



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

Relatório de Estágio

**A Acupressão durante o Primeiro Estádio do Trabalho de
Parto: Contributos para a Promoção do Conforto da
Mulher**

Catarina Alexandra Oliveira Pereira Prudente

**Lisboa
2019**





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

Relatório de Estágio

**A Acupressão durante o Primeiro Estádio do Trabalho de
Parto: Contributos para a Promoção do Conforto da
Mulher**

Catarina Alexandra Oliveira Pereira Prudente

Orientadora: Prof.^a Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de
Oliveira

**Lisboa
2019**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Madalena Oliveira... pela orientação, apoio, motivação, disponibilidade e confiança nas minhas capacidades enquanto futura EE ESMO.

Aos Senhores Enfermeiros Prudente e Maria da Graça... os meus avós, a minha maior inspiração e com quem cresci a conhecer a Enfermagem e as suas histórias de luta pessoal e profissional durante o Estado Novo, exemplos de perseverança e brio profissional.

Aos meus pais... pelo seu amor incondicional, motivação e compreensão nos meus períodos de ausência.

À minha irmã e sobrinhos... as minhas almas gémeas que me revitalizam sempre que estou no limiar das minhas forças.

À minha “família ESMO”... Cátia Antunes, Joana Sebastião, Marília Noro, Marilyn Lopes e Marilyne Mateus! A maior riqueza desta aventura: a vossa amizade! Obrigada pelo vosso amor e companheirismo, por me apoiarem quando ri e chorei... Espero ter estado à altura do vosso amor e da vossa partilha e que a distância nunca me impeça de vos ver crescer.

À EE ESMO Gracinda Martins... pela orientação, partilha de conhecimentos e paixão profissional que fizeram desta jornada uma experiência inesquecível.

Às famílias de quem cuidei... obrigada pela vossa confiança e por me terem feito crescer um pouco mais todos os dias.

Às minhas colegas de trabalho... que me apoiaram na organização do horário para concluir este Curso e nunca me deixaram cair nos momentos de exaustão.

Muitas outras pessoas se cruzaram no meu caminho e contribuíram para a concretização deste sonho de múltiplas formas!

OBRIGADA!

“A única maneira de fazer um grande trabalho é amar o que você faz”

Steve Jobs

LISTA DE SIGLAS

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

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

DGS – Direção-Geral de Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME – *Federación Asociaciones Matronas España*

ICM – *International Confederation of Midwives*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

SMO – Saúde Materna e Obstétrica

USFM – Universidade Federal de Santa Maria

WHO – World Health Organization

RESUMO

Este documento relata o meu percurso académico no que concerne ao desenvolvimento de competências, enquanto futura Enfermeira Especialista no âmbito do 8.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Estágio com Relatório proporcionou-me inúmeras experiências no cuidado especializado à mulher e recém-nascido inserido na sua família e comunidade durante o trabalho de parto, tendo sido a Sala de Partos o contexto mais seguro e adequado para a implementação da acupressão, dados os riscos de indução do trabalho de parto noutros Ensinos Clínicos.

A acupressão é uma vertente da acupuntura de fácil aplicabilidade, baixo custo, sem efeitos adversos e com resultados eficazes na gestão da dor como também na dinâmica uterina, rotação fetal e dilatação cervical. Apesar da pouca evidência científica existente, procurei desenvolver esta técnica e conhecer os seus resultados, enquanto promotora do conforto multidimensional junto da mulher/casal durante o primeiro estágio do trabalho de parto, tendo por base a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e uma prática baseada na evidência apoiada numa revisão scoping.

A recorrente prática de analgesia epidural foi um dos critérios limitativos ao projeto mas os resultados recolhidos com apoio de um documento de registo de interação mostraram benefícios no controlo físico e psicoemocional da dor. A participação ativa do pai no trabalho de parto proporcionou segurança e conforto à parturiente tornando-a mais confiante e capacitada para a vivência desta experiência assim como uma saudável transição para a parentalidade vivida em casal.

Para atingir a plena eficácia terapêutica da acupressão, é imperativo a formação dos profissionais de saúde e a mudança de práticas e protocolos hospitalares.

PALAVRAS-CHAVE: parturiente, acupressão, conforto, alívio da dor, primeiro estágio do trabalho de parto

ABSTRACT

This document reports my academic course for the acquisition of specific skills as a future Specialist Nurse during the 8th Masters Course in Nursing Maternal and Obstetrics Nursing of the Superior School of Nursing of Lisbon.

The Reporting Stage provided me with numerous experiences in the specialized care of women and newborns inserted in their family and community during labor, and the Delivery Room was the most secure and adequate context for the implementation of acupressure, given the risks of induction of labor in other clinical teaching.

Acupressure is an easily applied, low cost, non-adverse effect acupuncture strand with effective pain management results as well as uterine dynamics, fetal rotation and cervical dilatation. Despite the limited scientific evidence available, I sought to develop this technique and to know its results as a promoter of multidimensional comfort for the woman / couple during the first stage of labor, based on Katharine Kolcaba's Theory of Comfort and a practice based on evidence supported by a scoping review.

The recurrent practice of epidural analgesia was one of the project's limiting criteria but the results collected with support from an interaction record document showed benefits in the physical and psychoemotional control of pain. The active participation of the father in labor gave security and comfort to the parturient, making her more confident and able to live this experience as well as a healthy transition to the parenthood lived in a couple.

To achieve the full therapeutic efficacy of acupressure, it is imperative to train health professionals and to change hospital practices and protocols.

KEYWORDS: parturient, acupressure, comfort, pain relief, first stage of labor

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	12
1.1 A dor no trabalho de parto	12
1.2 Katharine Kolcaba e a Teoria do Conforto	14
1.3 A acupressão enquanto promotora do conforto em trabalho de parto.....	17
1.4 O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia como facilitador do conforto.....	18
2. METODOLOGIA.....	21
2.1 Metodologia de projeto	21
2.2 Prática baseada na evidência	22
2.3 Prática reflexiva.....	25
3. ANÁLISES DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	26
3.1 O contributo da acupressão para o conforto da mulher durante o primeiro estágio do trabalho de parto	36
3.2 O envolvimento do casal através de intervenções facilitadoras do conforto durante o primeiro estágio do trabalho de parto	40
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	43
5. LIMITAÇÕES DO PROJETO	45
6. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA	46
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de participação na Oficina “Acupressão no Parto: A Medicina Tradicional Chinesa na ponta dos nossos dedos”

APÊNDICES

APÊNDICE I – Extração de dados dos estudos seleccionados

APÊNDICE II – Documento de Registo de Interação

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 – Definição de objetivos e respetivas atividades	21
Quadro n.º 2 – Descritores da pesquisa.....	23
Quadro n.º 3 – Caraterização sociodemográfica dos casais sujeitos a acupressão.....	38
Quadro n.º 4 – Caraterização clínica das parturientes sujeitas a acupressão	38
Quadro n.º 5 – Testemunhos recolhidos após a aplicação da acupressão.....	39

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Ponto <i>Hegu</i> (Large Intestine 4 – LI4)	18
--	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório visa descrever e analisar criticamente a experiência vivenciada ao longo de 18 semanas, do Ensino Clínico (EC) Estágio com Relatório (ER), num Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) de uma Maternidade no centro de Lisboa. A duração total foi de 750 horas, compreendidas entre 6 de Março e 15 de Julho de 2018, sendo que a concretização deste relatório implicou uma Prática Baseada na Evidência (PBE) e conseqüentemente a reflexão crítica sobre a prática, com o objetivo de atingir com sucesso as competências gerais e específicas exigidas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE ESMO).

Compete ao EE ESMO “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (TP)” (Regulamento n.º 391/2019, 2019, p.13561, promovendo a sua saúde quando “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e dos seus conviventes significativos” (Regulamento n.º 391/2019, 2019, p.13563).

No desenvolvimento das competências previstas, tive por base a Teoria do Conforto da Katharine Kolcaba que visa o cuidado holístico centrado na mulher e o seu meio envolvente incluindo o convivente significativo.

Perante o desconforto da parturiente, Motta e Crepaldi (2005) relatam que o toque e a massagem são espontaneamente aplicados pelos pais numa tentativa de promover conforto e apoio físico à mulher. Existindo esta disponibilidade, compete ao enfermeiro mobilizar métodos e técnicas promotoras de conforto e bem-estar que capacitem os pais a interagir ativamente ao longo do TP, o que conseqüentemente contribui para um maior envolvimento conjugal.

O tema escolhido “A Acupressão durante o Primeiro Estádio do Trabalho de Parto: Contributos para a Promoção do Conforto da Mulher”, surge fruto do meu sentimento de impotência quanto ao meu apoio na promoção do conforto da mulher e do casal durante o TP. A escassa aplicação de métodos não farmacológicos de gestão da dor e a cultura da analgesia epidural no meu local de prática profissional despertou em mim o interesse e a curiosidade sobre a eficácia e a eficiência da acupressão quando aplicada no 1.º estágio do TP.

A implementação de métodos não farmacológicos para a gestão da dor começa a ser uma realidade cada vez mais presente nas unidades de saúde, particularmente dos enfermeiros nas salas de parto (SP). A sua fácil aplicabilidade, a sua eficácia e o

baixo custo são fatores propulsores à investigação e posterior investimento para a sua implementação durante o TP, para além de que se tratam de métodos pouco ou nada invasivos. Como provam os resultados do Projeto Maternidade com Qualidade (MCEESMO, 2015), o recurso à mobilidade durante o TP, enquanto medida não farmacológica para o alívio da dor no TP e parto, sofreu um aumento em 60% nas instituições participantes, contribuindo para o aumento da tolerância à dor, para o reduzido uso de fármacos e melhoria para a evolução da dilatação, diminuindo assim a duração da fase ativa do TP.

Hesbeen (2000) descreve os cuidados de enfermagem como a ação entre o enfermeiro e a pessoa ou grupo de pessoas beneficiárias desses cuidados com o objetivo em atingir um resultado terapêutico que beneficie o bem-estar dos clientes sem se restringir apenas ao tratamento e à cura.

O objetivo geral do ER foi “desenvolver competências técnico-científicas e relacionais, como futura EE ESMO, para a promoção do conforto da mulher durante o 1.º estágio do TP através da acupressão”. Como objetivos específicos: desenvolver competências científicas e técnicas sobre a prática da acupressão; conhecer a evidência científica existente sobre o uso da mesma no alívio da dor durante o TP e compreender como esta técnica pode contribuir para o conforto do casal durante o 1º estágio do TP.

O objetivo deste relatório é analisar as competências desenvolvidas ao longo do percurso de forma crítica e reflexiva, pelo que está dividido em 7 capítulos. No primeiro capítulo são desenvolvidos os principais conceitos para a compreensão da temática, no segundo capítulo descrevo a metodologia utilizada para atingir os objetivos propostos, no terceiro são analisadas as competências desenvolvidas em contexto de SP, o quarto reserva-se às considerações éticas, no quinto são descritas as limitações identificadas ao desenvolvimento do projeto, no sexto descrevo alguns contributos para a prática e o sétimo capítulo termina este relatório com as considerações finais resultantes do projeto e da prática reflexiva.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo pretendo clarificar o tema escolhido, através da definição dos principais conceitos como a dor, o trabalho de parto, a dor no trabalho de parto, a acupressão e o conforto segundo a teórica de enfermagem Katharine Kolcaba. Pretendo também demonstrar a importância do papel do EE ESMO no apoio à grávida/casal enquanto facilitador do conforto durante o TP e suporte no processo de transição para a parentalidade.

1.1 A dor no trabalho de parto

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2003), a dor consiste numa experiência multidimensional que envolve as componentes sensorial e emocional do indivíduo estando associada a uma dada lesão tecidual, concreta ou potencial, fazendo com que exista uma grande variabilidade na sua sensação e expressão perante o mesmo estímulo doloroso.

A dor é considerada o quinto sinal vital e deve ser avaliada e valorizada conjuntamente com a tensão arterial, pulso, temperatura e respiração através do uso das diversas escalas de avaliação existentes e que devem ser aplicadas adequadamente à capacidade de compreensão e expressão do indivíduo que está a ser avaliado. Para este efeito é possível avaliar através das seguintes escalas: Escala Visual Analógica (VAS), Escala Numérica da Dor, Escala Qualitativa e Escala de Faces.

Tendo em conta a individualidade da perceção e a influência dos fatores psicológicos sobre a dor, a sua componente fisiológica é compreendida através da Teoria do Portão.

Segundo Bastos (2005), a Teoria do Portão diz-nos que a experiência da dor e a reação à mesma faz-se ao nível da periferia, da medula espinal e do cérebro, onde se encontram os principais «portões de controlo». O controlo dá-se nos sentidos ascendente (da periferia para o cérebro) e descendente (do cérebro para a medula e posteriormente para a periferia) permitindo inibir ou potenciar a propagação do estímulo. A abertura e o fecho do portão é controlado por substâncias químicas que permitem a passagem da informação dolorosa, ou seja, numa situação de lesão os neurotransmissores de excitação são produzidos e depois conduzidos por fibras

nervosas finas que abrem o portão enquanto os neurotransmissores de inibição (endorfinas) bloqueiam a sua ação através das fibras nervosas grossas, fechando-o. Mediante a lesão, verifica-se uma resposta fisiológica por ativação neurovegetativa ou stress de intensidade e uma resposta psicológica que se expressa através do comportamento.

É de realçar que as funções cognitivas, as emoções e a estimulação auditiva e emocional têm um papel ativo no mecanismo do portão, logo é legítimo assumir que a qualidade e a intensidade da dor experienciada assim como a resposta à mesma é um processo individual, subjetivo e dependente do estado biopsicossocial de cada indivíduo, não existindo relação direta com o estímulo ou com a sensação que a provocou mas que pode ser influenciada pela memória de acontecimentos/experiências anteriores.

Segundo Machado & Graça (2017, p.220), o TP define-se como um “conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à contratilidade uterina regular, à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior”. Este pode dar-se espontaneamente ou por indução, dividindo-se em quatro estádios (Fatia & Tinoco, 2016).

O primeiro estádio do TP caracteriza-se pelo início das contrações uterinas que contribuem para o apagamento e dilatação do colo e termina na sua dilatação completa - este estádio divide-se em fase latente e fase ativa (Fatia & Tinoco, 2016).

Segundo a OMS (2018) a fase latente vai até aos 5 cm de dilatação e a sua duração varia de mulher para mulher. Posteriormente dá-se a fase ativa que termina com a dilatação completa, não indo para além das 12 horas de duração nas nulíparas e das 10 horas nas multiparas.

Todo este processo de TP implica a existência de dor que Kimber, McNabb, McCourt, Haines & Brocklehurst (2008) definem como um fenómeno complexo, subjetivo e multidimensional que implica componentes sensoriais e igualmente componentes emocionais, motivacionais e cognitivas.

Não estando associada a um quadro patológico, a dor no TP influenciada por factores psicológicos, culturais e ambientais, pode aumentar a susceptibilidade da parturiente à dor e conseqüentemente o seu desconforto durante o TP.

Lowe (1996) descreve que os desconfortos durante o TP, nomeadamente a dor, diferem ao longo dos três estádios que o caracterizam. No primeiro estádio do TP verifica-se o apagamento do colo e a dilatação cervical provocados pelas contrações

uterinas, levando à isquémia tecidual do endométrio, e conseqüentemente o impulso da dor é conduzido pelo segmento espinhal nervoso T11-T12, pelos nervos torácicos acessórios inferiores e pelo nervo lombar superior, nervos estes que surgem do corpo uterino e cérvix – esta dor é tida como visceral, persistindo apenas durante as contrações e que se localiza na zona inferior do abdómen irradiando para a região lombar. No segundo estágio do TP, a parturiente padece de dor perineal devido ao estiramento dos tecidos do períneo e às forças exercidas para a expulsão e a tração do feto assim como pela pressão exercida pela apresentação fetal sobre as estruturas pélvicas, sendo que a dor é conduzida pelo segmento S1-S4, pelos segmentos espinhais nervosos e pelo sistema parassimpático local. A dor pós-parto do terceiro estágio do TP incide sobre o útero, à semelhança da dor sentida na fase latente do primeiro estágio, e na região perineal devido ao estiramento dos tecidos.

Lowe (1996) refere ainda que a ansiedade e o medo provocam um aumento dos níveis de catecolamina que agravam os estímulos da pelve, diminuindo o fluxo sanguíneo uterino e aumentando a tensão muscular e conseqüentemente a dor. Assim, as contrações uterinas tornam-se menos eficazes agravando o desconforto, o medo e a ansiedade.

Atendendo aos pressupostos da Teoria do Portão, é possível ignorar os estímulos dolorosos já que apenas um reduzido número de mensagens percorrem, simultaneamente, o trajeto nervoso. Neste sentido, para conseguir este resultado, aplicam-se técnicas complementares para a gestão da dor que fecham o portão e impedem que o estímulo da dor alcance o cérebro, diminuindo a sua percepção.

Assim, o alívio da dor “contribui para aumentar o bem-estar físico e emocional da parturiente e deve ocupar um lugar prioritário nos cuidados da parteira” (APEO & FAME, 2009, p.65).

1.2 Katharine Kolcaba e a Teoria do Conforto

Amorim (2003) descreve que os modelos teóricos de enfermagem são como o reflexo das preocupações sobre o papel específico do profissional de enfermagem no seio das equipas de saúde. Baseados em diferentes teorias que perspetivam, na sua particularidade, a sua visão sobre o ser humano e a disciplina de enfermagem, a partir da década de 60 foram surgindo diversos modelos teóricos.

Na prática do cuidar é importante a existência de um quadro de referência que engloba conceitos, valores e crenças que se enquadrem na nossa conceção de cuidar em enfermagem, tendo como conceitos básicos a Pessoa, o Ambiente, a Saúde e a Enfermagem. Na interrelação destes conceitos está subjacente a interacção enfermeiro/pessoa que se designa por metaparadigma; a concretização que oferece determinados problemas e soluções à Ciência resulta no paradigma.

Em 1991, Katharine Kolcaba centrou a sua teoria de enfermagem no conforto, considerando-o como o resultado das intervenções de enfermagem para aliviar ou eliminar o desconforto – é o seu objetivo do cuidar.

Kolcaba (1991, 1994, 2003) define o conforto como um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado que surge quando o indivíduo encontra aquele conforto específico que precisa; a tranquilidade é o estado de contentamento, satisfação e calma; a transcendência é a capacidade que o indivíduo tem em controlar o seu destino e solucionar os seus problemas. Segundo o mesmo autor, o desenvolvimento destes três estados de conforto dá-se em quatro contextos de experiência tendo em conta uma visão holística do indivíduo, definindo que o **conforto físico** se relaciona com os fatores que afetam o estado físico do indivíduo, tais como o repouso e o relaxamento, pelo que a dor é tida como o seu maior desestabilizador; o **conforto psicoespiritual** enquanto combinação das componentes espirituais, mentais e emocionais do indivíduo, não relacionado com a transcendência por si só, tendo evoluído para tudo aquilo que dá sentido à vida do indivíduo e implica auto-estima, auto-conceito, sexualidade e relação com uma ordem ou ser superior, não estando relacionado com a religiosidade; o **conforto ambiental** relaciona-se com o conforto externo, condições e influências que podem ser manipuladas para melhorar o conforto e a função dos indivíduos como a cor, barulho, luz, ambiente, temperatura, vista das janelas, acesso à natureza e ao artificial; e o **conforto sociocultural** está relacionado com as relações interpessoais, família e relações sociais (finanças, ensino, profissionais de saúde, etc.) assim como as tradições familiares, rituais e crenças religiosas.

Como referido anteriormente, a dor no TP está associada a fenómenos fisiológicos que não se dissociam dos factores psicológicos, culturais e ambientais, influenciando diretamente a sensibilidade da parturiente à dor e, conseqüentemente, a vivência do conforto/desconforto do seu TP.

Bismarck (2003) explica que fisiologicamente a dor do TP aumenta com a progressão da dilatação sob a influência da intensidade, duração e frequência das contrações uterinas. Também a sua paridade protagoniza um papel importante pois a flexibilidade dos tecidos das multíparas transmite menos estímulos dolorosos comparativamente à das nulíparas; no entanto a repentina estimulação dos recetores no 2.º estágio do TP nas multíparas pode proporcionar uma vivência mais dolorosa que nas nulíparas que experienciam uma progressiva distensão dos tecidos. A posição supina é também descrita como menos dolorosa em relação à posição de litotomia.

As variáveis psicossociais apresentam uma influência importante sobre a dor no TP. Bismarck (2003) explica que a cultura e a etnia assim como a ideia preconcebida sobre a vivência da dor no parto influenciam a percepção e a expressão dolorosa de cada mulher. O estado de ansiedade induz a libertação de catecolaminas, sendo que a sua libertação excessiva aumenta o estímulo nociceptivo da pelve e das suas estruturas adjacentes, agravando a dor. Por sua vez, o medo do parto aumenta a ansiedade da mulher, influenciando a duração do parto e a eventual ocorrência de parto instrumentado.

Os elementos integrantes no ambiente que rodeia a parturiente tais como a equipa de saúde multidisciplinar no seu modo de interação, as políticas e os protocolos institucionais, a privacidade oferecida, a luz, o ruído, a temperatura, a organização e decoração do quarto, etc. influenciam a sua vivência da dor durante o TP.

Assim, quando uma grávida está calma e confiante aumenta a possibilidade de vivenciar uma experiência de TP e parto mais confortável.

Embora o centro da Teoria de Kolcaba esteja na alteração do estado de conforto sentido pelo cliente, é dada ênfase à arte de enfermagem aplicada com base na criatividade, na evidência científica e nos princípios humanos do cuidar. Kolcaba (1995) refere que o cuidado do conforto implica um método com intervenções de enfermagem que alcancem o resultado desejado do conforto aumentado, devidamente avaliado como um processo contínuo pois considera que o processo de conforto sem avaliação dos resultados é um exercício incompleto, o que implica ter subjacente uma conceptualização e um processo de operacionalização.

1.3 A acupressão enquanto promotora do conforto em trabalho de parto

Através da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a acupuntura é uma das formas de restabelecer o equilíbrio energético visando a harmonia da energia vital do indivíduo, isto é, do *Qi*. Esta energia percorre todo o corpo humano através de meridianos que, sendo estimulados com agulhas, atinge o *Qi* e conseqüentemente proporciona a harmonia e o equilíbrio energético necessários à salubridade do indivíduo (Pivetta, 2015).

Najafi, Jaafarpour, Sayehmiri & Khajavikhan (2017) descrevem a dor do parto vaginal como uma das experiências mais dolorosas na vida de uma mulher, sendo este um factor indispensável ao parto. Ocorre por estimulação dos nervos recetores no contexto das contrações uterinas e sentida na região da lombosagrada, bacia e intestinos, aumentando os níveis de epinefrina e norepinefrina, pressão sanguínea e frequência cardíaca, consumo de oxigénio pela mulher e de beta-endorfinas. Conseqüentemente, a vasoconstrição induzida pelas catecolaminas diminui o fluxo sanguíneo no útero, alterando a frequência cardíaca fetal.

A dor no TP é vista como o desequilíbrio entre o *Yin* e o *Yang* mas no entanto a sua experiência do TP depende da harmonia e do equilíbrio do seu estado energético físico, psicológico e espiritual. Existem múltiplos acupontos que promovem a gestão da dor do TP e a sua progressão, uma vez que a acupressão estimula as contrações uterinas, equilibra a energia e reduz a dor.

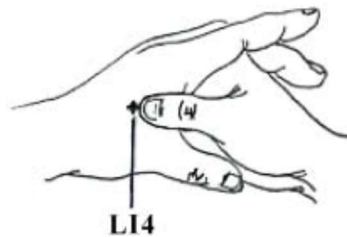
Partindo dos mesmos princípios da acupuntura, a acupressão consiste na simples pressão bilateral dos acupontos com os dedos, estimulando-os adequadamente para promover o fluxo energético e atingir o equilíbrio *Yin-Yang*.

Segundo Sehhatie-Shafaie, Kazemzadeh & Heshmat (2013), o uso de métodos não farmacológicos para a gestão da dor no TP deve-se à sua fácil aplicação, não são invasivos, favorecem a confiança e a participação da utente e sem efeitos secundários para a mãe e feto, pelo que a acupressão é uma técnica tida como exemplo na estimulação à produção de endorfinas que reduzem a dor.

Mafetoni & Shimo (2016) afirmam existir ensaios controlados e randomizados na Ásia e Médio Oriente que avaliaram os efeitos da acupressão no alívio da dor durante a fase ativa do TP, tendo sido identificados os pontos *Sanyinjiao* (BP6), *Hegu* (IG4) e *Zhiyin* (B67) como detentores de um efeito ativo na atividade uterina, na

indução do TP, sendo também referenciados nas distócias e no TP prolongado. No entanto o acuponto IG4 (meridiano do Intestino Grosso, ponto 4) é o ponto mais importante usado na analgesia e localiza-se no dorso da mão do lado radial do 2.º metacarpo, no músculo adutor do polegar e é um ponto usado no TP enquanto indutor de dinâmica uterina e alívio da dor (Campiglia, 2017).

Figura 1 – Ponto *Hegu* (Large Intestine 4 – LI4)



Fonte: Chung, Hung, Kuo e Huang (2003)

Sendo a acupressão uma técnica que implica o toque objetivo, esta permite o contato promotor da relação entre o terapeuta e o cliente, proporcionando conforto e empatia através do toque. Assim, o toque terapêutico ajuda no alívio do sofrimento, reduz a ansiedade e promove a interação afetiva importante ao desenvolvimento do cuidado individualizado com o objetivo de estabelecer o bem-estar do cliente (Dias, Oliveira, Dias & Santana, 2008)

1.4 O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia como facilitador do conforto

O EE ESMO é o profissional que trabalha em parceria com a mulher e seus conviventes significativos no apoio e aconselhamento nos períodos pré-parto, parto e pós-parto; é responsável pela condução do parto, detecção de complicações e intervenção em situações de emergência e pela oferta dos cuidados adequados ao recém-nascido (RN) (ICM, 2019).

Para este Estágio em contexto de SP, pressupõe-se o desenvolvimento de competências específicas importantes na promoção do conforto, tendo como documentos orientadores de referência para uma prática de enfermagem avançada as *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice* (ICM, 2019) e o *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde*

Materna e Obstétrica (RCEEEESMO) (OE, 2019). As competências contempladas neste documento são:

- **H2** – “Cuidar a mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal”;
- **H3** – “Cuidar a mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto”;
- **H4** – “Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”.

A competência H3 implica cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o TP, promovendo a sua saúde e otimizando a adaptação extra-uterina do recém-nascido, pelo que o EE ESMO deve atuar de acordo com o plano de parto apresentado pelo casal, garantindo um ambiente seguro ao longo do TP e no parto. Da mesma forma, o EE ESMO deve ser capaz de conceber, planear, implementar e avaliar intervenções promotoras do conforto e bem-estar da parturiente e dos seus conviventes significativos, conforme descrito na unidade de competência H3.1 e seus respetivos critérios de avaliação.

Por sua vez o ICM (2019) define sete competências básicas para o exercício profissional especializado na área, entre as quais descreve o dever de deter o conhecimento e as competências atualizadas e atuar de acordo com a ética profissional, valores, direitos humanos e os padrões da prática. O EE ESMO deve também, fornecer cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o TP, realizando um parto seguro, apoiado por medidas de avaliação do bem-estar materno no TP e medidas de conforto no 1.º e 2.º estádios do TP (como por exemplo métodos não farmacológicos para a gestão da dor). Para isto, é importante facilitar a presença do convivente significativo como fonte de suporte durante o TP e nascimento mas também porque, quando se trata do pai, é uma oportunidade de intervir no processo de transição para a parentalidade.

O Projeto Maternidade com Qualidade (2013) que visa promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no TP e parto, descreve que:

“o alívio da dor durante o trabalho de parto contribui para o bem estar físico e emocional da parturiente e deve ser um dos cuidados prioritários da enfermeira especialista em SMO. Uma boa experiência de parto significa, entre outras coisas, lidar com a dor normal inerente ao processo de abertura do colo do útero e aliviar ou eliminar as dores desnecessárias, provenientes de tensões, medos, ambientes impróprios, manobras clínicas discutíveis ou presença de pessoas indesejadas” (MCEESMO-OE, 2013, p.1)

Embora aí esteja descrito que o uso de métodos não farmacológicos para a gestão da dor durante o TP pode “melhorar as sensações físicas e também prevenir a percepção psicoemocional da dor” (MCEESMO, 2013, p.1), em 2014 verificou-se que a sua aplicabilidade ocorreu em 60% das instituições participantes neste Projeto através do recurso da liberdade de movimentos durante o TP e parto (MCEESMO, 2015).

Dabiri & Shahi (2014) descrevem a importância da formação das parteiras na utilização de técnicas não farmacológicas assim como a necessidade de alterar políticas hospitalares para que seja possível promover uma gravidez prazerosa e diminuir o medo do parto natural através do uso de métodos seguros e eficazes que reduzam a dor de parto e aumentem a taxa de partos vaginais.

Com o objetivo de contribuir para a melhoria de cuidados especializados através do uso de técnicas não farmacológicas, surge a minha vontade de conhecer e aprender sobre os efeitos terapêuticos da acupressão no conforto da mulher durante o TP.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo descrevo as estratégias metodológicas utilizadas para alcançar os objetivos definidos para este ER e as competências especializadas definidas pela OE. Tal implicou, a utilização da metodologia de projeto, a prática baseada na evidência e uma prática reflexiva.

2.1 Metodologia de projeto

Este projeto surgiu e começou a ser desenvolvido ao longo do 2.º semestre do 1.º ano do CMESMO com o objetivo de planear e orientar o desenvolvimento das minhas competências especializadas enquanto EE ESMO no cuidar da mulher/casal, através de uma PBE. Para tal, defini objetivos e atividades concretas a serem desenvolvidos ao longo dos vários EC, com maior expressão no estágio em SP. Com o decorrer do ER existiu a necessidade de adequar as atividades iniciais para atingir os objetivos, a que me propus, conforme exposto no quadro n.º 1.

Quadro n.º 1 – Objetivos e atividades propostas para o Estágio em SP

<u>OBJETIVOS</u>	<u>ATIVIDADES</u>
Desenvolver competências científicas e técnicas sobre a prática da Acupressão	<ul style="list-style-type: none">• Entrevistas a peritos na área;• Discutir esta temática junto de peritos na área;• Adquirir formação sobre a prática da Acupressão junto de peritos na área
Conhecer a evidência científica existente sobre o uso da Acupressão no Alívio da Dor durante o TP	<ul style="list-style-type: none">• Realizar Revisão Scoping, complementando-a com literatura cinzenta;• Aprofundar conhecimentos sobre a temática;• Explorar as competências do EE ESMO no âmbito da temática (conforto e acupressão)
Compreender como a técnica da Acupressão pode contribuir para o	<ul style="list-style-type: none">• Abordar a temática junto dos casais na SP;• Planear intervenções dirigidas ao casal para a implementação da técnica durante o TP;

conforto do casal durante o 1º estágio do TP	<ul style="list-style-type: none">• Validar as experiências do casal decorrentes da implementação da técnica de acupressão durante o TP
--	---

2.2 Prática baseada na evidência

O avançar dos tempos e o desenvolvimento da ciência exigem a aquisição de novos conhecimentos, atitudes, condutas e novas formas de pensar e ser para a melhoria da prática de enfermagem, o que implica que a busca de atualização de conhecimentos para a melhoria dos cuidados seja sustentada pela evidência científica, ou seja, uma PBE.

Pedrolo, Danski, Mingorance, Lazzari, Méier & Crozeta (2009, p.760) definem a PBE por “uma metodologia para a prática clínica difundida entre os profissionais de saúde”, utilizando “evidências científicas, produzidas por estudos desenvolvidos com rigor metodológico, para tomada de decisões sobre as melhores condutas frente a cada caso”. Assim, esta metodologia implica “formulação de uma questão clínica, busca de evidências, avaliação crítica da evidência encontrada e tomada de decisão com base nessa evidência” (Pedrolo et al., 2009, p.760).

Para concretizar uma PBE, foi imperativo realizar o mapeamento da evidência científica existente sobre o uso da acupressão no conforto da mulher no 1.º estágio do TP. Para tal, foi realizada uma revisão scoping segundo o protocolo da JBI em Junho e Julho de 2017, atualizada em Março e Maio de 2018 e revista em Maio de 2019, partindo da seguinte questão: “**Como é que a utilização da Acupressão pode promover o conforto da mulher no 1º estágio de trabalho de parto?**”, com o objetivo de encontrar a evidência mais atual.

Sendo o objetivo desta revisão scoping conhecer como a acupressão pode contribuir para o conforto da mulher no primeiro estágio de TP, foi aplicada a mnemónica PCC com os seguintes termos: mulher (P-população), acupressão, conforto, primeiro estágio do trabalho de parto (C-conceito) e sala de partos (C-contexto).

A pesquisa foi realizada através da plataforma *EBSCO* e nas bases de dados *CINAHL* e *MedLine* por serem referência em evidência científica na área da saúde. Esta pesquisa foi realizada individualmente, sem limitadores, utilizando as palavras-

chave inseridas na mnemónica PCC associadas a termos naturais e indexados; posteriormente foram aplicados os descritores booleanos “AND” e “OR”.

Como critérios de inclusão, procurei estudos sobre a aplicação e efeitos da acupressão no primeiro estágio do TP, em idioma português e inglês e disponíveis em formato PDF.

Ao longo do processo de pesquisa fui confrontada com a falta de resultados quando definia um contexto, pelo que optei por excluir o mesmo. Assim, destas pesquisas resultaram 1 artigo sendo este o mesmo em ambas as bases de dados.

Quadro n.º 2 – Descritores da pesquisa

Mnemónica		CINAHL	MedLine
POPULAÇÃO	Mulheres em TP	<i>Parturient*</i> <i>Pregnant*</i> <i>Pregnant women*</i> <u>Indexados</u> (MH "Expectant Mothers")	<i>Parturient*</i> <i>Pregnant*</i> <i>Pregnant women*</i> <u>Indexados</u> (MH "Pregnant Women")
CONCEITO	Acupressão Conforto 1º estágio TP	<i>Acupressure</i> <i>Comfort</i> <i>Labor Pain</i> <u>Indexados</u> (MH "Acupressure") (MH "Comfort") (MH "Labor Pain") (MH "Labor Stage, First")	<i>Acupressure</i> <i>Comfort</i> <i>Labor Pain</i> <i>First stage labor</i> <u>Indexados</u> (MH "Acupressure") (MH "Labor Pain") (MH "Labor Stage, First")
CONTEXTO	-----	-----	-----

Dada a escassez de resultados, recorri também à *Cochrane Database of Systematic Reviews*, à *MedicLatina* e à *Academic Search Complete* mas sem resultados, pelo que realizei uma pesquisa pela literatura cinzenta com sucesso, extraindo 2 artigos pertinentes para a discussão dos resultados. A sua análise foi

realizada com base no instrumento de extração de dados da JBI que se encontra em Apêndice (Apêndice I).

Ação da acupressão sobre o alívio da dor em trabalho de parto

Com a análise dos artigos extraídos, conclui-se que a aplicação da acupressão nos pontos LI4 e BP6 são eficientes no controlo da dor na fase ativa do primeiro estágio do TP, apesar de que em cada estudo serem descritos tempos de pressão diferentes. Embora estes não especifiquem o momento de maior efeito terapêutico no controlo da dor, a acupressão mostrou ser um método eficiente, barato e de fácil aplicabilidade sem causar efeitos adversos à grávida e ao feto (Chung, Hung, Kuo & Huang, 2003; Dabiri & Shahi, 2014).

Dabiri & Shahi (2014) concluem também que, o uso da acupressão em LI4 foi significativamente eficiente na redução da intensidade da dor após a sua aplicação, referindo que a acupressão influencia positivamente na secreção de endorfinas importantes para o alívio da dor no TP.

Hamidzadeh, Shahpourian, Orak, Montazeri & Khosravi (2012) descrevem que, a diminuição da intensidade da dor verifica-se até cerca de 120 minutos após a aplicação da acupressão em LI4 simultaneamente em ambas as mãos.

Influência da acupressão na dinâmica uterina e na duração do trabalho de parto

Embora não sejam alvo de pesquisa, considere importante referir que em todos os estudos é analisada a influência da acupressão na dinâmica uterina e na duração do TP.

Chung et al. (2003) sugerem mais estudos, pois a acupressão não influenciou a dinâmica uterina, eventualmente por a monitorização fetal externa ser imprecisa e influenciada pelas posições adotadas pela grávida durante o TP. No entanto, conclui que o 1.º estágio do TP foi mais curto no grupo da acupressão em relação aos restantes grupos em estudo.

Hamidzadeh et al. (2012) relata que, o 1.º e o 2.º estádios do TP revelaram-se mais curtos no grupo da acupressão.

Todos os artigos analisados sugerem mais investigação sobre a eficiência da acupressão no TP por esta temática estar pouco explorada e por os estudos realizados serem escassos.

2.3 Prática reflexiva

A prática reflexiva pretende desenvolver o pensamento e a reflexão sistemática no cuidar em enfermagem, sendo por este meio que,

“o profissional pode aprender a reconhecer e aplicar regras e competências, raciocinar a partir do seu repertório de experiências, construir novas formas de compreensão e ação, mudar sua prática, reforçar sua autoconfiança e desenvolver sua autoestima, em um processo evolutivo contínuo” (Netto, Silva & Rua, 2018, p.3)

Para concretizar este processo reflexivo, foi adotado o Ciclo Reflexivo de Gibbs que, junto do estudante de enfermagem, procura “organizar e sistematizar o pensamento e traduzir, pela escrita, a experiência vivida e o que esta lhes permitiu e permitirá no futuro, em termos de intervenção terapêutica de enfermagem” (Pereira-Mendes, 2016, p.23) pelo que é composto por várias etapas: Descrição da situação, Sentimentos e Pensamentos, Avaliação, Análise, Conclusão e Planeamento da ação.

Ao longo do ER realizei Diários de Aprendizagem que, através da descrição e análise das situações vividas me ajudaram a compreender as emoções e as dificuldades sentidas, avaliar as decisões tomadas e conseqüentemente os resultados obtidos, etapas essenciais para o meu desenvolvimento neste ER - alguns destes registos são descritos no capítulo seguinte.

3. ANÁLISES DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) (2019), as competências especializadas comuns emergem do aprofundamento das competências já existentes enquanto enfermeiro(a) de cuidados gerais e que se revelam através da sua capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados suportados pela formação, investigação e assessoria, sendo transversal a qualquer área de especialização. Por outro lado, as competências especializadas específicas surgem dos cuidados definidos para cada área de especialidade com o objetivo de responder com maior eficiência e adequação às necessidades de saúde e doença dos indivíduos.

Considero que o aprofundamento das minhas competências gerais para alcançar as competências especializadas acontece mais intensamente no ER em contexto de SP onde tive a oportunidade de prestar cuidados especializados de enfermagem no âmbito da Obstetrícia, maioritadamente no período pré-natal, TP e pós-natal.

CONTEXTO DA SALA DE PARTOS

O ER decorreu numa maternidade integrada no Serviço Nacional de Saúde, sendo uma unidade constituinte de um dos Centros Hospitalares da Grande Lisboa, corresponde a uma unidade de saúde direcionada para a Área da Saúde da Mulher e da Criança, constituída por equipas multidisciplinares vocacionadas para a vigilância pré-natal e neonatal, pré-concepcional e ginecológica.

A população que recorre a esta unidade de saúde apresenta uma vasta multiculturalidade e ofereceu-me a oportunidade de prestar cuidados tanto a grávidas portuguesas como de outras nacionalidades e culturas (Índia, China, Bangladesh, Nepal, PALOP, etc.)

No período do TP preconiza-se que o EE ESMO preste, enquanto elemento integrante da família e sua comunidade, cuidados à mulher durante o TP, procurando oferecer ambiente promotor de um parto seguro e facilitador à adaptação do RN à vida extra-uterina (OE, 2019). No sentido de alcançar esta competência procurei acompanhar a grávida e família desde a sua admissão na SP até à alta hospitalar dada no Serviço de Puerpério, realizando visitas ao mesmo sempre que me era possível.

O SUOG divide-se em 2 pisos: integra a Triagem, Sala de Observações, SP e Berçário que funciona no Piso 0; no Piso 1 encontra-se o Bloco Operatório (SO) e respetivo Recobro e a Unidade de Recobro e Cuidados Intensivos. Recebe grávidas vindas da Consulta Externa, do Centro de Saúde, do domicílio por meio próprio ou ambulância ou por transferência de outras unidades de saúde. À chegada são triadas por um EE ESMO segundo uma Triagem de Manchester que se apoia no documento de triagem da MCEESMO, um guia orientador que pretende garantir “o atendimento com identificação adequada do nível de risco das utentes, e respetiva intervenção assistencial/terapêutica em tempo útil pelo EESMO” (OE, 2017, p.2), assim como “os encaminhamentos existentes para uma das valências de obstetrícia/ginecologia (alta/internamento ou transferência), tendo em atenção o Regulamento 127/2011 das competências específicas do EESMO” (OE, 2017, p.2).

No final deste ER tive a oportunidade de realizar 1 turno nesta valência para compreender como as grávidas e as utentes do foro ginecológico são avaliadas: realizei 3 triagens de Obstetrícia e 1 triagem de Ginecologia. De facto, pude compreender a importância de conseguir reunir os dados e as informações mais pertinentes e adequadas para a avaliação da situação de saúde de cada mulher com o objetivo de proporcionar os cuidados de enfermagem mais adequados à sua condição. Recolhi dados para a apreciação clínica da situação e realizei a cardiotocografia (CTG) (no caso das grávidas a partir do 2.º trimestre de gestação), reunindo a informação necessária para atribuir a adequada prioridade na triagem.

Nos casos de início de TP, estes eram identificados através das necessidades apresentadas pela grávida, após a avaliação da cervicometria e a realização do CTG. A competência do EE ESMO na identificação e monitorização do TP¹ apoia a decisão do internamento da grávida na SP que é efetivado pela equipa médica.

A SP apresenta 11 quartos, sendo que 3 estão desativados. Tratam-se de quartos pouco espaçosos e equipados com uma marquesa que se ajusta no momento do período expulsivo, um CTG e materiais adequados à assistência durante o TP e parto (material cirúrgico, soroterapia, dispositivos médicos, material de higiene pessoal, etc.). Também existe um berçário com duas mesas de reanimação neonatal e uma casa de banho com apenas um duche, recurso este que é utilizado pelas grávidas antes do internamento e pelas parturientes e puérperas internadas na SP,

¹ H3.2.1 – Identifica e monitoriza o TP (OE, 2019)

revelando-se um recurso em número insuficiente para responder às necessidades do SUOG.

Efetivado o internamento na SP, a parturiente é encaminhada até ao duche para gestão da dor (se for da sua preferência)^{2 3} e posteriormente para o quarto onde decorrerá todo o TP. Feito o acolhimento da parturiente na SP e respetiva unidade, informo quais os procedimentos a realizar solicitando o seu consentimento e monitorizo o bem-estar fetal (através do CTG)⁴ enquanto procuro conhecer quem é o convivente significativo que acompanhará a grávida ao longo do TP.

A SP concede o direito legal à parturiente de estar acompanhada por um convivente significativo ao longo do TP conforme descrito nos Artigos da Secção II da Lei 15/2014 de 21 de Março. No entanto, por questões de dinâmica de serviço e de garantia da privacidade das grávidas, o convivente significativo nomeado pela parturiente não pode ser substituído. Também não é permitida a permanência do convivente significativo nas situações de parto distócico (cesariana, extrações com ventosa ou forceps) dado que este tipo de partos são realizados no BO, o qual não apresenta condições físicas para a permanência do convivente significativo.

Foi bastante interessante testemunhar diversas situações em que a mulher opta por ser apoiada tanto pelo marido/namorado/pai do bebé enquanto convivente significativo, como também, por amigas, pela mãe, por outros familiares ou até mesmo vivenciar esta experiência sozinha mediante o seu desejo e sentimento de segurança⁵.

As novas recomendações da OMS (2018), descrevem que a avaliação do bem estar-fetal com CTG deve ser intermitente. Na SP onde decorreu este ER, é protocolo institucional a avaliação do bem estar-fetal com CTG contínuo, o que na minha opinião, foi condicionador para a progressão do TP, já que não permitiu a liberdade das parturiente e a adoção de posições não supinas no 2º estágio do TP.

Esta monitorização está conectada a um monitor central instalado no balcão de enfermagem que permite ao EE ESMO vigiar continuamente o CTG enquanto é proporcionada a privacidade ao casal que está dentro do quarto.

² H3.1.1 – atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantido intervenções de qualidade e risco controlado (OE, 2019)

³ H3.1.3 – concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção de conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (OE, 2019)

⁴ H3.2.1 – Identifica e monitoriza o TP (OE, 2019)

⁵ H3.1.4 - concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos (OE, 2019); Competência 3.a - Prestar cuidados a mulher no ambiente de parto à sua escolha, seguindo políticas e protocolos (ICM, 2018)

A liberdade de movimentos e posições no 1.º estágio do TP beneficia a progressão do TP através da ação física e fisiológica da verticalidade, da redução da dor, da qualidade das contrações uterinas e da circulação materno-fetal, aumentando a satisfação materna (Ferrão & Zagão, 2017), pelo que procurei saber junto da enfermeira orientadora se estava previsto a aquisição de telemetria para permitir mais autonomia e maior liberdade de movimentos às parturientes durante a monitorização contínua do bem-estar fetal, pelo que me foi explicado que tal situação já tinha sido equacionada e sugeria à chefia.

Ao longo deste estágio, fui estabelecendo uma relação terapêutica com a grávida e o seu convivente significativo para conhecer o seu plano de parto. O facto de não existir um documento redigido não invalida que se atenda ao desejo de como o casal pretende viver esta experiência, apoiando, desta forma, o processo de transição para a parentalidade⁶.

Durante este estágio verifica-se o maior investimento no controlo da dor da parturiente. Esta SP dispõe de métodos farmacológicos (analgesia endovenosa e locoregional) e não farmacológicos (hidroterapia em duche e bola de nascimento) para a gestão da dor do TP. Sendo o meu projeto a aplicação da acupressão para a promoção do conforto e gestão da dor, foi nesta fase que informei, promovi e apliquei a técnica cujos resultados serão apresentados no capítulo seguinte⁷.

Maioritariamente, as parturientes optam pelos métodos farmacológicos para gestão da dor do TP, nomeadamente, pela analgesia locoregional, a qual é realizada no início do TP.

A literacia em saúde define-se pelas “competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar informação para promover e manter uma boa saúde” (OMS, 1998, p.10), o que implica que os indivíduos detenham o conhecimento, a motivação e as competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde que os apoiem na tomada de decisões quotidianas sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde e na manutenção da sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida (DGS, 2019).

⁶ H3.1.1 – atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantido intervenções de qualidade e risco controlado (OE, 2019); H3.1.4 - concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos (OE, 2019)

⁷ H3.1.3 – concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção de conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (OE, 2019)

Compreendi junto dos casais que a sua tomada de decisão apoiava-se nas experiências anteriores, que foram positivas, pelas experiências partilhadas por familiares e pares como também pelo desconhecimento de outras alternativas nomeadamente as não farmacológicas, o que se tornou uma limitação ao empoderamento e à tomada de decisão. Assim, cabe ao EE ESMO assumir um papel importante na informação e esclarecimento do casal sobre os métodos oferecidos pela instituição para que exista uma decisão consciente e informada⁸.

O desafio surgiu com os casais que não falavam português e com os quais tive dificuldade em explicar os métodos de gestão da dor, essencialmente a analgesia epidural. Sendo frequente a assistência a mulheres de várias culturas nesta SP, existe um documento que descreve em que consiste a técnica, como é realizada, os seus riscos e benefícios e apresenta-se traduzido em várias línguas, sendo o Bengali o mais utilizado. Trata-se de um método facilitador à barreira linguística capaz de favorecer o conforto do casal e a sua vivência do TP.

Os poucos casais que frequentaram o Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade traziam consigo um plano de parto estruturado quanto às intervenções desejadas ao longo do TP e que eram facilmente concretizáveis. O desafio do EE ESMO com estes casais está no esclarecimento sobre a sua condução do TP e de que forma as suas convicções se adequam à realidade que está a ser vivenciada, sendo imprescindível esclarecer o casal que poderiam existir situações clínicas que se sobrepunham às suas expectativas – a mais recorrente foi a circular cervical apertada que impossibilitava a clampagem tardia do cordão e consequentemente a laqueação deste pela parturiente ou convivente significativo⁹.

Visto que a SP não apresenta nenhum sistema de telemetria, a liberdade de movimentos preconizada pela OMS (2018) mostrou-se limitada pela presença da CTG. Para contornar esta dificuldade, promovi o levante do leito, o uso da bola de nascimento e da alternância de posições na marquesa¹⁰ com o objetivo de proporcionar maior alívio da dor, recorrer cada vez menos à analgesia epidural, reduzir a alteração da frequência cardíaca fetal, diminuir o 1.º estágio do TP e aumentar os diâmetros pélvicos para facilitar a descida fetal (OE, 2013).

⁸ H3.1.3 – concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção de conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (OE, 2019)

⁹ H3.1.1 – atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantido intervenções de qualidade e risco controlado (OE, 2019)

¹⁰ Competência 3.a – Encorajar liberdade de movimentos e posições verticalizadas (ICM, 2018)

Recorri à avaliação da cervicometria apenas quando a parturiente referia aumento da dor e da pressão perineal com o objetivo de avaliar o colo e compreender a descida fetal, procurando realizar o mínimo de toques vaginais possíveis¹¹. Considero ter apresentado uma evolução favorável ao longo do ER.

O segundo estágio do TP denomina-se por período expulsivo e vai desde a dilatação completa até à expulsão fetal. Este depende da eficácia das contrações, do controlo algico, da componente física e emocional da parturiente, da posição adotada, da paridade, da condição fetal e do apoio da equipa de saúde (Fatia & Tinoco, 2016). Nesta fase as parturientes apresentavam-se ansiosas, verbalizando vontade de realizar esforços expulsivos. Aqui procurei apoiar e capacitar a parturiente nos esforços expulsivos, no controlo da sua respiração e conseqüentemente da sua ansiedade, sendo importante consciencializar o casal de que o nascimento não acontece imediatamente após a concretização da dilatação completa: pode ir até 3 horas no primeiro parto ou até 2 horas nos partos subsequentes¹² (OMS, 2018).

A presença do convivente significativo revelou-se uma mais-valia no apoio à parturiente. Henz, Medeiros & Salvadori (2017) afirmam que o pai, enquanto convivente significativo participante, torna a parturiente o foco de atendimento, fortalecendo os seus conhecimentos para a auxiliar, colocando-o numa posição ativa e não apenas como espectador. Motivado para promover à parturiente a melhor experiência de parto, o convivente significativo escutava atentamente as minhas instruções e continuamente reforçava as minhas orientações junto da grávida motivando-a com reforços positivos, tornando esta fase um verdadeiro trabalho em equipa. Pinto, Basile, Silva & Hoga (2003) descrevem, no seu estudo, que é perceptível junto dos pais, relatos de amadurecimento pessoal em relação ao valor da vida, à relação conjugal e sobretudo, sobre a valorização da mulher e da sua capacidade inerente em parir.

A OMS (2018) preconiza que a mulher seja livre na escolha e adoção da posição de parto que para si seja mais confortável salvaguardando sempre o bem-estar fetal, pelo que a verticalização torna os esforços expulsivos mais eficientes, entre outras vantagens. Infelizmente todos os partos realizados foram em posição de litotomia.

¹¹ H3.2.1 – Identifica e monitoriza o TP (OE, 2019)

¹² Competência 3.a – providenciar informação, apoio e encorajamento à mulher e apoiar as pessoas em todo o TP e parto (ICM, 2018)

Á medida que os esforços expulsivos eficazes faziam coroar a cabeça do RN, o meu principal objetivo foi proteger o períneo, diminuindo a ocorrência de lacerações sem recorrer à episiotomia de rotina¹³. Após a expulsão da cabeça, avaliei a presença de circulares do cordão umbilical, procedi ao desencravamento do ombro anterior e posterior e convidava a parturiente a participar da expulsão do feto, possibilitando o contato pele a pele imediato e a vinculação da tríade¹⁴. Promovi, sempre que possível, a clampagem tardia do cordão e ofereci a sua laqueação ao casal¹⁵.

Nas situações de parto distócico procurei acompanhar a parturiente até ao nascimento. O facto destes partos se realizarem fora do quarto onde a grávida sempre permaneceu, de ser acolhida por uma equipa que não tem acompanhado o seu TP e de estar perante a ausência do seu convivente significativo revelaram-se importantes fatores de stress, ansiedade e medo. Procurei dar continuidade à relação terapêutica desenvolvida e estar presente para enfatizar o apoio emocional com estratégias de capacitação, motivação e de redução do medo¹⁶.

Após o nascimento inicia-se o terceiro estágio do TP que termina com a dequitação (expulsão da placenta). O descolamento da placenta pode ocorrer alguns minutos após o parto, pelo que é importante a atitude expectante até aos sinais de descolamento. A exteriorização da placenta é facilitada com tração controlada do cordão quando necessária, conjugada com uma moderada pressão supra-púbica (Machado & Graça, 2017). Aprendi a avaliar corretamente a integridade da placenta e das membranas e a verificar o globo de segurança de Pinard com sucesso¹⁷; posteriormente procedi à perineorrafia sempre que necessário e na sua maioria em lacerações de grau I e II¹⁸.

Durante estas etapas promovi a transição para a parentalidade e a vinculação ao preservar a cumplicidade do casal, proporcionando também o contato pele a pele

¹³ Competência 3.b – orientar a mulher sobre o esforço expulsivo evitando a episiotomia de rotina (ICM, 2018)

¹⁴ H3.1.4 - concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos (OE, 2019); H3.2.6 – aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica (OE, 2019)

¹⁵ Competências 3.b – realiza a clampagem tardia do cordão; avalia o estado imediato do recém-nascido (ICM, 2018)

¹⁶ Competência 3.a – providenciar informação, apoio e encorajamento à mulher e apoiar as pessoas em todo o TP e parto (ICM, 2018)

¹⁷ Competência 3.b – dequitar a placenta e as membranas e inspeccionar a sua integridade

¹⁸ Competência 3.b – inspeccionar o trauma vaginal e perineal e suturar se necessário segundo políticas e protocolos

prolongado e a amamentação precoce e prevenindo a hipotermia neonatal¹⁹ (OMS, 2018).

O quarto estágio do TP dá-se após a dequitação sendo uma fase importante na vigilância do processo hemostático, prevenindo a ocorrência de complicações associadas, e na promoção da amamentação precoce. Considerei importante avaliar os conhecimentos existentes sobre a amamentação, esclarecer dúvidas e desmistificar algumas ideias adotando uma postura de disponibilidade, capacitação e motivação às puérperas²⁰.

Concretizei uma vigilância periódica das alterações físicas das puérperas: a permanência do globo de segurança de Pinard, a monitorização dos lóquios com observação e avaliação do períneo, a vigilância dos sinais vitais, a remoção do cateter epidural, a promoção da micção espontânea²¹. A componente emocional não é menos importante pelo que procurei estar desperta para as perturbações inesperadas quando a sua transição parental não corresponde às suas expectativas²². Realizei igualmente uma avaliação física do RN e realizei a prevenção hemorrágica protocolada²³.

Após a minha vigilância regular durante as 2 horas pós-parto procedi à transferência da puérpera e RN ao Serviço de Puerpério, transmitindo as ocorrências relevantes²⁴.

Não sendo possível a prestação de cuidados diretos durante todo o período de internamento hospitalar, estabeleci como objetivo desenvolver as minhas competências e assegurar a continuidade dos cuidados desde o início do TP até ao puerpério através de visitas ao serviço após a transferência para o internamento. O principal objetivo foi o estabelecimento de uma relação terapêutica firme com a família de forma a favorecer a sua transição à parentalidade. Assim, sempre que me foi possível, realizei visitas ao internamento para reavaliar fisicamente a puérpera e

¹⁹ H3.1.4 - concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos (OE, 2019); H3.1.5 – concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno; competência 3.b – Proporcionar contato pele a pele e ambiente quente (ICM, 2018)

²⁰ H3.3.1 - concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em TP, incluindo conviventes significativos (OE, 2019)

²¹ Competência 4.a – Realizar um exame físico focado para avaliar alterações mamárias e involução, monitorizar perda hemáticas e outras funções orgânicas (ICM, 2018)

²² H4.3.1 - concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos (OE, 2019)

²³ Competência 3.c – realizar a profilaxia neonatal por exemplo (...) doença hemorrágica de acordo com as políticas e directrizes (ICM, 2018)

²⁴ H3.3.6 – assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte (OE, 2019)

conhecer o processo de transição parental vivida pela família. Avaliei a perineorrafia e procurei complementar a educação para a saúde realizada pelos colegas quanto aos cuidados a ter e os sinais de alerta.

Todas as competências foram desenvolvidas ao longo da prestação de cuidados especializados a 70 parturientes e 59 RN (incluindo dos partos distócicos) com a realização de 51 partos, um dos quais foi um feto-morto, tendo realizado um parto pélvico em modo pés e o apoio emocional ao casal adequado ao luto vivido ao longo do TP e parto²⁵. Destaco esta experiência pela exigência das minhas emoções e comunicação verbal e não-verbal:

- “A grávida estava ansiosa, referindo ter passado por duas experiências anteriores de analgesia epidural que foram traumáticas pelo que implorava que eu não saísse do quarto e ficasse para a apoiar na técnica. (...) O procedimento foi rápido e eficaz, proporcionando um conforto físico importante tendo em conta todo o contexto emocionalmente carregado.”

- “Antes de chamar o marido ao quarto, Cristina (nome fictício) faz-me um pedido importante: “Por favor eu não quero ver a bebé depois de nascer mas gostava que a Sra. Enf.^a a visse e me dissesse, mediante a sua opinião, se o corpo está em condições para eu e o meu marido a vermos mais tarde” (sic). Senti uma enorme responsabilidade ao assumir este pedido, pois queria dar o máximo de mim para ajudar e apoiar o casal. E se a minha avaliação não fosse a correta? Que repercussões teria a minha decisão na vida destes pais? De que forma é que privar os pais de ver o feto poderia vir a ser uma causa de sofrimento a longo prazo? E se optasse por mostrar? Seria uma mais-valia para o seu processo de luto? Foi um dilema.”

- “Enquanto preparo a mesa, Cristina chora copiosamente e esconde a cara com o lençol dizendo que não quer ver, questiona Deus sobre o que teria feito para merecer aquele desfecho, porquê ela. Com tranquilidade, asseguro-lhe que o seu desejo será respeitado e que preciso da sua colaboração nos esforços expulsivos.”

- “Cristina continua a chorar e a questionar-se sobre o porquê... Questiona-se a si e a Deus, faz referência aos outros 2 filhos já adolescentes que “estavam tão felizes por receber uma irmã especial e agora estão tão tristes” (sic). O que havia a dizer a esta mulher? Qual poderia ser a palavra mágica que apagasse toda aquela

²⁵ H3.2.4 – avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o TP; H3.3.1 - concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em TP, incluindo conviventes significativos (OE, 2019)

tristeza e aquela vivência? Não havia nada que eu pudesse dizer que mudasse este sentimento. Limitei-me a olhar enquanto escutava e a ficar em silêncio engolindo dolorosamente tudo o que estava a ouvir.”

- “A SP detém um conjunto de caixas chamadas de Caixa da Memória para guardar a recordação do seu filho, com o objetivo de apoiar no processo de luto. No interior de cada caixa estão 4 postais: uma carta para ser escrita pelo pai e outra pela mãe, um cartão para registar os dados do bebé e outro onde é possível marcar as impressões digitais do seu pé e da sua mão. Sendo que nesta situação o casal não conheceu o feto e este não apresentava condições para aplicar a impressão digital, pensei que poderia ultrapassar a questão escolhendo a melhor imagem ecográfica que estava no processo clínico de Cristina e colocá-la na caixa. Foi com muito agrado e reconhecimento que o casal recebeu esta recordação.”

- “Apesar do sentimento de impotência que esta experiência me possa ter transmitido, procurei responder às necessidades do casal. O seu plano de parto estava definido: ter analgesia epidural, não existir outro acompanhamento da mulher para além da equipa de saúde e não ver o feto após o nascimento mas eventualmente conhecê-lo após a avaliação e os cuidados ao corpo pelo enfermeiro. Cumprir com todos os seus desejos.”

Esta experiência prevaleceu sobre as restantes pelo desafio em conseguir providenciar os cuidados adequados numa vivência que afeta negativamente a saúde da mulher e do RN no período pós-natal especificamente no luto em caso de morte fetal (OE, 2019), particularmente na comunicação verbal e não-verbal com o casal e na gestão das minhas emoções.

A comunicação segundo Braga & Silva (2007) define-se por um processo de compreensão e partilha de mensagens, enviadas e recebidas, que exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas, permitindo um crescimento pessoal enquanto seres humanos e a aquisição de conhecimentos, habilidades e princípios. Expressada sob a forma verbal e não-verbal, a comunicação revela-se um importante instrumento na construção da relação terapêutica por promover auto-estima, apoio, conforto, confiança, segurança e satisfação, preservando a dimensão biopsicossocial do cliente (Caron & Silva, 2002).

Com a comunicação surge a criação da relação terapêutica que Chalifour (2008) define como a interação entre o interveniente e o cliente para a busca e a satisfação de uma necessidade de ajuda em função dos objetivos a alcançar, adotando um determinado modo de estar e de fazer, ou seja, a relação terapêutica

cria-se em benefício do cliente para satisfazer as suas necessidades de saúde para que este compreenda e aceite melhor a sua situação, disponibilizando-se à mudança.

Neste caso de morte fetal, o confronto com as questões psicológicas e emocionais exerceram maior pressão do que propriamente os cuidados físicos e procedimentos interdependentes. Enquanto futura EE ESMO, esta vivência obrigou-me a deter empatia e a valorizar o sofrimento desta família, lutando para que as minhas emoções não interferissem nos meus cuidados e na minha tomada de decisão, correndo o risco de ferir a suscetibilidade da parturiente. O confronto em tomar uma decisão quanto à apresentação do feto ao casal foi de longe o maior desafio deste ER ao ser confrontada com a responsabilidade e a autonomia em decidir qual seria a melhor opção para o casal.

A OE (2001, p.13) assume que “os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”, pelo que refleti que a satisfação deste casal foi para além dos cuidados físicos à mulher e da vigilância do TP ao promover o conforto psicoemocional com uma abordagem empática e tranquila, evitando desenvolver conversas banais e dando primazia ao silêncio, ao toque e à privacidade.

Neste contexto, procurei enquanto futura EE ESMO promover o crescimento, o desenvolvimento e a maturidade do casal para ultrapassar o luto²⁶.

A partilha das experiências vivenciadas ao longo do ER com a enfermeira orientadora e a docente foram cruciais para compreender a minha prática e a gerir os meus receios de que poderia proporcionar mais e melhores cuidados; apoiaram-me na minha construção enquanto pessoa e futura EE ESMO.

3.1 O contributo da acupressão para o conforto da mulher durante o primeiro estágio do trabalho de parto

A teórica de Kolcaba define o conforto em Enfermagem como “(...) a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de stress em

²⁶ H4.3.7 – concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal (OE, 2019)

cuidados de saúde, nos contextos físico, “psicoespiritual”, sociocultural e ambiental” (Kolcaba, 1994, p.1178).

Para atingir os objectivos definidos para este ER tendo a teórica de Kolcaba como linha orientadora do cuidar, procurei identificar as necessidades de conforto das parturientes e seus conviventes significativos no seu contexto multidimensional e, através de um plano de cuidados, proporcionar as medidas de conforto adequadas à promoção de uma vivência saudável e positiva do TP. Isto implica que o EE ESMO seja detentor de competências autónomas adequadas para a gestão da dor, sendo capaz de oferecer todas as medidas de alívio que dispõe, farmacológicas e não farmacológicas, como a acupressão entre outras.

Após a pesquisa da evidência científica existente sobre uso da acupressão no TP senti a necessidade de procurar mais informação sobre esta prática em Portugal, conhecer melhor as técnicas e respetivos efeitos terapêuticos resultantes da estimulação dos pontos de acupressão mais eficientes na gestão da dor em TP e compreendi que existe um evidente investimento na área da acupuntura, ao contrário da acupressão.

Isto levou-me a recorrer ao Instituto de Medicina Tradicional para uma reunião com o acupuntor e formador Luis Lavado para compreender de que modo seria viável a adoção e a prática da acupressão na perspetiva de um acupuntor. Tive oportunidade de apresentar o meu projeto, os objetivos delineados e a informação reunida pela evidência científica. O acupuntor Luis Lavado mostrou-me quais os principais pontos de alívio de dor utilizados na acupuntura, confirmando o BP6 e o IG4 como acupontos utilizados particularmente no contexto de TP. Não tendo formação em acupuntura, o que interditava o uso de agulhas, fui aconselhada a recorrer a sementes de mostarda para aumentar a intensidade da pressão nos acupontos.

Compreendi que, a acupressão não é uma prática desenvolvida no seio da MTC e era imperativo procurar mais informação, assim como, realizar formação nesta temática. Em Junho de 2018, surgiu a oportunidade de participar na oficina “*Acupressão no Parto: A Medicina Tradicional Chinesa na ponta dos nossos dedos*” ministrado pela obstetrix e acupunturista Flavia Estevan dando-me a possibilidade de conhecer uma prática existente no Brasil, desenvolver os meus conhecimentos teorico-práticos e melhorar a minha confiança na aplicação da técnica, embora tardiamente, tendo em conta o calendário do ER. Não só conheci acupontos para gestão da dor do TP como também, conheci outros acupontos responsáveis pelo aumento da dinâmica uterina, dilatação cervical e rotação fetal.

Após alguma reflexão decidi recorrer apenas ao ponto IG4 pela sua eficiência comprovada cientificamente como também pela sua fácil localização.

Relembrando os critérios de seleção para a aplicação da acupressão, selecionei as parturientes que vivenciavam em casal o 1.º estágio do TP cuja gravidez tinha sido de baixo risco e que não tivessem sido submetidas a outros métodos de alívio de dor, pelo que obtive 3 casais.

No quadro n.º 3 caracterizo os fatores sociodemográficos dos casais abordados e sujeitos a acupressão.

Quadro nº 3 – Caracterização sociodemográfica dos casais sujeitos a acupressão

	<u>Elementos do casal</u>	<u>Idade</u>	<u>Situação na conjugalidade</u>	<u>Nacionalidade</u>	<u>Escolaridade</u>	<u>Profissão</u>
Casal 1	Grávida	23	União de facto	Portuguesa	11º ano	Desempregada
	Namorado	22		Portuguesa	12º ano	Chefe Cozinha
Casal 2	Grávida	37	Casados	Portuguesa	Licenciatura	Geóloga
	Marido	40		Portuguesa	Licenciatura	Designer web
Casal 3	Grávida	27	União de facto	Portuguesa	12º ano	Lojista
	Namorado	32		Portuguesa	12º ano	Mecânico

No quadro n.º 4 descrevo as grávidas quanto à sua idade gestacional (IG), o índice obstétrico (IO), a cervicometria que caracteriza a fase do 1.º estágio do TP e a classificação da grau de dor prévia à aplicação da acupressão através da VAS.

Quadro nº 4 – Caracterização clínica das parturientes sujeitas a acupressão

<u>Grávida</u>	<u>IG</u>	<u>IO</u>	<u>Cervicometria</u>	<u>Grau Dor prévia (VAS)</u>
1	40s+6d	0/0/1/0	7cm	10
2	38s	2/0/0/2	5cm	7
3	39s+1d	1/0/1/1	6cm	8

Reunidos os critérios de aplicabilidade, sucintamente expliquei o método da acupressão segundo a evidência científica e em que consistia o meu projeto, obtendo

verbalmente o consentimento dos casais que se mostraram disponíveis para a utilização da acupressão. Recorrendo às sementes de mostarda que fixei com a ajuda de fita adesiva, localizei o ponto IG4 e orientei sobre a pressão que devia ser exercida no acuponto pelo convivente significativo, bilateralmente e em 5 ciclos de 5 minutos com intervalos de 60 segundos entre eles. Validando que a técnica estava a ser aplicada corretamente, proporcionei um ambiente calmo e seguro respeitando a privacidade do casal e uma vivência a dois - conforto ambiental.

Passados 30 min da primeira abordagem, reavaliei a eficácia terapêutica da acupressão apoiada por um documento de registo de interação elaborado previamente por mim (Apêndice II). A acupressão revelou-se eficaz, não só na promoção do conforto físico da mulher mas também do conforto psicoespiritual do casal resultante do alívio físico da dor sentida pela parturiente e que gerou um estado de tranquilidade no casal.

Dodou, Rodrigues, Guerreiro, Guedes, Lago & Mesquita (2014) descrevem que o apoio físico promovido pelo convivente significativo oferecem conforto físico à mulher através do toque, da massagem, do segurar a mão, da motivação à parturiente, da deambulação e das mudanças de posição, reconhecendo-o como um apoio ativo e inclusivo nos cuidados à parturiente – assim o casal constrói uma vivência do TP mais tranquila e gratificante.

Para justificar os resultados obtidos, relato os principais testemunhos obtidos junto dos casais no quadro n.º 5.

Quadro n.º 5 – Testemunhos recolhidos após a aplicação da acupressão

	<u>Conforto físico</u>	<u>Conforto psicoespiritual</u>
Casal 1	<i>“Sim, a dor aliviou ligeiramente” - Parturiente no 1.º estágio do TP</i>	<i>“Sinto-me útil e esta experiência prova que gostamos um do outro” - Namorado “Atingiu as nossas expetativas” – Parturiente no 1.º estágio do TP</i>
Casal 2	<i>“Não senti um alívio significativo mas a dor também não piorou” - Parturiente no 1.º estágio do TP</i>	<i>“Está a ser muito importante poder ajudá-la a estar mais tranquila” - Marido</i>

		<i>“Partilhar esta experiência com ele foi muito importante” - Parturiente no 1.º estágio do TP</i>
Casal 3	<i>“Estou mais aliviada sim mas continuo com dores” - Parturiente no 1.º estágio do TP</i>	<i>“Estou mais calmo por vê-la mais calma e embora não tenha aliviado muito, ela está mais tranquila sem dúvida” – Namorado</i> <i>“Sem a presença e a ajuda dele acho que não aguentava” - Parturiente no 1.º estágio do TP</i>

Parece verificar-se assim uma eficácia terapêutica no alívio da dor física, salientando-se que os resultados se podem também atribuir à influência positiva do apoio emocional do seu convivente significativo tornando a experiência de conforto multidimensional.

Mais tarde, apesar dos resultados descritos, a dor física intensificou-se, a acupressão não correspondeu às necessidades das parturientes, pelo que estas optaram por recorrer à analgesia epidural, inviabilizando a continuidade da aplicação da acupressão.

3.2 O envolvimento do casal através de intervenções facilitadoras do conforto durante o primeiro estágio do trabalho de parto

Durante vários séculos, o parto foi um momento vivido pela mulher e pelos seus membros mais significativos (geralmente mulheres), que lhe prestavam apoio no parto. Era um evento fisiológico ocorrido em casa, experiência esta que se modificou com a evolução da Medicina, passando a ser controlada pelo médico e em ambiente hospitalar. Este apoio atempado e especializado ao parto trouxe diversos benefícios mas o processo interventivo e a interação constante e quase restrita com a equipa de saúde levou ao afastamento do acompanhamento familiar, provocando na mulher experiências angustiantes e de ansiedade durante o TP.

Motta & Crepaldi (2005, p.106) referem que a necessidade de acompanhamento e atenção, nesse momento, parte da compreensão de que “o parto

é um fenómeno de intensidade emocional e física, no qual os fatores fisiológicos, sociais, culturais e psicológicos interagem ao longo do trabalho de parto” e no qual “(...) a parturiente pode experimentar diversos sentimentos e sensações, tais como medo, angústia, alegria, tristeza e alívio de diferentes formas, desde a contenção até à expressão de sensações físicas e emocionais”, lidando “(...) consciente e inconscientemente com esses fatores, o que confere, em termos psíquicos, carácter individual e único a cada mulher e a cada parto”. Para ultrapassar estas questões, é importante responder às necessidades da parturiente em toda a sua dimensão biopsicossocial pelo que o convivente significativo ao longo desta experiência pode torná-la mais satisfatória e positiva. Oferecer um ambiente tranquilo e seguro, proporcionar o conforto físico com medidas de gestão da dor, integrar a presença do convivente significativo e satisfazer o seu plano de parto respeitando as crenças pessoais, sociais ou culturais são fatores indissociáveis à experiência positiva do nascimento de um filho.

Ao longo dos anos, a Legislação Portuguesa tem permitido o acompanhamento do futuro pai ou outro convivente significativo definido pela grávida ao longo do TP e parto, até que em 2016 este direito foi alargado ao contexto de cesariana exceto em situações clínicas que o inviabilizem, o que traduz que a participação do pai no nascimento do seu filho é um direito cívico e por isso é um elemento importante a ser incluído e orientado a participar ativamente ao longo do TP.

Dodou et al. (2014) valorizam a presença do convivente significativo enquanto diferencial do parto humanizado por proporcionar à parturiente inúmeros benefícios durante o TP, capacitando a mulher para um parto seguro e protegido.

Assim enquanto futura EE ESMO procurei compreender como a acupressão podia ser trabalhada em casal enquanto promotora de conforto, com o objetivo de contrariar a sensação de incompetência que muitos pais me têm confidencializado no meu contexto laboral, pois os cuidados de enfermagem pretendem atingir um resultado terapêutico que beneficie o bem-estar do cliente, sem se restringir apenas ao tratamento e à cura, através da ação interpessoal entre o(a) enfermeiro(a) enquanto cuidador e da pessoa ou grupo de pessoas beneficiárias dos cuidados (Hesbeen, 2000).

Holanda, Castro, Aquin, Pinheiro, Lopes & Martins (2018) relatam que o pai pode ser considerado o suporte ideal no TP devido à formação de vínculos e a representação de laços familiares por afirmar a sua paternidade e valorizar o seu papel enquanto progenitor.

O estudo realizado por Dodou et al. (2014) refere que estudos recentes evidenciam que

“a presença do acompanhante fornece o apoio emocional que a mulher necessita para vivenciar este momento, oferecendo conforto e encorajamento, o que permite reduzir os sentimentos de solidão, a ansiedade e os níveis de estresse causados pela vulnerabilidade da mulher e outros fatores, como desconforto durante o trabalho de parto, medo diante do que está por vir, ambiente não familiar e contato com pessoas desconhecidas” (Dodou et al, 2014, p.263)

Assim, os resultados terapêuticos da acupressão e os relatos obtidos levam-me a afirmar que a acupressão revelou-se uma intervenção facilitadora do conforto, não tanto pelo seu efeito terapêutico no alívio físico da dor, mas principalmente por promover o conforto psicoemocional do casal que permitiu alcançar os estados de alívio, tranquilidade e transcendência. Este conforto multidimensional permitiu que os casais vivenciassem uma experiência de TP mais calma, confiante e positiva.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O Código Deontológico dos Enfermeiros (2005), trata-se do documento que regulamenta a profissão de Enfermagem segundo princípios bioéticos que visam o crescimento e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, salvaguardando os direitos e deveres dos cidadãos. Segundo Costa & França (2018), o Princípio da Autonomia diz-nos que a pessoa tem o direito à informação simples, clara e verdadeira que possibilite a compreensão da mensagem e promova a autonomia da decisão sobre o que considera ser o melhor para si – consentimento informado. Por sua vez, o Princípio da Beneficência/Não-Maleficência está relacionado com o compromisso de avaliar o risco/benefício, privilegiando os benefícios para reduzir os riscos, abstendo-se de malícia que possa infligir danos ou riscos desnecessários no utente. O Princípio da Justiça obriga à prática de cuidados de saúde com base no que é moral, correto, adequado e devido. Por fim, o dever da vigilância incide sobre a atenção, a assistência e o acompanhamento do utente.

Seguindo os princípios bioéticos descritos, o EE ESMO apresenta a competência especializada do cuidar sob o dever de prestar cuidados que visam a capacitação e a autonomia do casal.

Tendo como referência o Livro de Bolso EE ESMO da OE (2015), ao longo deste Ensino Clínico compreendi a necessidade de desenvolver competências como:

- Conhecer a existência de plano de parto, estando este redigido ou não;
- Promover o Empowerment nas tomadas de decisão após a informação adequada sobre o cuidado a prestar promovendo a autonomia de decisão através do consentimento informado;
- Capacitar o casal mobilizando os seus conhecimentos adquiridos em CPNP ou experiências anteriores;
- Respeitar o corpo da mulher e o seu direito à privacidade;
- Oferecer a assistência de enfermagem adequada, segura e digna no decorrer do TP e parto, informando sobre a sua evolução e procedimentos mais adequados a realizar, respeitando as convicções e desejos do casal. Isto incluiu a avaliação da cervicometria, posicionamentos, administração endovenosa, o desejo da presença de determinados elementos no quarto (pai e profissionais de saúde), a necessidade de realizar episiotomia e perineorrafias, o desejo e o apoio na amamentação, orientação nos esforços expulsivos, entre outros.

Não menos importante, foi a consciencialização das limitações da minha

atuação especializada, assumindo a responsabilidade de recorrer a outros profissionais mais capacitados e competentes para a realização de procedimentos que extrapolam a minha competência enquanto futura EE ESMO com o objetivo de salvaguardar a vida e a segurança da parturiente e RN - verificaram-se principalmente nas situações que implicaram a realização de partos distócicos e nas perineorrafias.

Assim, considero ter adotado uma postura ética e profissionalmente responsável, protegendo e respeitando os direitos dos casais que cuidei no sentido de responder às suas necessidades e desejos para a vivência positiva do parto, com contributos para a transição para a parentalidade destes casais.

5. LIMITAÇÕES DO PROJETO

A principal limitação identificada verificou-se na existência de poucos estudos sobre a temática e conseqüentemente o número reduzido de artigos científicos sobre a mesma. Estes fatores foram desfavoráveis à implementação do projeto nos diversos ensinos clínicos e contribuíram para a minha insegurança na aplicação da acupressão.

West (2008) relata que o acuponto IG4 é utilizado na indução do TP quando fortemente estimulado e deve ser evitado ao longo da gravidez. Por este motivo, considerei seguro e responsável não aplicar esta prática noutros contextos de EC pelo risco de estimular prematuramente o início do TP.

A utilização de analgesia epidural revelou-se uma limitação ao projeto pois, sendo um critério de exclusão nas amostras dos estudos identificados, é uma prática recorrente na gestão da dor em TP no local onde desenvolvi o ER. Também a necessidade de implementar a acupressão privilegiando o envolvimento do casal durante o 1.º estágio do TP foi um fator limitativo para a obtenção de resultados válidos ao projeto, visto que as parturientes eram livres de se fazerem acompanhar por outras pessoas significativas.

Apesar das limitações identificadas, este projeto foi desafiante por conhecer, através da evidência científica, que a acupressão assim como a acupuntura é uma alternativa eficaz aos métodos farmacológicos de gestão da dor, sendo útil para as mulheres que recusam ou adiam o uso de analgésicos. Simkin & Bolding (2004) referem que a vigilância fetal extra e o apoio da anestesiologia não são necessários, os cuidados à mulher no TP são mais simples e que estamos perante uma técnica que é menos dispendiosa que a analgesia epidural.

Silva, Brito, Carvalho & Lopes (2016) concluem que é imperativo incluir a acupressão como estratégia coadjuvante para o bem-estar da grávida e, sendo o cuidar holístico o fundamento da enfermagem, a acupressão é uma prática ao alcance de qualquer enfermeiro(a) que, no contexto pré-natal, consegue responder às necessidades individuais de cada parturiente.

6. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA

A OMS (1996) incentiva a prática de métodos não farmacológicos e não invasivos para o alívio da dor durante o TP e a acupressão revelou-se “uma medida útil para o alívio da dor que pode ser facilmente implementada na prática clínica, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados à parturiente, favorecendo a evolução do TP” (Mafetoni & Shimo, 2016, p.7). A sua aplicabilidade não implica o uso de agulhas como a acupuntura pelo que não está associada a risco de infeção, sendo um método simples, seguro e de baixo custo sem descrição de efeitos colaterais para a grávida e feto (Mafetoni e Shimo, 2013).

Simkin & Bolding (2004) visionam a acupressão como uma técnica promissora mas que carece de mais atenção e investigação. No entanto, apesar da sua evidência científica, a aceitação desta prática deve respeitar a não-maleficiência e a preferência de cada mulher, o que implica adaptar o ambiente das SP, as políticas hospitalares, a formação e a prática dos seus profissionais para que promovam o conforto e a redução da dor no TP através do uso de métodos não farmacológicos eficientes assim como o empoderamento e uma experiência de parto satisfatória.

Dabiri & Shahi (2014) referem que para atingir as metas definidas pela OMS em reduzir o número de cesarianas e promover o parto seguro, os(as) enfermeiros(as) obstetras precisam ser formados para a prática de técnicas não farmacológicas como a acupressão pela sua aplicabilidade simples e segura.

Esta simplicidade e segurança tornam-se fatores facilitadores à participação dos pais na aplicação da técnica durante o TP, promovendo o envolvimento emocional do casal (quando presente), a vivência satisfatória do parto e a saudável transição para a parentalidade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) (2013) diz-nos que é da competência do(a) enfermeiro(a) a promoção da saúde e bem-estar durante o parto assim como a prestação de cuidados para alcançar resultados de excelência na assistência materna, o que implica uma prática com base na evidência atual que disponibilize opções benéficas a adotar durante o parto, entre as quais compreender os métodos farmacológicos e não farmacológicos existentes para a gestão da dor.

Os estudos encontrados apontam para a acupressão como um método não farmacológico simples, seguro e eficaz no alívio da dor em TP, nomeadamente no 1.º estágio. Contudo, para a sua aplicabilidade, segundo Dabiri & Shahi (2014), os(as) enfermeiros(as) especialistas precisam de treino para a sua prática e tal implica que as políticas hospitalares precisam de ser alteradas.

A dor no TP é um fator desestabilizador do equilíbrio multidimensional e do fluxo energético da mulher, podendo contribuir rapidamente para a vivência de uma experiência angustiante e traumatizante. O confronto com esta realidade ajudou-me a refletir sobre a necessidade da presença do pai, facilitando o seu direito de participar na vivência do nascimento do filho. Este apoio mostra-se eficaz e motiva o pai a ter uma participação ativa, fornecendo apoio físico e emocional à parturiente, e a vivenciar este acontecimento em família com contributos também à transição para a parentalidade. Sendo o toque uma forma de proporcionar o conforto físico, a técnica da acupressão foi utilizada como uma potencial via para promover a comunicação e o envolvimento emocional entre os dois elementos do casal num momento tão importante como o nascimento de um filho.

Considero que atingi os objetivos para este EC, designadamente: “desenvolver competências técnico-científicas e relacionais, como futura EE ESMO, para a promoção do conforto da mulher durante o 1.º estágio do TP através da acupressão”. Ao longo deste estágio consegui refletir criticamente sobre os cuidados prestados e respetivos resultados, evidenciando competências gerais e específicas como futura EE ESMO.

Procurei estar atenta às necessidades da mulher e inevitavelmente do casal, mobilizar as competências que promovessem o conforto e o respeito pela sua intimidade e autonomia, incentivar a sua auto-expressão e capacitar o casal a

participar ativamente no nascimento do seu filho/a, usufruindo de uma experiência positiva e memorável tirando partido dos benefícios medicinais da acupressão.

Conhecer a acupressão e comprovar os seus benefícios terapêuticos motivou-me a estudar e a desenvolver as minhas competências para utilizar esta técnica enquanto ferramenta de trabalho não só na gestão da dor, mas também para complementar os cuidados especializados ao longo do TP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorim, E. (2003). A integração das terapias complementares na prática de enfermagem. In J. Malta (Ed). *Terapias Naturais na prática de enfermagem* (pp.167-183). Coimbra: Edições Sinais Vitais
- APEO & FAME (2009). *Iniciativa parto normal* - Documento de consenso. Loures: Lusodidacta. 1-105
- Bastos, Z. (2005) - *Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica*. Lisboa:Permanyer Portugal. ISBN: 972-733-178-5
- Bismarck, J.A. (2003). Dor no trabalho de parto. In J.A. Bismarck. *Analgesia em Obstetrícia* (pp.2-6). Lisboa: Permanyer Portugal
- Braga, E. & Silva, M. (2007) – Comunicação competente – visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta**. 20 (4). 410-414
- Campiglia, H. (2017). *Domínio do yin: da fertilidade à maternidade; a mulher e suas fases segundo a medicina tradicional chinesa* (3ª ed.). São Paulo: Ícone
- Caron, O & Silva, I. (2002) – Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte de comunicação. *Revista Latino-am. Enfermagem*. 10 (4). 485-492
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-05-5
- Chung, U. L., Hung, L. C., Kuo, S. C., & Huang, C. L. (2003). Effects of LI4 and BL67 Acupressure on Labor Pain and Uterine Contractions in the First Stage of Labor. *Journal of Nursing Research*. 11(4). 251-259
- Dabiri, F. & Shahi, A. (2014). The Effect of LI4 Acupressure on Labor Pain Intensity and Duraton of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Oman Medical Journal*. 29(6). 425-429
- DGS (2018). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>

Dodou, H, Rodrigues, D., Guerreiro, E., Guedes, M., Lago, P. & Mesquita, N. (2014). A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepção das puérperas. *Escola Anna Nery*. 18 (2). 262-269. DOI: 10.5935/1414-8145.20140038

ESEL (2018). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações*. Disponível em: <https://www.esel.pt/sites/default/files/migrated-files/9347-GuiaOrientadorvs2018.pdf>

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

Fernandes, M.L. & Andrade, F.C.J. (2009). Analgesia de parto: bases anatómicas e fisiológicas. *Rev Med Minas Gerais*, 13 (3 Supl 1), 3-6

Ferrão, A. & Zagão, M. (2017). Liberdade de Movimentos e Posições no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. 3 (1), 886-900. Disponível em: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/179/270

Guerra, A. (2016). Analgesia e Anestesia em Obstetrícia. In Néné, M.; Marques, R. & Batista, M. (2016), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.425-431). Lisboa: Lidel

Hamidzadeh, A., Shahpourian, F., Orak, R., Montazeri, A. & Khosravi, A. (2012). Effects of LI4 Acupressure on Labor Pain in the First Stage of Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 57 (2). 133-138. DOI: 10.1111/j.1542-2011.2011.00138.x

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-11-8

Holanda, S., Castro, R., Aquin, P., Pinheiro, A., Lopes, L. & Martins, E. (2018). Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas

quanto ao apoio no parto. *Texto contexto - enferm.* 27 (2). 1-10. DOI: 10.1590/0104-070720180003800016

ICM (2019). *Essential Competencies for Midwifery Practice – 2018 update*. 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*. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>

Kimber, L., McNabb, M., McCourt, C., Haines, A., & Brocklehurst, P. (2008). Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomized placebo controlled trial. *Journal of Pain*, 12(4), 961-969

Kolcaba, K. Y. & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (11), 1301-1310

Kolcaba, K. Y. (1994) - A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (6), 1178-1184

Kolcaba, K. Y. (1995) - Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing*, 13 (2), 117-131

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Paractice: a vision for holistic health care and research*. Nova Iorque: Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-1663-7

Lei n.º 15/2014 (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º 57 de 21-03-2014), 2127-2131. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/571943>

Lowe, N. (1996). The Pain and Discomfort of Labor and Birth. *JOGNN*, 25, 82-92

Machado, M. H. & Graça, L. M. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M. Graça (Coord.) *Medicina Materno-Fetal* (pp.220- 228). Lisboa: Lidel

Mafetoni, R. & Shimo, A. (2016). Efeitos da acupressão sobre a dor no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 24(e2738), DOI: 10.1590/1518-8345.0739.2738

Mafetoni, R. & Shimo, A. (2013). O uso da acupressão para evolução do trabalho de parto e alívio da dor. *Cogitare Enferm.* 18(2). 365-371

Magro, C., Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2016). *Ameaça de parto Pré-termo e parto pré-termo*. In Néné, M.; Marques, R. & Batista, M. (2016), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.211-215). Lisboa: Lidel

Manica, J. (2018). *Anestesiologia*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed

MCEESMO-OE (2013). *Projecto Maternidade com qualidade*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

MCEESMO-OE (2015). *Projecto Maternidade com qualidade – Resultados 2014*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/MaternidadeComQualidade_Resultados2014.aspx

Motta, C. & Crepaldi, M. (2005). O pai no parto e apoio emocional – a perspetiva da parturiente. *Paidéia*. 15 (30). 105-118

Najafi, F., Jaafarpour, M., Sayehmiri K. & Khajavikhan, J. (2017). An Evaluation of Acupressure on the Sanyinjiao (SP6) and Hugo (LI4) Points on the Pain Severity and Length of Labor: A Systematic Review and Meta-analysis Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 23(1). 1-7. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_184_15

Netto, L., Silva, K. & Rua, M. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Escola Anna Nery*. 22 (1). 1-6. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309

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

- OE (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- OE (2013). *Influência da Posição de Parto na Mãe e no Recém-Nascido*. Lisboa: MCEESMO-OE
- OE (2015). *Livro de Bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/partejas*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.
- OE (2017). *Triagem Prioridades de Obstetrícia e Ginecologia por EESMO*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa
- OMS (2018) - *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO
- Pedrolo, E., Danski, M., Mingorance, P., Lazzari, L., Méier, M. & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enferm.* 14 (4). 760-763. DOI: 10.5380/ce.v14i4.16396
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare (Educare Electronic Journal)*. 20 (1). 1-23. Disponível em: <http://oaji.net/articles/2016/2279-1456774643.pdf>
- Pinto, C., Basile, A., Silva, S. & Hoga, L. (2003). O acompanhante no parto: atividades desenvolvidas e avaliação da experiência. *Rev. Min. Enf.* 7 (1). 41-47. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/782>
- Pivetta, A. (2015). *Ensino e aprendizagem sobre medicina tradicional chinesa e técnicas de acupressão como possibilidade de cuidado em saúde* (Dissertação de Mestrado). Disponível no Repositório Digital da UFSM: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/7442>
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - Circular Normativa n.º 9/DGCG. 2003-06-14. *A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5_sinal_vital.pdf

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – Parecer n.º 18/2011. 2011-CE. *Quais são as terapias alternativas que podem ser contempladas na prática de Enfermagem baseadas na CIPE?*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer18_2011CE_terapias%20alternativas%20contempladas_pratica_enfermagem_CIPE.pdf

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (n.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Regulamento n.º 391/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (n.º 85 de 05-04-2019), 13560 – 13565. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>

Rodrigues, S. (2016). Parto Distócico. In Néné, M.; Marques, R. & Batista, M. (2016), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (pp.382-387)*. Lisboa: Lidel

Sehhatie-Shafaie, F., Kazemzadeh, R. & Heshmat, R. (2013). The Effect of Acupressure on Sayinjiao and Hugo Points on Labor Pain in Nulliparous Women: A Randomized Trail. *Journal of Caring Sciences*. 2(2). 123-129

Silva, F., Brito, R., Carvalho, J. & Lopes, T. (2016). Uso da acupressão para minimizar desconfortos na gestação. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 37 (2). 1-7. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.02.54699

Simkin, P. & Bolding, A. (2004). Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 49 (6). 489-504. DOI: 10.1016/j.jmwh.2004.07.007

West, Z. (2008). *Acupuncture in Pregnancy and Childbirth*. (2ª ed.). Filadélfia: Churchill Livingstone.

WHO (1998). *Health promotion glossary*. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de participação na Oficina “Acupressão no Parto: A Medicina Tradicional Chinesa na ponta dos nossos dedos”



CERTIFICADO

Catarina Alexandra Oliveira Pereira Prudente

Participou da Oficina

“Acupressão no Parto: A Medicina

Tradicional Chinesa na ponta dos nossos dedos”,
no dia 26 de junho de 2018, com duração de 4 horas,
ministrado por Flavia Estevan.

Lisboa, 26 de Junho de 2018

Flavia Gonçalves Estevan

Obstetriz e Acupunturista

APÊNDICES

APÊNDICE I – Extração de dados dos estudos selecionados

Effects of LI4 and BL67 Acupressure on Labor Pain and Uterine Contractions on the First Stage of Labor

Revisor: Prudente, Catarina

Data: Março, 2018

Autores: Chung, UL; Hung, LC; Kuo, SC; Huang CL

Jornal: Journal of Nursing Research

Ano: 2013

Número: Vol. 11, N.º 4

Método de Estudo: Estudo randomizado controlado

Participantes

Cenário: *National Taipei College of Nursing Hospital, Tóquio, Japão*

População: grávidas que comuniquem em língua chinesa, gravidez unifetal e de baixo risco com idade gestacional entre as 37 e 42 semanas

Amostra: 127 grávidas

Intervenções: a preparação do estudo inicia-se com a formação de 5 parteiras em acupressão durante 2 semanas e a realização de protocolo orientador sobre a aplicação do método definindo o LI4 e o BL67 como acupontos de referência. Para a execução do estudo são definidos 3 grupos de grávidas: grupo de acupressão, grupo de toque leve e grupo de controlo. Ao grupo da acupressão são aplicados 5 ciclos em 1 min de 10 seg pressão (pressão exercida: 3-5 kg) com dedo polegar no ponto LI4 e com um lápis no ponto BL67 seguidos de 2 seg de repouso durante 5 min/ponto (total 20 min); ao grupo de toque leve é exercida massagem nos braços em ciclos de 10 min; ao grupo de controlo aplica-se o diálogo e a colheita de dados durante 20 min. Duas horas após o parto é feita uma reavaliação sobre a intensidade da dor através da Escala Analógica Visual (VAS).

Resultados do estudo: o grupo de acupressão não apresenta alterações significativas na intensidade da dor, isto é, verifica-se a redução da dor mas esta mantém-se constante após a aplicação da acupressão sendo eficaz no controlo e na redução da dor. Verifica-se também um aumento significativo na dilatação cervical após a intervenção. Os restantes grupos apresentam um aumento significativo da intensidade da dor após a intervenção.

Conclusões: O estudo sugere que a acupressão do ponto LI4 seja incluída como uma técnica não farmacológica fácil de aplicar e eficaz na dor intensa sem causar efeitos adversos para a mãe ou para o feto. Pode ser usada para reduzir a dor durante a fase ativa de TP em detrimento do uso de métodos farmacológicos.

Effects of LI4 Acupressure on Labor Pain in the First Stage of Labor

Revisor: Prudente, Catarina

Data: Março, 2018

Autores: Hamidzadeh, A.; Shahpourian, F.; Orak, R.J.; Montazeri, A.S.; Khosravi, A.

Jornal: Journal of Midwifery & Women's Health

Ano: 2012

Número: Vol. 57, N.º 2

Método de Estudo: Estudo randomizado controlado

Participantes

Cenário: Fatemiyeh Educational and Research Hospital, Shahroud, Irão

População: grávidas entre os 20 e os 40 anos de idade; entre 1.ª e 3.ª gravidez natural com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas; feto único cefálico e em posição anterior; com dilatação cervical entre os 3 e 5cm em TP espontâneo; com alfabetização de leitura e escrita; sem história de cesariana anterior; sem adição a estupefacientes; sem experiência em acupressão; sem lesões, sensibilidade ou irritação no acuponto LI4. São excluídas as mulheres que usufruíram de sedativos, tranquilizadores, analgésicos ou receberam a intervenção com oxitocina.

Amostra: 100 grávidas

Intervenções: são definidos 2 grupos de 50 grávidas em fase ativa do 1.º estágio de TP: grupo de acupressão e grupo de toque leve. Ao grupo da acupressão é aplicada a pressão em LI4 durante 20 min no período das contrações uterinas; o grupo de toque leve recebe apenas o toque sem massagem no mesmo acuponto. A dor no TP foi avaliada com recurso a um questionário estruturado a partir da Escala Analógica Visual (VAS) antes e imediatamente após a intervenção, sendo reavaliada 20 e 60 minutos após e posteriormente a cada hora.

Resultados do estudo: verificam-se diferenças significativas em relação ao score da dor no TP após a aplicação da acupressão; a duração da fase ativa do 1.º estágio e a duração do 2.º estágio de TP foram mais curtas no grupo da acupressão, pelo que as mulheres deste grupo referiram maior grau de satisfação.

Conclusões: a acupressão do LI4 foi eficiente na diminuição da intensidade da dor e da duração do TP. As participantes mostraram-se satisfeitas e não há registo de efeitos adversos.

Effects of LI4 Acupressure on Labor Pain Intensity and Duration of Labor: A Randomized Controlled Trial

Revisor: Prudente, Catarina

Data: Março, 2018

Autores: Dabiri, F.; Shahi, A.

Jornal: Oman Medical Journal

Ano: 2014

Número: Vol. 29, N.º 4

Método de Estudo: Estudo randomizado controlado

Participantes

Cenário: Dr. Shariati University Hospital, Bandar Abbas, Irão

População: grávidas entre as 37 e 42 semanas de gestação, gravidez de feto único, apresentação cefálica em TP espontâneo com 4-5 cm de dilatação cervical; sem história anterior de gravidez de alto risco, cesariana ou uso de narcóticos nas últimas 8 horas. Foram excluídas as grávidas sujeitas a cesariana de urgência e a intervenção com oxitocina ou farmacologia analgésica.

Amostra: 149 grávidas

Intervenções: são definidos 3 grupos de grávidas: grupo de acupressão, grupo de toque leve e grupo de controlo. Ao grupo da acupressão é aplicada a pressão em LI4 durante 1 min intercalada com 1 min de repouso em ciclos de 30 min no período das contrações uterinas; ao grupo de toque leve é exercido toque sem pressão no acuponto durante 30 min; ao grupo de controlo não é aplicada qualquer técnica de alívio de dor. A intensidade da dor é feita através da Escala Analógica Visual (VAS) antes e imediatamente após a aplicação da técnica, 30 minutos após e posteriormente após 1 hora.

Resultados do estudo: verificou-se uma eficiência considerável no controlo da dor no grupo de acupressão comparativamente ao grupo de toque leve, ao contrário do que se constatou quanto à duração do 1.º estágio do TP entre os 3 grupos.

Conclusões: o estudo conclui que a acupressão do ponto LI4 é um método eficiente, não invasivo e facilmente aplicável para a redução da dor no TP.

APÊNDICE II – Documento de Registo de Interação

DOCUMENTO DE REGISTO DE INTERAÇÃO

Idade Mãe: _____ Escolaridade/Profissão: _____

Idade Pai: _____ Escolaridade/Profissão: _____

Situação de conjugalidade: _____ IO: _____ IG: _____

Gravidez: Planeada/Não planeada Desejada/Não desejada Aceite/Não aceite

Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade: Não Sim

- Se sim, o pai esteve presente no curso? Não Sim

- Se sim, em que sessões participou?

- Se sim, foi abordada a temática sobre a promoção do conforto e alívio da dor?

Não Sim Plano de Parto: Não Sim Está redigido? _____Em múltiparas, os partos anteriores foram acompanhados pelo pai? Não Sim

- Se sim, qual foi a importância deste acompanhamento?

- Mãe: _____

- Pai: _____

Expetativas do acompanhamento do pai para este parto:

Mãe: _____

Pai: _____

Em múltiparas, foi aplicada alguma técnica de controlo da dor durante o trabalho de parto? Não Sim

- Se sim, que técnica foi aplicada?

- *Quem aplicou a técnica?*

- *A técnica foi eficaz no controlo da dor?* Não Sim

Conhecimento sobre a acupressão enquanto técnica de controlo da dor:

Mãe: Não Sim Pai: Não Sim

Expectativas quanto à aplicação e eficácia da acupressão enquanto técnica de gestão da dor:

Mãe: _____

Pai: _____

APLICAÇÃO DA ACUPRESSÃO NO 1.º ESTÁDIO DO TP

Cervicometria no momento da aplicação da acupressão: _____

VAS¹ antes da aplicação da acupressão:



Tolerância da mulher à aplicação da acupressão: Não Sim

Duração da aplicação da acupressão: _____

VAS¹ após da aplicação da acupressão:



Significado da aplicação da acupressão pelo pai:

Mãe: _____

Pai: _____

Casal: _____

Expectativas alcançadas quanto aplicação e eficácia da acupressão enquanto técnica de gestão da dor:

Mãe: Não Sim Superadas

Pai: Não Sim Superadas

Enquanto casal, adotariam a acupressão como técnica de controlo da dor numa próxima gravidez? Não Sim

¹ Escala Visual Analógica da Dor
