gestacional, antecedentes pessoais, história ginecológica e obstétrica, história da gravidez atual, resultados de parâmetros analíticos recentes (hemograma atualizado, serologias do 3º trimestre e pesquisa de exsudado vaginal e rectal para *Streptococcus Beta Hemolítico* grupo B), grupo sanguíneo (em caso de fator *Rhesus* negativo consultava o resultados do teste *Coombs* indireto e conferia a administração da Imunoglobulina Anti-D e respetiva data), parâmetros vitais, bem-estar materno-fetal pela interpretação do traçado CTG, estágio do TP, assim como, o plano de parto. De facto, o partograma é um instrumento de trabalho e de grande recurso no BP, uma vez que contempla a informação resumida dos dados acima descritos, tal como, a realização ou não de analgesia farmacológica e respetivas horas de administração; a existência de RPM referindo as características do líquido amniótico e a hora da rotura, mas também permite ter uma representação gráfica da progressão do TP. De acordo com Prada e Rafael (2016), o partograma possibilita uma representação e avaliação gráfica do TP, monitorizando a sua evolução considerando a parturiente e o feto, através da análise da dilatação cervical e da descida da apresentação fetal. Efetivamente, a curva da dilatação e descida da apresentação fetal quando comparadas com a curva de *Friedman* facilita a identificação de situações de desvio. Quando o partograma é devidamente preenchido representa uma ferramenta útil aos cuidados à parturiente durante o TP, não é apenas um documento de registo, é também um instrumento de diagnóstico (OE, 2015). No entanto, importa que a análise e interpretação do partograma atenda a todos os fatores que influenciam o TP.

A avaliação do bem-estar materno-fetal é uma das competências do EEESMO e assume-se como um pilar principal na prestação de cuidados obstétricos à parturiente em TP. O EEESMO tem a responsabilidade de garantir um ambiente seguro durante o TP, já que é da sua competência identificar e monitorizar, assim como, o risco materno-fetal durante o

TP referenciando as situações que estão acima da sua área de atuação (Regulamento n.º 391/2019). Deste modo, para além da consulta atenta do processo clínico, também procedia à leitura e interpretação do CTG, na central de CTG do BP, e respetiva discussão do planeamento dos cuidados com a minha orientadora local. O BP onde decorreu este EC disponibilizava em cada sala um cardiotocógrafo fixo, assim como, um por telemetria que facilitava à mobilidade durante o TP e a adoção de posições não supinas. Contudo, e apesar das novas recomendações da OMS (2018), é norma e protocolo do serviço o recurso à monitorização contínua CTG para avaliar o bem-estar materno-fetal intraparto, em vez da monitorização intermitente recomendada. Segundo Santo (2016) a monitorização fetal intraparto visa evitar, por um lado, a ocorrência de lesões relacionadas com hipóxia/acidose e, por outro lado, a realização de intervenções desnecessárias que podem acarretar risco de morbilidade materna e/ou fetal. Não obstante, a interpretação que realizava aos registos CTG atendiam às recomendações da FIGO (2015) e da ACOG (2009).

A maioria das mulheres grávidas internadas no BP encontrava-se em fase latente ou fase ativa do primeiro estágio do TP; situações de vigilância e situações de indução de TP que requerem maior cuidado (como sejam, fetos pré-termo, restrições de crescimento fetal, situações de patologia materna ou fetal, entre outras).

Posto isto, dirigia-me às minhas respetivas salas, apresentando-me à parturiente e convivente significativo, que maioritariamente, o convivente significativo era pai do RN. Nalgumas situações tive oportunidade de realizar a admissão da parturiente e convivente significativo ao BP informando-os dos recursos disponíveis, da dinâmica/funcionamento do serviço e explicar todos os procedimentos. De facto, o primeiro contacto é determinante para o estabelecimento da relação terapêutica, que se pretende que assente nos pressupostos fundamentais para o planeamento de intervenções de conforto no TP e promover uma experiência de parto positiva. A adoção de uma postura calma e de escuta ativa, dando importância ao tom de voz, às atitudes e às palavras utilizadas, tornaram-se essenciais na comunicação com os casais, no sentido de transmitir tranquilidade e ir ao encontro das suas escolhas, preferências e expectativas. Segundo a OE (2015, p.40)

“(…) o atendimento deve ser afetuoso e hospitaleiro. A comunicação e a linguagem utilizadas são peças fundamentais na assistência, [sendo que] as palavras selecionadas para abordar a Mulher em trabalho de parto podem ser facilitadoras ou dificultadoras de todo o processo”.

Na mesma linha de pensamento, Fatia e Tinoco (2016) reforçam que o EEESMO deve transmitir segurança e calma na prestação de cuidados, cuja comunicação eficaz

estabelecida com a parturiente é essencial para a evolução do TP, devendo sempre sugerir e não impor, negociando com a parturiente e convivente significativo, envolvendo-os na tomada de decisão.

Apenas **21 parturientes** apresentavam plano de parto, o qual tinha sido enviado para a direção do hospital e respetiva chefe do BP. A chefe do serviço assim que recebia os planos de partos, comunicava à equipa, estando estes disponíveis para consulta por parte de todos os enfermeiros da equipa. Por outro lado, algumas grávidas quando não conseguiam enviar por email, acompanhavam-se por o seu plano de parto juntamente com o BSG. Procedi sempre à leitura atenta dos planos de parto, bem como discutia e negociava todos os itens que continham com a parturiente e convivente significativo, esclarecendo todas as dúvidas e envolvendo-os na tomada de decisão. As parturientes que não apresentavam plano de parto escrito incentiva-as a expressarem as suas expectativas, desejos, preferências e medos em relação ao TP. Efetivamente, foi possível respeitar todos os planos de partos, dada a filosofia de cuidados que é praticada no BP, onde é valorizado este instrumento que promove o *empowerment* da mulher no seu TP, tornando-a um elemento participativo ao longo de todo o processo. Importa ainda salientar que os recursos disponíveis no serviço permitem que seja possível o respeito pelo plano de parto (ver apêndice 7). Este constitui-se como um documento escrito em que são redigidos os desejos e opções da mulher/casal relativamente ao TP, parto e pós-parto, bem como do que espera dos profissionais de saúde que aí trabalham. Um plano de parto é uma ferramenta valiosa para o EEESMO, quando este não conhece, antecipadamente, a parturiente/casal a quem presta cuidados, dado que contém as intenções e expectativas do casal. Nesta lógica, pode representar a expressão de uma boa relação de parceria com o seu cuidador, na qual ambos compreendem quais as tarefas implicadas, reconhecem as suas capacidades e as da outra pessoa e percebem os seus próprios limites (Lothian, 2006; Marques, 2009; OE, 2015). Por seu turno, a OE (2015) reforça que o plano de parto promove a assistência individualizada e o envolvimento do convivente significativo.

Ao longo da minha prestação de cuidados, procurei respeitar o processo fisiológico do nascimento, numa atitude de “*hands-off*”, sendo que não realizei intervenções que promovessem uma conduta ativa do TP, pois representa uma intervenção desaconselhada pela OMS (2018). Importa salientar que a minha orientadora local respeitou os meus objetivos para este EC, bem como apoiou-me ao longo de todo este processo de assunção de competências enquanto futura EEESMO. De facto, houve

técnicas invasivas que pouco pratiquei, como sejam, a realização de amniotomia e de amnioinfusão (apenas realizei o total de 1, respetivamente, por indicação médica); a colocação de 1 monitorização interna (através da colocação de um elétrodo específico no escalpe fetal, quando há necessidade de uma informação mais precisa e rigorosa da FCF da CTG, sendo necessário que haja previamente uma RPM ou executar uma amniotomia); administração de perfusão ocitócica (somente quando prescrita ou aquando da necessidade de dinâmica uterina); realização rotineira de toque vaginal, a qual era realizada após consentimento da parturiente e somente quando se justificava; administração de perfusão endovenosa continua (soroterapia), procurava somente colocar um acesso venoso obturado e incentivava ao reforço hídrico. No que se refere à amniotomia realizada tive a atenção de que a apresentação fetal estivesse encravada e bem apoiada ao colo uterino, no sentido de evitar o prolapso do cordão umbilical, prevenindo uma situação de emergência obstétrica. No que respeita à amnioinfusão realizada foi na situação de uma parturiente com oligoâmnios e RPM com líquido amniótico tinto mecónio II. Esta é uma recomendação para este procedimento invasivo que consiste em aumentar transitoriamente o volume amniótico através da entrada soro fisiológico na cavidade amniótica (Graça, 2017).

De acordo com a OMS (2018), a realização do toque vaginal está recomendada de 4 em 4 horas, com o consentimento da parturiente de baixo risco, na fase ativa do primeiro estágio de TP. Esta recomendação tem como objetivos principais: a diminuição do risco infeccioso provocado pela manipulação, reduzindo o risco de morbilidade materna e neonatal; assim como também, diminui e previne o desconforto deste procedimento invasivo, promovendo assim cuidados de conforto. No que respeita à sua prática, realizei-o sempre que se justificava, informando a parturiente e convivente significativo do motivo e da evolução do TP, assente no consentimento prévio. Não obstante, numa fase inicial deste EC, houve necessidade da duplicação da técnica por parte da minha orientadora local para validação da minha observação. Fui progressivamente melhorando esta competência, no que atende a cada parâmetro de avaliação, quer relativamente ao colo uterino (posição, consistência, extinção e dilatação), quer quanto à estática fetal (atitude, situação, posição e apresentação fetal, que também era conjugado com a Manobra de Leopold) e variedades de posição na apresentação cefálica. Também através do toque vaginal avaliava a altura da apresentação com recurso aos níveis de *De Lee*, sendo que a referência zero corresponde às espinhas isquiáticas, assim como, verificava a integridade das membranas, identificando a sua rotura e avaliação das características do

líquido amniótico. Toda a minha prestação de cuidados junto da parturiente e convivente significativo/família procurou respeitar as *guidelines* internacionais e nacionais de assistência obstétrica no respeito pela fisiologia do TP com menos interferência possível (OMS, 1996 e 2018; FAME & APEO, 2009). Pude constatar que a forma como cada família vivencia o TP é única. Efetivamente, cada TP é único e a duração do primeiro estágio varia de uma mulher para outra (OMS, 2018). De acordo com a OE & APEO (2012), o nascimento é um processo fisiológico, sendo que só se deverá intervir para corrigir desvios da normalidade, já que os profissionais de saúde têm a responsabilidade de garantir um ambiente de confiança, segurança e privacidade, que respeita o direito à informação e decisão esclarecida, à individualidade, dignidade e confidencialidade das mulheres.

Com o objetivo de promover os estados de conforto de alívio, tranquilidade e transcendência nos diversos contextos de cuidados onde podem ser experienciados, a minha intervenção teve em atenção ao longo do planeamento de cuidados as necessidades de conforto de a cada parturiente, mas sempre respeitando a fisiologia do nascimento. Assim, a promoção do apoio contínuo foi uma constante ao longo deste ER. No estudo realizado por Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa e Cuthbert (2017), estes comprovaram que as parturientes que recebem apoio contínuo durante o TP, têm maior probabilidade de parto vaginal espontâneo, menor probabilidade de recorrer a analgesia epidural e uma maior satisfação relativamente à experiência do parto.

Não obstante que a avaliação dos sinais vitais esteve inerente aos meus cuidados, nomeadamente, a avaliação da dor através da END, uma vez que é importante a identificação da dor e do desconforto do TP, para subseqüentemente se implementarem medidas que promovam a gestão da dor através de métodos farmacológicos ou não farmacológicos. Também foi relevante informar a parturiente sobre os métodos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis, assim como, sobre os respetivos riscos e benefícios para uma tomada de decisão livre e consciente. Reforçando, igualmente, a possibilidade da conjugação de vários métodos ao longo do TP para uma melhor gestão da dor, bem-estar, em função dos recursos disponíveis.

No que respeita aos métodos farmacológicos, a instituição onde decorreu este ER tem vários protocolos onde o EEESMO tem autonomia para avaliar, propor e negociar com a parturiente. Encontram-se disponíveis a analgesia locoregional (epidural e sequencial), analgesia endovenosa (Paracetamol, Brometo de butilescopolamina, Metamizol de magnésio, Petidina e Remifentanil) e analgesia inalatória com Óxido Nitroso. Existem

igualmente documentos de consentimento informado facultados à parturiente para a analgesia locoregional e inalatória. Das 85 parturientes **73% (62 parturientes)** recorreram a métodos farmacológicos, embora em conjugação com os não farmacológicos.

No âmbito da promoção dos métodos não farmacológicos criou-se oportunidade para conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções para gestão da dor, promoção de conforto e bem-estar a todas as parturientes (**100%**) e conviventes significativos durante o primeiro estágio de TP. Não obstante, foi manifestamente importante considerar a situação clínica da parturiente para a negociação e tomada de decisão do método não farmacológico. Com efeito, observei que os métodos não farmacológicos respondem às necessidades de conforto físico e com influência no conforto ambiental, contribuindo para a sensação de alívio e tranquilidade, referido pelas próprias. Mas também, constatei pela prática de cuidados e pelo comportamento não verbal de algumas parturientes o alcance do estado de conforto de transcendência. Ressalve-se que **27%** das parturientes (23) recorreram exclusivamente à adoção de métodos não farmacológicos para gestão da dor no primeiro estágio de TP. Deste modo, e atendendo a um dos indicadores de evidência e medida do *Projeto Maternidade com Qualidade* promovido pela OE (2013), nesta instituição aderente, ensinei, instruí e treinei com a parturiente e convivente significativo as seguintes medidas não farmacológicas: liberdade de movimentos através da deambulação, recurso à bola de nascimento e a panos suspensos no teto; recurso à musicoterapia; à aromaterapia através dos difusores presentes no serviço; a técnicas de relaxamento e massagem; à aplicação de calor, nomeadamente, na região sacrolombar; técnicas respiratórias (condicionadas e instintivas/fisiológicas – glote aberta); o apoio contínuo; e por último, o recurso à água, que serão abordados os cuidados e resultados no subcapítulo subsequente dado ser o tema que me propus aprofundar. Segundo as recentes recomendações da OMS (2018) para a assistência obstétrica durante o TP, defendem a importância do recurso a técnicas de relaxamento, nomeadamente, através da massagem e aplicação de calor, assim como, deve promover-se e encorajar a mulher à mobilidade e a diferentes posicionamentos, principalmente, a adotar posições não supinas durante o primeiro e segundo estágio do TP de baixo risco, respeitando sempre as preferências da mulher (OMS, 2018). Importa ressaltar que no decorrer deste ER procurei permear a participação ativa do convivente significativo durante as intervenções não farmacológicas para a gestão da dor, com muita receptividade destes enquanto parceiros ativos nos cuidados.

Outra medida de conforto que teve especial atenção no decorrer deste EC e com vantagens para a parturiente e feto, foi a promoção da ingestão em TP, que também surge como indicador de evidência no *Projeto Maternidade com Qualidade*. De facto, ao longo do primeiro estágio do TP, ofereci às parturientes de baixo risco sumos de fruta sem polpa, chá, água, rebuçados, gelatina e gelados de gelo, sendo estes últimos trazidos pelo convivente significativo. Segundo Lowdermilk e Perry (2008) os alimentos e líquidos consumidos por via oral durante o TP, satisfazem mais eficazmente as necessidades energéticas e de hidratação da parturiente comparativamente aos líquidos endovenosos. Em algumas situações, e mediante consenso da equipa médica, na parturiente de baixo risco pude providenciar a ingestão de refeições leves, como seja, a ingestão de bolachas, sandes ou sopa, proporcionando, inegavelmente, um aumento do conforto, da satisfação e do autocontrole em TP. De acordo com os autores Singata, Tranmer e Gyte (2013), a parturiente de baixo risco deve-se alimentar, uma vez que o jejum em TP pode dificultar a resposta da parturiente face às exigências que este acarreta, podendo, inclusivamente, prolongar a duração do primeiro estágio de TP, tornando-o mais doloroso. De facto, esta recomendação já é defendida pela OMS desde 1996, no sentido da promoção de uma experiência de parto positiva (OMS, 2018).

Por outro lado, tive uma preocupação constante e um profundo interesse relativamente às questões do ambiente propício e facilitador do TP, nomeadamente, no primeiro estágio de TP, pois acredito que o ambiente tem uma grande influência na sua evolução e no modo como a parturiente e convivente significativo o experiencia. Com efeito, ambientes menos facilitadores dificultam o TP, assim como, na minha opinião, criam uma barreira à relação que estabelecemos com as parturientes e conviventes significativos. Este último aspeto depreende-se empiricamente da minha experiência na prestação de cuidados à parturiente e convivente significativo ao longo do ER. Indiscutivelmente, os cuidados de enfermagem dependem da relação que se estabelece com a pessoa. Acredito que a promoção de um ambiente favorável propicia a ocorrência de um TP tranquilo e respeitador da fisiologia do nascimento, potenciando, assim, uma experiência de parto positiva. A realização de intervenções, como seja, a redução da luminosidade, substituindo a luz artificial pela luz natural, tem um efeito substancial, já que promove um ambiente físico favorável ao TP (Jenkinson, Josey & Kruske, 2014). Sem dúvida a promoção do conforto num contexto com ambiente favorável, potencia positividade para a interação e relação entre o profissional e o casal. Mas como Hesbeen (2000) defende a enfermagem é feita de “pequenas coisas”, pois é a atenção às “pequenas coisas” que

revela a preocupação que o profissional tem pela pessoa na sua existência. Para a maior parte das mulheres, o hospital é um ambiente desconhecido que tem subjacente rotinas institucionais nem sempre sensíveis à manutenção da privacidade durante o TP, contribuindo, assim, para o aumento dos níveis de stress e perda de autonomia. Segundo Jenkinson et al. (2014) o ambiente condiciona de forma positiva ou negativa a vivência do TP, sendo por isso, essencial que os prestadores de cuidados estejam sensíveis aos inúmeros aspetos condicionadores, no sentido de possibilitarem um ambiente calmo e tranquilizador que suporte a fisiologia do nascimento.

A OMS (2018) releva que a assistência obstétrica deve privilegiar o entendimento sobre a fisiologia do TP, cujas intervenções devem ser em função das necessidades reais e não como rotina. Deste modo, ponto central da humanização do parto é o protagonismo da mulher, o poder sobre seu próprio corpo e a livre escolha sobre os posicionamentos a adotar, não obstante, uma assistência de qualidade técnica. Neste prisma, e tendo por base o parto como processo fisiológico, o Enfermeiro Obstetra, é o profissional melhor qualificado para assistir ao parto normal (FAME & APEO, 2009; ICM, 2019; Regulamento n.º 391/2019).

O **segundo estágio de TP**, também, designado como período expulsivo, corresponde ao intervalo de tempo que decorre desde da dilatação cervical completa até à expulsão do feto, em que a parturiente tem uma vontade involuntária de fazer força em função das contrações uterinas expulsivas, representando-se como o período de grande exigência física para a parturiente (Lowdermilk & Perry, 2008; Fatia & Tinoco, 2016; Graça, 2017; OMS, 2018). A duração deste estágio é variável de mulher para mulher, contudo, na primípara pode durar até 3 horas e na múltípara pode durar até 2 horas (OMS, 2018). O EEESMO é o profissional habilitado com competência científica, técnica e humana para assistir de forma autónoma e executar técnicas adequadas no parto normal de baixo risco, criando um ambiente seguro e garantindo as necessidades de conforto, assim como, a segurança ao desenvolvimento do parto com o mínimo de intervenções e intercorrências (OMS, 1996 e 2018; Regulamento n.º 391/2019).

De facto, o momento do parto não se restringe à mera execução de técnicas, mas sim compete ao EEESMO a arte e sensibilidade para conciliar a relação humana, articulando a sua atitude e postura com os conhecimentos e perícia técnica, respeitando a dignidade da mulher enquanto participante ativa no seu parto e valorizando o envolvimento do convivente significativo. Confesso que, numa fase inicial deste EC, a minha maior preocupação era sem dúvida a execução correta da(s) técnica(s), seguir corretamente

todos os passos e com grande enfoque no garantir o bem-estar fetal, observando e escutando sempre com atenção o cardiotocógrafo. Todavia, ao longo do ER, e à medida que fui evoluído na assunção das minhas competências e aumentando o meu sentimento de segurança, confiança e autonomia, a incorporação das competências relacionais foram acompanhando este crescimento. Destaco indiscutível o papel crucial que a minha orientadora local teve para o desenvolvimento das minhas competências, autonomia e segurança, pelo constante apoio e incentivo no reforço positivo, em que os momentos de discussão e análise reflexiva das práticas foram uma mais valia neste percurso.

Desta forma, neste ER assisti a **50 partos eutócicos**, dos quais procurei que as minhas intervenções garantissem a liberdade de escolha por parte da parturiente para a posição mais confortável para parir, incentivando e estimulando à adoção das **posições verticalizadas (não supinas)** (Ver gráfico 1 e 2), já que é uma prática ao atendimento ao parto normal recomendada e incentivada por várias entidades nacionais e internacionais (Lamaze Internacional, 2009; FAME & APEO, 2009; FIGO, 2012; OE & APEO, 2012; OE, 2013; OMS, 1996 e 2018).

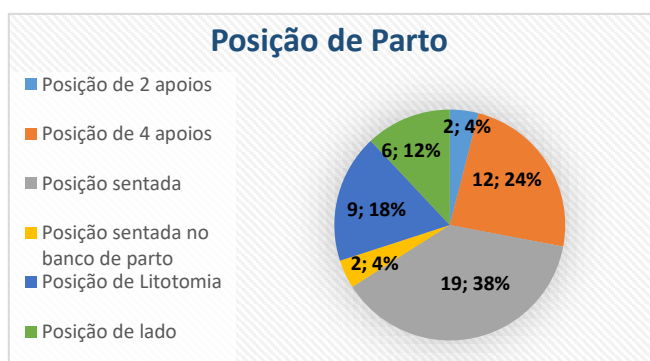


GRÁFICO 1 – Posição de Parto

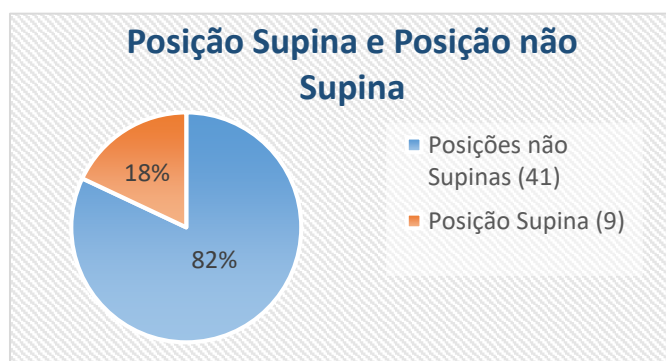


GRÁFICO 2 – Posição supina e Posição não Supina

No decorrer do segundo estágio do TP, preparei e organizei o espaço físico, o material e equipamentos para a realização do parto com segurança, mantendo sempre uma postura confiante e tranquilizadora, valorizando e reforçando positivamente o potencial da parturiente. Concebi, planeei e implementei intervenções adequadas na execução do parto, não descurando o respeito pela mulher em processo fisiológico de nascimento, aguardando esforços expulsivos espontâneos (OE & APEO, 2012). Contudo, por vezes, foi necessário ser mais diretiva orientando e apoiando a parturiente, principalmente, quando esta verbalizava que se sentia incapaz, no sentido de ajudá-la a recuperar o autocontrolo, envolvendo, também, o convivente significativo neste apoio (OE, 2015).

Independentemente da parturiente ter realizado analgesia locoregional ou não, incentivei, estimorei e colaborei na alternância de posições mais confortáveis e com atenção ao

respeito pelas suas preferências, bem como encorajei a que os esforços expulsivos fossem realizados apenas quando sentisse vontade. Com efeito, é da competência do EEESMO certificar-se da presença de contractilidade uterina regular, dos esforços expulsivos maternos adequados e da evidência de bem-estar fetal e materno (Regulamento n.º 391/2019). Por outro lado, incentivei à adoção de posições verticalizadas, tendo em conta as necessidades de conforto, pelo que foi bastante agradável aperceber-me que houve uma grande adesão, sendo este facto evidente nos resultados presentes nos gráficos 1 e 2, dado que dos **50 partos** realizados **82%** foram realizados na posição não supina. Acredito que a filosofia do serviço onde decorreu o ER foi facilitadora para o alcance tão positivo destes resultados. Importa referir que não ocorreu **nenhuma distócia de ombros** ao longo deste EC, mesmo tendo participado em partos de fetos macrossómicos, pois acredito que um dos fatores que facilitou este resultado foi, inegavelmente, o facto de a maioria dos partos realizados terem sido na posição não supina. De acordo com os autores Mineiro, Rito, Cardoso e Sousa (2016) entende-se por posições verticais, todas as posições que proporcionam um ângulo superior a 45° entre o tronco e os membros inferiores da mulher, podendo incluir as posições: de cócoras, de pé, sentada, de 4 apoios (“gatas”) e de 2 apoios (ajoelhada). De acordo com a evidência científica são apontados como vantagens a adoção de posições não supinas no parto: a redução da compressão dos grandes vasos maternos pelo útero gravídico; melhoria do fluxo uteroplacentário; a ação da gravidade que favorece o período expulsivo através de contrações uterinas mais eficazes e esforços expulsivos mais eficientes; o ângulo entre o eixo longitudinal da coluna vertebral do feto e da coluna vertebral da mãe é menor na posição vertical, conseqüentemente, requer um menor esforço uterino; melhoria da estática fetal, diminuindo a percentagem de posições anómalas do polo cefálico; favorece o encaixe e a descida da apresentação fetal, já que a direciona para o triângulo anterior, urogenital, do estreito inferior da bacia, promovendo, assim, o estiramento progressivo da musculatura do pavimento pélvico; promove o aumento dos diâmetros da bacia; favorece os esforços expulsivos, devido à posição dos membros inferiores; diminui a duração do período expulsivo; reduz a taxa de episiotomia; diminui a taxa de partos instrumentalizados e cesarianas; promove a participação mais ativa da parturiente no parto (Silva, Silva, Soares & Ferreira, 2007; FAME & APEO, 2009; Lamaze Internacional, 2009; Amorim, Porto & Souza, 2010; Thies-Lagergren, Kvist, Christensson & Hildingsson, 2011; Gupta, Hofmeyr, & Shehmar, 2012; FIGO, 2012; Nogueira, 2012; OE, 2013; Gizzo et al., 2014). No que atende aos mecanismos do parto em apresentação de vértice estão subjacentes os movimentos passivos da apresentação

fetal que permitem a sua passagem pelo canal de parto: encravamento, descida, flexão, rotação interna, seguidos da extensão, rotação externa, restituição, e, por último, a expulsão (Machado, 2017). Enquanto observava e avaliava a descida da apresentação fetal, também verificava a elasticidade dos tecidos do períneo, facultando tempo para os tecidos do períneo relaxarem e distenderem sob pressão da cabeça fetal. Procurei efetuar a proteção do períneo, sempre que a zona perineal estava acessível mediante a posição do parto, permitindo uma extensão suave e controlada da cabeça fetal, através da Manobra de *Ritgen* Modificada (Lowdermilk & Perry, 2008). Efetuei a expulsão do ombro anterior, seguido da flexão lateral do corpo fetal o ombro posterior era expulso, finalizando com a expulsão do corpo do feto. Todo este procedimento procurei realizar com segurança e perícia, mas, igualmente, de forma lenta e controlada para evitar ou reduzir o risco de traumatismo perineal. No entanto, também, facultei sempre que fosse desejo da parturiente participar na extração do corpo fetal. Como medida de conforto físico adotada e com vantagem no relaxamento da musculatura perineal, apliquei calor húmido quer através compressas quentes e húmidas quer através da colocação/irrigação de soro fisiológico quente. De acordo com o estudo realizado por Couto e Carneiro (2017) a aplicação de compressas quentes e húmidas no períneo é uma prática obstétrica que deve ser incorporada no segundo estágio de TP, dado que reduz, significativamente, a dor do TP e pós-parto (nos dois dias seguintes), assim como a incidência de lacerações de terceiro e quarto grau, conseqüentemente, a probabilidade de incontinência urinária.

No que respeita ao trauma perineal, e recorrendo às abordagens descritas, participei em **15 partos com períneo intacto, 20 com lacerações de 1º grau e 12 com lacerações de 2º grau**. Em 3 dos partos, houve necessidade de efetuar uma **episiotomia médio-lateral** para abreviar o período expulsivo por razões fetais (suspeita de sofrimento fetal), sendo esta uma das indicações para este procedimento (Graça, 2017; OMS, 2018). A seletividade na execução da episiotomia foi sempre contemplada ao longo do ER, já que é uma recomendação e prática promotora do parto normal (OMS, 1996 e 2018; OE & APEO, 2012).

Após a expulsão da cabeça fetal, aguardava a sua restituição e rotação externa, pesquisando a presença de circular cervical, embora no decurso deste ER, não houve necessidade de recorrer à clampagem e corte do cordão precoce, pois realizei sempre a Manobra de *Somersault*, permitindo que o cordão mantivesse a perfusão sanguínea, favorecendo a adaptação à vida extrauterina e promovendo a clampagem tardia, tal como é recomendado à luz da evidência científica e as novas recomendações OMS (2018),

facultando também a possibilidade da parturiente ou convivente significativo efetuar o seu corte, caso fosse esse o seu desejo. Segundo as recomendações da ACOG (2017a), a clampagem do cordão umbilical deve ser realizada pelo menos 30 a 60 segundos após o nascimento. A OMS (2017) recomenda a clampagem do cordão umbilical pelo menos 1 minuto após o nascimento e iniciar em simultâneo com os cuidados ao RN. De facto, a ACOG (2017a, 2017b) defende a importância da clampagem tardia do cordão umbilical, pois se for imediatamente clampado, cerca de um terço do sangue que pertence ao RN, fica retido na placenta, assim como, o sangue adicional fornece quantidades de ferro, equivalentes a 40-50 mg/kg de peso corporal. Com efeito, quanto maior for a duração da transfusão placentária após o nascimento, conseqüentemente, será o aporte de imunoglobulinas e células estaminais, essenciais para a reparação de tecidos e órgãos e, igualmente, proporcionar *à posteriori* efeitos terapêuticos e benéficos para a criança (ACOG, 2017a). Importa salientar que neste EC houve **3** situações que não foi possível realizar a clampagem tardia do cordão umbilical, uma vez que a parturiente pretendia colheita para criopreservação de células estaminais, tendo sido facultada informação sobre as vantagens da clampagem tardia, salientando que nestas situações não seria possível, pois poderia comprometer a colheita.

Não posso deixar de referir uma situação deveras marcante ocorrida neste EC que foi, inesquecivelmente, o nascimento de um RN dentro da bolsa amniótica e com 2 circulares cervicais. De facto, a parturiente tinha 37 semanas de idade gestacional e pela observação empírica da altura do fundo uterino e Manobra de Leopold aparentava ser um feto pequeno, embora não estivesse documentada nenhuma restrição de crescimento fetal. A parturiente foi admitida em fase ativa de TP, com 8 cm de dilatação, a bolsa amniótica ao toque vaginal apresentava-se a “tufar”, contudo, decidi não proceder a amniotomia, respeitando a fisiologia do processo de nascimento e aguardar que a rotura de membranas ocorresse espontaneamente, mas não ocorreu. Após o seu nascimento, rompi a bolsa amniótica e desenrolei as circulares cervicais, o RN teve uma excelente adaptação à vida-extrauterina, apresentando como Índice de *Apgar* de 10 ao 1º, 5º e 10º minutos. Foi um momento impressionante e maravilhoso este nascimento que para sempre ficará na minha memória!

O EEESMO assume a responsabilidade de assegurar a avaliação imediata do RN pela adoção de medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina e prestação dos cuidados imediatos, bem como é capacitado na realização de manobras de reanimação em emergências, referenciando e cooperando com outros profissionais nas situações que

estão além da sua área de atuação (Regulamento n.º 391/2019). Com o nascimento do RN, assegurava a avaliação do RN implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina, todavia, estes cuidados podiam, igualmente, ser assegurados por outro enfermeiro (enfermeiro de cuidados gerais) que colaborava no momento do nascimento. Neste ER procurei prestar os cuidados imediatos a praticamente todos os RN, cuja parturiente participei no parto, assim como, às que o parto culminou em distócico, atuando, nestes últimos, em colaboração com o pediatra. Após o nascimento, assegurava a termorregulação, respiração e avaliava o Índice de *Apgar*, ao 1º, 5º e 10º minuto, em função aos parâmetros preconizados e que validam a adaptação do RN à vida extrauterina (Lowdermilk & Perry, 2008). Por outro lado, realizei os procedimentos de identificação do RN, administração intramuscular da vitamina K para prevenção da doença hemorrágica do RN (Puckett & Offringa, 2010), avaliação ponderal, exame físico e neurológico.

Promovi e incentivei o contacto pele-a-pele entre mãe e RN imediatamente após o parto, bem como a sua manutenção até ao 4º estágio de TP, dependendo sempre da sua vontade. É de referir que foi igualmente possível promover o contacto pele a pele com um pai, tendo sido o próprio a solicitar. Procurei que os cuidados imediatos ao RN fossem prestados sobre o abdómen materno, garantindo a manutenção da sua temperatura, através da secagem suave e colocação de um lençol aquecido e gorro (Albuquerque, Mariani, Bersusa, Dias & Silva, 2016), cujas vantagens são fundamentais, no que respeita à promoção do vínculo afetivo, ao estabelecimento do AM precoce, ao favorecimento do microbioma do RN, bem como à promoção do conforto (OMS, 2018). O microbioma humano representa a coleção do genoma de todos os micróbios, composto por bactérias, ácaros, fungos, protozoários e vírus que vivem no corpo humano, encontrando-se, predominantemente, no intestino. Desempenham uma grande influência em funções essenciais como homeostase, na digestão, no sistema imunológico, na função cognitiva e na produção de neurotransmissores que afetam o comportamento (Gregory, 2011; Gonçalves, 2014; Smith, 2015; Yang et al., 2016; Lamb, Niekerk & Green, 2017; Smid et al., 2018). Atualmente, sabe-se pelos resultados da evidência científica que a maior colonização do RN ocorre durante o nascimento, sendo, por isso, crucial que os EEESMO estejam sensibilizados sobre os fatores que podem alterar a composição do microbioma, de modo a implementar intervenções que o favoreçam, com ganhos de saúde significativos e cruciais para a vida do RN a longo prazo (Yang et al., 2016).

Seguindo para o **terceiro estágio de TP** é esperado que após o nascimento ocorra o descolamento e expulsão placentar, denominado por dequitação. Relativamente à condução deste estágio existe alguma controvérsia podendo, por um lado, adotar uma conduta ativa, exercendo a tração controlada do cordão, no sentido da minimização das perdas hemáticas conforme é recomendado pela OMS (2018). Por outro lado, assumir uma atitude expectante respeitando a fisiologia do TP. Neste ER tive oportunidade de adotar ambas as condutas, quer controlando ativamente o descolamento e expulsão placenta, quer sempre que possível, adotar uma atitude expectante, nomeadamente, nalgumas situações em que as parturientes assumiam a posição não supina no segundo estágio do TP. Contudo, a primeira conduta foi a mais realizada. Foi ainda importante compreender os mecanismos de expulsão da placenta. Na maioria dos casos, a dequitação foi natural e aparentemente completa através do mecanismo de *Schultze*, noutros a dequitação ocorreu pelo mecanismo de *Duncan*. Destacam-se como principais complicações neste estágio: a hemorragia pós-parto e a retenção placentar, sendo importante o EEESMO prevenir, identificar e referenciar as situações que estão para além da área de atuação, conforme foi necessário, numa parturiente que fez retenção placentar, tendo feito encaminhamento à equipa médica, e conseqüentemente, cooperei na dequitação manual. Não tive nenhuma situação de membranas fragmentadas nos partos realizados. Após a dequitação inspecionava a placenta, confirmando as suas características e verificando os cotilédones, as membranas e o tipo de inserção do cordão umbilical, tal como a presença dos vasos (2 artérias e 1 veia). Caso fosse do interesse da parturiente e convivente significativo, mostrava a placenta e as membranas, explicando a sua finalidade e forma como o feto se encontrava alojado.

Após a dequitação certificava-me da formação do Globo de Segurança de *Pinard*, e de acordo com o protocolo da instituição eram administradas 20 unidades de oxitocina em 500ml de soro fisiológico ou polieletrólítico por via endovenosa ou quando a parturiente não tinha acesso venoso eram administradas 10 unidades por via intramuscular, como terapêutica profilática uterotónica, com a finalidade da prevenção da hemorragia pós-parto e atonia uterina. Esta conduta segue as novas recomendações da OMS (2018).

Segundo as competências do EEESMO é da sua responsabilidade avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação (Regulamento n.º 391/2019). Inicialmente manifestei alguma insegurança na avaliação da integridade do canal de parto, mas rapidamente superei esta dificuldade, pois acredito ser uma intervenção que requer perícia e competência técnica na sua execução, uma vez que tem implicações no

conforto, na estética e na vivência da sexualidade da mulher. Nas situações de laceração perineal procedia à sua reparação (perineorrafia), identificando com facilidade os tecidos, assim como, nas situações de episiotomia procedi à episiorrafia. Tive sempre especial atenção no assegurar a gestão da dor e necessidades de conforto da mulher durante a execução da técnica. Destaco com uma mais valia para este EC a importância da prática simulada de alta fidelidade, realizada no início deste EC em contexto de laboratório na ESEL, que facilitou, inegavelmente, a prática de cuidados especializados no contexto clínico. Concluindo a intervenção, garantia os cuidados de higiene e conforto, promovendo sempre que possível, e de acordo com as preferências da puérpera, a crioterapia no local para redução do edema e promoção do conforto físico. Nesta fase, procurava realizar educação para a saúde à puérpera e convivente significativo sobre a cuidados de higiene, a mudança frequente de penso higiénico, observação das características dos lóquios e situações de complicação.

O último estágio do TP corresponde ao **quarto estágio** referente ao período de aproximadamente duas horas (puerpério imediato) que requer a vigilância da puérpera e do RN relativo à sua adaptação à vida extrauterina. Este estágio também é caracterizado pela fase de recuperação física da puérpera, sendo fundamental avaliar os estados de conforto de alívio, tranquilidade e transcendência, no sentido de proporcionar o conforto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, privilegiando a privacidade e a harmonia, ajudando a mulher e convivente significativo na vinculação e apoiando-os no processo de transição e adaptação à parentalidade. Prestei cuidados especializados a **53 puérperas**, promovendo a saúde, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e do RN no período pós-natal (Regulamento n.º 391/2019). Para o ICM (2019) é da competência do enfermeiro obstetra prestar cuidados pós-parto abrangentes, culturalmente sensíveis e de elevada qualidade. Na maioria dos partos incentivei e promovi o contacto pele-a-pele, avaliando com regularidade a vitalidade, a tonicidade e a coloração do RN. Procedia à identificação do RN (com nome e número de processo materno) com recurso a duas pulseiras (rosa para menina e azul para menino), as quais eram previamente confirmadas pelas parturientes antes da sua colocação, bem como era colocada uma terceira pulseira (pulseira eletrónica) com o intuito de garantir a segurança do RN no internamento.

O contacto pele-a-pele é um momento por excelência para a promoção do AM precoce, fundamental, a longo prazo, para uma maior probabilidade da sua manutenção. Uma vez que a instituição é creditada como Hospital Amigo dos Bebés, é dever dos profissionais a

promoção, proteção e apoio ao AM, cumprindo as diretrizes preconizadas. Nesta lógica, colaborei na adaptação do RN à mama, avaliando os sinais de prontidão do RN, assim como, os reflexos e sinais de boa pega, realizando educação para a saúde à puérpera e convivente significativo, no que respeita à autovigilância e ao autocuidado. Sempre que possível foram proporcionadas as melhores condições de exercício da parentalidade positiva. De facto, este período pós-parto é desafiante, já que tem implícito inúmeras mudanças físicas, psíquicas e sociais, particularmente, exigente para a tríade que experimenta novos papéis. De acordo Lowdermilk e Perry (2008) a mulher e o seu RN não estão somente a recuperar do processo físico do TP e parto, como também se estão a conhecer e a estabelecer relações com os restantes membros da família e esta transição de vida tão peculiar merece particular atenção do EEESMO no planeamento dos cuidados para a promoção de uma parentalidade positiva.

Terminando este estágio, procedia à observação e avaliação da puérpera, numa lógica cefalo-caudal, com a avaliação dos sinais vitais, observação das características das mamas e mamilos após a mamada, vigilância e incentivo à eliminação urinária, confirmação do globo de segurança de *Pinard* e verificação dos lóquios, assim como, observação do períneo, prestando cuidados de higiene e conforto físico. Procedi à remoção do cateter epidural e do acesso venoso periférico (salvo contra-indicação). Por último, realizava a transferência da puérpera e do RN para o internamento de puérperas, relatando resumidamente à enfermeira responsável, toda a informação pertinente da mulher, do seu TP, parto e pós-parto imediato, assim como as informações relativas ao RN, numa lógica de manutenção da continuidade dos cuidados.

Importa salientar que foram realizados todos os registos de enfermagem no programa informático *Sclinic*® de acordo com as normas do serviço, no sentido de manutenção da continuidade e de visibilidade dos cuidados especializados prestados.

Em jeito de síntese, todas as atividades desenvolvidas para a assunção das competências esperadas enquanto futura EEESMO foram um desafio, contudo, acredito que as alcancei com sucesso.

3.2.1 Resultados da prática baseada na evidência: água no conforto da parturiente no primeiro estágio de TP

Conforme referido na introdução, o foco do ER e deste relatório centra-se no conforto da parturiente e no desenvolvimento de competências que mobilizassem o recurso à água na gestão da dor das parturientes a quem prestei cuidados. O *Alívio da dor e medidas*

não farmacológicas no TP e parto, constitui-se um indicador de evidência no *Projeto Maternidade com Qualidade*, o qual contempla o uso da água como intervenção na gestão da dor (OE, 2013). Numa fase inicial, foram discutidos os objetivos e estratégias a serem implementadas quer com a orientadora Professora Teresa Félix quer com a orientadora local, bem como, desenvolvi um instrumento de registo da interação de cuidados (ver apêndice 6) com base nos resultados da evidência científica proveniente da SR, assim como, sustentado na Teórica de Enfermagem. Com efeito, este instrumento foi inegavelmente uma mais valia para a obtenção dos resultados provenientes da implementação da prática de cuidados e sua respetiva análise. Não obstante, integrei na prática de cuidados, pelo método de entrevista, a *Childbirth Comfort Questionnaire* validado transcultural e linguisticamente para a população portuguesa (ver anexo III). Este instrumento foi aplicado no quarto estágio de TP ou no Internamento de Puérperas, quando me deslocava a esta unidade para validar os cuidados prestados e subsequentes reajustes necessários, assegurando a continuidade de cuidados. Antes de propor o recurso à água como método não farmacológico na gestão da dor no primeiro estágio de TP, procedi a avaliação criteriosa da parturiente discutindo com a orientadora local o meu planeamento de cuidados, verificando se reunia os critérios de inclusão, nomeadamente, ser uma gravidez de termo e de baixo risco, feto em apresentação cefálica e sem analgesia locoregional prévia. Reunidos os critérios de inclusão, negocieei com a parturiente e convivente significativo solicitando o consentimento informado verbalmente sobre a realização da intervenção, dando tempo e espaço para a tomada de decisão livre e consciente. Procurei, *à priori*, avaliar os conhecimentos prévios (ver gráfico 3), e mediante a sua literacia facultei as informações, numa lógica de ensinar, instruir e treinar com a parturiente e convivente significativo o procedimento, demonstrando e validando as zonas do corpo (região abdominal e sacrolombar) onde o duche devia incidir, assim como, a temperatura da água e as posições possíveis de adotar durante a sua realização. Tive oportunidade de implementar esta intervenção a **22 parturientes** e realizar a recolha e o registo dos resultados provenientes da interação de cuidados. Com o intuito de conhecer melhor a parturiente e seus antecedentes, afigurou-se importante recolher informações que permitissem a caracterização das participantes. No que atende à avaliação da literacia das participantes sobre os benefícios do uso da água no TP apercebi-me que a maioria não conhecia os seus benefícios (ver gráfico 3). Das 22 parturientes que acompanhei, a distribuição etária foi entre os 19 e os 40 anos, sendo estas maioritariamente nulíparas (59% nulíparas e 41% múltíparas – ver gráfico 4), com

gestação de termo compreendida das 37s às 41s + 3d de IG. Relativamente às habilitações literárias, a maioria das participantes eram licenciadas (ver gráfico 5). No que atende à frequência no CPNP, das 22 parturientes/casal apenas 8 frequentaram o referido curso (ver gráfico 6). No entanto, constatei que 7 parturientes apresentavam plano de parto (ver gráfico 7). Relativamente à participação do convivente significativo durante a intervenção, a generalidade participou e somente 1 convivente significativo não se encontrava presente.

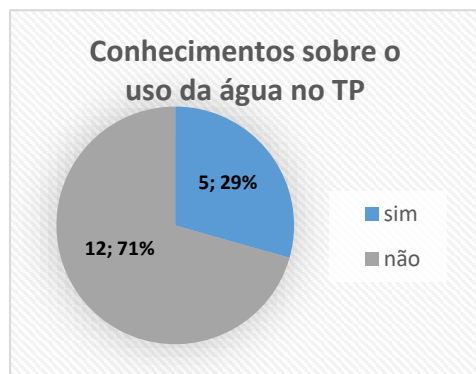


Gráfico 3 – Conhecimentos sobre o uso da água no TP

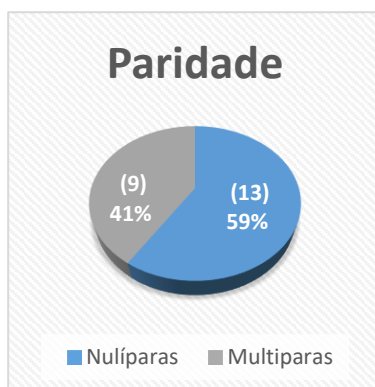


Gráfico 4 – Paridade

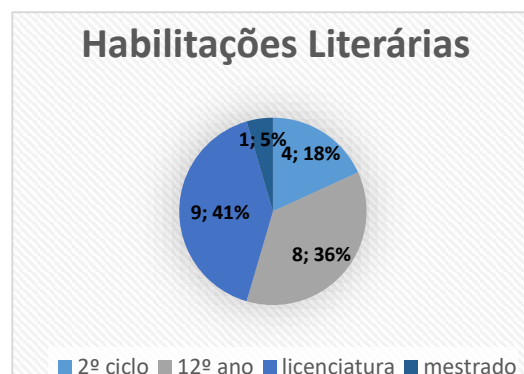


Gráfico 5 – Habilitações Literárias

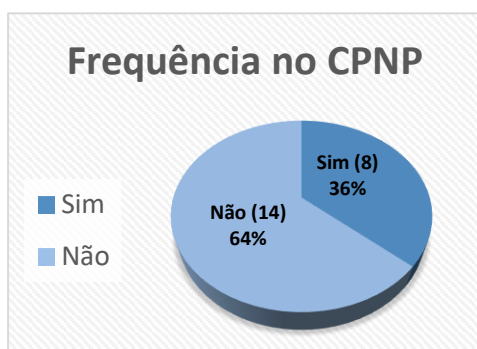


Gráfico 6 – Frequência no CPNP

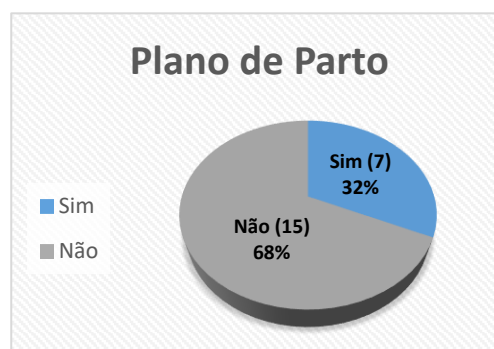


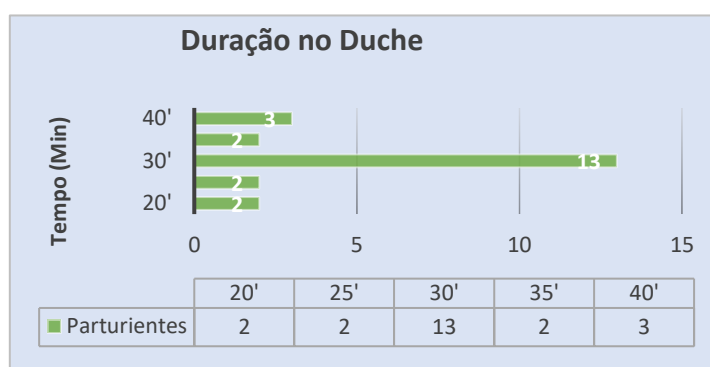
Gráfico 7 – Plano de Parto

Uma das principais estratégias utilizadas e pilar basilar, ao longo da prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e convivente significativo, foi o estabelecimento de uma relação terapêutica, com o intuito de responder às preferências a parturiente no TP, em prol da promoção de uma experiência de parto positiva e agradável para todos os intervenientes.

Por outro lado, durante a realização da intervenção procurei avaliar o tempo decorrido entre o início do duche até ao final, dando liberdade e autonomia à parturiente de permanecer até desejar, não criando nenhum limite temporal, respeitando as suas preferências e as suas necessidades de conforto (ver gráfico 8). Saliantei à parturiente que a temperatura ideal da água deveria estar entre os 36°C-37,5°C, mas o fundamental

é que a temperatura atendesse às suas preferências e conforto, orientando para a importância de incidir o chuveiro para as zonas corporais mais dolorosas, nomeadamente, região abdominal e sacrolombar. De acordo com a evidência científica e as recomendações internacionais (FAME & APEO, 2009; Stark & Miller, 2009; Bienfield et al., 2010; Torkamani et al., 2010; RCM, 2012; Silva et al., 2013; ACNM, 2014; NZCM, 2015; ACOG, 2016) o EEESMO deve aplicar este método com base nalguns critérios como: IG de termo; facultar um consentimento informado que clarifique os benefícios e potenciais riscos materno-fetais; a temperatura da água deve variar entre os 36°C e os 37,5°C e, no caso da imersão não deve exceder o tempo máximo de duas horas. No entanto, a maioria dos estudos faz referência à duração, se através do chuveiro. Apenas um dos estudos refere a aplicação do chuveiro durante um período de 20 minutos com uma temperatura da água a 37°C durante o primeiro estágio de TP, tendo, os autores, obtido *outcomes* positivos, nomeadamente, na gestão da dor da parturiente e na promoção de uma experiência de parto positiva (Lee et al., 2013). Atendendo aos resultados da prática de cuidados, observei que a duração do duche, foi na maioria das parturientes de 30 minutos, conforme é visível no gráfico 8. De facto, este resultado corrobora com o que os autores Henrique et al. (2016) referem quanto ao uso da água quente através do chuveiro direcionado à região sacrolombar durante o período de 30 minutos.

Gráfico 8 – Duração no duche



No sentido de se identificar os resultados da SR, que sustentaram a tomada de decisão, em contexto de cuidados e objeto de registo da interação desenvolvida, optou-se por realizar análise de conteúdo dos mesmos, conforme já referido no capítulo 2 (ver apêndice 5), segundo Bardin (2016) (ver Quadro nº 2). Ao longo da análise e discussão dos dados serão citados excertos dos registos de interação (unidades de registo) considerados ilustrativos e demonstrativos quer das categorias quer das subcategorias que emergiram. As transcrições consideradas pertinentes estão codificadas (por exemplo: RI 1), com o objetivo de preservar o anonimato dos intervenientes.

Quadro nº 2 – Síntese da Estrutura da Análise de conteúdo dos registos de interação de cuidados

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
RECURSO À ÁGUA NO 1º ESTÁDIO DE TP	Gestão da Dor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bem-estar ▪ Redução do nível de Dor pela END ▪ Conforto ▪ Relaxamento ▪ Recurso a outros métodos não farmacológicos ▪ Recurso a métodos farmacológicos
	Duração do 1º estágio de TP	
	Tipo de parto	
	Participação ativa	

No que atente à primeira categoria que surge no quadro de análise dos registos de interação (Quadro nº 2) é a **Gestão da Dor**, a qual se subdivide em seis subcategorias. Sabe-se pelos resultados da evidência científica e recomendações internacionais e nacionais que o uso da água como método não farmacológico no TP é uma técnica que deve ser facultada na assistência obstétrica, nomeadamente, no primeiro estágio de TP pelos seus benefícios na gestão da dor, conforme já referido nos capítulos anteriores. No contexto da prática de cuidados emergiu aliada a esta categoria a subcategoria **Bem-estar**, já que foi uma das perceções sentidas e evidenciada pelas parturientes, visível nas unidades de registo: “a água quente a correr pelo meu corpo faz-me sentir bem” (RI 3) **Tranquilidade**; “sinto-me melhor agora” (RI 9) **Alívio**; “no duche sinto uma sensação de leveza (...) sinto-me tão bem!” (RI 15) **Alívio** e **Tranquilidade**; “é maravilhoso a sensação da água quente nas minhas costas e barriga” (RI 19) **Tranquilidade**; “esta sensação de bem-estar é maravilhosa” (RI 22) **Tranquilidade** (Kolcaba, 2003). Importa reforçar que apesar das unidades de registo, também, pude observar uma efetiva alteração do comportamento postural da parturiente, sendo evidente pelo seu comportamento não verbal que emanava bem-estar. Efetivamente, o uso da água quente no primeiro estágio de TP promoveu a sensação de bem-estar à parturiente, tal como referido por vários autores (Davim et al., 2007; Davim et al., 2008; Davi et al., 2008; Davim et al., 2009; Chaichain et al., 2009; Lee et al., 2013). A promoção do estado de conforto de alívio e tranquilidade é evidente nos presentes relatos. Quando a parturiente é confrontada com o desconforto prévio do TP, reconhece que as intervenções de cuidados foram dirigidas para a promoção do bem-estar e calma, ou seja, no restabelecimento de desempenho pessoal (Kolcaba, 2003).

Segue-se a subcategoria **Redução do nível de Dor pela END**, em que procurei avaliar a dor segundo os valores da END referidos pela parturiente antes e após a intervenção,

tendo constatado uma redução do nível da dor para cerca metade do nível (ver gráficos 9 e 10). Nas seguintes unidades de registo é explicitada a redução do nível da dor: “a dor fica mais leve” (RI 2); “consigo aguentar melhor as dores das contrações quando estou no duche” (RI 6); “A água quente alivia a dor nas costas” (RI 12); “a água quente na barriga alivia tanto a dor!” (RI 13) e “é como se a dor das contrações desaparecesse” (RI 17). Estes achados, de **Alívio** (Kolcaba, 2003), parecem ser corroborados pelos autores Davim et al. (2007), Davim et al. (2008), Davi et al. (2008), Davim et al. (2009), Chaichain et al. (2009), Lee et al. (2013), Henrique et al. (2016), Vanderlaan (2017) e Lehugeur et al. (2017), uma vez que estes reforçam ser uma intervenção efetiva na gestão da dor, dado que promove o alívio da intensidade da dor das parturientes.

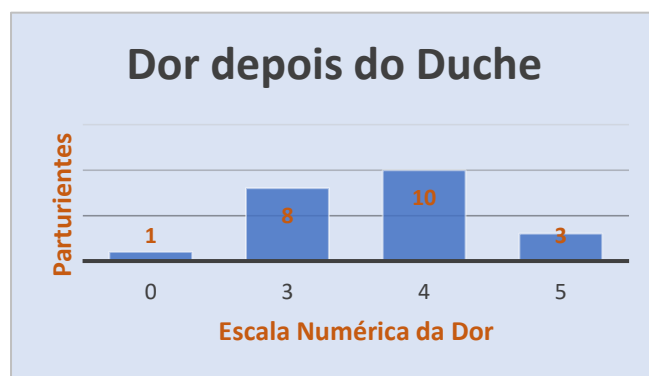
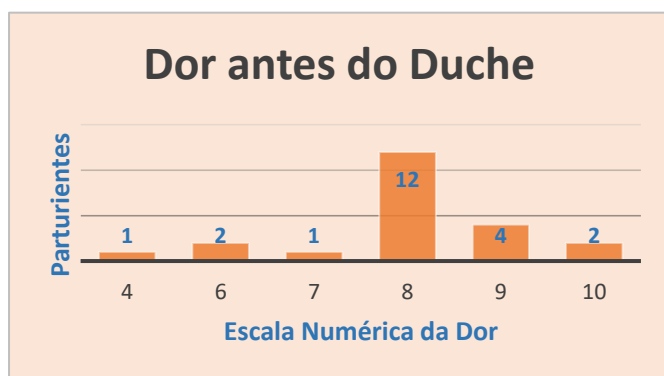


Gráfico 9 – Avaliação da dor *antes* do duche

Gráfico 10 – Avaliação da dor *depois* do duche

A subcategoria **Conforto** surge, de uma perceção verbalizada pelas parturientes e, inclusivamente, por alguns conviventes significativos, referindo **alívio**, **tranquilidade** e **transcendência** (Kolcaba, 2003). As seguintes unidades de registo são notoriamente ilustrativas desta subcategoria: “sinto-me confortável” (RI 1) **Tranquilidade**; “no duche sinto (...) conforto (...) as contrações aguentam-se melhor” (RI 8) **Alívio**; “estar aqui é super confortável [Tranquilidade] (...) não me apetece sair do duche” (RI 16) **Transcendência**; “a pressão da água quente na barriga e nas costas dá uma sensação (...) conforto ótimo” (RI 20) **Tranquilidade**; “a minha mulher parece mais confortável aqui” (RI 22) **Tranquilidade**. Este resultado também é apontado na evidência científica promovendo-se o conforto à parturiente com a implementação do uso da água no primeiro estágio de TP (Davim et al., 2007; Davim et al., 2008; Davi et al., 2008; Davim et al., 2009; Chaichain et al., 2009; Lee et al., 2013). Na mesma linha de pensamento, também vários estudos (Stringer & Hanes, 1999; Silva & Oliveira, 2006; Mazoni et al., 2009; Pargano et al., 2010; Silva et al., 2011; Arantes et al., 2013; Silva et al., 2013; Nutter et al., 2014; ACNM, 2014) reforçam que este método não farmacológico potencia o conforto da mulher

no primeiro estágio de TP. Também é evidente que estas unidades de registo refletem, particularmente, um conforto físico e ambiental das parturientes (Kolcaba, 2003).

Outras das subcategorias que emergiu foi o **Relaxamento** identificado das unidades de registo, assim como, da observação das suas expressões não verbais, que demonstravam um evidente relaxamento muscular. Assim, houve parturientes que relataram quer no duche quer aquando do seu término, percepções, como refere Kolcaba (2003): “*sinto-me menos tensa (...) estou relaxada (...)*” (RI 4) **Alívio e Tranquilidade**; “*parece que a tensão dos meus ombros melhorou (...) isto é uma sensação de leveza*” (RI 7) **Alívio e Tranquilidade**; “*a água quente relaxa imenso*” (RI 16) **Tranquilidade**, “*tenho o meu corpo mole (...) menos tenso*” (RI 19) **Alívio**. De acordo com os vários trabalhos de investigação sabe-se que o efeito hidrotérmico induzido pela água induz à vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, reduz a tensão arterial, promovendo o relaxamento muscular, influenciando o sistema endócrino, responsável pela produção de beta-endorfinas e serotonina, enquanto hormonas analgésicas (Stringer & Hanes, 1999; Silva & Oliveira, 2006; Mazoni et al., 2009; FAME & APEO, 2009; Benfield et al, 2001; Bienfield et al., 2010; Silva et al., 2011; Cluett & Burns, 2012; Mollamahmutoğlu et al., 2012; Silva et al., 2013; Arantes et al., 2013; Abo-Romia & El-Adham, 2014; Poder & Larivière, 2014; Nutter et al., 2014; ACNM, 2014; Low, 2017). Da SR também foi possível evidenciar-se este resultado dos estudos, uma vez que este cuidado de enfermagem especializado promove, inegavelmente, o relaxamento da parturiente (Davim et al., 2007; Davi et al., 2008; Davim et al., 2008; Davim et al., 2009; Lehugeur et al., 2017). No estudo de Rocha (2009, p. 68) a água quente promove “*(...) indubitavelmente o relaxamento, inibe a produção contínua e nefasta de catecolaminas, induzindo o avanço do trabalho de parto, sob a proteção das endorfinas*”.

Atendendo ao **Recurso a outros métodos não farmacológicos** constatei que houve conjugação de alguns métodos durante a realização do duche, por um lado, foi de iniciativa espontânea, diria até inata, da parturiente e do convivente significativo, por outro, foi encorajada a sua adoção mediante a avaliação das suas necessidades de conforto. Deste modo, promovi e encorajei a parturiente à mobilidade, à mudança de posicionamentos e ao recurso de técnicas de relaxamento e massagem no duche, respeitando, sempre, as suas preferências. Segundo as novas recomendações da OMS (2018) o recurso aos vários métodos não farmacológicos na assistência obstétrica ao longo do TP, promovem a gestão da dor do TP e o conforto da parturiente. Também constatei que houve 2 parturientes que utilizaram espontânea e autonomamente o recurso

às técnicas respiratórias instintivas/fisiológicas (glote aberta), as quais foram aprendidas nos CPNP que frequentaram, tal como é referido pelos autores Davim et al. (2007) que abordam a importância da abordagem nos CPNP. Importa reforçar que procurei encorajar a presença e participação ativa do convivente significativo, já que todas as parturientes estiveram acompanhadas à exceção de uma, durante as intervenções não farmacológicas para a gestão da dor, o qual tive muita receptividade destes enquanto parceiros ativos nos cuidados, tal como é defendido pelos autores Davim et al. (2008) e Davim et al. (2009). Importa salientar que os conviventes significativos foram na maioria o cônjuge ou namorado, exceto uma das parturientes que para além do marido tinha a presença da doula, respeitando o seu plano de parto. Uma das técnicas em que encorajei a participação do convivente significativo foi para gestão das necessidades de conforto da parturiente através da realização da massagem, pelo que ensinei, instruí e treinei com o convivente significativo. De facto, o conforto físico foi referido verbalmente pelas próprias: *“a água quente e a massagem nas costas alivia imenso (...) é excelente esta sensação!”* (RI17) **Alívio e Tranquilidade**; *“agachada no duche e a água quente ajudam-me a aliviar a pressão que sinto cá em baixo”* (RI 19) **Alívio**. De acordo com os resultados do estudo dos autores Henrique et al. (2016) a associação do banho quente com outro método não farmacológico, como seja, a bola de nascimento, favorece de forma mais eficaz a gestão da dor e a progressão do TP quando estes são associados comparativamente quando implementados isoladamente.

A última subcategoria diz respeito ao **Recurso de métodos farmacológicos** após a realização do duche e observou-se que no decorrer do primeiro estágio de TP cerca de 73% (16) parturientes solicitaram o recurso aos métodos farmacológicos para gestão da dor, comparativamente aos restantes 27% que recorreram exclusivamente aos métodos não farmacológicos durante o primeiro estágio de TP (ver gráfico 11). De acordo com a evidência científica, o uso da água no primeiro estágio de TP diminui a necessidade de recurso a técnicas farmacológicas para gestão da dor, como seja a analgesia locoregional (Eberhard et al., 2005; Silva & Oliveira, 2006; FAME & APEO, 2009; Torkamani et al., 2010; Cluett & Burns, 2012; RCM, 2012; Mollamahmutoğlu et al., 2012; RCM, 2012; Arantes et al., 2013; Poder & Larivière, 2014; Kolivand et al., 2014; NZCM, 2015; Bovbjerg et al., 2016; ACOG, 2016; Low, 2017). Contudo, no estudo realizado por Davim et al. (2008) concluíram que a aplicação da água quente através do chuveiro demonstrou um alívio da intensidade da dor da parturiente mais significativo na fase ativa do TP, particularmente, nos 8 e 9 cm de dilatação cervical.

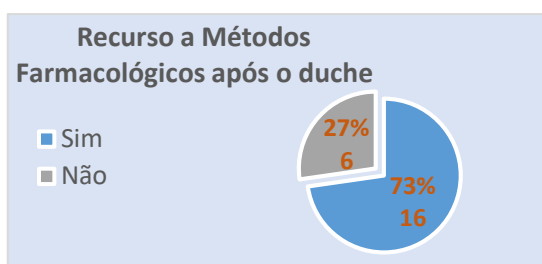


Gráfico 11 – Recurso a Métodos Farmacológicos após o duche

A **Duração do primeiro estágio de TP** foi outra das categorias que emergiu. Atendendo aos resultados obtidos observei que **5** das 8 parturientes que se encontravam em fase latente de TP progrediram para a **fase ativa**. Por outro lado, das 14 parturientes em fase ativa do primeiro estágio de TP, somente **5** evoluíram para a **dilatação completa** num período compreendido de 30 minutos a 1 hora após o recurso ao duche para a gestão da dor. Importa ainda destacar que destas 5 parturientes, 4 encontravam-se em fase ativa de TP aquando da intervenção (com dilatação cervical superior aos 6 cm) e 1 parturiente encontrava-se em início de TP, sendo esta múltipara. Foi igualmente curioso as expressões verbalizadas que constituem as unidades de registo e que emergiram aquando assistia estas últimas parturientes e conviventes significativos de regresso ao BP: *“a dor voltou e as contrações são mais (...) até parece que tenho uma pressão no fundo da minha barriga”* (RI 11); *“isto é estranho, porque o duche, em vez de melhorar as contrações estão pior, neste momento!”* (RI 15); *“parece que as contrações são mais frequentes, isto é normal enfermeira?”* (RI 19). De facto, os resultados da investigação científica demonstram que o uso da água no primeiro estágio de TP contribui para abreviar a sua duração, dado que promove a produção de oxitocina endógena importante na dinâmica uterina, favorável à evolução do TP (FAME & APEO, 2009; Bienfield et al., 2010; Torkamani et al., 2010; Cluett & Burns, 2012; Poder & Larivière, 2014; Liu et al., 2014; Kolivand et al., 2014; Gayiti et al., 2015; NZCM, 2015; ACOG, 2016; Low, 2017). Também alguns resultados da SR (Eckert et al., 2001; Davim et al., 2007; Chaichain et al., 2009; Henrique et al., 2016) referem melhoria da dinâmica uterina, originando redução da duração do primeiro estágio de TP.

Em relação à categoria **Tipo de Parto** constatei que das 22 parturientes, 21 o parto foi eutócico, por mim assistido, enquanto somente 1 parturiente teve um parto distócico por cesariana. Estes resultados parecem estar em consonância com a evidência científica. Segundo os investigadores Chaichain et al. (2009) e Henrique et al. (2016) este método não farmacológico é eficaz e conduz ao aumento da probabilidade de parto eutócico com redução das taxas de cesarianas.

Por último, a categoria **Participação ativa**, que segundo Kolcaba (2003) implica um estado em que a pessoa identifica o seu potencial e participa ativamente no processo, correspondendo à **transcendência**, emergiu expressando o enfoque especial na satisfação e autonomia que sentiram nesta experiência de cuidados e notória nalgumas unidades de registo: “foi extremamente positiva esta experiência, fez-me sentir bem melhor” (RI 8); “foi melhor do que pensava que ia ser (...) gostei de estar eu e o meu marido a sós depois da enfermeira ter saído da casa de banho” (RI 10); “com chuveiro pude colocar a água quente onde queria... para me sentir melhor” (RI 17); “gostei de todas as sensações de alívio (...) era só eu naquele momento (...) senti-me bem” (RI 18). Os estudos evidenciam que as parturientes descrevem maior sensação de autocontrolo e autoestima quanto mais participativas forem no seu TP, o que conduz ao aumento da sua satisfação em relação à sua experiência promovendo, neste sentido, uma experiência de parto positiva (Silva & Oliveira, 2006; Mazoni et al., 2009; Torkamani et al., 2010; Stark et al., 2012; RCM, 2012; Poder & Larivière, 2014; Nutter et al., 2014; NZCM, 2015; Low, 2017). Atendendo aos resultados da SR, é evidente que esta abordagem de cuidado especializado aumenta os índices de satisfação da parturiente em relação ao TP, dado verificar-se um maior controlo e autonomia da mulher, sendo esta a protagonista do processo de nascimento (Lee et al., 2013). Também o estudo de Carraro et al. (2008) refere que a participação ativa da mulher na vivência do seu TP inicia-se desde do momento da admissão, continuando com a liberdade para a tomada de decisão das diferentes intervenções de cuidado, facultadas ao longo da assistência no TP, pois estes aspetos tranquilizam a mulher e fazem com que se sinta valorizada, facilitando a evolução do TP. Nesta lógica, ao fomentar a participação ativa da parturiente no seu TP, envolvendo-a na tomada de decisão, promove-se a satisfação das necessidades de conforto de alívio, tranquilidade e, inclusivamente, de transcendência por potenciar uma experiência de TP positiva. Com efeito, acredito que o envolvimento da parturiente e convivente significativo nos cuidados, humaniza a assistência ao nascimento respeitando as recomendações internacionais e nacionais, assim como, se promove as necessidades de conforto nos diferentes contextos de cuidados, sejam físicos, psicoespirituais, socioculturais e ambientais.

Face ao exposto, constatou-se que os resultados obtidos indicam que o uso da água no primeiro estágio de TP proporciona às parturientes uma melhor gestão da dor, uma redução da duração do TP, promovendo a taxa de partos eutócicos, assim como, a participação ativa da mulher e convivente significativo no seu TP e o aumento dos índices

de satisfação em relação à sua experiência de parto. Efetivamente, constatou-se que esta intervenção implementada nos cuidados especializados obstétricos, agora a emergir no nosso país, revelou ser um método não farmacológico eficaz e promissor no TP.

Conforme anteriormente abordado, foi aplicado às 22 participantes a escala *Childbirth Comfort Questionnaire* Validado Transcultural e Linguisticamente para a população portuguesa (ver anexo III), pelo método entrevista, que permitiu avaliar o nível de conforto, tendo-se observado na generalidade *scores* elevados em todos os questionários, sendo que obtive um valor de média de **57,86** (em 70) e um desvio padrão populacional de aproximadamente **1,82**. Estes valores traduzem que foram promovidas as necessidades de conforto durante a implementação do duche no primeiro estágio de TP, assim como, a aplicação de outras intervenções em função das necessidades identificadas. Cabe ao EEESMO avaliar a perceção de conforto da mulher, constatando se as medidas implementadas alcançaram o resultado desejável de conforto, que segundo Kolcaba (2003) caso as intervenções sejam eficazes, assume-se que o resultado do conforto é alcançado. Perante os resultados, pode-se afirmar que as intervenções que aumentam o conforto durante o TP dão capacidade à mulher de ser mais participativa no processo de nascimento, possibilitando a que esteja mais atenta às experiências e vivências que emergem do TP (Schuiling & Sampsel, 1999).

Noutro prisma, e no sentido de cumprir o objetivo inerente à divulgação na comunidade científica das aprendizagens decorrentes do projeto desenvolvido, o qual se encontra alicerçado ao desenvolvimento de competências de mestre e comuns do enfermeiro especialista referente à prática baseada na evidência e à produção e divulgação dos resultados da investigação, resultante quer da revisão da literatura apoiada nos procedimentos metodológicos, quer da implementação de boas práticas, procurei empenhar-me em várias atividades ao longo de todo este processo formativo subjacente ao tema central deste relatório. Assim, de forma a materializar na prática os objetivos delineados, procurei divulgar o meu projeto à comunidade científica, profissionais de saúde (equipa médica, EEESMO e enfermeiros de cuidados gerais) e aos casais, ao longo deste ER:

- Participei aquando da atribuição do tema na UC Opção do CMESMO na Conferência Internacional em *webinar* promovido pela *Evidence Based Birth*® intitulada ao tema: “*The Evidence on waterbirth*”, ocorrida a 26 de abril de 2017, na qual fui a única portuguesa a participar, onde pude partilhar com todos os participantes internacionais

sobre a realidade portuguesa, bem como obtive contributos importantes e impulsionadores para o início deste projeto;

- Planei, elaborei e realizei uma sessão de formação em serviço para sensibilizar a equipa de enfermeiros (Enfermeiro Chefe, EEESMO e Enfermeiros de cuidados gerais) do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia onde decorreu o ECII (Internamento de puérperas) sobre a minha temática (ver Apêndice 9);
- Planei, elaborei e realizei duas sessões de formação em serviço para sensibilizar a equipa de enfermeiros (Enfermeiro Chefe, EEESMO e Enfermeiros de cuidados gerais) do BP onde decorreu o ER sobre a minha temática (ver Apêndice 10);
- Desenvolvi um poster e seu respetivo planeamento dirigido às grávidas, inserido no contexto do EC IV (Internamento de Medicina Materno-Fetal), com a finalidade de promover a autonomia e o autocontrolo da grávida/parturiente na gestão da dor, bem como divulgar a utilização da água como uma estratégia não farmacológica na gestão da dor e conforto da parturiente (ver Apêndice 11);
- Participei no “1º Congresso 25 anos de Enfermagem no HGO – Contextos e Desafios” com a realização de um poster e de artigo para o e-book do congresso (ver Anexo V e Apêndices 12 e 13);
- Participei nos CPNP onde planei, elaborei e realizei: 1 sessão no contexto do EC II (já que a minha orientadora de local é responsável pelo CPNP da instituição onde decorreu o EC); 4 sessões no contexto do EC III (Cuidados Saúde Primários) e no contexto de EC Estágio com Relatório (inserido no Projeto *Escola de Pais*) também realizei 4 sessões de formação. Importa referir que os CPNP em que participei em contexto de Cuidados Saúde Primários, o hospital de referenciação das grávidas/casais era o hospital onde foi realizado o ER, o que foi uma mais valia para o desenvolvimento do meu projeto (ver Anexo VI e Apêndice 14 e 15). De facto, obtive um feedback positivo sobre as sessões realizadas, constando que os casais estavam sensíveis e motivados para esta temática e que, inclusivamente, tive oportunidade de prestar cuidados a **7 casais que participaram nas sessões**, tendo sido deveras enriquecedor;
- Participei na Análise de Práticas inserida nesta UC ER onde planei, elaborei e realizei uma apresentação sobre o tema e os resultados obtidos da prática de cuidados aos elementos docentes presentes do departamento de saúde materna da ESEL, assim como, às restantes colegas de curso, tendo sido um momento importante de discussão e debate, orientador deste relatório (ver Apêndice 16);

- Participei no “III Congresso Internacional de Saúde Pública do Delta do Parnaíba” ocorrido no Brasil, com a realização de um poster e de artigo para o e-book do congresso (ver Anexo VII e Apêndices 17 e 18).

Face ao exposto, e apesar de apenas ter tido a oportunidade de implementar o uso da água no primeiro estágio de TP a 22 parturientes, considero ter alcançado com sucesso, e numa lógica de prática baseada na evidência, os objetivos definidos, na medida em que me foi possível a realização de todas as atividades planeadas, com ganhos em saúde para todos os intervenientes, visível nos resultados obtidos.

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

O nascimento de uma criança impõe exigências e desafios no seio familiar com reestruturação e redefinição de novos papéis. A transição para a parentalidade acarreta ao casal a incorporação de novos papéis, cujo processo implica o desenvolvimento e mudanças na procura do equilíbrio, sendo as intervenções de enfermagem especializadas em saúde materna e obstétrica cruciais para uma parentalidade positiva. O período pós-natal corresponde ao intervalo de seis semanas após o parto, em que ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez, dividindo-se em três períodos: puerpério imediato (primeiras duas horas pós-parto), puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (até ao final da sexta semana) (Graça, 2017). Para além de ser um período de recuperação, é igualmente uma fase do ciclo de vida importante, de reestruturação e ajustamento para a mulher, RN, casal e família, que implica desafios na assunção de novos papéis, exigindo uma adaptação ao meio e às mudanças fisiológicas, psico-emocionais e sociais (Lowdermilk & Perry, 2008). Este é um período chave para o processo de vinculação quer da díade quer da tríade com início no período pré-natal. Nesta lógica, o EEESMO é o membro da equipa multidisciplinar com competências para cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, potenciando a saúde da puérpera e do RN, pelo apoio no processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, 2015; Regulamento n.º 391/2019). No planeamento dos cuidados individualizados, o EEESMO promove a saúde, diagnostica precocemente e previne complicações que possam interferir com o bem-estar da mulher e do RN, assim como, providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente o período pós-natal (Regulamento n.º 391/2019). Este é um período caracterizado por grandes mudanças e adaptações, que requer uma atenção reforçada do EESMO para responder

eficazmente às necessidades de conforto de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físicos, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

O desenvolvimento desta competência iniciou-se no contexto do EC II (Internamento de Puérperas), pelo que dei continuidade neste ER, quer pelos cuidados prestados no 4º estágio de TP (puerpério imediato e descrito na competência anterior) quer pelas interações realizadas com as puérperas, com as quais participei no TP. No sentido de manter a continuidade dos cuidados prestados a estas mulheres e ser este um meio de avaliar a minha própria prestação de cuidados, sempre com o foco na melhoria contínua das minhas intervenções, desloquei-me, sempre que possível, ao Internamento de Puérperas. Primeiramente, solicitava consentimento prévio às puérperas, tendo realizado um total de **23 visitas**, onde pude observar e validar os meus cuidados. Efetivamente, a relação terapêutica estabelecida *à priori* facilitou a promoção das necessidades de conforto. Não obstante, ter sido inegavelmente importante observar as reparações perineais realizadas, no sentido do aperfeiçoamento da técnica de sutura, especialmente, nas situações de laceração comparativamente às episiotomias, uma vez que apenas realizei 3 episiorrafias ao longo deste ER. As observações efetuadas potenciaram o aumento da minha confiança e segurança na prestação dos cuidados, assim como, a sua melhoria, tendo sido, indiscutivelmente, uma mais valia para o desenvolvimento da minha autonomia durante o ER, ajudando-me a consolidar conhecimentos e desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher durante o período pós-natal. Por outro lado, também não descurei a importância do enfoque da avaliação e planeamento dos meus cuidados atendendo a observação geral da puérpera e do RN, a orientação da puérpera para o autocuidado, a promoção e apoio ao AM, assim como, a educação para a saúde inerente à preparação para a alta clínica, promovendo uma escuta ativa das dúvidas e receios, e respetivo esclarecimento das mesmas. As minhas intervenções tiveram como enfoque principal a rápida recuperação da puérpera e a dotação de competências parentais, numa lógica de cuidados centrados na família, com o objetivo da promoção de uma parentalidade positiva. Não obstante, que as intervenções de enfermagem também tiveram como objetivo a identificação e prevenção de complicações. Em suma, analisando o meu percurso de aprendizagem para a assunção das minhas competências enquanto futura EEESMO no período pós-natal, considero ter alcançado com sucesso os objetivos delineados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório traduz o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências da UC ER, uma vez que proporcionou-me espaço e tempo adequado para o desenvolvimento de competências comuns e específicas enquanto futura EEESMO e mestre. Todo o caminho trilhado para o desenvolvimento de competências foi suportado pela prática reflexiva, sustentado pelos conhecimentos e por uma prática baseada na evidência científica. De facto, a sua elaboração também contribuiu para o meu crescimento e desenvolvimento pessoal e socioprofissional enquanto enfermeira e futura EEESMO, reestruturando a minha identidade profissional, conseguida através da reflexão e análise das práticas de cuidados especializados e culturalmente sensíveis. As inúmeras oportunidades de aprendizagem propiciadas, assim como, a riqueza das experiências vivenciadas durante o ER, permitiram-me cumprir os objetivos desta UC. No decorrer do ER pude desenvolver competências com implementação de atividades e intervenções dirigidas à mulher e RN, inseridos na família e comunidade, mobilizando, consolidando e transpondo para a prática clínica todos os conhecimentos técnico-científicos que permitissem fundamentar a minha intervenção durante o período pré-natal, TP, pós-natal e, também, nos processos de saúde/doença ginecológica, tendo em vista a promoção da saúde e conforto de todos os intervenientes.

Concomitantemente, a experiência da prática clínica foi, inegavelmente, também impulsionadora do aprofundar constante de conhecimentos, sustentados na análise reflexiva das experiências vividas nos vários contextos clínicos de cuidados. É inegável que, o ponto central da humanização do parto consiste implicitamente em devolver o protagonismo às mulheres. A prática de cuidados do EEESMO deve priorizar a fisiologia do TP, apoiar e facilitar as tomadas de decisão, ir ao encontro das expectativas das mulheres, garantindo a privacidade, a individualidade e a autodeterminação e, conjuntamente, a segurança e qualidade nos cuidados prestados. É neste sentido que se torna fundamental refletir sobre a prestação de cuidados, desenvolver competências e adquirir conhecimentos, com contributo na mudança de práticas, em prol da qualidade e dos ganhos em saúde. Nesta ótica, desenvolveu-se um projeto em função de uma temática que se considerou pertinente, norteadada por um referencial teórico de enfermagem, com objetivos, atividades e metodologia para mapeamento da melhor evidência científica, com vista à sua efetiva implementação e avaliação dos resultados obtidos. Assim, debrucei o meu interesse sobre o uso da água no conforto da parturiente no primeiro estágio de TP, que permitiu um aprofundamento de conhecimento e

desenvolvimento de competências para a implementação desta intervenção na assistência à mulher e convivente significativo, com o intuito de produzir ganhos em saúde. Ressalve-se que o desenvolvimento deste tema permitiu-me a aquisição de conhecimentos ao nível de investigação, promovendo cuidados especializados e congruentes sustentados na evidência científica. Os resultados que emergiram da prática de cuidados demonstraram ser esta uma intervenção positiva na promoção do conforto da parturiente, especialmente, na gestão da dor no primeiro estágio de TP, potenciando a satisfação da parturiente pela experiência vivida. Como limitações confrontei-me com o facto de, apesar do local onde decorreu este ER dispor de recursos físicos (piscina e respetivo equipamento da *Waterbirth®*) e formação da maioria dos profissionais, inclusivamente, a minha orientadora local, para a implementação da imersão no primeiro estágio de TP, assim como, existir um protocolo e norma de procedimento, que ainda aguardava aprovação por parte do conselho de administração do hospital, assim como, do diretor clínico de Ginecologia e Obstetrícia. Importa ainda salientar que o duche disponível no serviço se localiza no SUOG e que a construção do duche no BP iniciou-se já no final deste ER. Este projeto contemplava os meios e estrutura física para a mobilidade da parturiente na adoção de vários posicionamentos, inclusivamente, estará preparado para a realização de partos no duche, se assim for o desejo da parturiente e convivente significativo. De facto, não pude aplicar o meu projeto conforme inicialmente planeado, contudo, enfrentei esta limitação como um desafio e redefini os meus objetivos iniciais face aos recursos e meios disponíveis para a consecução do meu tema. No que atende ao futuro, almejo dar continuidade a este projeto, nomeadamente, mobilizar na prática os conhecimentos e competências obtidas com o desenvolvimento deste tema, principalmente, promover a prática da imersão durante o primeiro estágio de TP, enquanto cuidado especializado e autónomo do EEESMO na gestão da dor da parturiente. Não obstante, manter a constante atualização dos conhecimentos com pesquisa de novas evidências científicas, bem como divulgar os resultados obtidos à comunidade científica, profissionais de saúde (equipa médica, EEESMO e enfermeiros de cuidados gerais) e aos casais, sempre que se proporcionar, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados especializados durante o TP ao longo do meu percurso profissional.

Em jeito de síntese, considero ter alcançado com sucesso todos os objetivos a que me propus, adquirindo bases sólidas para continuar este percurso na evolução do meu nível de proficiência, apoiado num continuum de consolidação de competências profissionais, pessoais, relacionais e éticas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abo-Romia, F. & El-Adham, A (2014) – Effect of warm showering on labor pain during the first stage of labor. *International Journal of Advanced Research*. Vol.2, Issue 5; p.438-442.
- Albuquerque,R., Mariani, C., Bersusa, A., Dias, V., Silva, M. (2016) - Temperatura dos recém-nascidos submetidos ao calor radiante e ao dispositivo Top Maternal ao nascimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 24 (2741). p. 1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0305.2741>.
- Amado, J., Costa, A., Crusoé, N. (2017). A técnica de Análise de Conteúdo. In J. Amado (Ed.), *Manual de Investigação Qualitativa em educação* (3ª ed). p. 301-350. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- American College of Nurse-Midwives (2014) – Hydrotherapy during labor and birth. EUA: ACNM. Acedido a: 6/01/2019. Disponível em: <http://www.midwife.org/acnm/files/ccLibraryFiles/Filename/000000004048/Hydrotherapy-During-Labor-and-Birth-April-2014.pdf>.
- Amorim, M., Porto, A. & Souza, A. (2010). Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*, 38 (11), p.583-591.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, II (nº9), p. 61-67.
- Arantes, C., Rodrigues, M., Cardoso, M., Garciano, I., Giaretta, V., Posso, M. (2013) – O efeito do banho de imersão na parturiente: uma revisão sistemática. In: *XVII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e III Encontro de Iniciação à Docência*. Brasil: Universidade do Vale do Paraíba. p. 1-3.
- Armstrong,R., Hall, B., Doyle, J, Waters, E. (2011) - Scoping the scope of a Cochrane Review. *J Public Health (Oxf)*; 33 (1); p.147-150. Acedido a 22/02/2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/33/1/147/1549781/Scoping-the-scope-of-a-cochrane-review>.
- Bardin, L. (2016) – *Análise de conteúdo*. (1ª edição). São Paulo: Edições 70.

- Barragán, L., Solà, I., Juandó, P. (2011) - Biofeedback for pain management during labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 6. Art. No.: CD006168. DOI: 10.1002/14651858.CD006168.pub2
- Benfield, R., Herman, J., Katz, V., Wilson, S., Davis, J. (2001) – Hydrotherapy in Labor. *Research in Nursing and health*. 24 (1), p. 57-67.
- Benfield, R., Hortobágyi, I., Tanner, C., Swanson, M., Heitkemper, M., Newton, E (2010) – The Effects of Hydrotherapy on Anxiety, Pain, Neuroendocrine Responses, and Contraction Dynamics During Labor. *Biological Research for Nursing*. 12 (1); p.28-36.
- Bittar, R. & Zugaib, M. (2009) – Tratamento do trabalho de parto prematuro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 31(8), p.415-422. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000800008>
- Bobak, I., Lowdermilk, D. & Jensen, M. (1999). *Enfermagem na maternidade* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Bohren M., Hofmeyr, G., Sakala C., Fukuzawa R., Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7 (CD003766), p.1-4. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
- Bovbjerg M., Cheyney, M., Everson, C. (2016) - Maternal and Newborn Outcomes Following Waterbirth: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009 Cohort. *Journal of Midwifery Women's Health*. Jan-Feb; 61(1). p. 1-10. DOI: 10.1111/jmwh.12394
- Caldas, D., Silva, A., Böing, E., Crepaldi, M., Custódio, Z. (2013). Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. *Psicologia Hospitalar*. 11(1), p.66-87. Acedido a 11/02/2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167774092013000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Carraro, T., Knobel, R., Frello, A., Gregório, V., Grüdtner, D., Radünz, V. & Meincke, S. (2008). O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 17(3), p. 502-509. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000300011>
- Chaichian, S.; Akhlaghi, A.; Roustaf, F.; Safavi, M. (2009) – Experience of water birth delivery in Iran. *Archives of Iranian Medicine*. Vol. 12; nº 5; p. 468-471.

- Cluett, E & Burns, E. (2012) – Immersion in water in labour and birth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2.
- Couto, C. & Carneiro, M. (2017) – Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global*. nº 47. p. 552-563. Acedido a 26/02/2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>
- Davi, R., Torres, G., Caldas, R., Dantas, J. (2008) – Enfermeiras obstétricas na humanização ao alívio da dor de parto: um relato de experiência. *Revista Nursing*. 11(124); p. 424-429.
- Davim, R., Torres, G., Melo, E. (2007) – Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 15(6); p.1-7.
- Davim, R., Torres, G., Dantas, J. (2009) – Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Revista Esc. Enfermagem USP*. 43(2); p. 438-445.
- Davim, R, Torres, G., Dantas, J., Melo, E., Paiva, D., Vieira, D., Costa, I. (2008) – Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. *Revista Electrónica Enfermagem*; 10(3); p. 600-609.
- Direção-Geral de Saúde (2015). *Orientação: Trabalho de parto estacionário*. N.º 001/2015, Lisboa: DGS.
- Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba: Teoria do Conforto. In Tomey, A & Alligood, M. – *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed., p. 481-495). Loures: Lusociência.
- Eberhard, J., Stein, S., Geissbuehler, V. (2005) – Experience of pain and analgesia with water and land births. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(2); p. 127-133.
- Eckert, K., Turnbull, D., MacLennan, A. (2001) – Immersion in water I the first stage of labor: A randomized controlled trial. *Blackwell Science BIRTH*. 28:2 Junho. p. 84-93.
- FAME & APEO (2009) – *Iniciativo parto normal: documento de consenso*. Loures: Lusociência.
- Fatia, A., Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto In Néné, M., Marques, R., Batista, M. (coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.308 - 320). Lisboa: Lidel.

- FIGO (2012) - FIGO guidelines management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 119 (2), p.111-116. DOI:10.1016/j.ijgo.2012.08.002
- FIGO (2015) – FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 131 (1), p.13-24. DOI: 10.1016/j.ijgo.2015.06.020
- Fonseca, C., Ramos, A., Basto, M., Vilelas, J., Castro, C., Botelho, A. (2012) – Ganhos das intervenções de enfermagem individualizadas: revisão sistemática da literatura. *Ver. Rene*; 13(2); p. 473-483.
- Franco, J., Henriques, C. (2013) – Visibilidade da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna. *Revista APEO*. nº 13; p. 62-66.
- Galvão, C. & Sawada, N. (2003). Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(1), p.57-60. DOI:10.1590/S0034-71672003000100012
- Garland, D. (2004). *Waterbirth an attitude to care*. Inglaterra: Elsevier.
- Gayiti, M., Li, X., Zulifeiya, A., Huan, Y., Zhao, T. (2015) - Comparison of the effects of water and traditional delivery on birthing women and newborns. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 19 (9). p. 1554-1558.
- Gizzo, S., Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A., Nardelli, G. (2014). Women's choice of positions during labour: Return to the past or a modern way to give birth? *Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International*. vol. 2014, Article ID 638093; p.1-7. DOI: 10.1155/2014/638093.
- Godfrey, C., Harrison, M., JBI (2015). *CAN-SYNTHESIZE is a quick reference resource to guide the use of Joanna Briggs Institute methodology of synthesis*. Queens University & JBI. Acedido a 17/02/2018. Disponível em: https://www.google.com/search?q=extrac%C3%A7%C3%A3o+de+dados+estudo+quantitativo&oq=extrac%C3%A7%C3%A3o+de+dados+estudo+quantitativo&aqs=chrome..69i57.70601j0j8&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8#q=can-synthesize+is+a+quick+reference+resource+queen's+university+joanna+briggs
- Gonçalves, M. (2014) – *Microbiota: implicações na imunidade e metabolismo*. Projeto de Pós-graduação para a obtenção do grau de mestre em Ciências Farmacêuticas. Universidade Fernando Pessoa: Porto.

- Graça, M. (2017) – Parto Pré-termo In Graça, M. e colaboradores (2017) *Medicina materno-fetal*. 5ª edição. p. 387-409. Lisboa: Lidel.
- Gregory, K. (2011) – Microbiome aspects of perinatal and neonatal health. *Journal Perinatal and Neonatal Nursing*. 3(17). p. 158-164.
- Guerra, A. (2016) – A Dor em Obstetrícia In Néné, M., Marques, R., Batista, M. (coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.408 - 410). Lisboa: Lidel.
- Gupta, J., Hofmeyr, G., Shehmar, M. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 5(3). Acedido a 25/02/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22592681>
- Harper, B. (2014) – Birth, bath and beyond: the science and safety of water immersion during labor and birth. USA: *The journal of perinatal education*. 23(3). p.124-134.
- Henderson, J., Burns, E., Regalia, A., Casarico, G., Boulton, M., Smith, L. (2014) – Labouring women who used a birthing pool in obstetric unit in Italy: prospective observational study. *BMC Pregnancy and childbirth*. 14(17). p. 1-7.
- Henrique, A., Gabrielloni, M., Cavalcanti, A., Melo, P., Barbieri, M. (2016) – Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Acta Paulista de Enfermagem*. 29(6); p. 686-692.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital – Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- ICM (2019) *Essential Competencies for Midwifery Practice – 2018 update*. Acedido a 25/02/2019. Disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf
- JBI (2017). *The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2017 – Methodology for JBI Reviews*. Acedido a 15/02/2018. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Jenkinson, B., Josey, N., Kruske, S. (2014). *Birth Space: An evidence based guide to birth environment design*. Queensland Centre for Mothers & Babies. Australia: The University of Queensland. Acedido a 12/03/2019. Disponível em: https://espace.library.uq.edu.au/data/UQ_339451/UQ339451_fulltext.pdf

- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Advances in Nursing Science*, 19 (6), 1178-1184.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Kolcaba, K. (2010). *The Comfort Line*. Acedido a 25/05/2017. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/>
- Kolcaba, K. (2009). Comfort. In Sandra J. Peterson e Timothy S. Bredow. *Middle Range Theories. Application to nursing research*. s.l.: Lippincott
- Kolivand, M., Almasi, A., Heydarpour, S. (2014) – Comparison between outcomes of water birth and normal vaginal delivery. Irão: *Journal of Midwifery & reproductive health*. 2(4). p220-226.
- Lamaze International (2009). *Avoid Giving Birth on Your Back and Follow Your Body's Urges to Push*. Acedido a 10/03/2019. Disponível em: <http://www.lamaze.org/HBP5>
- Lamb, G., Niekerk, A., Green, R. (2017) – Method of delivery the microbiome and neurodevelopment. *Current Allergy Clinical Immunology*. 3(30). p.130-141.
- Lee, S., Liu, C., Lu, Y., Gau, M. (2013) – Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *Jognn AWHONN*; 42; p. 19-28.
- Lehugueur, D., Strapasson, M., Fronza, E. (2017) - Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. *Revista de Enfermagem UFPE Online*; 11(12); p. 4929-4937.
- Liu, Y., Liu, Y., Huang, X., Du, C., Peng, J., Huang, P., Zhang, Z. (2014) - A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 14:160. p. 1-7. DOI: 10.1186/1471-2393-14-160.
- Lothian, J. (2006) – Birth plans: the good, the bad and the future. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 35 (2); p. 295-303.
- Low, L. (2017) – A model practice template for hydrotherapy in labor and birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 62 (1). P. 120-126.
- Lowdermilk, D., Perry, S. (2008) - *Enfermagem na Maternidade*. 7ªEdição. Loures: Lusodidacta.

- Lukasse, M., Rowe, R., Townend, J., Knight, M., Hollowell, J. (2014) – Immersion in water for pain relief and the risk of intrapartum transfer among low risk nulliparous women: secondary analysis of birthplace national prospective cohort study. Noruega: *BMC Pregnancy and childbirth*. 14(60). p. 1-11.
- Machado, M. (2017) – Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In Graça, M. e colaboradores (2017) *Medicina materno-fetal*. p. 271-280. Lisboa: Lidel.
- Magro, C., Guerreiro, E., Fidalgo, F. (2016) – Ameaça de parto Pré-termo e parto pré-termo In Néné, M.; Marques, R.; Batista, M. (coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. p.211 – 215. Lisboa: Lidel.
- Mamede, F., Almeida, A., Clapis, M. (2004) – Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. 26 (2). p. 295-302.
- Marques, R. (2009) – Como construir um plano de parto: algumas reflexões. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Vol. 10. p. 44-46.
- Mazoni, S., Faria, D., Manfredo, V. (2009) – Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura. *Arquivo Ciências da Saúde*. 16(1). p. 40-44.
- Menakaya, U., Albayati, S., Vella, E., Fenwick, J., Angstetra, D. (2013) – A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia. *Women Birth*. Jun; 26(2); p.114-118.
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., Sousa, C. (2016). A Posição da Mulher no Trabalho de Parto. In Néné, M., Marques, R., Batista, M. (coord.). *Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica*. p.335 – 347. Lisboa: Lidel.
- Mollamahmutoğlu, L., Moraloğlu, O., Ozyer, S., Su, F., Karayalçın, R., Hançerlioğlu, N., Uzunlar, O., Dilmen, U. (2012) – The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. *Journal Turkish-German Gynecological Association*. 13(1). p.45-49. DOI: 10.5152/jtgga.2012.03.
- Nascimento, G. (2008). *O Conforto da Grávida durante o Trabalho de Parto. Validação Transcultural e Linguística do Childbirth Comfort Questionnaire*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- National Institute for Health and Care Excellence (2014) - *Intrapartum care for healthy women and babies*. Inglaterra: NICE. Acedido a 26/03/2019. Disponível em:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>

New Zealand College of Midwives (2015) – *Consensus statement: The use of water for labor and birth*. Nova Zelândia: NZCM. Acedido a 23/02/2018. Disponível em: <https://www.midwife.org.nz/>.

Nogueira, J. (2012) – Posições alternativas em trabalho de parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 12, p.25-28.

Nunes, L. (2013) *Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS/IPS: Setúbal. ISBN 978-989-98206-1-6.

Nutter, L., Meyer, S., Shaw-Battista, J., Marowitz, A. (2014) – Waterbirth: An Integrative Analysis of Peer-Reviewed Literature. *Journal of midwifery & women's health*. 59. p. 286-319

Odent, M. (1983). Birth under water. *Lancet*. 2. 8365-66. p.1476-1477.

OCDE (2016) *Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle*. Paris: OCDE.

Ohlsson, G., Buchhave, P., Leandersson, U., Nordström, L., Rydhström, H., Sjölin, I. (2001) – Warm tub bathing during labor: maternal and neonatal effects. Suécia: *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. Nº 80. p. 311-314.

OMS & UNICEF (1991) – *Baby-friendly Hospital Initiative*. Geneva: WHO.

OMS (1996) – *Safe motherhood, care in normal Birth: a practical guide*. Geneva: WHO.

OMS (1998) – *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: WHO.

OMS (2002). *Essential antenatal, perinatal and postpartum care: training modules*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Acedido a 6/01/218. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/107482>

OMS (2017). *Optimal timing of cord clamping for the prevention of iron deficiency anemia in infants*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Acedido a 12/03/2019. Disponível em: http://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/en/

OMS (2018) - *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO

Ordem dos Enfermeiros (2005) – *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2006) – *Tomada de posição: Investigação em Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa. Acedido 17-03-19. Disponível: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_26abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. Acedido 17-03-19. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_IdoneidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecta_25Jun2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros & APEO (2012) - *“Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada” (Documento de Consenso)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013) – *Projeto Maternidade com Qualidade*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 10/02/2018. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2014) – Parecer nº 51/2014: parto na água. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa. Acedido 17-03-19. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/documents/mceesmo_parecer_51_2014_parto_agua_site_proteg.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015) – *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos enfermeiros: Lisboa. Acedido 17-03-19. Disponível em: file:///C:/Users/marilyne/AppData/Local/Temp/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015) – *Livro de Bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2018) - *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Acedido 17-03-19. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf

- Pagano, E., Rota, B., Ferrando, A., Petrinco, M., Merletti, F., Gregori, D. (2010) – An economic evaluation of water birth: the cost-effectiveness of mother well-being. *Journal of Evaluation in Clinical Practise*. 16(5). p.916-919. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2009.01220.x.
- Pereira R., Cecatti, J., Oliveira, A. (1998) – Dor no trabalho de parto: fisiologia e o papel da analgesia peridural. *Revista de Ciências Médicas Campinas*. 7 (3); p. 79-84.
- Poder, T., Larivière, M. (2014) – Bénéfices et risques de l'accouchement dans l'eau: une revue systématique. *Elsevier*. 42(10). p. 706-713.
- Prada, F., Rafael, M. (2016). Partograma. In Néné, M.; Marques, R.; Batista, M. (coord.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. pp.348–352. Lisboa: Lidel.
- Puckett, R., Offringa, M. (2010) – Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2000*, Issue 4. Art. No.: CD002776. DOI: 10.1002/14651858.CD002776.
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* n.º 26/2019, Série II de n.º 140/2019, p. 4744 - 4750.
- Regulamento n.º 391/2019 de 5 de Maio de 2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República* n.º 85/2019, Série II de n.º 391/2019, p. 13560 – 13565.
- Ribeiro, J. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 671-682. DOI: 10.15309/14psd150309
- Richmond, H. (2003) – Theories surrounding waterbirth. *The practising midwife*. Volume 6. Nº 2. p. 10-13.
- Rocha, V. (2007) – A água: meio ancestral, natural e credível para o relaxamento/controlo da dor do trabalho de parto. *Sinais Vitais*. Nº 73. p. 31-34
- Rocha, V. (2009) – *A água como meio alternativo para o nascimento natural*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Abel Salazar – Universidade do Porto.

- Ronconi, A., Perdichizzi, F., Pires, O., Constantino, E., Lopes, V., Posso, I. (2010). Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: visão da parturiente e do obstetra. *Revista Dor*, 11(4), p.277-281.
- Santo, S. (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto: resumo do novo consenso da FIGO de 2015. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*; 10(1), pág. 8-11. Ac4edido a 17/03/2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302016000100002&lng=pt&tlng=pt.
- Schuling, K., Sampsel, C. (1999) – Comfort in labor and midwifery art. *Journal of nursing scholarship*. 31(1). p 77-81.
- Schuling, K. (2002) - *Childbirth Comfort Questionnaire*. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/resources/cqs/Childbirth%20Comfort%20Questionnaire%2011%2005%20ks.pdf>
- Shaw-Battista, J (2017) – Systematic Review of Hydrotherapy Research: Does a Warm Bath in Labor Promote Normal Physiologic Childbirth?. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 31(4); p. 303-316. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000260
- Singata, M., Tranmer, J., Gyte, G. (2013) – Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Review*. Issue 8. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub3.
- Silva, F., Oliveira, S. (2006) – O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 40(1). p. 53-63.
- Silva, L., Silva, M., Soares, P., Ferreira, Q. (2007). Posições maternas no trabalho de parto e parto. *Femina*. 35 (2), p.101-106.
- Silva, A. (2009) - *Triagem de prioridades: Triagem de Manchester*. Dissertação ao Grau de Mestre em Medicina de Catástrofe, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Silva, E., Strapasson, M., Fisher, A. (2011) – Métodos não farmacológicos para a alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. Brasil: *Revista de Enfermagem UFSM*, Mai/Ago; 1(2). p. 261-271.
- Silva, D., Ramos, M., Jordão, V., Silva, R., Carvalho, J., Costa, M. (2013) – Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto

- normal: revisão integrativa. Brasil: *Revista de Enfermagem UFSM*. Nº 7 p. 4161-4670.
- Silva, A., Silva, C., Barros, J., Lima, K., Lima, P., Lima, J., Maia, L. (2017) - Os benefícios da livre movimentação no parto para alívio da dor. *Revista Científica de Enfermagem*. 7 (20). p. 70-81.
- Smid, M., Ricks, N., Panzer, A., McCoy, A., Azcarate-Peri, M., Keku, T., Boggess, K. (2018) – Maternal gut microbiome biodiversity in pregnancy. *American Journal of perinatology*. 35 (1). p. 24-30.
- Smith, P. (2015) – Brain, meet gut. *Nature*. 526. p. 312-314.
- Stark, M., Rudell, B., Haus, G. (2008) – Observing position and movements in hydrotherapy: a pilot study. *Journal of Obstetric Gynecology & Neonatal Nursing*. 37(1). p.116-122.
- Stark, M., Miller, M. (2009) – Barriers to the use of hydrotherapy in labor. *Journal of Obstetric Gynecology & Neonatal Nursing*. 38(6) p. 667-675.
- Stringer, M., Hanes, L. (1999) - Hydrotherapy Use During Labor: An Integrative Review. *The online journal of knowledge synthesis for nursing*. 6(1). p. 3-9.
- The American College of Obstetricians and Gynecologist (2009) – Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature and general management principles – ACOG Practice Bulletin nº 106. *Obstetrics & Gynecology*. 114(1); p. 1-11. Acedido a 17/03/2019. Disponível em: https://www.mnhospitals.org/Portals/0/Documents/patientsafety/Perinatal/3a_ACOG%20Bulletin%20106.pdf
- The American College of Obstetricians and Gynecologist (2016) – *Committee opinion: Immersion in water during labor and delivery*. EUA: ACOG. Acedido a 10/02/2018. Disponível em: <http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co679.pdf?dmc=1&ts=20170531T0011351094>
- The American College of Obstetricians and Gynecologist (2017a). *Delayed umbilical cord clamping after birth. Committee Opinion*. Nº 684, p.1-6. Acedido a 17/03/2019. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-ObstetricPractice/co684.pdf?dmc=1&ts=20170126T1339592817>
- The American College of Obstetricians and Gynecologist (2017b). *ACOG Expands Recommendations to Treat Postpartum Hemorrhage*. Acedido a 17/03/2019.

Disponível: <https://www.acog.org/AboutACOG/News-Room/News-Releases/2017/ACOG-ExpandsRecommendations-to-Treat-Postpartum-Hemorrhage>

The Royal College of Midwives (2012) – *Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour: immersion in water for labour and birth*. Inglaterra: RCM. Acedido a 10/02/2018. Disponível em:

https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Immersion%20in%20Water%20%20for%20Labour%20and%20Birth_0.pdf.

Thies-Lagergren, L., Kvist, L., Christensson, K., Hildingsson, I. (2011). No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial. *BioMedCentral Pregnancy and Childbirth*. 11 (22). p.1-9. DOI:10.1186/1471-2393-11-22.

Torkamani, S., Kangani, F., Janani, F. (2010) – The effects of delivery in water on duration of delivery and pain compared with normal delivery. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 26(3) p.551-555.

Vanderlaan, J. (2017) – Retrospective Cohort study oh hydrotherapy in labor. *Jognn AWHONN*. 46; p. 403-410.

Wei, C., Gualda, D., Junior, H. (2011) – Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. *Texto Contexto Enfermagem*. 20 (4). p. 717-725.

Yang, I., Corwin, E., Brennan, P., Jordan, S., Murphy, J., Dunlop, A. (2016) – The infant microbiome: implications for infant health and neurocognitive development. *Nursing Research*. 65(1). p.76–88. DOI: 10.1097/NNR.000000000000133.

ANEXOS

Anexo I – Proposta de Lei nº 100/XIII/3.^a



Proposta de Lei n.º 100/XIII/3.ª

(Orçamento do Estado para 2018)

PROPOSTA DE ADITAMENTO

Objectivos: A imersão e parto na água é uma metodologia de promoção do parto normal/natural na gravidez de baixo risco.

Nos dias de hoje, o parto na água continua a ser um luxo, pois só é acessível para alguns, não estando ainda disponível no Serviço Nacional de Saúde, mas somente em clínicas privadas e em partos domiciliários, o que implica custos acrescidos e pode sujeitar a mulher e a criança a maiores riscos pelo facto de o parto não ter lugar numa unidade hospitalar. O Hospital de São Bernardo em Setúbal chegou a ter esta possibilidade, sendo que em 2013, naquele hospital, fizeram-se cerca de 100 partos na água, o que é elucidativo da procura que este tipo de partos tem. Para além deste hospital, o SNS conta já com mais duas unidades hospitalares que dispõem das condições físicas necessárias para a prestação deste serviço, como o Hospital Garcia da Horta em Almada e o Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim.

Vários estudos já demonstraram que o parto na água é uma opção segura em mulheres saudáveis cujos partos não apresentam complicações, principalmente se feito em contexto hospitalar, no qual existem sempre equipas médicas prontas a dar apoio. O parto na água diminui o desconforto da mulher e permite um menor recurso a intervenções médicas como a episiotomia ou o recurso à epidural, que como se sabe também apresentam riscos para a saúde da mulher, possibilitando ainda um parto natural em gravidezes de baixo risco. De acordo com dados da Ordem dos Enfermeiros, a imersão e parto na água contribui para uma redução acentuada do recurso a anestesia epidural e da taxa de cesarianas.

Este tipo de metodologia é utilizada em vários hospitais da Europa, nomeadamente Inglaterra, Alemanha, Suécia, Bélgica, e ainda na Austrália e Nova Zelândia.

Vemos como essencial que as mulheres tenham o direito a fazer as suas opções sendo para tal necessário que estas estejam efectivamente disponíveis e acessíveis.

Assim, tendo em vista uma maior humanização do parto, propomos que durante o ano de 2018 o Governo avalie tecnicamente a susceptibilidade de criação de condições para partos na água, na fase de trabalho de parto, respectivas necessidades de financiamento e enquadramento adequado, e caso exista fundamentação científica favorável, possa constituir projetos piloto no SNS.

Ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, o Deputado abaixo assinado apresenta a seguinte proposta de alteração à Proposta de Lei n.º 100/XIII/3.º:

“Capítulo IX

Outras disposições

Artigo 161.º - A

Parto na água no Serviço Nacional de Saúde

Durante o ano de 2018 o Governo avalia tecnicamente a susceptibilidade de criação de condições para partos na água, na fase de trabalho de parto, respectivas necessidades de financiamento e enquadramento adequado, e caso exista fundamentação científica favorável, pode constituir projetos piloto no SNS.”

Palácio de São Bento, 17 de Novembro de 2017.

O Deputado,
André Silva

Anexo II – *Childbirth Comfort Questionnaire*

Childbirth Comfort Questionnaire

Data Collectors please read the statement below at each data collection time point. Circle her score.

Thank-you VERY MUCH for helping in this study about the feelings women experience during labor. I am going to ask you to rate how you feel about 14 statements. Please rate each statement from 1 to 5 with "1" meaning you 'strongly disagree' and "5" meaning you 'strongly agree' at this moment.

Example:

I am glad I am being asked these questions..... 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree).

- | | |
|--|-------------------|
| 1. I have enough privacy. | 1...2...3...4...5 |
| 2. My pain is difficult to endure. | 1...2...3...4...5 |
| 3. I feel empowered by those around me. | 1...2...3...4...5 |
| 4. I don't think I can do this without the help of others. | 1...2...3...4...5 |
| 5. I am working well with my body. | 1...2...3...4...5 |
| 6. This chair (bed) makes me hurt.* | 1...2...3...4...5 |
| 7. I can rise above my pain because it helps me birth my baby. | 1...2...3...4...5 |
| 8. I feel confident I can birth my baby. | 1...2...3...4...5 |
| 9. This room makes me feel weak and helpless. | 1...2...3...4...5 |
| 10. The pain of the contractions motivates me to be strong. | 1...2...3...4...5 |
| 11. This is a safe place to be. | 1...2...3...4...5 |
| 12. I feel like giving up. | 1...2...3...4...5 |
| 13. I worry I will lose control. | 1...2...3...4...5 |
| 14. I need to feel better informed about my progress. | 1...2...3...4...5 |

© 2002 by Kerri Durnell Schuiling, PhD, CNM, FACNM

Note: The Childbirth Comfort Questionnaire (CCQ) was developed and tested in 2002-2003. Face validity was accomplished by a panel of experts: midwives, obstetricians, labor and delivery nurses and women who had given birth. The instrument has a 0.71 Cronbach's (sample size n = 64). The instrument is administered twice during labor: latent & active phase. To score, reverse code the negative responses and total the sum. Higher totals mean higher comfort. This instrument was used in a population of primiparous women who gave birth in the United States. Further testing of the instrument is ongoing. For comments or questions please contact: (kschuili@nmnu.edu) or 906-227-2834 or via mail:

Kerri Durnell Schuiling, PhD, CNM, FACNM
Professor & Associate Dean
Northern Michigan University School of Nursing
1401 Presque Isle Ave.
2301 NSF
Marquette, MI 49855

Anexo III – *Childbirth Comfort Questionnaire* Validado Transcultural e Linguisticamente para a população portuguesa

Questionário sobre o nível de conforto no parto

I PARTE:

Muito obrigada por colaborar neste estudo que pretende avaliar o conforto das mulheres em trabalho de parto. Por favor seleccione, em relação a cada uma das frases seguintes, o valor que melhor corresponde à sua opinião.

Sendo: De 1 (Se discordar totalmente) a 5 (Se estiver totalmente de acordo).

- | | |
|--|-------------------|
| 1. Tenho privacidade suficiente | 1...2...3...4...5 |
| 2. A minha dor é difícil de suportar. | 1...2...3...4...5 |
| 3. Sinto que as pessoas que me rodeiam me dão força | 1...2...3...4...5 |
| 4. Sinto que não sou capaz de fazer isto sem a ajuda dos outros | 1...2...3...4...5 |
| 5. Estou a lidar bem com o meu corpo | 1...2...3...4...5 |
| 6. Esta cama/cadeira magoa-me | 1...2...3...4...5 |
| 7. Consigo ultrapassar a minha dor porque ajuda o meu bebé a nascer | 1...2...3...4...5 |
| 8. Tenho confiança que consigo dar à luz o meu bebé. | 1...2...3...4...5 |
| 9. Esta sala faz-me sentir fraca e desamparada | 1...2...3...4...5 |
| 10. As dores das contracções motivam-me para ser forte | 1...2...3...4...5 |
| 11. Sinto-me segura neste local | 1...2...3...4...5 |
| 12. Tenho vontade de desistir | 1...2...3...4...5 |
| 13. Preocupa-me vir a perder o auto-controlo. | 1...2...3...4...5 |
| 14. Necessito de ser melhor informada sobre a evolução do meu parto. | 1...2...3...4...5 |

II PARTE:

Nacionalidade: _____

Idade: _____

Dilatação: _____

Tempo de permanência no serviço: _____

Analgesia:

Nenhuma: _____

Epidural: _____

Outra: _____

Grau de dor: _____ (considerando 0 como ausência de dor e 10 como a dor máxima que já sentiu).

Anexo IV – Autorização para utilização da *Childbirth Comfort Questionnaire* Validado Transcultural e Linguisticamente para a população portuguesa à Enfermeira Graça Nascimento

Re: Pedido autorização de utilização da CCQ validado transcultural e linguisticamente



Graça Nascimento <gracenet@gmail.com>



Você; Maria Teresa Santana Felix ▾

Bom dia Marilyne,

Considere este e-mail como autorização para uso da versão Portuguesa do CCQ.

Em contrapartida peço-lhe apenas que partilhe comigo os resultados obtidos.

Boa sorte para o seu trabalho e parabéns por apostar numa área tão nobre.

Qualquer ajuda adicional estou ao dispor.

Cumprimentos

Graça Nascimento

Marilyne Mateus <marilyne_mateus@hotmail.com> escreveu em

Exma. Senhora En^{ra} Graça Nascimento,

Venho por este meio solicitar sua autorização para utilização da escala *Childbirth Comfort Questionnaire* Validado Transcultural e Linguisticamente para a população portuguesa, em contexto de Ensino Clínico Estágio com relatório, enquanto aluna da Especialidade em Saúde Materna e Obstétrica e mestrado da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a aplicar no Bloco de Partos, de acordo com a minha temática, intitulada: *Água no conforto da parturiente no primeiro estágio de trabalho de parto: competência do enfermeiro obstetra*, sob orientação da Professora Maria Teresa Félix.

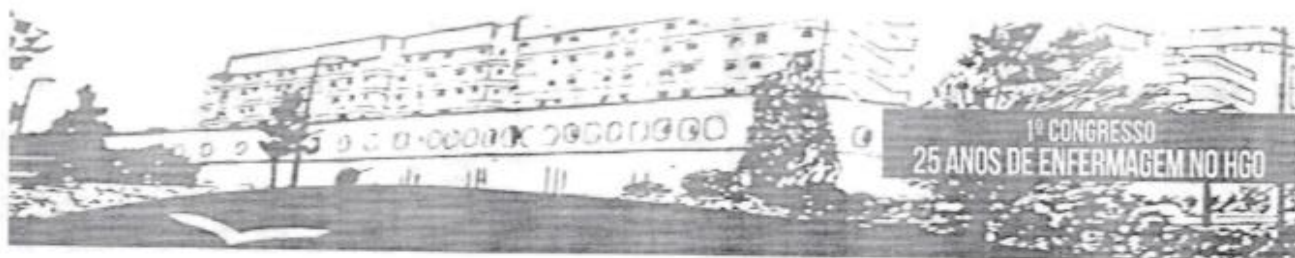
Agradeço a sua disponibilidade.

Os meus melhores cumprimentos,

Marilyne Mateus

Obter o [Outlook para Android](#)

**Anexo V – Certificado da participação 1º Congresso 25 anos de
Enfermagem no HGO – Contextos e Desafios**



Certificado

Certifica-se que o Poster intitulado

“Água como cuidado no conforto da parturiente no 1º estágio de trabalho de parto”;

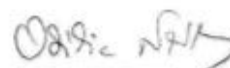
Elaborado por Marilyne Mateus; Maria Teresa Félix

foi apresentado por Marilyne Mateus

no 1º Congresso de Enfermagem

“25 anos de Enfermagem no HGO – Contextos e desafios”.


Rosália Marques
Presidente da Comissão Científica


Odília Neves
Presidente do Congresso
Enfermeira Diretora HGO

Anexo VI – Certificado de participação no Curso de Preparação para o Nascimento e Parto do HGO inserido no projeto *Escola de Pais*



Certificado

Para os devidos efeitos, certifico que a enfermeira Maryline Dinis Vieira Mateus participou no Projeto "Escola de Pais" da consulta Externa de Obstetrícia do Hospital Garcia de Orta, com a apresentação de 4 Workshops subordinados ao Tema "Água na Promoção do conforto e alívio da dor no Trabalho de Parto", com duração de 1 Hora cada, no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica.

Pragal, 31 de Julho de 2018

Hospital
Garcia de Orta, E.P.E.
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIADO DO SERVIÇO
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

(Enfª Chefe – Ganda Cêncio)

Anexo VII – Certificado da participação “*III Congresso Internacional de saúde Pública do Delta do Parnaíba*”

Acesse <https://doity.com.br/validar-certificado> para verificar se este certificado é válido. Código de validação: ZH990-A

Certificado



III CONGRESSO
INTERNACIONAL DE
SAÚDE PÚBLICA DO
DELTA DO PARNAÍBA

Certificamos que o trabalho intitulado: **Água como cuidado no conforto da parturiente no primeiro estágio de trabalho de parto: uma Scoping Review** de autoria de MARIA TERESA SANTANA FÉLIX, MARILYNE DINIS VIEIRA MATEUS; foi apresentado na modalidade **Pôster** no III Congresso Internacional de Saúde Pública do Delta do Parnaíba & VII Congresso Piauiense de Saúde Pública (COPISP 2018), realizado no período de 28 a 30 de setembro de 2018 no Centro de Convenções do Hotel SESC Praia.

Luis Correia (PI), 30 de setembro de 2018.

Mônica de Oliveira Santos

Profa. Dra. Mônica de Oliveira Santos
Presidente da Sociedade Brasileira de Ciências
Aplicadas à Saúde - SBSCSaúde

José Ivo dos Santos Pedrosa

Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa
Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP
Presidente COPISP 2018

Realização |



Apoio |



17.180.177/0001-10

25.344.635/0001-37

APÊNDICES

Apêndice 1: Termos de Pesquisa *CINAHL, MedLine e Cochrane Database Systemic Reviews*

ELEMENTOS DO PCC		Termos de Pesquisa nas Bases de Dados online		
		CINAHL	MedLine	Cochrane Database Systemic Reviews
POPULAÇÃO	Parturientes	<u>Linguagem Natural</u>	<u>Linguagem Natural</u>	<u>Linguagem Natural</u>
		Parturient* Pregnant women* Pregnant* Expectant mother*	Expectant Mother* Parturient* Pregnant women* Pregnant*	Parturient* Pregnant women* Pregnant* Expectant mother*
		<u>Termos indexados</u>	<u>Termos indexados</u>	
		Expectant Mothers	Pregnant women	
CONCEITO	Água Conforto 1º Estádio de TP	<u>Linguagem Natural</u>	<u>Linguagem Natural</u>	<u>Linguagem Natural</u>
		Hydrotherapy Water Shower* Showering Bath* Waterbirth Immersion First stage labor Tub Comfort Childbirth comfort	Hydrotherapy Water Shower* Waterbirth Immersion First stage labor Comfort Childbirth comfort	Hydrotherapy Water Waterbirth Warm water Shower* Showering Bath* Tub Immersion First stage labor Labor stage, first Comfort
		<u>Termos indexados</u>	<u>Termos indexados</u>	
		Hydrotherapy Water Waterbirth Immersion Labor stage, first Bathing and baths Comfort	Hydrotherapy Water Immersion Labor stage, first Patient comfort	
CONTEXTO	Locais de Nascimento	<u>Linguagem Natural</u>	<u>Linguagem Natural</u>	<u>Linguagem Natural</u>
		Delivery room* Delivery obstetric Birth House* Birth* center* Maternity Maternity hospital Hospital Home birth	Delivery room delivery obstetric Birth House* Maternity Alternative birth centers Birth place Home birthing	Delivery room* Delivery, obstetric Birth* center* Birth place Maternity Hospital maternity Home birth Birthing centers Hospital
		<u>Termos indexados</u>	<u>Termos indexados</u>	
		Delivery rooms Delivery obstetric Alternative Birth Centers Birth place Home childbirth	Delivery rooms Birthing Centers Hospitals, maternity Delivery, obstetric Home childbirth	

Apêndice 2: Estudos incluídos na SR em função do ano publicação

Autores	Ano Publicação	Número de estudos em função do ano publicação
Eckert, K; Turnbull, D; MacLennan, A.	2001	1
Davim, R.; Torres, G.; Melo, E.	2007	1
Davi, R.; Torres, G.; Caldas, R.; Dantas, J.	2008	2
Davim, R; Torres, G.; Dantas, J.; Melo, E.; Paiva, D.; Vieira, D.; Costa, I.		
Chaichian, S.; Akhlaghi, A.; Rousta, F.; Safavi, M.	2009	2
Davim, R.; Torres, G.; Dantas, J.		
Lee, S.; Liu, C.; Lu, Y.; Gau, M.	2013	1
Henrique, A.; Gabrielloni, M.; Cavalcanti, A.; Melo, P.; Barbieri, M.	2016	1
Lehugeur, D; Strapasson, M.; Fronza, E.	2017	2
Vanderlaan, J.		

Apêndice 3: Estudos incluídos na *SR* em função do desenho do estudo

Autores	Desenho do Estudo	Número de estudos em função do desenho
Davim, R.; Torres, G.; Melo, E. (2007)	Estudo quase-experimental não randomizado e Estudo quantitativo	1
Davi, R.; Torres, G.; Caldas, R.; Dantas, J. (2008)	Estudo qualitativo	1
Vanderlaan, J. (2017)	Estudo de coorte retrospectivo	1
Lehuteur, D; Strapasson, M.; Fronza, E. (2017)	Estudo quantitativo, transversal, descritivo e retrospectivo	1
Eckert, K; Turnbull, D; MacLennan, A. (2001)	Estudo randomizado controlado	6
Davim, R.; Torres, G.; Dantas, J. (2009)	Estudo randomizado e controlado	
Davim, R; Torres, G.; Dantas, J.; Melo, E.; Paiva, D.; Vieira, D.; Costa, I. (2008)	Estudo randomizado controlado	
Chaichian, S.; Akhlaghi, A.; Roustaf, F.; Safavi, M. (2009)	Estudo randomizado controlado	
Lee, S.; Liu, C.; Lu, Y.; Gau, M. (2013)	Estudo randomizado controlado	
Henrique, A.; Gabrielloni, M.; Cavalcanti, A.; Melo, P.; Barbieri, M. (2016)	Estudo randomizado controlado	

Apêndice 4: Extração de dados de acordo com *JBI QARI* e segundo os tipos de estudo



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE



JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies

Eckert, K; Turnbull, D; MacLennan, A. (2001) – Immersion in water I the first stage of labor: A randomized controlled trial. *Blackwell Science BIRTH*, 28:2 Junho. pg. 84-93.

Reviewer: Mateus, M. Date 25/05/2017
Author: Eckert, K; Turnbull, D; MacLennan, A. Year 2001
Journal: *Blackwell Science BIRTH* Record Number 1

Study Method RCT Quasi-RCT Longitudinal
Retrospective Observational Other

Participants

Setting: Women's and Children's Hospital, Adelaide, Sul da Australia

Population: Grávidas sem antecedentes pessoais médicos ou obstétricos. Gravidez de feto único e de termo e em que o planeamento do parto fosse em ambiente hospitalar. Foram selecionadas aleatoriamente grávidas em trabalho de parto para um grupo experimental, em que o primeiro recorreu ao recurso da imersão em água numa banheira e o outro grupo não foi sujeito à técnica, mas a cuidados medicalizados.

Sample size: 274 grávidas (134 grávidas com recurso à imersão durante o TP e 134 grávidas com recurso a cuidados de medicalizado)

Interventions

O Estudo teve início decorreu de Maio de 1995 até Setembro de 1998 incluindo a consulta de follow-up. Foi realizada uma de colheita de dados preliminar no momento da randomização, identificando-se a idade, estado civil, idade gestacional, dilatação cervical, paridade, nível socioeconómicos, local de parto e hábitos tabágicos. Foram definidos critérios de inclusão e exclusão, que após a sua implementação permitiram seleccionar 274 grávidas de um grupo de 611. O estudo foi aprovado à comissão de ética e Investigação do hospital. A randomização foi realizada à medida que a mulher era admitida no hospital quer por se encontrar em TP quer por ser admitida para indução de TP. Foi aplicado um questionário 24-48 horas pós-parto, aplicado no Internamento de Puérperas que permitia avaliar a percepção da dor, as expectativas de TP e parto e a satisfação em relação aos cuidados prestados. Num **segundo momento**, 8 a 9 meses pós-parto foi enviado para o domicílio um segundo questionário para avaliar os mesmos critérios anteriores com o

acréscimo da avaliação do stress pós-parto. Caso não respondessem ao questionário eram contactadas telefonicamente.

Nestes dois momentos foram aplicadas escalas para facilitar e objetivar a extração de resultados. As escalas aplicadas foram: *Escala de Likert* dos 5 pontos para avaliar s cuidados prestados pelos profissionais de saúde; a *Escala de Edinburg* para avaliar a escala de depressão pós-natal.

Todos os dados extraídos foram tratados com o recurso ao *Epi Info Statistical package*.

Clinical outcome measures/Study results

No que atende à necessidade de aumentar o recurso aos métodos farmacológicos para alívio da dor não se verificou grandes flutuações entre os dois grupos. Contudo, verificou-se que no grupo das parturientes que recorreram à hidroterapia tiveram necessidade de medicação analgésica. Relativamente aos **outcomes maternos** verificou-se que do grupo das 134 parturientes do grupo experimental, 40 não recorreram à imersão em água. O tempo médio em que as parturientes permaneceram em água foi de aproximadamente 60 minutos e à medida que aumentava a dor. A contractilidade uterina aumentava de intensidade e estas solicitavam terapêutica analgésica. Do grupo controlo 36 mulheres passaram para o grupo experimental. Foram definidos como **outcomes maternos**: a duração de TP (1º, 2º e 3º estádios de TP); o tipo de partos; Ruptura prematura de membranas na água e trauma perineal. Não se verificou grandes diferenças dos **outcomes maternos** entre ambos os grupos, contudo, o grupo da imersão em água apresenta melhores resultados. Quanto aos **outcomes neonatais** foram avaliados os seguintes resultados: peso à nascença; avaliação do índice de apagar; necessidade de cuidados neonatais; compromisso neonatal e necessidade de cuidados neonatais diferenciados. Não se verificaram diferenças significativa, pois ambos os grupos apresentam **outcomes neonatais** idênticos. Os **outcomes psicológicos, vivências, expetativas e satisfação com o TP** foram avaliados em ambos os grupos, não se tendo verificado grandes diferenças nos grupos, apresentando resultados similares quanto à experiência de parto. Todavia, não se verificou diferenças sobre o stress pós-parto em ambos os grupos.

Authors' conclusions:

- O estudo não demonstrou a redução do recurso às técnicas farmacológicas, sendo que a percepção de alívio da dor da parturiente não diferiu do grupo de controlo.
- Ambos os grupos apresentaram resultados similares quanto à satisfação em relação ao TP e parto.
- Os **outcomes maternos** foram similares em ambos os grupos. Estes resultados vão, segundo os investigadores, ao encontro da evidência existente. No entanto, verificou-se resultados mais positivos no grupo experimental quanto à duração do TP.

Comments:

Pela análise do presente estudo verifica-se que este não comprovou o efeito evidente da imersão em água no alívio da dor em TP entre outros benefícios, o que se opõe aos resultados de outros estudos/evidência sobre o tema.

Os investigadores apelam à importância do controlo da temperatura da água, pois pode estar associado a dificuldades de adaptação à vida extra-uterina por parte do feto.

Face aos resultados, os investigadores apelam à necessidade de realização de mais estudos sobre a temática, bem como à elaboração de protocolos sobre o controlo de temperatura da água, esterilização de equipamentos, monitorização fetal e definição de critérios de exclusão bem definidos.



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE



JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies

Davim, R.; Torres, G.; Melo, E. (2007) – Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 15(6).

Reviewer: Mateus, M.

Date 25/03/2018

Author: Davim, R.; Torres, G.; Melo, E.

Year 2007

Journal: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*

Record Number 2

Study Method

RCT Quasi-RCT Longitudinal
Retrospective Observational Other

Participants

Setting: Unidade de Parto Humanizado da maternidade Escola Januário Cicco, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, na região Nordeste do Brasil

Population: As parturientes selecionadas por meio de amostragem por acessibilidade, à medida que eram admitidas, atendendo os seguintes critérios de inclusão: em TP (até aos 6 cm de dilatação do colo uterino); multipara (segunda gravidez); idade >20 anos; sem indicação clínica para parto distócico; consentimento informado, assinado, livre e esclarecido para participar do estudo respectiva assinatura. Como critérios de exclusão: primípara, idade <20 anos, AO de cesariana anterior; diagnóstico clínico de distócia.

Sample size: 30 parturientes selecionadas em função dos critérios de inclusão

Interventions

A colheita de dados ocorreu na fase ativa do TP em três momentos pré-definidos: numa primeira fase, parturientes incluída no estudo até 6 cm de dilatação do colo uterino e aplicação da END e sem recurso aos métodos não farmacológicos. Em seguida, foram aplicados os métodos não farmacológicos para gestão da dor, como sejam, exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral e respetiva avaliação da END. O recurso às estratégias não farmacológicas para gestão da dor foram promovidas isoladas ou em associação, como sejam, a deambulação e recurso à água pelo banho de chuveiro. No terceiro momento, que corresponde entre 9 e 10cm de dilatação, foi novamente avaliada a dor através da END após recursos ao métodos não farmacológicos em conjunto e isoladamente. Adotou-se como critério de seleção dos métodos não farmacológicos para inclusão no instrumento de tese de doutoramento as que apresentassem percentagens $\geq 80\%$ de aceitação pelas participantes do estudo com efetividade no alívio da dor durante a fase ativa do TP. Os dados obtidos foram inicialmente transcritos para o programa *Excel for Windows 2000* e, posteriormente, submetidos à análise, recorrendo ao teste *U Mann-Whitney*, com nível de significância estatística $p < 0,05$, comparando os valores de dor através END, verificados antes e após a aplicação das estratégias não farmacológicas, nos três momentos da fase ativa do TP.

Clinical outcome measures/Study results

Em relação aos resultados obtidos pelo recurso à água através do banho de chuveiro nos 8 e 9cm de dilatação do colo uterino, verificou-se um alívio da dor significativo nos dois momentos em que a estratégia foi aplicada, denotando sua efetividade na redução da dor das parturientes. No ensaio clínico verificou-se que o banho de chuveiro reduziu o tempo do TP e promovendo o relaxamento nas parturientes. Também demonstrou que o banho de chuveiro na fase ativa do TP promoveu sensações de bem-estar e conforto tais como alívio, relaxamento e revigoração. Foi identificado em relato de experiência que o banho de chuveiro, associado a outras técnicas não farmacológicas como a Bola de Nascimento e massagens lombares, proporciona conforto durante as contrações. Nesses termos, a água incidir os locais mais dolorosos e que a Bola de nascimento, fora do banho de chuveiro, deverá ser associada também às massagens lombares para intensificar o alívio da dor durante as contrações.

Authors' conclusions:

- O recurso à água através do banho de chuveiro dos 8 e 9cm de dilatação do colo uterino, demonstrou efetividade na redução da dor das parturientes.
- O banho de chuveiro na fase ativa do TP promoveu sensações de bem-estar, conforto e relaxamento.
- Os autores sugerem que a estratégia seja estimulada em centros obstétricos pela sua disponibilidade, acessibilidade e baixo custo na sua intervenção.



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE



JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies

Davim, R; Torres, G.; Dantas, J.; Melo, E.; Paiva, D.; Vieira, D.; Costa, I. (2008) – Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. *Revista Electrónica Enfermagem*; 10(3); p. 600-609.

Reviewer: Mateus, M. Date 25/03/2018
 Author: Davim, R; Torres, G.; Dantas, J.; Melo, E.; Paiva, D.; Vieira, D.; Costa, I. Year 2008
 Journal: *Revista Electrónica Enfermagem* Record Number3

Study Method RCT Quasi-RCT Longitudinal
 Retrospective Observational Oth

Participants

Setting: Unidade de Parto Humanizado da maternidade Escola Januário Cicco, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, na região Nordeste do Brasil

Population: parturientes com gravidez de baixo risco fase ativa TP com colo com 6 centímetros de dilatação, multiparas admitidas para a Unidade do parto Humanizado da Maternidade Escola Januário Cicco e que decidiram participar voluntariamente no estudo, foi assinado um termo de consentimento livre e esclarecido.

Sample size: 100 grávidas, sendo o próprio grupo de controlo dado ser a intervenção terapêutica de avaliação "antes e depois".

Interventions

O Estudo teve início em Setembro de 2005 e Fevereiro de 2006, num período de 6 meses, ao longo dos três turnos de manhã, tarde e noite. Foi realizada uma recolha de dados preliminar no momento da randomização, identificando-se a idade, escolaridade, admissão, religião, estrato socio-económico, paridade, vigilância da gravidez, presença de acompanhante e medicação prescrita. O estudo foi aprovado, após pedido à comissão de ética e Investigação do hospital, bem como à comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Após seleção da amostra, procederam análise do partograma com o objetivo de acompanhar, ou seja, a evolução da fase ativa de TP. De seguida, incidiram sobre a avaliação da dor através da implementação de Escala Analógica Visual através de uma linha de 10 centímetros, com score de 0 a 10, em que a parturiente assinala a intensidade da dor que corresponde entre as extremidades da linha. A inclusão das parturientes só era efetivada após a assinatura do consentimento informado.

Para a aplicação do duche no trabalho de parto foi definido uma padronização da técnica com o intuito de reduzir a possibilidade de viés no estudo.

Para avaliação da dilatação cervical só era efetuada mediante as condições clínicas da parturiente, evitando-se a sua repetição, nomeadamente, em situação de bolsa de água rota pelo risco infeccioso.

Todos os dados colhidos foram realizados pela própria investigadora.

O tratamento dos dados foi realizado a partir do programa SPSS 14.0 para Windows, realizando-se o tratamento estatístico descritivo com frequências absolutas e relativas com aplicação do Teste Exato de Fisher e Teste T pareado simples. Adotaram a significância estatística de $p < 0,05$.

Clinical outcome measures/Study results

O estudo demonstrou que todas as parturientes referiram sensação de bem-estar relacionado ao relaxamento durante o duche. A maioria das mulheres referiram diminuição da dor.

Constatou-se que a presença do acompanhante no suporte à parturiente ser muito importante durante o trabalho de parto.

Quanto ao uso de medicação nas parturientes, observa-se o uso rotineiro de ocitocina nas parturientes, podendo conduzir, muitas vezes, a parto distócicos. Contudo, o uso de ocitocina não influenciou a dor que na avaliação antes que na avaliação depois com a aplicação do duche.

Verificou-se, igualmente, que as variáveis sociodemográficas não interferiram com os resultados, ou seja, não influenciaram na dor referida pelas parturientes do estudo.

Authors' conclusions:

Os investigadores reforçam que o conforto físico da parturiente é conseguido através da aplicação de técnicas não farmacológicas durante o TP, como seja, o recurso água quente, as quais deveriam incorporar aos programas educacionais por enfermeiras, com sejam, os Cursos de Preparação para o Parto e Nascimento, com o objetivo de ajudar a integrar o seu uso nos cuidados de enfermagem em mulheres em TP.

Comments:

Os investigadores apelam à importância do recurso a uma assistência que tenha ações humanizadas no cuidar à parturiente, como sejam, as técnicas não farmacológicas. Defendem a importância da promoção da autonomia da mulher no processo de nascimento através da elaboração de um plano de parto e que este seja respeitado pelos profissionais



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE



JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies

Davi, R.; Torres, G.; Caldas, R.; Dantas, J. (2008) – Enfermeiras obstétricas na humanização ao alívio da dor de parto: um relato de experiência. Revista Nursing; 11(124); pg. 424-429.

Reviewer: Mateus, M.

Date 25/03/2018

Author: Davi, R.; Torres, G.; Caldas, R.;
Dantas, J.

Year 2008

Record Number 4

Journal: Revista Nursing

Study Method

RCT Quasi-RCT Longitudinal

Retrospective Observational Oth

Participants

Setting: Unidade de Parto Humanizado da maternidade Escola Januário Cicco, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, na região Nordeste do Brasil

Population: Enfermeiras Obstétricas Unidade de Parto Humanizado da maternidade Escola Januário Cicco, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Sample size: Todas as Enfermeiras Obstétricas Unidade de Parto Humanizado da maternidade Escola Januário Cicco, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, não referindo o número dos participantes.

Interventions

Este estudo teve como objetivo relatar a experiência na humanização do parto vivenciada segundo a perspectiva das enfermeiras obstétricas, nomeadamente, no que atende à aplicação dos métodos não farmacológicos para a gestão da dor na fase ativa de TP Unidade de Parto Humanizado da maternidade Escola Januário Cicco, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, na região Nordeste do Brasil. Dos vários métodos não farmacológicos implementados nos cuidados à parturiente surge o recurso à água através do duche na gestão da dor da parturiente.

Clinical outcome measures/Study results

A humanização ao parto abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades promovidas à parturiente em TP com o objetivo de vivenciar a experiência de parto como um processo fisiológico. A humanização ao parto envolve relações entre os profissionais de saúde, parturientes, familiares e acompanhantes.

O recurso à água através do banho de chuveiro na fase ativa de TP promove o alívio da dor, o relaxamento e sensação de bem-estar.

Authors' conclusions:

- O recurso à água através do banho de chuveiro na fase ativa de TP promove o alívio da dor das parturientes.
- O banho de chuveiro na fase ativa do TP promoveu sensações de bem-estar e relaxamento.



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE



JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies¹

Davim, R.; Torres, G.; Dantas, J. (2009) – Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Revista Escola Enfermagem USP*; 43(2); p. 438-445.

Reviewer: Mateus, M.

Date 25/05/2017

Author: Davim, R.; Torres, G.; Dantas, J.

Year 2009

Journal: Revista Esc. Enfermagem USP

Record Number 5

Study Method RCT Quasi-RCT Longitudinal
Retrospective Observational Other

Participants

Setting: Parturientes da Unidade do Parto Humanizado da Maternidade Escola Januário Cicco, Brasil

Population: parturientes com gravidez de baixo risco na fase ativa TP com colo com máximo de 6 centímetros de dilatação, multiparas admitidas para a Unidade do parto Humanizado da Maternidade, ter uma idade superior a 20 anos de idade e participar voluntariamente no estudo, foi assinado um termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídas grávidas adolescentes, primíparas, cesarianas anteriores ou cesarianas eletivas, gravidez de médio e alto risco e também mulheres em que a primeira gravidez foi um aborto.

Sample size: 100 grávidas, sendo o próprio grupo de controle dado ser a intervenção terapêutica de avaliação "antes e depois".

Interventions

O Estudo teve início em Setembro de 2005 e Fevereiro de 2006, num período de 6 meses, ao longo dos três turnos de manhã, tarde e noite.

Foi realizada uma recolha de dados preliminar no momento da randomização, identificando-se a idade, escolaridade, admissão, religião, nível socioeconómico, paridade, vigilância da gravidez, presença de acompanhante e medicação prescrita.

O estudo foi aprovado, após pedido de autorização à comissão de ética e Investigação do hospital, bem como à comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Após a caracterização e seleção da amostra, procederam análise do partograma com o objetivo de acompanhar, a evolução da fase ativa de trabalho de parto. De seguida, incidiram sobre a avaliação da dor através da implementação da Escala Visual Analógica através de uma linha de 10 centímetros, com score de 0 a 10, em que a parturiente assinala a intensidade da dor que corresponde entre as extremidades da linha. A inclusão das parturientes só era efetivada após a assinatura do consentimento informado.

Para a aplicação do duche no trabalho de parto foi definido uma padronização da técnica com o intuito de reduzir a possibilidade de viés no estudo.

A avaliação da dilatação cervical só era efetuada mediante as condições clínicas da parturiente, evitando-se a sua repetição, nomeadamente, em situação de bolsa de água rota pelo risco infeccioso.

Todos os dados obtidos foram realizados pela própria investigadora.

O Tratamento dos dados foi realizado a partir do programa SPSS 14.0 para Windows, realizando-se o tratamento estatístico descritivo com frequências absolutas e relativas com aplicação do Teste Exato de Fisher e Teste T pareado simples. Adotaram a significância estatística de $p < 0,05$.

Clinical outcome measures/Study results

O estudo demonstrou que todas as parturientes referiram sensação de bem-estar relacionado ao relaxamento durante o duche. A maioria das mulheres referiram diminuição da dor.

Constatou-se que a presença do acompanhante no suporte à parturiente ser muito importante durante o trabalho de parto.

Quanto ao uso de medicação nas parturientes, observa-se o uso rotineiro de ocitocina nas parturientes, podendo conduzir, muitas vezes, a parto distócicos. Contudo, o uso de ocitocina não influenciou a dor que na avaliação antes que na avaliação depois com a aplicação do duche.

Verificou-se, igualmente, que as variáveis sociodemográficas não interferiram com os resultados, ou seja, não influenciaram na dor referida pelas parturientes do estudo.

Authors' conclusions:

- Os investigadores reforçam que o conforto físico e gestão da dor da parturiente é conseguido através da aplicação de métodos não farmacológicos durante o TP, sendo o uso da água exemplo disso, os quais deveriam ser abordados nos CPNP.

Comments:

- Os investigadores apelam à importância do recurso a uma assistência que tenha ações humanizadas no cuidar à parturiente através da implementação dos métodos não farmacológicos para a gestão da dor, como seja, o uso da água pelo duche no TP.
- Defendem a importância da promoção da autonomia da mulher no processo de nascimento através da elaboração de um plano de nascimento e que este seja respeitado pelos profissionais



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE



JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies¹

Chaichian, S.; Akhlaghi, A.; Rousta, F.; Safavi, M. (2009) – Experience of water birth delivery in Iran. *Archives of Iranian Medicine*; Vol. 12; nº 5; p. 468-471.

Reviewer: Mateus, M. Date 25/05/2017
 Author: Chaichian, S.; Akhlaghi, A.; Rousta, F.; Safavi, M. Year 2009
 Record Number 6
 Journal: Archives of Iranian Medicine

Study Method RCT Quasi-RCT Longitudinal
 Retrospective Observational Other

Participants

Setting: Parturientes admitidas no Shaheed Akbarabadi Hospital afiliado a Iran University of Medical Sciences

Population: parturientes com idade gestacional entre as 37 – 42 semanas, sem história de cesariana anterior, com bolsa de água intacta, gravidez de baixo risco, com placenta normalmente inserida, apresentação cefálica e que a gravidez não seja medicamente assistida.

Sample size: 106 grávidas, sendo que 53 parturientes compõem o grupo de controlo (trabalho de parto e parto tradicional e medicalizado) e as restantes 53 o grupo experimental (trabalho de parto e parto na água)

Interventions

O Estudo teve início em Junho de 2006 a Setembro de 2007 através da recolha de dados quer pela entrevista quer pela observação das intervenções de cuidados.

Foi solicitado o consentimento informado ao grupo experimental, nomeadamente, sobre o parto na água.

A inclusão das parturientes só era efetivada após a assinatura do consentimento informado.

Numa primeira fase, foi realizada a caracterização da parturiente através de uma colheita de dados preliminar no momento da randomização, definindo os 2 grupos em função dos critérios de inclusão e exclusão.

Numa segunda fase foi aplicado um questionário durante o TP a ambos os grupos que incluía: método de nascimento; tempo de trabalho de parto; recurso a terapêutica (analgésicos, opióides, antiespasmódicos e ocitocina); recurso à episiotomia; índice apagar do recém-nascido e peso.

O Tratamento dos dados foi realizados a partir do programa SPSS versão 11.5. Adotaram a significância estatística de $p < 0,001$.

Clinical outcome measures/Study results

O estudo demonstrou que grupo experimental comparativamente ao grupo de controlo recorreu significativamente menos ao recurso de fármacos para o controlo da dor. No que atende à utilização de oxitocina não foi utilizada em nenhuma parturiente do grupo experimental comparativamente a uma percentagem de 94,3% do grupo de controlo.

Em relação à duração dos 3 primeiros estádios de trabalho parto verificou-se que no 1º e 3º estágio foi mais curto no grupo experimental comparativamente ao grupo de controlo. Contudo, no 2º estágio este foi igual em termos temporais em ambos os grupos.

No que atende ao tipo de parto, no grupo experimental todos os partos foram eutócicos, sendo que 79,2% foram partos eutócicos no grupo de controlo sendo os restantes partos distócicos.

Em relação ao trauma perineal, é maior a percentagem de episiotomia no grupo de controlo comparativamente ao grupo experimental. Contudo, o número de lacerações foi mais 12% no grupo experimental, embora tenham sido lacerações grau I.

É de salientar que não houve diferenças significativas em ambos os grupos em relação: às habilitações literárias maternas; peso e comprimento do recém-nascido e perímetro cefálico; sexo do recém-nascido; índice apagar e início da amamentação precoce.

Authors' conclusions:

- Os investigadores comprovaram os benefícios associados ao uso da água durante o trabalho de parto e parto.
- Os resultados demonstram que as mulheres referem alívio e controlo da dor e trabalho de parto mais curto em relação ao grupo controlo.
- Este recurso durante o trabalho de parto promove o parto normal.
- O recurso à água durante o trabalho de parto e parto reduz a necessidade de intervenções medicalizadas e os riscos associados.
- Os resultados obtidos reforçam os benefícios/vantagens socioeconómicas do uso da água.

Comments:

- Os investigadores reforçam as múltiplas vantagens que o uso da água promove à parturiente



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE



JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies¹

Lee, S.; Liu, C.; Lu, Y.; Gau, M. (2013) – Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *Jognn AWHONN*; 42; p. 19-28.

Reviewer: Mateus, M. Date 25/05/2017
 Author: Lee, S.; Liu, C.; Lu, Y.; Gau, M. Year 2013
 Journal: *Jognn AWHONN* Record Number 7

Study Method RCT Quasi-RCT Longitudinal
 Retrospective Observational Other

Participants

Setting: Parturientes admitidas na Maternity Ward de Taipei City, Taiwan

Population: gravidez de feto único, em início de TP (com 4 centímetros de dilatação), com presença de convivente significativo (marido ou familiar) e disposto a participar durante o trabalho de parto.

Sample size: 92 grávidas, sendo que 41 parturientes compõem o grupo de controlo (TP tradicional e medicalizado) e as restantes 39 o grupo experimental (uso do duche durante o TP). As restantes 12 saíram do estudo por vários motivos, tais como: 6 foram cesarianas de emergência; 3 recorreram a analgesia epidural; 3 tiveram um parto precipitado.

Interventions

O Estudo teve início em Julho de 2010 através de colheita de dados quer pela entrevista quer pela observação das intervenções de cuidados.

Foi solicitado aprovação ao Concelho hospitalar.

As parturientes que apresentassem critérios eram lhes explicados os objetivos do estudo e, só posteriormente assinavam o consentimento informado e esclarecido.

Numa primeira fase, era aplicado um questionário com a finalidade de colher dados relativos à informação

demográfica e obstétrica. O questionário sobre os dados demográficos incluía a idade, altura, peso, estado civil, habilitações literárias, atividade profissional, antecedentes pessoais. No que atende aos dados obstétricos era questionadas informações relativas à paridade, idade gestacional, CPNP, RPM, número de toques vaginais, peso do recém-nascido e índice apgar.

Numa segunda fase foi aplicado a escala EVA e a *Labor Agency Scale* com o objetivo de avaliar o sentido de controlo durante o TP, que inclui 10 itens de avaliação.

O Tratamento dos dados foi realizado a partir do programa SPSS versão 18.0. Adotaram a significância estatística de $p < 0,05$.

Clinical outcome measures/Study results

Na análise inicial dos resultados, as participantes eram maioritariamente com idades entre os 31-32 anos de idade, licenciadas, sendo que 53,8% primíparas, 75% a rutura da bolsa de água foi espontânea e 81,3% não fez indução do trabalho de parto. Assim, verifica-se que os fatores demográficos e obstétricos não interferem com os resultados.

O grupo experimental que foi sujeito ao duche quente obteve como resultado a redução significativa da dor aos 4 cm e 7 cm de dilatação comparativamente ao grupo de controlo. Este resultado também conduziu à uma maior satisfação materna após o parto.

Os resultados obtidos pela aplicação da escala EVA eram menores no grupo experimental em comparação ao grupo de controlo, demonstrando que o duche quente promove uma melhor gestão da dor.

Quanto à escala *Labor Agency Scale* esta apresentou scores mais elevados no grupo experimental em relação ao grupo de controlo.

Authors' conclusions:

- Os investigadores defendem como temperatura ideal da água de 37° C, nomeadamente, entre temperaturas de 37°C a 40°C sendo estas mais adequadas para o controlo da dor.
- Esta técnica tem repercussões positivas em termos físicas.
- Os resultados demonstram que as mulheres referem alívio e controlo da dor e aumento da satisfação da experiência de parto.
- Este recurso durante o trabalho de parto tem um baixo custo, é conveniente e de fácil utilização.
- É um método não farmacológico para alívio da dor efetivo.
- Esta técnica promove a participação da mulher no seu processo de trabalho de parto, o que implica uma experiência de parto positiva, promovendo a satisfação materna.

Comments:

- Os investigadores reforçam as múltiplas vantagens que o uso da água promove à parturiente



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE



JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies

Henrique, A.; Gabrielloni, M.; Cavalcanti, A.; Melo, P.; Barbieri, M. (2016) – Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Acta Paulista de Enfermagem*; 29(6); pg. 686-692.

Reviewer: Mateus, M. Date 25/03/2018
 Author: Henrique, A.; Gabrielloni, M.; Cavalcanti, A.; Melo, P.; Barbieri, M. Year 2016
 Journal: *Acta Paulista de Enfermagem* Record Number 8

Study Method RCT Quasi-RCT Longitudinal
 Retrospective Observational Other

Participants

Setting: dois hospitais públicos da cidade de São Paulo, Brasil

Population: iniciou-se o estudo com 137 parturientes, sendo que destas 9 foram excluídas antes da randomização. A amostra foi composta por 128 parturientes que foram randomizadas e alocadas aleatoriamente nos três grupos de intervenções.

Os *critérios de inclusão* foram: idade mínima de 18 anos, feto único e vivo, apresentação cefálica, sem antecedentes de patologia clínica ou obstétrica, dilatação cervical entre 3 a 8 cm, idade gestacional a termo. Os *critérios de exclusão* foram: indicação de parto distócico por cesariana, analgesia, antecedentes psiquiátricos, toxicodependência e com pelo menos de seis consultas de vigilância pré-natal.

Sample size: 128 parturientes selecionadas e divididas em GA: Banho Quente (n=44), GB: Bola Suíça (n=45)

e GC: Banho Quente e Bola nascimento associados (n= 39).

Interventions

Este ensaio clínico randomizado e controlado foi realizado em dois hospitais públicos, no período de 2013 a 2014 com 128 mulheres internadas para assistência ao parto.

A equipe de enfermeiras obstetras foi capacitada para a colheita dos dados, informando as parturientes elegíveis sobre finalidade e procedimentos deste estudo, solicitando consentimento informado e randomização. Antes de realizar as intervenções, as parturientes foram avaliadas quanto à frequência das contrações uterinas, batimentos cardíacos fetais, dilatação cervical e descida da apresentação fetal em função dos níveis de De Lee. Os dados sociodemográficos e obstétricos foram obtidos através do processo clínico, assim como, através de entrevista com as parturientes. A intervenção terapêutica banho quente foi realizada utilizando aspersão com água quente com jato direcionado à região sacro-lombar, na temperatura média de 37°C aferida com termômetro digital Akso®. As parturientes, foram instruídas para a adoção da posição de pé ou sentada para sua realização do banho durante 30 minutos. Quanto à intervenção terapêutica exercício perineal, esta foi realizada utilizando bola de nascimento. As parturientes foram orientadas a sentar-se sobre a bola, com a perna flexionada, formando ângulo de 90°, joelhos afastados e região plantar dos pés apoiada no chão, realizando movimentos de propulsão e rotação pélvica, durante 30 minutos. A intervenção combinada que inclui o banho quente pelo duche sentada sobre a bola nascimento durante 30 minutos, foi executada conforme técnicas e medidas de segurança.

Clinical outcome measures/Study results

Nenhuma parturiente utilizou analgesia farmacológica durante qualquer uma das intervenções.

O grupo que recorreu ao Banho Quente e Bola nascimento associados foi mais efetivo para o aumento da dilatação cervical, sem diferença estatisticamente significante, em relação aos grupos que usaram as intervenções isoladamente. Quanto à progressão da descida da apresentação fetal no canal do parto, houve uma progressão em todos os grupos após as intervenções, contudo, no grupo Banho Quente e Bola Suíça associados (GC) (p=0,688) mostrou maior progressão da apresentação fetal, tendo sido mais efetiva.

A frequência das contrações uterinas aumentou nos três grupos de intervenções.

A frequência cardíaca fetal basal manteve-se dentro dos limites da normalidade antes e depois das intervenções.

A duração do TP foi menor no grupo Banho Quente e Bola nascimento associados (GC), com duração 216,85 minutos. De facto, o recurso conjunto a intervenções não farmacológicas foi mais efetivo quanto à duração do TP, uma vez que é menor o tempo do TP (41,18 minutos) comparativamente ao grupo do Banho Quente (GA) que durou 255,05 minutos (p = 0,236, 74,16 minutos) em relação ao grupo Bola Suíça (GB) que durou 288,41 minutos (p = 0,09), porém não mostrou diferença significante.

Authors' conclusions:

O uso do banho quente associado aos exercícios perineais com recurso à bola nascimento modificam a progressão do TP. A combinação destas intervenções demonstrou maior relevância clínica ao processo do TP. Recomendamos a combinação do Banho Quente associado ao Exercício com Bola Suíça durante o trabalho de parto, uma vez que se mostrou mais efetiva para modificações no progresso da parturição, menor tempo do trabalho de parto e maior ocorrência do parto normal do que o uso isolado destas intervenções.

Comments:

Os autores recomendam a combinação do Banho Quente associado ao Exercício com Bola nascimento durante o TP, uma vez que demonstrou ser mais efetivo na progressão do TP, com menor tempo do TP e conduz ao aumento da probabilidade ocorrência do parto eutócico comparativamente ao uso isolado destas intervenções.



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE



JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies

Vanderlaan, J. (2017) – Retrospective Cohort study oh hydrotherapy in labor. Jognn AWHONN, 46; pág. 403-410.

Reviewer: Mateus, M.

Date 25/03/2018

Author: Vanderlaan, J.

Year 2017

Journal: Jognn AWHONN

Record Number 9

Study Method

RCT Quasi-RCT Longitudinal

Retrospective Observational Othe

Participants

Setting: Estados Unidos da América entre 2006 e 2013

Population: 327 parturientes foram incluídas, contudo, 268 recorreram à hidroterapia como método de gestão da dor do TP. Parturientes com IG de termo e gravidez de baixo risco clínico. Como critérios de exclusão, parturientes com infecção na pele, herpes genital ativo ou suspeita de macrossomia fetal.

Sample size: 268 parturientes

Interventions

Estudo foi realizado numa maternidade durante os anos 2006 e 2013 que disponibiliza a hidroterapia no primeiro estágio de TP através da imersão na banheira. As parturientes eram informada do procedimento. A instituição já tinha um protocolo e norma procedimento definidos. O estudo teve como objetivo descrever o uso da hidroterapia (da água) na gestão da dor no TP.

A imersão era realizada com água com temperaturas compreendidas entre os 35°C-37,8°C, devendo cobrir a região abdominal não ultrapassando os ombros. A parturiente era livre de entrar e sair da banheira conforme a sua vontade.

Clinical outcome measures/Study results

- A hidroterapia deve ser promovida no primeiro estágio de TP antes de recorrer aos métodos não farmacológicos, dado ser um método não farmacológico eficaz na gestão da dor durante o TP.
- O tempo de duração da imersão foi em médio de 156,3 minutos.
- Parturientes com indução de TP recusavam o recurso à hidroterapia par gestão da dor.

Authors' conclusions:

A hidroterapia é um método eficaz na gestão da dor do TP. Os resultados do estudo apontam por ser uma prática de cuidados acessível, de fácil aplicabilidade e com boa relação custo-benefício.



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE



JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies

Lehuteur, D; Strapasson, M.; Fronza, E. (2017) - Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. *Revista de Enfermagem UFPE On line*; 11(12); Pág. 4929-4937.

Reviewer: Mateus, M. Date 25/03/2018
 Author: Lehuteur, D; Strapasson, M.; Fronza, E. Year 2017
 Journal: Revista de Enfermagem UFPE On line Record Number 10

Study Method RCT Quasi-RCT Longitudinal
 Retrospective Observational Oth

Participants

Setting: Estudo quantitativo realizado num hospital público em Porto Alegre, Brasil

Population: A amostra constitui-se da análise dos processos clínicos de parturientes de parto vaginal assistido por enfermeira obstetra desde janeiro a dezembro de 2015. Foram excluídos processos clínicos de mulheres cujo o parto fosse assistido pela equipa médica.

Sample size: 232 parturientes selecionadas

Interventions

Este estudo quantitativo foi realizado num hospital publico em Porto Alegre (Brasil) no decurso do ano de 2015. Dos 4.400 nascimentos registados nesse ano, 62% foram partos por via vaginal. Destes, 20% são assistidos pela enfermeira obstetra. O acesso aos processos clínicos foi através do sistema informático da "Linha de Cuidado Mãe e Bebê" e, posteriormente, do livro de registos de nascimentos da sala de parto através do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). Os dados foram obtidos por meio de um formulário padronizado desenvolvido pela equipa de investigadores, e posteriormente, inseridos no programa Excel. As variáveis foram caracterizadas em função: idade materna, raça, escolaridade materna, profissão, situação conjugal, número de gestações, paridade, número de consultas de pré-natais, idade gestacional, integridade das membranas, amniotomia, oferta de líquidos claros ou alimentos durante o trabalho de parto, toque vaginal, métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados, presença de acompanhante, posição do parto, presença de episiotomia ou laceração, índice de Apgar, peso do recém-nascido e contato pele a pele mãe/bebê.

Para análise dos dados foi utilizado o software SPSS, versão 21.0, com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Clinical outcome measures/Study results

Das 232 parturientes verificou-se que os métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados no TP e no parto foram: deambulação (79,2%), uso da água (73,1%), massagem (60,0%), variedade de posição (58,8%), aromaterapia (46,9%), bola suíça (42,0%), rebozo (12,7%), escalda-pés (2,4%) e musicoterapia (2%).

O banho de chuveiro reduz a ansiedade e alivia a dor no trabalho de parto, promovendo o relaxamento. O banho quente estimula os termorreceptores da epiderme, alcançando o sistema nervoso central e bloqueando a percepção da dor. O calor da água aumenta a circulação sanguínea, diminuindo o estresse provocado pelas contrações.

Authors' conclusions:

- O recurso a água quente através do chuveiro reduz a ansiedade e promove o alívio da dor e o relaxamento no TP.
- O recurso a água quente através do chuveiro é um método não farmacológico eficaz na gestão da dor do TP, assim como, no processo do TP.
- É um método acessível, de fácil aplicabilidade, não invasivo e de baixo custo económico.

Síntese dos resultados da SR: Efeitos do uso da água para o conforto da parturiente no 1º estágio de TP

AUTORES ANO PUBLICAÇÃO PAÍS	TÍTULO	OBJETIVOS	DESENHO DO ESTUDO	POPULAÇÃO EM ESTUDO/TAMANHO DA AMOSTRA	CONTEXTO	CONCEITO(S) RELEVANTES DA QUESTÃO DA REVISÃO/INSTRUMENTO(S)	PRINCIPAIS RESULTADOS
Eckert, K; Turnbull, D; MacLennan, A. (2001) Austrália	Immersion in water I the first stage of labor: A randomized controlled trial	Comparar os resultados clínicos e psicológicos obtidos entre 2 grupos de parturientes, sendo que o experimental recorre à imersão em água morna e de controlo aos métodos tradicionais para a gestão da dor.	Estudo randomizado controlado	274 grávidas (134 grávidas com recurso á imersão durante o TP e 134 grávidas com recurso a cuidados de rotina/medicalizados)	Hospitalar (Women's and Children's Hospital)	Escala de Likert de 5 pontos para avaliar os cuidados prestados pelos profissionais de saúde; a Escala de Edinburg para avaliar a depressão pós- natal. Todos os dados extraídos foram tratados com o recurso ao <i>Epi Info Statistical package</i> .	O estudo não demonstrou a necessidade de redução do recurso às técnicas farmacológicas, sendo que a percepção de alívio da dor da parturiente não diferiu do grupo de controlo e este grupo necessitou mais analgesia farmacológica. O tempo médio de permanência em imersão foi de 60 minutos. Ambos os grupos apresentaram resultados similares quanto à satisfação em relação ao TP e parto. Os <i>outcomes</i> maternos foram similares em ambos os grupos. Estes resultados vão, segundo os investigadores, ao encontro da revisão sistemática da literatura. No entanto, verificaram-se resultados mais positivos no grupo experimental quanto à duração do TP. Relativamente aos <i>outcomes</i> neonatais foram similares. Contudo, os recém-nascidos do grupo experimental necessitaram de mais cuidados neonatais para a sua adaptação à vida extrauterina. Os investigadores associam este resultado à dificuldade de controlo da temperatura da água.
Davim, R.; Torres, G.; Melo, E. (2007) Brasil	Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento	Avaliar a efetividade das estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o TP	Estudo quase- experimental não randomizado e Estudo quantitativo	30 parturientes selecionadas em função dos critérios de inclusão	Hospitalar (Unidade de Parto Humanizado da maternidade Escola Januário Cicco)	A colheita de dados ocorreu na fase ativa do TP em três momentos pré-definidos, em que a dor foi avaliada pela END. Os dados obtidos foram inicialmente transcritos para o programa Excel for Windows 2000 e, posteriormente, submetidos à análise, recorrendo ao teste <i>U Mann-Whitney</i> , com nível de significância estatística $p < 0,05$. Foram comparados os valores de dor através da END, antes e após a aplicação das estratégias não farmacológicas, nos três momentos da fase ativa do TP.	Verificou-se efetividade na redução da dor das parturientes que recorreram à água através do banho de chuveiro nos 8 e 9cm de dilatação do colo uterino. O banho de chuveiro na fase ativa do TP promoveu sensações de bem-estar, conforto e relaxamento. Foi identificado em relato de experiência em que o banho de chuveiro, associado a outras técnicas não farmacológicas como a Bola de nascimento e massagens lombares, proporcionou conforto durante as contrações. Verificou-se que a água incidir os locais mais dolorosos e a Bola de nascimento, fora do banho de chuveiro, deve ser associada às massagens lombares para intensificar o alívio da dor durante as contrações. Os autores sugerem que a estratégia seja estimulada em centros obstétricos pela sua disponibilidade, acessibilidade e baixo custo na sua intervenção. As parturientes com 8 cm de dilatação de colo uterino houve uma redução de nível de dor de 9,2 para 6,9, sendo que as que apresentavam os 9cm de dilatação pela END a redução foi dos 9,8 para 7,3.

<p>Davi, R.; Torres, G.; Caldas, R.; Dantas, J. (2008) Brasil</p>	<p>Enfermeiras obstétricas na humanização ao alívio da dor de parto: um relato de experiência</p>	<p>Relatar a experiência na humanização do parto vivenciada segundo a perspectiva das enfermeiras obstétricas, nomeadamente, no que atende à aplicação dos métodos não farmacológicos para a gestão da dor na fase ativa de TP. Dos métodos abordados, o recurso à água através do banho de chuveiro surge como método não farmacológico promovido na assistência obstétrica.</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Todas as Enfermeiras Obstétricas Unidade de Parto Humanizado da maternidade Escola Januário Cicco, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, não referindo o número dos participantes</p>	<p>Hospitalar (Unidade de Parto Humanizado da maternidade Escola Januário Cicco</p>	<p>Entrevista e Notas de campo</p>	<p>A humanização ao parto abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades promovidas à parturiente em TP com o objetivo de vivenciar a experiência de parto como um processo fisiológico. A humanização ao parto envolve relações entre os profissionais de saúde, parturientes, familiares e acompanhantes. O recurso à água através do banho de chuveiro na fase ativa de TP promove o alívio da dor, o relaxamento, conforto e sensação de bem-estar.</p>
<p>Davim, R; Torres, G.; Dantas, J.; Melo, E.; Paiva, D.; Vieira, D.; Costa, I. (2008) Brasil</p>	<p>Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes</p>	<p>Avaliar a efetividade do banho do chuveiro para o alívio da dor das parturientes em fase ativa de TP.</p>	<p>Estudo randomizado controlado</p>	<p>100 grávidas, sendo o próprio grupo experimental também de controlo dado ser a intervenção terapêutica de avaliação “antes e depois” do banho de chuveiro</p>	<p>Hospitalar (Unidade de Parto Humanizado da maternidade Escola Januário Cicco</p>	<p>Após a caracterização e seleção da amostra, procederam análise do partograma com o objetivo de acompanhar a evolução da fase ativa de trabalho de parto. De seguida, incidiram sobre a avaliação da dor através da implementação de um Escala Visual Analógica através de uma linha de 10 centímetros, com score de 0 a 10, em que a parturiente assinala a intensidade da dor. O tratamento dos dados foi realizado a partir do programa SPSS 14.0 para Windows, realizando-se o tratamento estatístico descritivo com frequências absolutas e relativas com aplicação do Teste Exato de Fisher e Teste T pareado simples. Adotaram a significância estatística de $p < 0,05$.</p>	<p>O estudo demonstrou que todas as parturientes referiram sensação de bem-estar relacionado ao relaxamento durante o duche. A maioria das mulheres referiram diminuição da dor. Constatou-se que a presença do acompanhante no suporte à parturiente ser muito importante durante o TP. Quanto ao uso de medicação nas parturientes, observa-se o uso rotineiro de ocitocina nas parturientes, podendo conduzir, muitas vezes, a parto distócicos. Contudo, o uso de ocitocina não influenciou a dor na avaliação quer antes quer depois do duche. Os investigadores reforçam que o conforto físico da parturiente é conseguido através da aplicação de técnicas não farmacológicas (cromoterapia, massagem, bola de nascimento, musicoterapia e hidroterapia (banho de chuveiro) durante o TP, as quais deveriam incorporar aos programas educacionais por enfermeiras, como sejam, os Cursos de Preparação para o Parto e Nascimento, com o objetivo de ajudar a integrar o seu uso nos cuidados de enfermagem em mulheres em TP.</p>
<p>Davim, R.; Torres, G.;</p>	<p>Efetividade de estratégias não farmacológicas no</p>	<p>Avaliar a efetividade de estratégias não farmacológicas para o</p>	<p>Estudo randomizado controlado</p>	<p>100 grávidas, sendo o próprio grupo experimental também</p>	<p>Parturientes da Unidade do Parto</p>	<p>Procederam à análise do partograma com o objetivo de acompanhar o trabalho de</p>	<p>O estudo demonstrou que todas as parturientes referiram sensação de bem-estar relacionado ao relaxamento, conforto e redução do</p>

Dantas, J. (2009) Brasil	alívio da dor de parturientes no trabalho de parto.	alívio da dor no TP, sendo que o banho do chuveiro corresponde a uma das estratégias não farmacológicas utilizadas		de controlo dado ser a intervenção terapêutica de avaliação “antes e depois” do banho de chuveiro	Humanizado da Maternidade Escola Januário Cicco	parto, ou seja, a evolução da fase ativa de trabalho de parto. De seguida, incidiram sobre a avaliação da dor através da implementação de um Escala Visual Analógica através de uma linha de 10 centímetros, com score de 0 a 10, em que a parturiente assinala a intensidade da dor. O Tratamento dos dados foi realizados a partir do programa SPSS 14.0 para Windows, realizando-se o tratamento estatístico descritivo com frequências absolutas e relativas com aplicação do Teste Exato de Fisher e Teste T pareado simples. Adotaram a significância estatística de $p < 0,05$.	nível da dor durante o banho de chuveiro, nomeadamente, quando aplicado na região lombar. Os métodos não farmacológicos na gestão da dor podem ser aplicados na fase ativa de TP de modo combinado ou isoladamente. Constatou-se que a presença do acompanhante no suporte à parturiente ser muito importante durante o TP.
Chaichian, S.; Akhlaghi, A.; Roustaf, F.; Safavi, M. (2009) Irão	Experience of water birth delivery in Iran	Avaliar os efeitos do uso da água no TP e parto na água, bem como encontrar os interesses da mulher iraniana na utilização destes métodos no TP e parto	Estudo randomizado controlado	106 grávidas, sendo que 53 parturientes compõem o grupo de controlo (trabalho de parto e parto tradicional e medicalizado) e as restantes 53 o grupo experimental (trabalho de parto e parto na água)	Hospitalar (Parturientes admitidas no Shaheed Akbarabadi Hospital)	Numa primeira fase, foram definidos 2 grupos em função dos critérios de inclusão e exclusão. Numa segunda fase foi aplicado um questionário durante o TP e parto a ambos os grupos. O Tratamento dos dados foi realizados a partir do programa SPSS versão 11.5. Adotaram a significância estatística de $p < 0,001$.	Os investigadores comprovaram os benefícios associados ao uso da água durante o TP. Os resultados demonstram que as mulheres referem alívio e controlo da dor e no TP (1º e 2º estádios) mais curto em relação ao grupo controlo. Este recurso durante o TP promove o parto normal e a diminuição do trauma perineal, exceto lacerações de grau I. O recurso à água durante o TP reduz a necessidade de intervenções medicalizadas e os riscos associados. Os resultados obtidos reforçam os benefícios/vantagens socioeconómicas do uso da água. Os investigadores reforçam as múltiplas vantagens que o uso da água promove à parturiente
Lee, S.; Liu, C.; Lu, Y.; Gau, M. (2013) Taiwan	Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage	Determinar os efeitos da água quente através do duche na gestão da dor e na experiência de parto da mulher durante o 1º estágio de TP	Estudo randomizado controlado	92 grávidas, sendo que 41 parturientes compõem o grupo de controlo (trabalho de parto tradicional e medicalizado) e as restantes 39 o grupo experimental (uso do duche durante o trabalho de parto). As restantes 12 saíram do	Hospitalar (Parturientes admitidas na Maternity Ward de Taipei City)	Numa primeira fase, era aplicado um questionário com a finalidade de recolher dados relativos à informação demográfica e obstétrica. Numa segunda fase foi aplicada a Escala Visual Analógica para a dor e a <i>Labor Agency Scale</i> com o objetivo de avaliar o sentido de controlo durante o parto, que inclui 10 itens de avaliação.	Os investigadores defendem como temperatura ideal da água os 37º C, nomeadamente, entre temperaturas de 37ºC a 40ºC sendo estas mais adequadas para o controlo da dor. Esta técnica tem repercussões positivas em termos físicos. Os resultados demonstram que as mulheres referem alívio, controlo da dor e aumento da satisfação da experiência de parto. Este recurso durante o trabalho de parto tem um baixo custo, é conveniente e de fácil utilização. É um método não farmacológico efetivo para alívio da dor efetivo.

				estudo por vários motivos		O Tratamento dos dados foi realizado a partir do programa SPSS versão 18.0. Adotaram a significância estatística de $p < 0,05$.	Esta técnica promove a participação da mulher no seu processo de trabalho de parto, o que implica uma experiência de parto positiva, promovendo a satisfação materna.
Henrique, A.; Gabrielloni, M.; Cavalcanti, A.; Melo, P.; Barbieri, M. (2016) Brasil	Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado	Conhecer os efeitos do banho quente e os exercícios perineais com a bola de nascimento, de forma isolada e combinada, relativamente à progressão do TP.	Estudo randomizado controlado	128 parturientes que foram randomizadas e alocadas aleatoriamente nos três grupos de intervenções, divididos em GA: Banho Quente (n=44), GB: Bola Suíça (n=45) e GC: Banho Quente e Bola nascimento associados (n= 39).	2 hospitais públicos da cidade de São Paulo, Brasil	A equipa de enfermeiras obstetras foi capacitada para a colheita dos dados Os dados sociodemográficos e obstétricos foram obtidos através do processo clínico, assim como, através de entrevista com as parturientes. A análise dos dados foi realizada no <i>Statistical Package for the Social Science</i> , versão 21 com $p < 0,05$.	O uso do banho quente associado aos exercícios perineais com recurso à bola nascimento modificam a progressão do TP. A combinação destas intervenções demonstrou maior relevância clínica no processo do TP. Recomendam a combinação do Banho Quente associado ao Exercício com Bola Suíça durante o trabalho de parto, uma vez que se mostrou mais efetiva para modificações no progresso do TP, menor duração de TP e maior ocorrência do parto normal do que o uso isolado destas intervenções. Os autores recomendam a combinação do Banho Quente associado ao Exercício com Bola nascimento durante o TP, uma vez que demonstrou ser mais efetivo na progressão do TP, com menor tempo do TP e conduz ao aumento da probabilidade ocorrência do parto eutócico comparativamente ao uso isolado destas intervenções.
Vanderlaan, J. (2017) Estados Unidos da América	Retrospective Cohort study on hydrotherapy in labor	Descrever o uso da hidroterapia na gestão da dor no TP	Estudo de coorte retrospectivo	268 parturientes	Hospitalar	Dados colhidos de 2006 a 2013. Protocolo e norma definidos em que a temperatura da água para imersão dos 35º-37,8ºC a cobrir o abdómen. Recorreram à estatística descritiva para o tratamento de dados das participantes que iniciaram e suspenderam a hidroterapia, assim como, para a duração da hidroterapia.	A hidroterapia deve ser promovida no primeiro estágio de TP antes de recorrer aos métodos farmacológicos, dado ser um método não farmacológico eficaz na gestão da dor durante o TP. O tempo de duração da imersão foi em média de 156,3 minutos. Parturientes com indução de TP recusavam o recurso à hidroterapia para gestão da dor. A hidroterapia é um método eficaz na gestão da dor do TP. Os resultados do estudo apontam ser uma prática de cuidados acessível, de fácil aplicabilidade e com boa relação custo-benefício.
Lehuteur, D; Strapasson, M.; Fronza, E. (2017) Brasil	Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica	Caraterizar os partos assistidos por enfermeiras obstetras relativamente ao recurso a métodos não farmacológicos na gestão da dor no TP	Estudo quantitativo, transversal, descritivo e retrospectivo	232 parturientes selecionadas	Hospitalar (Hospital público Porto Alegre)	Dos 4.400 nascimentos registados em 2015, 62% foram partos por via vaginal. Destes, 20% são assistidos por enfermeiras obstetras. O acesso aos processos clínicos foi através do sistema informático da "Linha de Cuidado Mãe e Bebê" e, posteriormente, do livro de registos de nascimentos da sala de parto através do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). Os dados foram obtidos por meio de um	O recurso a água quente através do chuveiro reduz a ansiedade e promove o alívio da dor e o relaxamento no TP. O recurso a água quente através do chuveiro é um método não farmacológico eficaz na gestão da dor do TP, assim como, no processo do TP. É um método acessível, de fácil aplicabilidade, não invasivo e de baixo custo económico.

						formulário padronizado desenvolvido pela equipa de investigadores, e posteriormente, inseridos no programa Excel. Para análise dos dados foi utilizado o software SPSS, versão 21.0, com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).	
--	--	--	--	--	--	--	--

Síntese dos resultados da SR: Efeitos do uso da água para o conforto da parturiente no 1º estágio de TP

AUTORES	EFEITOS DO USO DA ÁGUA PARA O CONFORTO DA PARTURIENTE NO 1º ESTÁDIO DE TP											
	Conforto	Bem-estar	Relaxamento muscular	Redução ansiedade	Aumento dos partos eutócicos	Diminuição do trauma perineal	Gestão da dor TP	Diminuição da duração do 1º estágio TP	Aumento dos índices de satisfação, controle e autonomia da parturiente	Presença do convivente significativo	Associação a outros métodos não farmacológicos	Acessível, fácil aplicabilidade e boa relação custo benefício
Eckert, K; Turnbull, D; MacLennan, A. (2001)								x				
Davim, R.; Torres, G.; Melo, E. (2007)	x	x	x				x	x			x	x
Davi, R.; Torres, G.; Caldas, R.; Dantas, J. (2008)	x	x	x				x					
Davim, R; Torres, G.; Dantas, J.; Melo, E.; Paiva, D.; Vieira, D.; Costa, I. (2008)	x	x	x				x			x		
Davim, R.; Torres, G.; Dantas, J. (2009)	x	x	x				x			x	x	
Chaichian, S.; Akhlaghi, A.; Rousta, F.; Safavi, M. (2009)	x	x			x	x	x	x				x
Lee, S.; Liu, C.; Lu, Y.; Gau, M. (2013)	x	x					x		x			x
Henrique, A.; Gabrielloni, M.; Cavalcanti, A.; Melo, P.; Barbieri, M. (2016)					x		x	x			x	
Vanderlaan, J. (2017)							x					x
Lehuteur, D; Strapasson, M.; Fronza, E. (2017)			x	x			x					x

Apêndice 5: Análise de Conteúdo dos registros de interação

Para a análise dos registos de interação de cuidados obtidos do instrumento de registo desenvolvido, optei por efetuar a análise de conteúdo segundo Bardin (2016). A análise de conteúdo permite a análise de comunicações, através da explicitação, sistematização e expressão do conteúdo das mensagens, no sentido de inferir deduções lógicas e justificadas do seu conteúdo, a respeito da origem dessas mensagens (Bardin, 2016). Para os autores Amado, Costa e Crusoé (2017), a análise de conteúdo permite compreender o que está manifesto e latente nas mensagens. Para analisar os dados recolhidos da prática de cuidados é essencial conhecê-los em profundidade de forma a permitir uma compreensão do fenómeno (Bardin, 2016; Amado et al., 2017).

Segundo Bardin (2016), a análise de conteúdo tem patente um procedimento sistemático e estruturado de análise, dividindo-se em três etapas, as quais foram neste relatório realizadas de forma sequencial: a) a **pré-análise**; b) a **exploração do material**; c) o **tratamento dos resultados obtidos e interpretação**. Assim, a **pré-análise** corresponde à primeira etapa de uma análise de conteúdo, onde se procura selecionar os documentos a serem analisados, formular as questões de pesquisa e as hipóteses de trabalho (Bardin, 2016). No presente relatório esta etapa foi realizada após a síntese dos artigos provenientes da SR, no sentido de mapear a evidência científica sobre o tema, que sustentasse a tomada de decisão para a construção do instrumento de interação de cuidados e a recolha de dados da prática de cuidados (apêndice 6). Os dados obtidos pelo instrumento é resultado da prática de cuidados e definem, inegavelmente, o *corpus* de análise, espelhando os resultados dos efeitos uso da água no primeiro estágio de TP. Nesta primeira etapa, a autora Bardin (2016) refere que deve ter inerente os seguintes critérios: exaustividade, (esgotar a totalidade da comunicação); representatividade (os textos devem ser representativos dos participantes); os dados devem ser selecionados em função do mesmo grupo de indivíduos, de temas e técnicas iguais; homogeneidade (os instrumentos devem estar adaptados ao objetivo da pesquisa); por último, pertinência (cada elemento deve ser representativo de uma categoria). De facto, procurei obedecer aos presentes critérios para a constituição do *corpus* de análise (Bardin, 2016). Nesta lógica, procura-se que estes critérios aumentem a validade e a confiabilidade dos resultados obtidos (Bardin, 2016).

Seguindo-se a segunda etapa que respeita a **exploração do material** que representa ser o processo mais moroso da análise de conteúdo, já que o investigador deve codificar os dados e agregá-los em categorias (Bardin, 2016). A codificação dos resultados tem inerente como etapas: a escolha das unidades de registo, a seleção de regras de

contagem e escolha de categorias. Neste trabalho os resultados da *SR* foram a base para a seleção das categorias e subcategorias. Deste modo, efetuei a extração das unidades de registo relevantes e significativas, de modo a identificar e classificar as unidades numa determinada categoria de conteúdo.

Por último, a terceira etapa consiste no **tratamento dos dados obtidos e interpretação**, onde o investigador confronta os seus resultados com a evidência científica, numa lógica de dar significados aos resultados (Bardin, 2016). Nesta última etapa, procurei analisar as categorias e subcategorias obtidas à luz da evidência consultada que se encontra no enquadramento teórico e nos resultados da *SR*.

Importa referir que o tratamento dos dados teve sempre presente princípios éticos e deontológicos, no sentido de garantir o anonimato e confidencialidade dos dados. Assim, ao longo da análise e discussão dos dados (capítulo 3) surgem citados excertos dos registos de interação (unidades de registo) considerados ilustrativos e demonstrativos quer das categorias quer das subcategorias que emergiram, sendo que as unidades de registo consideradas relevantes estão codificadas (por exemplo: RI 1), com o objetivo de preservar o anonimato das participantes.

Apêndice 6: Instrumento de registo de interação

Identificação						
IG: IO: GS:	AP: AO: Habilitações literárias:					
1º ESTÁDIO TRABALHO PARTO	Fase latente TP: TV: Início: _____ Fim: _____	Frequência CPNP: Sim Não Plano de Parto: Sim Não				
	Fase ativa TP: TV: Início: _____ Fim: _____	Conhecimentos sobre uso da água TP: Sim Onde? _____ Não				
	Gestão da Dor					
	CHUVEIRO	Início	EAD	Fim	EAD	Duração
	TEORIA DO CONFORTO (segundo relatos)	ALÍVIO		TRANQUILIDADE		TRANSCENDÊNCIA
		Físico		Físico		Físico
		Psicoespiritual		Psicoespiritual		Psicoespiritual
		Ambiental		Ambiental		Ambiental
		Sociocultural		Sociocultural		Sociocultural
Observações Acompanhante: Sim Não Qual: _____						
Relatos: _____						
OUTROS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS	Bola de nascimento		Effleurage			
	Musicoterapia		Técnicas respiratórias			
	Vocalização		Aplicação de calor			
	Deambulação		Mudança de posição			
	Aromaterapia		Acupressão			
Observações:						
ESCALA CHILDBIRTH COMFORT	4º estágio TP <input type="checkbox"/>		Puerpério <input type="checkbox"/>			
Observações:						

**Apêndice 7: Caracterização do contexto do Ensino Clínico Estágio com
Relatório**

O ER em contexto clínico teve início a 5 de março a 13 de julho de 2018, com a carga horária de 500 horas. Este decorreu no serviço de BP e SUOG inseridos no Departamento da Mulher e da Criança de um Hospital Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo e assegura a prestação de cuidados de saúde de conforto, segurança e elevada competência à mulher na área da ginecologia e obstetrícia. Este contexto do ER representa-se como um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado da região sul do país, já que possui uma unidade de cuidados intensivos neonatais diferenciada, bem como um centro de apoio à fertilidade. Importa salientar que este foi o primeiro hospital do país a possuir desde o ano de 2005 a certificação de Hospital Amigo dos Bebés, de acordo com as recomendações do Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS & UNICEF, 1991; OMS, 1998). A equipa deste departamento tem uma filosofia de cuidados de promoção, proteção e apoio ao parto normal, de acordo com as recomendações da OMS (1996 e 2018) e APEO & OE (2012). Efetivamente, no serviço de BP têm sido efetuados, ao longo dos anos, esforços contínuos, integrando a equipe multidisciplinar, no sentido de fomentar práticas baseadas na melhor evidência científica disponível, facilitadoras do parto normal e na assunção de forma ativa das competências autónomas do EEESMO. Importa salientar, que este hospital pela sua situação geográfica apresenta uma população assistencial marcada por uma elevada multiculturalidade, uma assimetria etária elevada e situações de elevado risco materno-fetal.

O BP e SUOG encontram-se localizados no primeiro piso do hospital. Estes serviços são estruturalmente diferentes, contudo, a gestão dos recursos humanos é comum, sendo que a equipa de enfermagem é rotativa entre os dois serviços mediante a escala de enfermagem. Esta equipa é constituída por 32 EEESMO, sendo que 1 dos elementos desempenha funções de chefia e gestão, e 8 enfermeiros de cuidados gerais. Em cada turno, encontram-se escalados 7 enfermeiros para os 2 serviços, sendo que 5 permanecem no BP e os restantes 2 encontram-se no SUOG (devendo estar 1 EEESMO e outro enfermeiro de cuidados gerais), existindo um dos EEESMO a assumir as funções de chefe de equipa. A restante equipa é constituída por uma equipa médica de especialistas em obstetrícia e ginecologia rotativa composta por 4 elementos; 1 anestesista; 3 assistentes operacionais de ação médica e 1 administrativa.

No que atende ao SUOG, é um serviço destinado ao atendimento de situações de urgência de utentes do foro obstétrico e ginecológico, sendo que a proveniência das utentes pode ser: por iniciativa própria; encaminhadas da Linha de Saúde 24;

referenciadas de outra instituição ou dos próprios serviços dentro do hospital. A admissão no serviço é realizada a triagem de Manchester. O SUOG tem um serviço de observação que se destina a internamentos de curta duração. Existe, também, um bloco operatório destinado às pequenas intervenções cirúrgicas de ambulatório.

Por outro lado, o BP é composto por 6 salas, sendo que uma das salas destina-se a situações de grávidas que necessitam de vigilância (como sejam, por exemplo, ameaças de parto pré-termo ou estados fetais não tranquilizadores) ou para induções de TP; as restantes 4 salas são salas individuais para parturientes e seus conviventes significativos; 1 sala de recobro destinada a mulheres com situações clínicas de gravidez ou puerpério que necessitem de vigilância (por exemplo, Pré-eclâmpsia; Eclâmpsia; Síndrome de HELLP; Edema agudo do pulmão; Atonia uterina; hemorragia pós-parto, entre outras) ou vigilância pós-operatória. Este serviço também é composto por 2 blocos operatórios, uma casa de banho para uso exclusivo as mulheres.

No sentido de promover uma assistência de qualidade à grávida/parturiente e convivente significativo, a equipa de enfermagem do BP tem investido em práticas assistenciais que premeiam a aceitação e respeito pelo plano individual do parto; presença do convivente significativo; deambulação e liberdade de movimentos, incluindo a monitorização fetal continua com recurso a telemetria; utilização da bola de nascimento e de panos suspensos no teto; estrutura física acolhedora com pintura de paredes com uma paleta de cores suaves; recurso a musicoterapia; difusores para aromoterapia; liberdade de ingestão de líquidos no decorrer do TP; adoção de posições verticalizadas no segundo estágio do TP existindo 3 bancos de parto; clampagem tardia do cordão umbilical; contacto pele-a-pele entre mãe e recém-nascido imediatamente após o parto, bem como contacto pele-a-pele com o pai, se assim for o desejo; incentivo ao AM precoce. Perante o exposto, acredito que a filosofia institucional apresentava uma cultura organizacional facilitadora para a consecução e implementação do meu projeto.

Apêndice 8: Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos saúde/doença ginecológica

A área de cuidados em Ginecologia é indiscutivelmente uma área sensível aos cuidados de enfermagem especializados, nomeadamente, assume contornos especiais e desafiantes em contexto do SUOG. Contudo, ainda é uma valência dos cuidados de saúde à Mulher/família/comunidade que ainda carece da devida atenção e investimento por parte dos EEESMO. Efetivamente, existem inúmeros desafios que integram a prestação de cuidados especializados na área da Saúde Sexual e Reprodutiva, com o intuito de cuidar da mulher inserida na família e na comunidade intervindo no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; durante o climatério, bem como nos processos de saúde/doença ginecológica (Regulamento nº391/2019). De facto, a Mulher durante todo o seu ciclo de vida é a sujeita central e beneficiária dos cuidados especializados do EEESMO, sendo que este é responsável por estabelecer em parceria, um plano individual de cuidados especializados nas diferentes áreas de intervenção, não descurando a importância do envolvimento dos conviventes significativos e de todos os fatores socioculturais, económicos e espirituais, bem como da importância da articulação com a comunidade. Neste sentido, acredito que um efetivo investimento na educação em saúde com vista à sua promoção é crucial na prestação de cuidados, que se traduzirá, provavelmente, em ganhos em saúde e cuidados de qualidade.

No decorrer da minha prestação de cuidados no contexto do SUOG na instituição onde decorreu este ER, constatei que o primeiro contacto a mulher é com a equipa de enfermagem, nomeadamente com o EEESMO, sendo uma mais-valia do ponto de vista do cuidado relacional, desenvolvendo-se na admissão. Na admissão, é efetuada a triagem segundo a Triagem de Manchester, a qual apresenta um fluxograma adaptado ao foro ginecológico e obstétrico, que, segundo o Grupo Português de Triagem representa um método de triagem que faculta ao profissional não um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas, em que a avaliação clínica inicia-se na queixa (sinal ou sintomas identificados) apresentada pela mulher ou profissional de saúde que motiva a pessoa a procurar o serviço de urgência. Para Silva (2009), este processo de triagem é um instrumento de gestão de risco e requer do profissional de saúde capacidade de interpretação, discriminação e avaliação. Com efeito, o Grupo Português de Triagem evidencia que este tipo de triagem permite que a análise da mulher seja executada com rapidez e segurança, sendo que a prioridade clínica orienta a tomada de decisão. Para realizar-se a Triagem de Manchester com mestria e competência requer a formação da equipa médica e de enfermagem.

No decurso deste EC, tive a oportunidade de efetuar a triagem a várias mulheres com problemas do foro ginecológico, sendo que numa fase inicial com supervisão da minha orientadora de estágio e, posteriormente, já as realizava autonomamente e com perícia. No momento da admissão da utente ao SUOG realizava o acolhimento apresentando-me e procurando estabelecer uma relação de confiança, e prosseguia à Triagem de Manchester através do programa informático *Alert*® procurando ir ao encontro do fluxograma com a identificação do risco e estabelecimento de prioridade de urgência, através da elaboração de uma correta anamnese. Os motivos mais frequentes de recurso das utentes ao SUOG foram: infeções do trato urinário; infeções vulvovaginais; doença inflamatória pélvica; metrorragias associadas a miomas uterinos; algias pélvicas muitas vezes associadas à dismenorreia; *status* pós histerectomia vaginal ou abdominal ou cirurgia uro-ginecológica; neoplasias da mama/*status* pós cirurgia da mama. Realizei um total de 32 triagens do foro ginecológico. Nas intervenções dirigidas às mulheres procurei compreender as necessidades de conforto, sendo que a maioria eram por doença aguda, e por esse motivo, os estados de conforto que necessitavam de intervenção imediata foram os estados de alívio e de tranquilidade inseridos no contexto físico. Segundo Kolcaba (1994, 2003, 2009) o conforto é um resultado holístico decorrente das intervenções planeadas do enfermeiro, cujo intuito é aumentar o conforto da pessoa, que implica a identificação e a promoção dos estados de conforto experienciados e, reciprocamente, interligados aos contextos em que ocorrem.

Uma das situações que mais me marcou foi, indiscutivelmente, uma jovem de 33 anos que recorreu ao SUOG ao cuidado da sua médica assistente por dor aguda na mama esquerda. Desde a admissão procurei estabelecer uma relação demonstrando disponibilidade para escutar as suas queixas que, manifestamente, não se restringiam a uma dor física, mas também psicológica por se encontrar em luto e negação do diagnóstico recente. Pela anamnese realizada, esta utente há cerca de 4 semanas, numa consulta privada de rotina anual à sua médica ginecologista referiu o surgimento de uma tumefação ruborizada e dolorosa na mama esquerda, pelo que foi pedida ecografia mamária e mamografia com urgência, tendo sido diagnosticado uma neoplasia da mama esquerda. A mulher encontrava-se chorosa e referiu uma dor de 8 segundo a END, apresentava sinais vitais dentro dos parâmetros normais, exceto uma ligeira taquicardia. Efetivamente, à observação a mama esquerda encontrava-se com uma tumefação com eritema no quadrante inferior externo, bem como apresentava uma inversão do mamilo. Esta já tinha sido referenciada à consulta de senologia e aguardava chamada para

cirurgia, o que a preocupava, tendo, posteriormente, questionado sobre a cirurgia, sobre o internamento, bem como sobre a eventualidade de uma reconstrução mamária. Também me questionou sobre os tratamentos como sendo a quimioterapia e radioterapia. Facultei todas as informações conforme me foi questionando ao longo do período que permaneceu no SUOG. Numa primeira instância, e após prescrição clínica, administrei o analgésico endovenoso prescrito que surtiu efeito. Durante todos os cuidados, a mulher ia verbalizando as suas preocupações. De facto, esta situação sensibilizou-me uma vez que se tratava de uma mulher jovem (quase com a minha idade) que tinha um filho com 6 anos e era casada. Era evidente a sua preocupação relativa ao seu futuro. Notoriamente, o meu plano de cuidados debruçou-se na identificação das necessidades de conforto da utente, sendo que as intervenções foram planeadas no sentido da promoção dos estados de conforto de alívio e de tranquilidade ao nível dos quatro contextos: físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental. No que atende, à promoção dos estados de conforto de alívio e tranquilidade, estes foram conseguidos pela administração do analgésico, que teve efeito na gestão da dor física, bem como durante toda a prestação de cuidados, adotei uma atitude de escuta ativa, no sentido a fomentar um estado de calma, relaxamento e bem-estar. No que se refere aos contextos de conforto, procurei colocá-la num espaço físico calmo, com luz reduzida e num cadeirão numa posição semideitada durante a administração do analgésico. Promovi a presença do marido, este verbalizou algumas das suas preocupações. Facultei a informação solicitada, bem como promovi a educação para a saúde ao casal. De facto, cada interação é uma oportunidade para a prestação de cuidados de enfermagem.

O cancro da mama é a neoplasia que mais atinge as mulheres em todo o mundo, podendo levar a altas taxas de morbimortalidade, sendo que Portugal não é exceção. Dados recentes continuam a apontar que é na Europa a forma de cancro mais prevalente nas mulheres com 13,8% de incidência em 2012 (OCDE, 2016). Contudo, em 2013 o país registou das mais baixas taxas de mortalidade na Europa, comparativamente aos países como Espanha, Estónia, Suécia e Finlândia. Estes dados surgem no relatório da OCDE "*Health at Glance: Europa 2016*" divulgado em Novembro de 2016, sendo que este sublinha que o acesso aos programas de deteção precoce/rastreio dos tumores é uma das chaves primordiais para sucesso destes *outcomes*, o que demonstra inegavelmente ganhos em saúde e socioeconómicos significativos. Neste relatório, consta que o cancro da mama fez 30 vítimas mortais por cada 100 mil mulheres. Segundo os números mais recentes do Instituto Nacional de Estatística e da Direção-Geral da Saúde (DGS)

publicados em 2016 mostram que o cancro da mama matou 1681 mulheres em 2014. Surge igualmente no relatório da OCDE (2016) que o acesso aos rastreios pela população feminina na Europa varia entre 54% a 63%, mas em Portugal os valores ultrapassam os 80%. Face ao exposto, penso que enquanto EEESMO é significativo o conhecimento destes dados estatísticos e destes relatórios Europeus para a atenção das mulheres aos nossos cuidados, nomeadamente, na sensibilização dos profissionais e da população, pois, acredito que temos um papel preponderante nos processos de tomada de decisão, uma vez que temos competências reconhecidas para a promoção da saúde ginecológica da mulher, o diagnóstico precoce e a prestação de cuidados à mulher com afeções na mama, promovendo a sua adaptação à nova realidade e prevenindo complicações relacionadas com estas afeções (Regulamento nº391/2019). O EEESMO tem competências para conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas/projetos/intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica, bem como mobilizar os recursos da comunidade (Regulamento nº391/2019).

Em jeito de síntese, considero ter alcançado os objetivos esperados para o desenvolvimento desta competência.

Apêndice 9: Sessão de Formação de Serviço subordinada ao tema do relatório realizada em contexto de ECII

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

FORMAÇÃO: Água como cuidado no Conforto da parturiente no primeiro estágio de trabalho de parto: competências do EEESMO

FORMADORA: Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola superior de Enfermagem de Lisboa sob orientação da Professora Teresa Félix e EEESMO Ana Cristina Ramos

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço de Obstetrícia

OBJETIVO: Divulgar e sensibilizar os profissionais de saúde sobre os benefícios do uso da água no 1º estágio de trabalho de parto

DATA: 4 de Julho de 2017

TEMPO PREVISTO: 25 minutos

HORÁRIO: a definir

MÓDULOS	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	RECURSOS	TEMPO	
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> Justificação da temática 	Expositivo/Participativo Expositivo <i>Datashow</i>	2 minutos	
Estado da Arte: recurso à ÁGUA no cuidado à parturiente	<ul style="list-style-type: none"> Perspetiva Histórica Perspetiva Internacional e Nacional Resultados da Evidência científica Recomendações para o recurso à água no trabalho de parto 		5 minutos	
Teórica de enfermagem: Katharine Kolcaba	<ul style="list-style-type: none"> Breve abordagem da Teoria do Conforto Implementação da Teoria do Conforto para a temática 		3 minutos	
Planeamento e Metodologia do Projeto	<ul style="list-style-type: none"> Questão de investigação Objetivo do projeto Tarefas e resultados esperados Resultados da <i>scoping review</i> para a prática de cuidados 		5 minutos	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Aprendizagens desenvolvidas Apresentação de 2 vídeos Esclarecimentos de dúvidas Momento de partilha Referências bibliográficas 		Vídeos Expositivo/Participativo <i>Datashow</i>	10 minutos
Discussão	<ul style="list-style-type: none"> Discussão das implicações para a prática de cuidados 			5 minutos

ÁGUA COMO CUIDADO NO CONFORTO DA PARTURIENTE NO PRIMEIRO ESTÁDIO DE TRABALHO DE PARTO:

COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA




Mestranda: Máryne Dinis Vieira Mateus
Docente Orientadora: Professora Maria Teresa Félix
Orientadora Estágio: EESMO Ana Cristina Ramos

Barreiro,
4 de Julho de 2017

1


SUMÁRIO

- JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA
- ESTADO DA ARTE: RECURSO À ÁGUA NO CUIDADO À PARTURIENTE
- TEORIA DO CONFORTO - KATHERINE KOLCABA
- PLANEAMENTO E METODOLOGIA
- TAREFAS E RESULTADOS ESPERADOS
- APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



2

JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA



- Interesse pelo uso da água como método não farmacológico no TP
- A IMERSÃO durante o TP na sala de parto é um recurso pouco utilizado em Portugal

Projeto da WCEESMO-DE Maternidade com Qualidade
Promover a água quente de imersão durante o trabalho de parto

Indicador de Evidência

Unidade de Partos

3

ESTADO DA ARTE: RECURSO A ÁGUA NO CUIDADO À PARTURIENTE

- Ao longo da História da Humanidade, existem muitos relatos e gravuras/pinturas associadas aos **efeitos terapêuticos da água**
- A **ÁGUA** como poderoso elemento feminino e indissociável da **fertildade – Milagre da Vida** >> Simbologias e analogias associadas ao **Ventre materno**
- Em 1889, em França, 1º registo do efeito terapêutico da água quente no TP – após 48h de TP uma grávida exausta foi colocada numa banheira com água quente para relaxar, tendo o parto ocorrido na água
- 1963 na Rússia, Igor Tjarkovsky, paramédico iniciou o parto na água
- 1978, em França, Michel Odent (obstetra) inicia os primeiros partos na água, inicialmente, de forma intencional, pois o principal objetivo era **PROMOVER A LIBERDADE DOS MOVIMENTOS** e **CONTROLO DA DOR** – publicou e divulgou (1983) os resultados sobre os efeitos fisiológico da imersão em água





Figura 1 – O nascimento de Venus - Sandro Boticelli, 1483
Figura 2 – O parto de Vasco Pratolini - Basilio TPPO
Figura 3 – O parto de Vasco Pratolini - Basilio TPPO

(Böhmerq, 2003; Gerford, 2004; Odent, 2011)

4



Evidence Based Guidelines for Midwifery and Birth
Care in Normal Birth: a practical guide

POSITION STATEMENT
The Use of Water for Labour and Birth

COMMITTEE OPINION
Immerision in Water During Labor and Delivery

Projeto da WCEESMO-DE Maternidade com Qualidade
Promover a água quente de imersão durante o trabalho de parto

Indicador de Evidência

5



Conseguimos!

VISA0
Movimento cívico que torna o parto na água uma opção em todos os hospitais públicos

APROVADO

6

ESTADO DA ARTE: RECURSO A ÁGUA NO CUIDADO À PARTURIENTE



- Promove o **RELAXAMENTO MUSCULAR** e **REDUÇÃO DO ANSIEDADE**
- Estimula a produção de **ENDORFINA, SEROTONINA** e **OXITOCINA**
- **INIBE** a produção de **NORADRENALINA** e **CATECOLAMINAS** (libertadas no stress)
- Favorece e **REDUZ O TEMPO DO TP**
- **REDUZ A PRESSÃO ARTERIAL**
- Promove o **ALÍVIO DA DOR**
- Promove o **CONFORTO** no TP
- **REDUZ** a necessidade de **ANALGESIA LOCOREGIONAL** ou **ENDOVENOSA** (Painólio)
- **DIMINUIÇÃO** de **INTERVENÇÕES MEDICALIZADAS**
- **LIBERDADE DOS MOVIMENTOS**
- **Sau-fé** para o parto – **DIMINUIÇÃO DO TRAUMA PERINEAL**

OMS (1996), Shuffing & Sompalle (1999), Ohtani et al (2001), Gerford (2004), Harper (2008), Silve et al (2006), Reche (2007), PAN (2009), Stone & Hilar (2009), Heaton et al (2009), Bokkens et al (2010), Silve et al (2011), RCM (2012), Owen & Burns (2012), Silve et al (2013), Kariwa et al (2014), Odent (2014), Liu et al (2014), Takano et al (2014), Harper (2014), AONM (2014), Dekker (2014), Hendriks (2014), NZCM (2013), ACOG (2016), Baveling & Cheyney (2016)

- Estratégia não farmacológica **EFICAZ**
- **AUMENTO DOS ÍNDICES DE SATISFAÇÃO** da parturiente em relação ao TP e Parto e respetiva assistência das intervenções do EESMO-DE – protagonista do parto
- **INDICADOR DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DO EESMO-DE**
- **AUMENTO DO SENTIDO DE CONTROLE** da parturiente
- **AUMENTO DE PARTOS EUTÓCICOS** com **REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANA**
- Banheira/piscina promove um **ESPAÇO DE PRIVACIDADE**
- Mulheres relatam que gostariam de **REPETIR A EXPERIÊNCIA**
- **BOA RELAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO**

7

ESTADO DA ARTE: RECURSO A ÁGUA NO CUIDADO À PARTURIENTE

RECOMENDAÇÕES

- Grávidas com IG termo (37s – 41s +)
- Critérios de seleção das grávidas pré-definidos e protocolados
- Fase ativa de TP > 5cm de dilatação
- Temperatura da água entre os 36º-37,5ºC
- **Imersão entre 1 a 2 horas**
- Monitorização da temperatura da água
- ABCF intermitente
- RPM não é impeditiva
- Facilitar a presença do acompanhante
- Ambiente intimista
- Intervenções Hands-Off
- Consentimento Informado (benefícios e potenciais riscos materno-fetais)
- **PROTOCOLO Institucional e NORMAS de atuação**
- **FORMAÇÃO** dos profissionais de saúde
- **Avaliação** dos práticos
- **Desenvolver investigação**

8

METODOLOGIA: PROCOLO SCOPING REVIEW RESULTADOS PARA A PRÁTICA

- Redução da duração do TP, nomeadamente do 1º estágio
- Diminuição significativa da dor
- Redução do recurso de intervenções como administração de analgésicos (analgésicos e locais) e episiotomia
- Diminuição de trauma psicológico e de episiotomia
- Promoção de acesso de dar a o CONFORTO na fase ativa de TP
- Técnica que pode ser aplicada de forma combinada ou isolada
- Diminuição intervenções medicalizadas
- Promoção de RELAXAMENTO e o BEM-ESTAR MATERNO
- Experiência positiva a satisfação materna – Empowerment da parturiente (ativa no seu processo do TP)
- Acesso da imersão em água a estratégias uterinas firm menos perceptíveis
- Importância a presença de acompanhante
- Importância da atitude do profissional na assistência à parturiente – Abordagem Empílica
- Economizamente viável, não invasiva e fácil de aplicar – BOA RELAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO
- Assente de preferências

The attraction to water during labour varies considerably from one woman to another. Odent, 2014

A imersão é uma técnica que promove o ALÍVIO da DOR e CONFORTO da parturiente na fase ativa de TP

17

TAREFAS E RESULTADOS ESPERADOS

Competência: H.3.1 Promover a saúde da mulher durante o TP e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina inserida na temática proposta Água como Cuidado no Conforto da Parturiente no 1º Estádio de Trabalho e Parto a desenvolver no EC estágio com relatório (OE, 2010)

Competência 4: As parteras prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto (...) para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos (ICM, 2013)

Resultados esperados H.3.1.3 Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção do CONFORTO e bem-estar da mulher e conviventes significativos (OE, 2010)

Resumo de evidência científica sobre o uso da água na promoção do conforto à parturiente durante o 1º estágio de TP

Promoção e sensibilização para o uso da água na promoção do conforto à parturiente durante o 1º estágio de TP junto dos profissionais de saúde

Promoção e sensibilização para o uso da água na promoção do conforto à parturiente durante o 1º estágio de TP junto da grávida/casal/pessoa significativa/comunidade


18

APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS

- Método não farmacológico que visa a melhoria e efetividade da qualidade dos cuidados à mulher no TP numa lógica de Promoção do Parto Normal
- A Evidência Científica demonstra a satisfação da parturiente, empoderando-a durante todo o processo – Humanização do Parto
- A mulher assume o Protagonismo do seu TP e Parto
- A revisão da Literatura e a realização do protocolo Scoping Review possibilitou-me o desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos sobre a temática, nomeadamente, sobre os critérios e dos cuidados para a sua prática e respetiva avaliação
- A revisão da literatura vai ao encontro dos resultados obtidos da Scoping Review
- Tomada de consciência da realidade e guidelines Internacionais face ao Nacional.

The warm gentle caress of water while a woman is doing the hardest work of her life brings comfort, reduces stress, increases oxytocin and makes birth easier (-) water immersion for labor and birth is safe, effective, low cost and desired by women throughout the world. Harter, 2005

19



<https://www.youtube.com/watch?v=V4ZpqUz90M8>

20



https://www.youtube.com/watch?v=G_44WGPYtdY

21

PROMOVE O PARTO NORMAL

BOA RELAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO

22




The power of WATER effects in labor... GENTLE CHOICE

23

Referências Bibliográficas

Almeida, M. (2012). *Trabalho de parto e parto normal*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Almeida, M. (2013). *Trabalho de parto e parto normal*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Almeida, M. (2014). *Trabalho de parto e parto normal*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Almeida, M. (2015). *Trabalho de parto e parto normal*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Almeida, M. (2016). *Trabalho de parto e parto normal*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Almeida, M. (2017). *Trabalho de parto e parto normal*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Almeida, M. (2018). *Trabalho de parto e parto normal*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Almeida, M. (2019). *Trabalho de parto e parto normal*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Almeida, M. (2020). *Trabalho de parto e parto normal*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Almeida, M. (2021). *Trabalho de parto e parto normal*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Almeida, M. (2022). *Trabalho de parto e parto normal*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Almeida, M. (2023). *Trabalho de parto e parto normal*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Almeida, M. (2024). *Trabalho de parto e parto normal*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Almeida, M. (2025). *Trabalho de parto e parto normal*. Rio de Janeiro: Elsevier.

24

Apêndice 10: Sessão de Formação de Serviço subordinada ao tema realizada em contexto de Estágio com Relatório

ESELO
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ÁGUA NO CONFORTO DA PARTURIENTE NO PRIMEIRO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO: COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA



PRAGAL, 21 e 22 de MAIO de 2018

DOCENTE ORIENTADORA: PROF. ALIÇA TERESA PÉIX
ORIENTADORA LOCAL ESTÁGIO: ISSAIO CONCEIÇÃO LEAL

1


SUMÁRIO

- Estado da Arte: Contextualização da Temática
- Metodologia:
 - Scoping Review
- Do Planeamento à Prática de Cuidados
- Prática Baseada na Evidência: Primeiros Resultados da Prática de Cuidados
- Considerações Finais
- Referências Bibliográficas

2

ESTADO DA ARTE: CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA


A partir de 2000, surge o interesse crescente e a produção de evidências sobre o recurso da água no TP e parto, emergindo resultados da evidência científica, de que este método não farmacológico é uma **OPÇÃO SEGURA e EFICAZ NO PROCESSO DE NASCIMENTO**



Montepi, 2014

3

ESTADO DA ARTE: CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA



4

ESTADO DA ARTE: CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA



Conseguimos!

Movimento cívico quer tornar o parto na água uma opção em todos os hospitais públicos

5

ESTADO DA ARTE: CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA



APROVADO

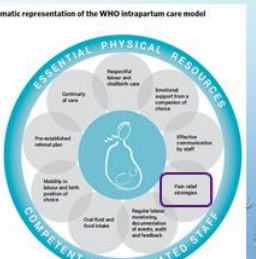
6

ESTADO DA ARTE: CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

ALL WOMEN HAVE A RIGHT TO A POSITIVE CHILDBIRTH EXPERIENCE THAT INCLUDES:

- Respect and dignity
- A companion of choice
- Clear communication by maternity staff
- Pain relief strategies
- Mobility in labour and birth position of choice

Schematic representation of the WHO intrapartum care model



OMS, 2018

7

ESTADO DA ARTE: CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

RECOMENDAÇÕES

- Gravídes com IG normal (27^a - 41^a w)
- Condições de seleção das gravídes pré-definidas e protocolizadas
- Fase ativa do TP >5cm de dilatação
- Temperatura da água entre os 36-37,5°C
- Imersão entre 1 a 2 horas
- Monitorização da temperatura da água
- ABCf intrapartum
- RPM não é impeditivo
- Facilitar a presença do ACOMPANHANTE
- Ambiente íntimo
- Intervenções Hands-Off
- Conhecimento Informado (benefícios e potenciais riscos materno-fetais)
- PROTEÇÃO institucional e NORMAS de eticidade
- FORMAÇÃO dos profissionais de saúde
- Atualização das práticas
- Desenvolver investigação

8

ESTADO DA ARTE: CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

9

METODOLOGIA: SCOPING REVIEW

OBJECTIVOS:

- Mapear a evidência científica sobre o recurso à água enquanto método não farmacológico para gestão da dor, promoção do conforto e bem-estar da parturiente no 1º estágio de TP
- Identificar os cuidados à parturiente subjacentes ao recurso da água durante o 1º estágio de TP
- Identificar os outcomes do uso da água na parturiente durante o 1º estágio de TP

10

METODOLOGIA: SCOPING REVIEW

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO:

Que intervenções com recurso à água são utilizadas para o conforto da parturiente no 1º estágio de trabalho de parto nos locais de nascimento?

POPULAÇÃO → **CONCEITO** → **CONTEXTO**

- PARTURIENTE
- ÁGUA
- CONFORTO
- 1º ESTÁGIO DE TP
- LOCAIS DE NASCIMENTO

11

METODOLOGIA: SCOPING REVIEW

	Inclusão	Exclusão
Desenho	Estudos de qualitativos ou quantitativos, publicados em Português, Inglês, Francês ou Espanhol. Texto integral disponível	Todos os que não cumpram os critérios de inclusão. Estudos reportados que surjam das bases de dados
População	Parturientes com idade gestacional do termo (entre as 37 semanas e 42 semanas de gestação) independentemente do contexto sociocultural e idade materna	Grávidas com contra-indicação para lavagem
Temático em estudo	Estudos que incidam sobre uso de água enquanto cuidado especializado de enfermagem que promova à parturiente a gestão da dor e o conforto no 1º estágio de TP	Estudos fora do âmbito de sondagem
Contexto	Todos os locais de nascimento materno: unidades hospitalares, salas de parto, casas de parto, domicílio, entre outras	

12

METODOLOGIA: SCOPING REVIEW

PRISMA Flow Diagram da SCOPING REVIEW

Artigos identificados na CINAHL (n = 3377) | Artigos identificados na MEDLINE (n = 320) | Artigos identificados no Cochrane Database of Systematic Reviews (n = 7)

Artigos identificados após exclusão de duplicados (n = 369)

Artigos tidados segundo critérios de inclusão/exclusão (n = 10)

Artigos full-text avaliados pela escala de elegibilidade (n = 359)

Artigos excluídos (n = 349)

Estudos incluídos (n = 10)

13

METODOLOGIA: SCOPING REVIEW

14

METODOLOGIA: SCOPING REVIEW

RESULTADOS:

- Promove o **BEM-ESTAR** e **CONFORTO** no TP
- Promove o **RELAXAMENTO MUSCULAR** e **REDUÇÃO** da ANSIEDADE
- Favorece a **menor** a DURAÇÃO DO TP
- Promove o **ALÍVIO DA DOR** no fase ativo do TP
- Reduz o **USO DE FÁRMACOS** no TP e **INTERVENÇÕES** MEDICALIZADAS
- Favorece a **LIBERDADE DE MOVIMENTOS**
- Diminui o **TRAUMA PERINEAL**
- É método não farmacológico **EFICAZ**
- **ÍNDICES** DE SATISFAÇÃO da parturiente **MAIS ELEVADOS** no TP e Parto
- **MAIOR** CONTROLE e **AUTONOMIA** da parturiente
- Presença do **ACOMPANHANTE** importante no **SUPOORTE** à parturiente
- **AUMENTO** DE **PARCOS SUFICIENTES** com **REDUÇÃO** DA **TAXA** DE **CESARIANA** **ACESSÍVEL**, **fácil** **APLICABILIDADE** e **SUA** **RELAÇÃO** **CUSTO-BENEFÍCIO**

A EVIDÊNCIA RECOMENDA:

INCLUSÃO DO MÉTODO NOS CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE/NASCIMENTO

Pode ser aplicado isoladamente ou associado a outros MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS como é o exemplo o **BOLA DE NASCIMENTO** e o **MASSAGEM SACRO-LOMBAR**, que aumentam o **CONFORTO** e **ALÍVIO DA DOR**

15

DO PLANEAMENTO À PRÁTICA DE CUIDADOS

COMPETÊNCIA 3.2: Cuidar da mulher baseada no familiar e comunidade durante o período pré-natal (OC, 2011)

Competência 3: As parteras prestam cuidados pré-natais de elevada qualidade para o parto e o cuidado da mãe e do bebê, o que inclui a deteção precoce e tratamento ou referência de certas complicações (ICM, 2013)

Resultados esperados: Cuidar a mulher baseada no familiar e comunidade durante o período pré-natal, como o objetivo de planejar o seu parto, controlar o parto e garantir a segurança dos cuidados sobre o uso da água enquanto estratégia não farmacológica para a gestão da dor e na promoção do conforto

COMPETÊNCIA 3.3: Cuidar da mulher baseada no familiar e comunidade durante o TP (OC, 2011)

Competência 4: As parteras prestam cuidados de elevada qualidade e cuidadosos sensíveis durante o parto, incluindo via parto seguro e resultados desejados: redução de morbilidade para mães e dos seus filhos recém-nascidos (ICM, 2013)

3.1 Promover a saúde da mulher durante o TP e utilizar a adaptação do parto quando há risco materno baseado no resultado da pesquisa **Água no Conforto da Parturiente no 1º Estágio de TP** a desenvolver no Enligtning av Enligtning (OC, 2011)

3.1.3 Avaliar, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e cuidados significativos (OC, 2011)

Resultados esperados: Cuidar a mulher baseada no familiar e comunidade durante o TP e parto, num ambiente seguro, como o objetivo de promover o bem-estar materno-fetal através da utilização da água enquanto cuidado especializado de enfermagem de gestão da dor e de promoção do conforto

Sensibilização, promoção e implementação do uso da água à parturiente e garantir a segurança no parto e promoção de conforto no TP por parte do equip de enfermagem do Instituto.

16

Apêndice 11: Planejamento de Poster e Poster “*Utilização da água para o alívio da dor no trabalho de parto*” elaborado no EC IV

TÍTULO	UTILIZAÇÃO DA ÁGUA PARA O ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO
AUTORA	Marilyne Mateus (Estudante do CMESMO da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa) sob orientação da EEESMO Lisete Carreira e da Professora Alexandra Tereso
DESTINATÁRIOS	Grávidas no 1º estágio de trabalho de parto
LOCAL	Poster a ser afixado no WC das grávidas no serviço de Internamento de Grávidas do Hospital Garcia de Orta, EPE
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a autonomia e o autocontrolo da parturiente na gestão da dor; ▪ Divulgar sobre a utilização da água como uma estratégia não farmacológica para o alívio da dor e conforto da parturiente durante o TP.
JUSTIFICAÇÃO	<p>Desde Janeiro de 2014 que o Hospital Garcia de Orta EPE participa no Projeto Maternidade com Qualidade desenvolvido e promovido pelo Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros, o qual tem como intuito o assegurar <i>Maior qualidade e segurança nos cuidados de saúde, satisfação e direito à escolha no Trabalho de Parto e Parto</i>. Neste sentido, definiram-se, para a primeira fase desse projeto, cinco indicadores de evidência para a melhoria da qualidade dos cuidados, sendo que o indicador <i>Alívio da dor e medidas não farmacológicas no trabalho de parto e parto</i>, contempla o uso da água como analgésico enquanto intervenção de cuidado sustentada em evidência científica e com benefícios consideráveis na gestão da dor e no conforto da parturiente durante o TP.</p> <p>O uso da água no trabalho de parto, nomeadamente, no primeiro estágio, tem inúmeras vantagens e benefícios apontados pela evidência científica. Na década de 80, com Michel Odent, obstetra francês, surge a primeira publicação de resultados científicos sobre os efeitos fisiológicos que a água promove no TP e parto. Contudo, o interesse crescente e a produção de evidência sobre o recurso da água no TP e parto surge a partir de 2000, em que emergem resultados da evidência científica desenvolvida, de que este método não farmacológico é uma opção segura e eficaz no processo de nascimento (Harper, 2014). De facto, o recurso ao duche quente através do chuveiro promove a vasodilatação periférica e a redistribuição do fluxo sanguíneo, e conseqüentemente, à redução a tensão arterial, promovendo o relaxamento muscular e redução da ansiedade, e assim, uma melhor gestão da dor e conforto durante o trabalho de parto, influenciando o sistema límbico, responsável por estimular e regular a produção de hormonas importantes para o TP, como sejam, a produção de endorfinas e serotonina, enquanto hormonas analgésicas, e oxitocina importante no processo de nascimento, com melhoria da dinâmica uterina favorável à evolução do TP (Shuiling & Sampsel, 1999; Bienfield et al, 2001; Garland, 2004; Harper, 2005 e 2014; Silva & Oliveira, 2006; FAME, 2009; Mazoni et al, 2009; Torkamani et al, 2010; Bienfield, 2010; Silva et al, 2011; RCM, 2012; Cluett & Burns, 2012; Kolivand et al, 2014; Odent, 2014; Lukasse et al, 2014; ACNM, 2014; Dekker, 2014; NZCM, 2015; Gayiti et al, 2015; ACOG, 2016). No estudo de Bienfield et al (2010) o uso da água durante o trabalho de parto conduz à redução dos níveis de cortisol, bem como inibe a produção de noradrenalina e catecolaminas, libertadas pelo stress, o que favorece a produção das hormonas supracitadas que favorecem o TP, reduzindo, deste modo, a sua duração, nomeadamente, a do primeiro estágio. (Bienfield et al, 2001; Garland, 2004; Harper, 2005 e 2014; Silva & Oliveira, 2006; FAME, 2009; Mazoni et al, 2009; Torkamani et al, 2010; Bienfield et al, 2010; Silva et al, 2011; RCM, 2012; Kolivand et al, 2014; Odent, 2014; Liu et al, 2014; ACNM, 2014; NZCM, 2015; ACOG, 2016). O estudo elaborado por Cluett & Burns (2012) reforça que o uso da água reduz a necessidade de analgesia locoregional ou endovenosa (petidina), conduzindo à diminuição de intervenções medicalizadas, o que promove o Modelo de assistencial do EEESMO no cuidado à mulher em TP. Por outro lado, Garland (2004) e Nutter & Battista (2014) reforçam que o recurso a este método não farmacológico durante a assistência à parturiente conduz ao aumento dos partos eutócicos, bem como à redução do trauma perineal devido ao relaxamento dos tecidos perineais. Inclusivamente, há evidência científica que salienta o aumento dos índices de satisfação da parturiente em relação ao TP e, respetiva, assistência das intervenções do EEESMO, dado referirem sentirem aumento do sentido de controle, sendo protagonista do processo de nascimento e assim, aumentar a satisfação da experiência de nascimento (Silva & Oliveira, 2006; Silva et al, 2011; Cluett & Burns, 2012; Nutter, 2014). Efetivamente, este resultado subentende-se como um indicador de qualidade dos cuidados prestados pelo EEESMO. Com efeito, esta técnica é uma poderosa aliada do EEESMO na promoção do conforto da parturiente, na otimização do TP normal que minimiza intervenções que possam aumentar o risco materno-fetal. Face ao exposto, o recurso à água durante o TP assume-se como uma</p>

	<p>estratégia não farmacológica eficaz com uma boa relação custo-benefício, inserida nos cuidados humanizados durante a assistência ao processo de nascimento.</p>
<p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</p>	<p>American College of Nurse-Midwives (2014) – Hydrotherapy during labor and birth. EUA: ACNM.</p> <p>APEO & FAME (2009) – <i>Iniciativa Parto Normal – Documento de Consenso</i>. Camarate: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.</p> <p>Benfield, R.; Herman, J.; Katz, V.; Wilson, S; Davis, J. (2001) – Hydrotherapy in Labor. <i>Research in Nursing and health</i>; 24 (1), p. 57-67.</p> <p>Benfield, R.; Hortobagyi, I.; Ianner, C.; Swanson, M; Heitkemper, M; Newton, E (2010) – The Effects of Hydrotherapy on Anxiety, Pain, Neuroendocrine Responses, and Contraction Dynamics During Labor. <i>Biological Research for Nursin</i>. 12 (1); p.28-36.</p> <p>Cluett, E; Burns, E. (2009) – Immersion in water in labour and birth (Review). <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, Issue 2.</p> <p>Dekker, R. (2014) – Annotated bibliography on waterbirth studies: literature review. EUA: Evidence Based Birth. P.1-82. Disponível em: https://evidencebasedbirth.com/</p> <p>Garland, Dianne (2004). <i>Waterbirth an attitude to care</i>. Inglaterra: Elsevier. ISBN 0 7506 5202 0</p> <p>Gayiti, M; Li, X.; Zulifeiya, A; Huan, Y; Zhao, T. (2015) - Comparison of the effects of water and traditional delivery on birthing women and newborns. <i>Eur Rev Med Pharmacol Sci</i> 2015; 19 (9); p. 1554-1558.</p> <p>Harper, B. (2005) – <i>Gentle birth choices</i>. Canada: Healing arts press. ISBN 1-59477-067-0</p> <p>Harper, B. (2014) – <i>Birth, bath and beyond: the science and safety of water immersion during labor and birth</i>. USA: The journal of perinatal education. 23(3) p124-134.</p> <p>Kolivand, M.; Almasi, A.; Heydarpour, S. (2014) – Comparison between outcomes of water birth and normal vaginal delivery. <i>Irão: Journal of Midwifery & reproductive health</i>. 2(4) p220-226.</p> <p>Liu, Y; Liu, Y.; Huang, X.; Du, C.; Peng, J.; Huang, P.; Zhang, Z. (2014) - A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i>; 14:160. p. 1-7. DOI: 10.1186/1471-2393-14-160</p> <p>Lukasse, M.; Rowe, R.; Townend, J.; Knight, M.; Hollowell, J. (2014) – Immersion in water for pain relief and the risk of intrapartum transfer among low risk nulliparous women: secondary analysis of birthplace national prospective cohort study. <i>Noruega: BMC Pregnancy and childbirth</i>. 14(60). P. 1-11.</p> <p>Mazoni, S.; Faria, D.; Manfredo, V. (2009) – Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura. <i>Arquivo Ciências da Saúde</i>. 16(1). p. 40-44.</p> <p>New Zealand College of Midwives (2015) – Consensus statement: The use of water for labor and birth. Nova Zelandia: NZCM. Disponível em: https://www.midwife.org.nz/</p> <p>Nutter, L.; Battista, J. (2014) – Waterbirth: An Integrative Analysis of Peer-Reviewed Literature. <i>Journal of midwifery & women’s health</i>. p. 286-319</p> <p>Odent, M. (2014) – <i>Water, birth and sexuality: our primeval connection to water and its use in labour and therapy</i>. Inglaterra: Claireview Books.</p> <p>Schuiling, K.; Sampsel, C. (1999) – Comfort in labor and midwifery art. <i>Journal of nursing scholarship</i>. 31:1. p 77-81.</p> <p>Silva, E.; Strapasson, M.; Fisher, A. (2011) – Métodos não farmacológicos para a alivio da dor durante o trabalho de parto e parto. <i>Brasil: Revista de Enfermagem UFSM, Mai/Ago;1(2):261-271</i> ISSN 2179-7692.</p> <p>Silva, F.; Oliveira, S. (2006) – O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. <i>Revista Escola de Enfermagem USP</i>. 40(1). p. 53-63.</p> <p>The American College of Obstetricians and Gynecologist (2016) – Committee opinion: Immersion in water during labor and delivery. EUA: ACOG.</p> <p>The Royal College of Midwives (2012) – Evidence based guidelines for midwifery led care in labour: immersion in water for labour and birth. Inglaterra: RCM.</p> <p>Torkamani, S.; Kangani, F.; Janani, F. (2010) – The effects of delivery in water on duration of delivery and pain compared with normal delivery. <i>Pak J. Med.Science</i> (2010). 26(3) p.551-555.</p>

UTILIZAÇÃO DA ÁGUA PARA O ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO

OBJETIVOS:

- Apresentar os benefícios da utilização da água no alívio da DOR e na obtenção de CONFORTO;
- Descrever as melhores estratégias para a aplicação da água através do chuveiro.

BENEFÍCIOS

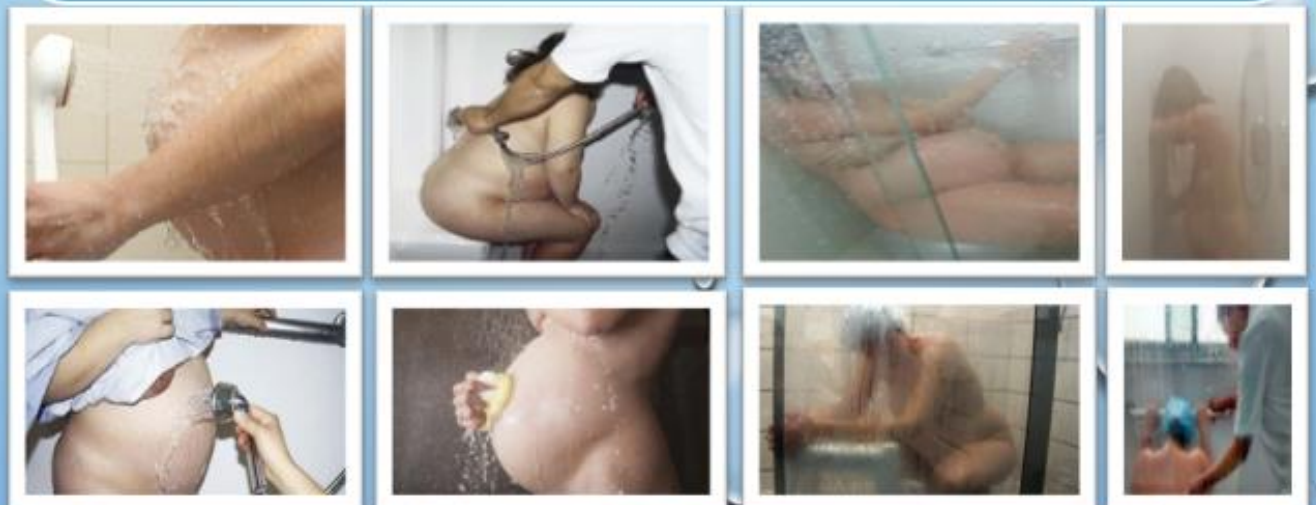
- ✓ ALÍVIO DA DOR
- ✓ SENSAÇÃO DE CONFORTO
- ✓ LIBERDADE DE MOVIMENTOS
- ✓ RELAXAMENTO MUSCULAR
- ✓ REDUÇÃO DA ANSIEDADE
- ✓ ESTIMULAÇÃO DA PRODUÇÃO DE HORMONAS QUE FACILITAM O TRABALHO DE PARTO



- ✓ DIMINUIÇÃO DA PRODUÇÃO DE HORMONAS QUE PODEM DIFICULTAR O PROCESSO de TRABALHO DE PARTO
- ✓ FACILITAÇÃO DA INTEGRIDADE DO PERÍNEO
- ✓ DIMINUIÇÃO DA DURAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO
- ✓ PROMOÇÃO DO PARTO NORMAL

APLICAÇÃO DA ÁGUA COM A UTILIZAÇÃO DO CHUVEIRO

- ✓ TEMPERATURA DA ÁGUA +/- 36°C
- ✓ DIRECCIONAR O CHUVEIRO E REALIZAR MOVIMENTOS CIRCULARES SOBRE:
 - ABDÔMEN
 - REGIÃO LOMBAR



BRASIL. Ministério da Saúde. (2014). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (2013). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (2012). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (2011). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (2010). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (2009). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (2008). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (2007). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (2006). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (2005). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (2004). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (2003). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (2002). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (2001). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (2000). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1999). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1998). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1997). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1996). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1995). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1994). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1993). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1992). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1991). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1991. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1990). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1989). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1989. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1988). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1987). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1986). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1985). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1985. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1984). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1983). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1983. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1982). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1982. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1981). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1981. 128p.
BRASIL. Ministério da Saúde. (1980). Guia de referência para o parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1980. 128p.

Elaborada por:
 Estudante de CMESNO
 Alessandra Moraes
 sob orientação:
 SSSNO Lucila Carneiro
 SSSNO Alessandra Tenório

Apêndice 12: Poster elaborado para “1º Congresso 25 anos de *Enfermagem no HGO – Contextos e Desafios*”



Água no Conforto da Parturiente no 1º Estádio de Trabalho Parto: uma *Scoping Review*

Água, Alívio e conforto materno, nascem em boas ideias e crescem de mãos dadas ao alívio da dor e do medo. Nela, Maria Teresa, enfermeira obstetra e parte de boas ideias e ideias, nasce o conhecimento. E é esse conhecimento que dá lugar ao alívio e ao conforto materno.

BACKGROUND

As mudanças sociais impõem novas desafios à prática de cuidados do enfermeiro especializado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). O aumento da liturgia em saúde e as novas guias/nas internacionais resultantes da evidência científica rompem com a assistência medicalizada e desenhada da Mulher, rescrevendo a necessidade de cuidados centrados na mulher e família enquanto protagonistas no nascimento. Desde Janeiro de 2014, o Bloco de Parto do HGO EPE participa no Projeto Maternidade com Qualidade, o qual visa assegurar maior qualidade e segurança nos cuidados de saúde, assistência e direto à escolha no trabalho de parto (TP) e parto (OE, 2013). O indicador Alívio da dor e medidas não farmacológicas no TP e Parto, contempla o uso da água como intervenção na gestão da dor. A 17 de Novembro de 2017 surge, também, a Proposta de Lei nº 100/XIII/3.ª sessão e incluída no Orçamento de Estado de 2018 para a criação de recursos no Serviço Nacional de Saúde que disponibilizam a imersão na água enquanto método promotor do parto normal, na gravidez de baixo risco.



OBJECTIVOS:

- Mapear a evidência científica sobre o recurso à água enquanto método não farmacológico para gestão da dor, promoção do conforto e bem-estar da parturiente no 1º estágio do TP
- Identificar as evidências à parturiente subjacentes ao recurso da água durante o 1º estágio do TP
- Identificar as vantagens do uso da água na parturiente durante o 1º estágio do TP

METODOLOGIA:

Foi realizada uma Scoping Review segundo as orientações da Joanna Briggs Institute. A questão de investigação orientadora da Scoping Review foi: "Que intervenções com recurso à água são utilizadas para o conforto da parturiente no 1º estágio de trabalho de parto nos locais de nascimento?".



Recorreu-se à plataforma EBSCOhost relacionando como bases de dados a CINAHL, MedLine e Cochrane Database of Systematic Reviews. Através da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão obtiveram-se 10 estudos.



RESULTADOS:

- Promove o BEM-ESTAR e CONFORTO no TP
- Promove o RELAXAMENTO MUSCULAR e REDUÇÃO da ANSIEDADE
- Promove o relax e DILATAÇÃO do TP
- Promove o ALÍVIO DA DOR no 1º e 2º estágios do TP
- Reduz o USO DE MEDICAÇÃO no TP e INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS
- Promove a REDUÇÃO DE INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS e TRATAMENTO PAINÉIS
- É método não farmacológico EFICAZ
- Técnica de contenção da parturiente NASCIMENTO no TP e Parto
- Maior CONFORTO e AUTONOMIA da parturiente
- Promove o ACOMPANHAMENTO à parturiente no 1º e 2º estágios do TP
- Aumento de várias SINTOMAS sem aumento de risco de complicações
- Aumento de SINTOMAS e SINAIS de alerta como-benefício

Para ser utilizada inicialmente ao paciente a água, o EESMO não necessitará de uma intervenção de EESMO, mas sim de uma intervenção de EESMO, que promovam o CONFORTO e ALÍVIO DA DOR.



A PARTURIENTE SECUNDÁRIA, evoluiu ao longo das fases de preparação e relaxamento.



CONCLUSÃO:

Esta intervenção é uma poderosa aliada do EESMO na promoção do conforto da parturiente, na otimização do TP normal que minimize intervenções que possam aumentar as riscos maternos-fetais. Assim, o recurso à água, quer pela chuva ou quer pela imersão, durante o TP assume-se como um método não farmacológico eficaz com uma boa relação custo-benefício, inserida nos cuidados humanizados durante a assistência ao processo de nascimento.

Apêndice 13: Artigo para o E-book do “1º Congresso 25 anos de *Enfermagem no HGO – Contextos e Desafios*”

ÁGUA NO CONFORTO DA PARTURIENTE NO 1º ESTÁDIO DE TRABALHO PARTO: UMA SCOPING REVIEW

Autoras: Marilyne Mateus, Enfermeira Licenciada do Bloco de Partos do HGO, Mestranda em Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, email: marilyne.mateus@hgo.min-saude.pt

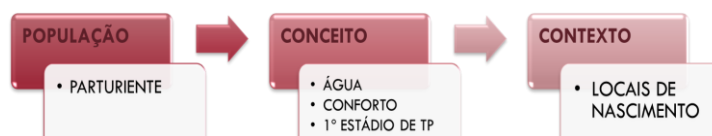
Maria Teresa Félix, Enfermeira Especialista e Mestre em Saúde Materna e Obstétrica, Docente do Departamento de Saúde Materna da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, email: mtfelix@esel.pt

As mudanças sociais impõem novos desafios à prática de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). O aumento da literacia em saúde e as novas *guidelines* internacionais resultantes da evidência científica rompem com a assistência medicalizada e descentrada da Mulher, reescrevendo a necessidade de cuidados centrados na mulher e família enquanto protagonistas no nascimento. Desde Janeiro de 2014, o Bloco de Parto do HGO EPE participa no Projeto Maternidade com Qualidade, o qual visa assegurar maior qualidade e segurança nos cuidados de saúde, satisfação e direito à escolha no trabalho de parto e parto (OE, 2013). O indicador Alívio da dor e medidas não farmacológicas no trabalho de parto e parto, contempla o uso da água como intervenção na gestão da dor. A 17 de Novembro de 2017 surge, também, a Proposta de Lei nº 100/XIII/3.ª aceite e incluída no Orçamento de Estado de 2018 para a criação de recursos no Serviço Nacional de Saúde que disponibilizem a imersão na água enquanto método promotor do parto normal, na gravidez de baixo risco.

O uso da água no trabalho de parto, nomeadamente, no primeiro estágio, tem inúmeras vantagens e benefícios apontados pela evidência científica. Na década de 80, com Michel Odent, obstetra francês, surge a primeira publicação de resultados científicos sobre os efeitos fisiológicos que a água promove no trabalho de parto e parto. Contudo, o interesse crescente e a produção de evidência sobre o recurso da água no trabalho de parto e parto surge a partir de 2000, em que emergem resultados da evidência científica desenvolvida, de que este método não farmacológico é uma opção segura e eficaz no processo de nascimento (Harper, 2014).

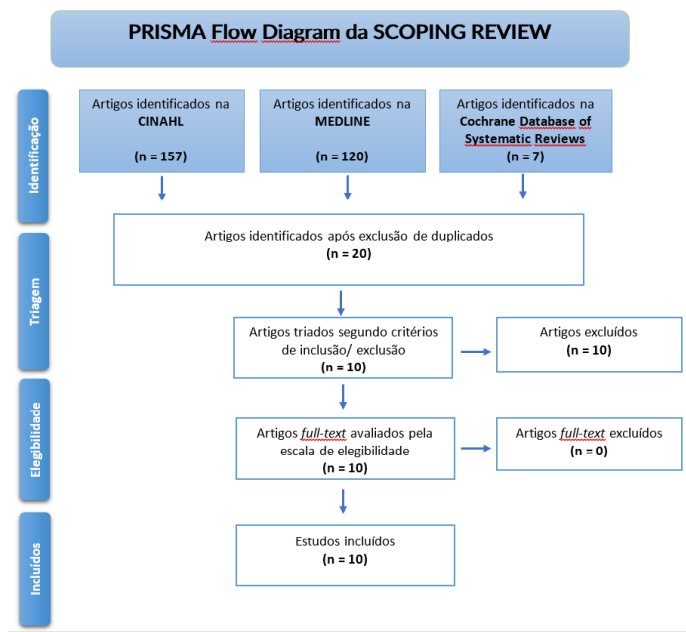
A metodologia de investigação assenta numa *Scoping Review* segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute* (2017), dado que permite uma revisão sistematizada, exploratória, destinada a mapear toda a evidência científica relevante sobre a temática em estudo. A questão de investigação norteadora da *Scoping Review* foi: “**Quais os cuidados à parturiente durante o uso da água no primeiro estágio de trabalho de parto nos locais de nascimento?**”.

Quadro 1 – População, Conceito e Contexto



Recorreu-se à plataforma *EBSCO host* selecionando como base de dados a *CINAHL*, *MedLine* e *Cohrane Database of Systematic Reviews*. Foram definidos critérios de inclusão e exclusão que revelaram-se como ponto chave, dado possibilitaram o mapeamento da evidência científica disponível. Através da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão obtiveram-se **10 estudos**.

Quadro 2 – Prisma Flow Diagram



Da análise da evidência científica resultante da presente *scoping review* depreende-se que o uso da água no trabalho de parto promove o bem-estar, o conforto, a liberdade de movimentos, o relaxamento muscular e redução da ansiedade (Chaichain et al, 2009; Davim et al, 2009; Lee et al, 2012; Henrique et al, 2016). Neste sentido, proporciona uma melhor gestão da dor por parte da parturiente durante o trabalho de parto, influenciando o seu sistema límbico, responsável por estimular e regular a produção de hormonas importantes para o trabalho de parto, como sejam, a produção de endorfinas e serotonina, enquanto hormonas analgésicas, e oxitocina, hormona responsável pela dinâmica uterina, reduzindo a duração do primeiro estágio (Eckert et al, 2001; Davim et al, 2007; Davim et al, 2008; Davi et al, 2008). Assim, o uso da água reduz a necessidade de analgesia locoregional ou endovenosa, conduzindo à diminuição de intervenções medicalizadas. Nesta lógica, este método não farmacológico é eficaz e conduz ao aumento de parto eutócico com redução das taxas de cesarianas, bem como diminui o risco de trauma perineal (Vanderlaan, 2016; Lehueur et al, 2017). Efetivamente, pela análise dos estudos verifica-se como resultados o aumento dos índices de satisfação da parturiente em relação ao trabalho de parto e parto, dado verificar-se um maior controle e autonomia da parturiente, sendo esta a protagonista do processo de nascimento (Davim et al, 2007; Lee et al, 2012; Henrique et al, 2016). Por outro lado, a evidência científica sublinha ser importante a presença do acompanhante no suporte à parturiente. Também é referido que este método pode ser aplicado isoladamente ou associada a outros métodos não farmacológicos como são exemplos, a bola de nascimento e a massagem sacrolombar, já que aumentam o conforto e alívio da dor. Os estudos destacam ser uma prática de cuidados acessível, de fácil aplicabilidade e com boa relação custo-benefício (Eckert et al, 2001; Davim et al, 2007; Davim et al, 2008; Davi et al, 2008; Chaichain et al, 2009; Davim et al, 2009; Lee et al, 2012; Henrique et al, 2016; Vanderlaan, 2016; Lehueur et al, 2017).


Em jeito de conclusão, esta intervenção é uma poderosa aliada do EEESMO na promoção do conforto da parturiente, na otimização do trabalho de parto normal, que minimiza intervenções que possam aumentar os riscos maternos-fetais. Assim, o recurso à água, quer pelo chuveiro quer pela imersão, durante o trabalho de parto assume-

se como um método não farmacológico eficaz com uma boa relação custo-benefício, inserida nos cuidados humanizados durante a assistência ao processo de nascimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chaichian, S.; Akhlaghi, A.; Rousta, F.; Safavi, M. (2009) – Experience of water birth delivery in Iran. *Archives of Iranian Medicine*; Vol. 12; nº 5; p. 468-471.
- Davi, R.; Torres, G.; Caldas, R.; Dantas, J. (2008) – Enfermeiras obstétricas na humanização ao alívio da dor de parto: um relato de experiência. *Revista Nursing*; 11(124); pág. 424-429.
- Davim, R.; Torres, G.; Dantas, J. (2009) – Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Revista Esc. Enfermagem USP*; 43(2); p. 438-445.
- Davim, R.; Torres, G.; Melo, E. (2007) – Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 15(6).
- Davim, R.; Torres, G.; Dantas, J.; Melo, E.; Paiva, D.; Vieira, D.; Costa, I. (2008) – Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. *Revista Eletrônica Enfermagem*; 10(3); p. 600-609.
- Eckert, K.; Turnbull, D.; MacLennan, A. (2001) – Immersion in water I the first stage of labor: A randomized controlled trial. *Blackwell Science BIRTH*, 28:2 Junho. P. 84-93.
- Harper, B. (2014) – Birth, bath and beyond: the science and safety of water immersion during labor and birth. USA: *The journal of perinatal education*. 23(3) p124-134.
- Henrique, A.; Gabrielloni, M.; Cavalcanti, A.; Melo, P.; Barbieri, M. (2016) – Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Acta Paulista de Enfermagem*; 29(6); Pág. 686-692.
- JB I (2017). *The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2017 – Methodology for JBI Reviews*. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Lee, S.; Liu, C.; Lu, Y.; Gau, M. (2013) – Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *Joggn AWHONN*; 42; p. 19-28.
- Lehuteur, D.; Strapasson, M.; Fronza, E. (2017)- Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. *Revista de Enfermagem UFPE On line*; 11(12); Pág. 4929-4937.
- Ordem dos Enfermeiros (2013) – *Projeto Maternidade com Qualidade*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>
- Vanderlaan, J. (2017) – Retrospective Cohort study oh hydrotherapy in labor. *Joggn AWHONN*, 46; pág. 403-410.
- <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>
- <http://www.parlamento.pt/OrcamentoEstado/Paginas/DetailhIniciativa.aspx?BID=37254>

Apêndice 14: Planeamento da sessão de formação realizada no âmbito do EC Estágio com relatório no contexto do Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade inserida no *Projeto Escola de Pais*

 PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO		
FORMAÇÃO: ÁGUA NA PROMOÇÃO DO CONFORTO E ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO		
Formadora: Aluna do 8º CMESMO ESEL <u>Marilyne Mateus</u>		
Docente Orientador: Professora Teresa Félix		
DESTINATÁRIOS: Grávidas e Conviventes Significativos do Curso de Preparação para o Nascimento e <u>Parentalidade</u>		
OBJETIVOS:		
<ul style="list-style-type: none"> • Divulgar sobre a utilização da água como uma estratégia não farmacológica para o alívio da dor e conforto da parturiente durante o TP; • Promover a autonomia e o autocontrolo da parturiente na gestão da dor. 		
DATA: 4 Workshops (Março, Abril, Maio e Junho)	TEMPO PREVISTO: 40 minutos	HORÁRIO: 14h-15h

MÓDULOS	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	RECURSOS	TEMPO
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivos ▪ Perspetiva Histórica 	Expositivo/Participativo Expositivo <u>Datashow</u>	8 minutos
Dor de Trabalho de Parto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informação da dor no trabalho de parto ▪ Informação sobre as contrações uterinas 		
Benefícios do Uso da Água no Trabalho de parto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vantagens do uso da água no trabalho de parto como medida não farmacológica para o alívio da dor ▪ Modos de aplicação da água no trabalho de parto: Imersão ou Duche 	Expositivo/Participativo Expositivo <u>Datashow</u> Bolas de nascimento	8 minutos
Como posso ajudar/participar durante o trabalho de parto?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Papel do Pai/Acompanhante ▪ Treino com as grávidas e pais/acompanhantes de posições a adotar 		
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação de 2 vídeos e explicação/tradução dos vídeos ▪ Esclarecimentos de dúvidas ▪ Momento de partilha 	Vídeos Expositivo/Participativo <u>Datashow</u>	9 minutos
Discussão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumo e avaliação dos conhecimentos apreendidos 		

Apêndice 15: Sessão de formação realização nos contextos dos Cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

ÁGUA NA PROMOÇÃO DO CONFORTO E ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

Maestranda: AEEESM/O, Marilynia Mateus Prof. Teresa Fátia

1

HISTÓRIA: RECURSO A ÁGUA NO CUIDADO À PARTURIENTE

- Ao longo da História da Humanidade, existem muitos relatos e gravuras/pinturas associadas aos EFEITOS TERAPÊUTICOS DA ÁGUA
- A **ÁGUA** como poderoso elemento feminino e indissociável da fertilidade – **Milagre da Vida** >> Simbologias e analogias associadas ao **Ventre materno**




Blatman, 2003; Garland, 2004; Oliver, 2014

2

HISTÓRIA: RECURSO A ÁGUA NO CUIDADO À PARTURIENTE

- Em 1889, em França, 1º registo do efeito terapêutico da água quente no Trabalho de Parto – a pós 48h de Trabalho de Parto uma grávida exausta foi colocada numa banheira com água quente para relaxar, sendo o parto ocorrido na água
- 1963 na Rússia, Igor Tjarkowsky, paramédico iniciou o parto na água
- 1978, em França, MICHEL ODENT (obstetra) inicia os primeiros partos na água, inicialmente, de forma intencional, pois o principal objetivo era **PROMOVER A LIBERDADE DOS MOVIMENTOS e CONTROLO DA DOR** – em 1983 foram publicados os resultados sobre os efeitos fisiológico da imersão em água



Blatman, 2003; Garland, 2004; Oliver, 2014

3

A DOR DO TRABALHO DE PARTO



Dor tipo cólica menstrual
Contracções regulares de 10'-10'



4

A DOR DO TRABALHO DE PARTO



DOR fenómeno duplo:
Físico – objetivo
Individual – subjetivo

FACTORES CULTURAIS

Fatores influenciam a intensidade da DOR:

- Sentimentos como ansiedade, medo e tensão
- EXPERIÊNCIA ANTERIOR DE PARTO
- MOTIVAÇÃO para o parto e maternidade
- nº filhos à idade grávida
- Peso da grávida
- Participação nos CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE
- AMBIENTE – Física/Institucional
- Presença ou não de ACOMPANHANTE

5

A DOR DO TRABALHO DE PARTO

MOVIMENTO

- ✓ CONTRACÇÕES MAIS EFICAZES
- ✓ MAIS FLUXO SANGÜÍNEO da placenta para o bebé
- ✓ Trabalho de parto MAIS CURTO
- ✓ DOR MENOS INTENSA
- ✓ Ajuda na DESCIDA DO BEBÉ



6

A DOR DO TRABALHO DE PARTO



BOLA DE NASCIMENTO
Bola amola o corpo da grávida
Ajuda na descida do bebé
Alivia a DOR
Movimentos rotativos – BÂSCULAS (ajuda na rotação do bebé)

Movimente-se!

7

BENEFÍCIOS DO USO DA ÁGUA NO TRABALHO DE PARTO



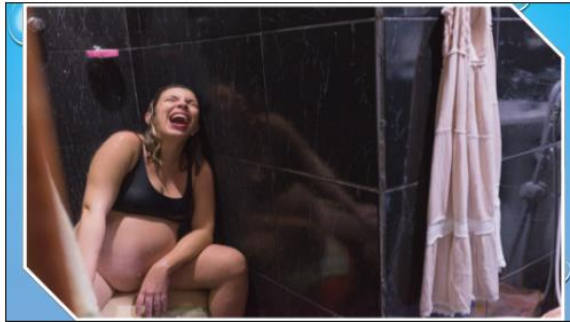
8



9



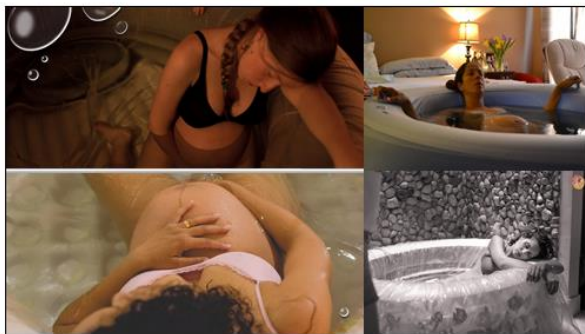
10



11



12



13



14

BENEFÍCIOS DO USO DA ÁGUA NO TRABALHO DE PARTO

- RELAXAMENTO MUSCULAR
- REDUÇÃO DA ANSIEDADE
- Produção de HORMONAS FAVORÁVEIS
- Inibição das HORMONAS DESFAVORÁVEIS
- REDUÇÃO DO TEMPO de trabalho de parto
- REDUÇÃO DA TENSÃO ARTERIAL
- ALÍVIO DA DOR
- CONFORTO



15

BENEFÍCIOS DO USO DA ÁGUA NO TRABALHO DE PARTO

- REDUÇÃO DA NECESSIDADE DE EPIDURAL
- DIMINUIÇÃO DE INTERVENÇÕES MEDICALIZADAS
- LIBERDADE DOS MOVIMENTOS
- DIMINUIÇÃO DO TRAUMA PERINEAL
- AUMENTO dos índice de SATISFAÇÃO DA GRÁVIDA
- AUMENTO DO SENTIDO DE CONTROLO
- AUMENTO DO PARTO NORMAL



16



17



18



19



20



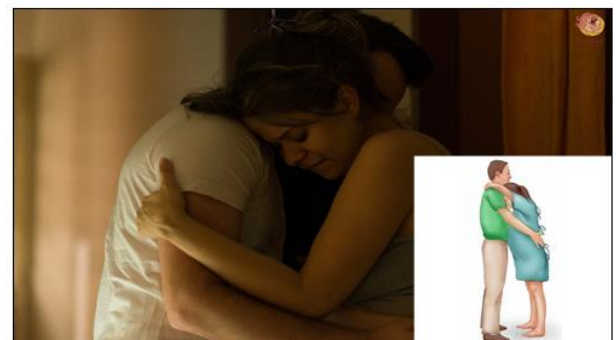
21



22



23



24



25



26



27



28



29



30



31



32



33



34

Apêndice 16: Sessão de Formação realizada no âmbito do contexto de
Análise de Práticas da UC Estágio com Relatório

ESELO
Escola Superior
de Enfermagem
de Leiria

ÁGUA NO CONFORTO DA PARTURIENTE NO PRIMEIRO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO: COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA



MESFRANDA: MARILYN DINIS VIEIRA WATEUS Nº 7416

24 de MAIO de 2018

DOCENTE ORIENTADORA: PROFª MARIA TERESA FÉIX

1

SUMÁRIO

- Estado da Arte: Contextualização da Temática
- Metodologia:
 - Scoping Review
- Do Planeamento à Prática de Cuidados
- Prática Baseada na Evidência: Primeiros Resultados da Prática de Cuidados
- Considerações Finais
- Referências Bibliográficas

2

ESTADO DA ARTE: CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

A partir de 2000, surge o interesse crescente e a produção de evidência sobre o recurso da água no TP e parto, emergindo resultados da evidência científica, de que este método não farmacológico é uma **OPÇÃO SEGURA** e **EFICAZ** NO PROCESSO DE NASCIMENTO





Figura 1 - O Nascimento de Vênus - Sandro Boticelli - 1485

Figura 2 - O Nascimento de Jesus Cristo - Rubens - 1700

Março, 2014

3

ESTADO DA ARTE: CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA



Evidence Based Guidelines for Midwifery Care for Labour and Birth

Position Statement: The Use of Water for Labour and Birth

Committee Opinion: Water During Labor and Delivery

Projeto de Resolução da Assembleia de Saúde do Alentejo

4

ESTADO DA ARTE: CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA



VISAO
Movimento cívico quer tornar o parto na água uma opção em todos os hospitais públicos

Conseguimos!

Grupos de mulheres compõem o grupo Víscas, em Évora, a Comissão Organizadora do parto - Mãe do Cordeiro, no Hospital de Évora para a realização do parto

5

ESTADO DA ARTE: CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA



PNP - Plano Nacional de Parto

PNP - Plano Nacional de Parto

APROVADO

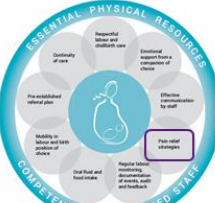
6

ESTADO DA ARTE: CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

ALL WOMEN HAVE A RIGHT TO A POSITIVE CHILDBIRTH EXPERIENCE THAT INCLUDES:

- Respect and dignity
- A companion of choice
- Clear communication by maternity staff
- Pain relief strategies
- Mobility in labour and birth position of choice

Schematic representation of the WHO Intrapartum care model



ESSENTIAL PHYSICAL RESOURCES

COMPETENT AND MOTIVATED STAFF

OMS, 2018

7

ESTADO DA ARTE: CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

RECOMENDAÇÕES

- Grávidas com 10 termo (37 - 41 s)
- Critérios de seleção das grávidas pré-definidos e protocolados
- Posição de TP >5cm de dilatação
- Temperatura da água entre os 36°-37,5°C
- Imersão entre 1 a 2 horas
- Monitorização da temperatura da água
- ABCF intermitente
- EPM não é indispensável
- Facilitar o presença do ACOMPANHANTE
- Ambiente íntimo
- Intervenções Manuais-Off
- Consentimento informado (benefícios e potenciais riscos materno-fetais)
- PROTOCOLO Institucional e NORMAS de atuação
- FORMAÇÃO dos profissionais de saúde
- Avaliação dos protocolos
- Desenvolver investigação

8

ESTÁDO DA ARTE: CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

9

TEORIA DO CONFORTO KATHERINE KOLCABA

- Teoria de Médio – Alcança que surge na década de 90
- Conceito chave: **CONFORTO** com origem etimológica **CONFORTAR** provém do latim **COMFORTARE**
- DEFINIÇÃO: como "a condição experimentada pelos passados que recebem as medidas de conforto", "é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos 3 TIPOS de CONFORTO (alívio, tranquilidade e transcendência) nos 4 CONTEXTOS de experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)". Mais tarde, a autora viria a acrescentar que CONFORTO "é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos"

(Kolcaba, 2003; Kolcaba, 2009)

Caracter intencional
 (constrói-se pelas ações e atitudes do enfermeiro dirigidas à obtenção de seus resultados)

Bem-estar

10

TEORIA DO CONFORTO KATHERINE KOLCABA

ESTRUTURA TAXONÓMICA DO CONFORTO			
	ALÍVIO "EIEEP"	TRANQUILIDADE "TAE"	TRANSCENDÊNCIA "TRASCENDÊNCIA"
FÍSICO "FÍSICA"	ALÍVIO FÍSICO	TRANQUILIDADE FÍSICA	TRANSCENDÊNCIA FÍSICA
FÍSICO-ESPIRITUAL "FÍSICO-ESPIRITUAL"	ALÍVIO FÍSICO-ESPIRITUAL	TRANQUILIDADE FÍSICO-ESPIRITUAL	TRANSCENDÊNCIA FÍSICO-ESPIRITUAL
SOCIO-CULTURAL "SOCIO-CULTURAL"	ALÍVIO SOCIO-CULTURAL	TRANQUILIDADE SOCIO-CULTURAL	TRANSCENDÊNCIA SOCIO-CULTURAL
AMBIENTAL "AMBIENTAL"	ALÍVIO AMBIENTAL	TRANQUILIDADE AMBIENTAL	TRANSCENDÊNCIA AMBIENTAL

Tipo de conforto: **ALÍVIO** (satisfação)

Tipo de conforto: **TRANQUILIDADE** (satisfação)

Tipo de conforto: **TRANSCENDÊNCIA** (satisfação em que o indivíduo experimenta a total ausência de dor, desconforto, angústia, ansiedade, insegurança, medo, preocupação, etc.)

FÍSICO
Sensações do corpo

PSICO-ESPIRITUAL
Consciência interna de si próprio

SOCIO-CULTURAL
Relações interpessoais, familiares e sociais

AMBIENTAL
Meio, condições e influências externas

Kolcaba, 2003; Dowd, 2004; Kolcaba, 2010; Alligned, 2004

11

METODOLOGIA: SCOPING REVIEW

OBJECTIVOS:

- Mapear a evidência científica sobre o recurso à água enquanto método não farmacológico para gestão da dor, promoção do conforto e bem-estar da parturiente no 1º estágio de TP
- Identificar os cuidados à parturiente subjacentes ao recurso da água durante o 1º estágio de TP
- Identificar os outcomes do uso da água na parturiente durante o 1º estágio de TP

12

METODOLOGIA: SCOPING REVIEW

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO:

Que intervenções com recurso à água são utilizadas para o conforto da parturiente no 1º estágio de trabalho de parto nos locais de nascimento?

POPULAÇÃO
PARTURIENTE

→

CONCEITO
ÁGUA
CONFORTO
1º ESTÁDIO DE TP

→

CONTEXTO
LOCAIS DE NASCIMENTO

13

METODOLOGIA: SCOPING REVIEW

	Inclusão	Exclusão
Desenho	Estudos de qualitativos ou quantitativos, publicados em Português, Inglês, Francês ou Espanhol. Texto integral disponível	Todos os que não cumpram os critérios de inclusão. Estudos repetidos que surgem das bases de dados
População	Parturientes com idade gestacional de termo (entre as 37 semanas a 42 semanas de gestação) independentemente do contexto socio-cultural o local de nascimento	Grávidas com contra-indicação para levanta
Temática em estudo	Estudos que incidem sobre uso de água enquanto cuidado especializado do enfermeiro que promove à parturiente a gestão de dor e o conforto no 1º estágio de TP	Estudos fora do âmbito da temática
Contexto	Todos os locais de nascimento: maternidades hospitalares, salas de parto, casas de parto, domicílio, entre outras	

14

METODOLOGIA: SCOPING REVIEW

PRISMA Flow Diagram da SCOPING REVIEW

```

    graph TD
      A[Artigos identificados na CINAHL (n = 157)] --> B[Artigos identificados na MEDLINE (n = 120)]
      C[Artigos identificados na Cochrane Database of Systematic Reviews (n = 7)]
      B --> D[Artigos identificados após exclusão de duplicados (n = 20)]
      D --> E[Artigos triados segundo critérios de inclusão/exclusão (n = 18)]
      E --> F[Artigos excluídos (n = 10)]
      E --> G[Artigos full-text avaliados para qualificação de elegibilidade (n = 8)]
      G --> H[Artigos excluídos (n = 6)]
      G --> I[Estudos incluídos (n = 2)]
    
```

15

METODOLOGIA: SCOPING REVIEW

16

Apêndice 17: Poster elaborado para “*III Congresso Internacional de saúde Pública do Delta do Parnaíba*”



Água no Conforto da Parturiente no 1º Estádio de Trabalho Parto: uma Scoping Review

III CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA DO DELTA DO PARNAÍBA



*Marta Teresa Santos Fátis; *Marilyn Dória Vieira Mateus
 *Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Católica de Lisboa e Docente do Departamento de Saúde Materna da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; *Enfermeira Usuária do Bloco de Parto do Hospital Garcia de Orta, Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

BACKGROUND

As mudanças sociais impõem novos desafios à prática de cuidados do Enfermeiro Obstetra. O aumento da literacia em saúde e as novas guidelines internacionais resultantes da evidência científica rompem com a assistência medicalizada e descentrada da Mulher, reafirmando a necessidade de cuidados centrados na mulher e família enquanto protagonistas no nascimento. Em 2013, surge o Projeto Maternidade com Qualidade promovido pela Ordem dos Enfermeiros aos serviços de obstétrica do país, o qual visa assegurar maior qualidade e segurança nos cuidados de saúde, satisfação e direito à escolha no trabalho de parto e parto (OE, 2013). O indicador *Alívio da dor e medidas não farmacológicas no trabalho de parto e parto*, contempla o uso da água como intervenção na gestão da dor. A 17 de Novembro de 2017 surge, também, a Preposta de Lei nº 100/XIII/3.ª acate e incluída no Orçamento do Estado de 2018 para a criação de recursos no Serviço Nacional de Saúde que disponibilizam a imersão na água enquanto método promotor do parto normal, na gravidez de baixo risco.

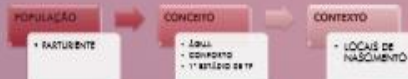


OBJECTIVOS:

- Mapear a evidência científica sobre o recurso à água enquanto método não farmacológico para gestão da dor, promoção do conforto e bem-estar da parturiente no 1º estágio de trabalho de parto;
- Identificar os cuidados à parturiente subjacentes ao recurso da água durante o 1º estágio de trabalho de parto

METODOLOGIA:

Foi realizada uma Scoping Review segundo as orientações do Joanna Briggs Institute. A questão de investigação norteadora da Scoping Review foi: "Que intervenções com recurso à água são utilizadas para o conforto da parturiente no 1º estágio de trabalho de parto nos locais de nascimento?"



Recorreu-se à plataforma EBSCOhost selecionando como bases de dados a CINAHL, MedLine e Cochrane Database of Systematic Reviews. Através da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão obtiveram-se 10 estudos.



RESULTADOS:

- Promove o BEM-ESTAR e CÔMPORTO no TP
- Promove o RELAXAMENTO MUSCULAR e REDUÇÃO da ANSIEDADE
- Favorece a redução da DURAÇÃO DO TP
- Promove o ALÍVIO DA DOR na fase ativa do TP
- Reduz o USO DE FÁRMACOS no TP e INTERVENÇÕES MEDICALIZADAS
- Favorece a LIBERDADE DE MOVIMENTOS
- Diminui o TRAUMA PERINEAL

- É método não farmacológico EFICAZ
- ÍNDICES DE SATISFAÇÃO da parturiente MAIOR ELEVADOS no TP e Parto
- MAIOR CONTROLE e AUTONOMIA da parturiente
- Presença do ACOMPANHANTE é importante no SUPORTE da parturiente
- AUMENTO de PARTOS EUTÓICOS com REDUÇÃO DA TAXA DE CESÁRIANA
- ACESSÍVEL, fácil APLICABILIDADE e BOA RELAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO

Pode ser aplicado isoladamente ou associado a outras MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS como é exemplo a BOLA DE NASCIMENTO e a MASSAGENS SACRO-LUMBARES, que aumentam o CÔMPORTO e ALÍVIO DA DOR

Wang et al. 2010; Brown et al. 2007; Brown et al. 2004; Brown et al. 2004; Decker et al. 2001; van der Meulen et al. 2014; van der Meulen et al. 2014; van der Meulen et al. 2014



A EVIDÊNCIA RECOMENDA: INCLUSÃO DO MÉTODO NOS CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE/NASCIMENTO

CONCLUSÃO:

Esta intervenção é uma poderosa aliada do Enfermeiro Obstetra na promoção do conforto da parturiente, dado que reduz a necessidade de analgesia locoregional ou endovenosa, conduzindo à diminuição de intervenções medicalizadas, aumentando o número de partos eutócicos com redução das taxas de cesárianas, conduzindo ao aumento dos índices de satisfação da parturiente, um maior sentido de controle e autonomia no TP. Assume-se como um método não farmacológico eficaz com uma boa relação custo-benefício, inserida nos cuidados humanizados durante a assistência ao processo de nascimento.



Wang et al. 2010; Brown et al. 2007; Brown et al. 2004; Brown et al. 2004; Decker et al. 2001; van der Meulen et al. 2014; van der Meulen et al. 2014; van der Meulen et al. 2014; ...

Apêndice 18: Artigo para E-book do “*III Congresso Internacional de saúde Pública do Delta do Parnaíba*”

ÁGUA NO CONFORTO DA PARTURIENTE NO 1º ESTÁDIO DE TRABALHO PARTO: UMA SCOPING REVIEW

¹Marilyne Dinis Vieira Mateus; ²Maria Teresa Santana Félix

¹ Enfermeira Licenciada do Bloco de Partos do Hospital Garcia de Orta, Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; ² Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Católica de Lisboa e Docente do Departamento de Saúde Materna da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Área temática: Temas transversais

Modalidade: Poster

E-mail do autor: marilyne_mateus@hotmail.com e **co-autor:** mtfelix@esel.pt

Categoria: Estudante

INTRODUÇÃO: As mudanças sociais impõem novos desafios à prática de cuidados do Enfermeiro Obstetra. O aumento da literacia em saúde e as novas *guidelines* internacionais resultantes da evidência científica rompem com a assistência medicalizada e descentrada da Mulher, reescrevendo a necessidade de cuidados centrados na mulher e família enquanto protagonistas no nascimento. Em 2013, surge o Projeto Maternidade com Qualidade promovido pela Ordem dos Enfermeiros aos serviços de obstetrícia do país, o qual visa assegurar maior qualidade e segurança nos cuidados de saúde, satisfação e direito à escolha no trabalho de parto e parto (OE, 2013). O indicador *Alívio da dor e medidas não farmacológicas no trabalho de parto e parto*, contempla o uso da água como intervenção na gestão da dor. A 17 de Novembro de 2017 surge, também, a Proposta de Lei nº 100/XIII/3.^a aceite e incluída no Orçamento de Estado de 2018 para a criação de recursos no Serviço Nacional de Saúde que disponibilizem a imersão na água enquanto método promotor do parto normal, na gravidez de baixo risco. **OBJETIVO:** Mapear a evidência científica sobre o recurso à água enquanto método não farmacológico para gestão da dor, promoção do conforto e bem-estar da parturiente no 1º estágio de trabalho de parto e identificar os cuidados à parturiente subjacentes ao recurso da água durante o 1º estágio de trabalho de parto. **MÉTODOS:** A metodologia de investigação assenta numa *Scoping Review* segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute* (2017), dado que permite uma revisão sistematizada, exploratória, destinada a mapear toda a evidência científica relevante sobre a temática em estudo. A questão de investigação norteadora da *Scoping Review* foi: “**Quais os cuidados à parturiente durante o uso da água no primeiro estágio de trabalho de parto nos locais de nascimento?**”. Recorreu-se à plataforma *EBSCO host* selecionando como base de dados a *CINAHL*, *MedLine* e *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Foram definidos critérios de inclusão e exclusão que revelaram-se como ponto chave, dado possibilitaram o mapeamento da evidência científica disponível. Através da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão obtiveram-se **10 estudos**. **RESULTADOS:** Da análise da evidência científica depreende-se que o uso da água no trabalho de parto promove o bem-estar, o conforto, a liberdade de movimentos, o relaxamento muscular e redução da ansiedade, bem como proporciona uma melhor gestão da dor por parte da parturiente durante o trabalho de parto, influenciando o seu sistema límbico para a produção de endorfinas e serotonina, enquanto hormonas analgésicas, e ocitocina, hormona responsável pela dinâmica uterina, reduzindo a duração do 1º estágio. **CONCLUSÃO:** Esta intervenção é uma poderosa aliada do Enfermeiro Obstetra na promoção do conforto da parturiente, dado que reduz a necessidade de analgesia locoregional ou endovenosa, conduzindo à diminuição de intervenções medicalizadas, aumentando o número de partos eutócicos com redução das taxas de cesarianas, conduzindo ao aumento dos índices de satisfação da parturiente, um maior controle e autonomia. Assume-se como um método não farmacológico eficaz com uma boa relação custo-benefício, inserida nos cuidados humanizados durante a assistência ao processo de nascimento.

Palavras-chave: água, conforto, parturiente, primeiro estágio de trabalho de parto

