



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

A crioterapia na recuperação perineal no período pós-parto

Mónica Andreia Lemos Silva, nº 2355

Setembro, 2024



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

A crioterapia na recuperação perineal no período pós-parto

Mónica Andreia Lemos Silva, n.º 2355

Estágio com Relatório Final

7º Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia e 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Paula Nelas

Setembro, 2024

“O sucesso é a soma dos pequenos esforços, dia após dia.”

Robert Collier

Agradecimentos

À Professora Doutora Paula Nelas, pela motivação excepcional, exigência, partilha de conhecimentos e permanente disponibilidade que demonstrou ao longo destes dois anos.

Às equipas de enfermagem dos contextos de aprendizagem: Enfermeiros Tutores, pelo acompanhamento, carinho, acolhimento afetuoso e partilha de conhecimentos de excelência e disponibilidade na colaboração do meu processo de aprendizagem.

Às mulheres, casais e recém-nascidos, a quem prestei cuidados ao longo dos estágios, pela colaboração, permissão da minha intervenção e contributo para a formação profissional.

Às colegas de trabalho e chefia, pelo apoio, incentivo e compreensão na realização de trocas de turno, que permitiram a presença nas atividades letivas e frequência de estágio.

Ao meu marido André, o meu pilar, obrigada pela força transmitida, pela paciência e pelo amor demonstrado, especialmente por teres sido pai e mãe quando eu não pude estar presente. A verdadeira força de um casal está na resiliência que os une, superando juntos cada desafio e crescendo lado a lado em todas as circunstâncias.

À minha filha Lara, minha luz, apesar de todas as minhas ausências, espero que um dia te possas orgulhar de mim, nem sabes a força que me deste...

À minha família, por me ter incentivado neste percurso e ter compreendido todas as minhas faltas. Aos meus pais, que se revelaram fortes e lutadores perante todas as adversidades da vida, sem este exemplo, eu não teria conseguido.

A quem assistiu ao início deste percurso, mas que infelizmente agora não está...

A todos os que me acompanharam e sempre incentivaram, gratidão!

Resumo

Enquadramento: O presente documento constitui o relatório final de estágio, desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular “Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica”, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, do Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde. Na primeira parte, relativa à componente clínica, irão ser apresentados, segundo uma descrição crítico-reflexiva, os estágios realizados ao longo do ano, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 391/2019), e pelo plano curricular do curso. De referir que durante o estágio, foi possível planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem especializados, fundamentados na melhor evidência científica disponível. Na segunda parte, relativa à componente de investigação, o interesse pela temática investigada surgiu do interesse crescente na área da dor no puerpério e na aplicação da crioterapia como intervenção terapêutica, pelo que o tema explanado foi “A crioterapia na recuperação perineal no período pós-parto”.

Objetivos: Analisar crítica e reflexivamente as atividades desenvolvidas, os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas, baseadas nas competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EESMO), ao longo dos estágios constantes no plano formativo do curso e mapear o conhecimento sobre a utilização de crioterapia perineal, no pós-parto, para alívio da dor.

Métodos: Na elaboração deste relatório seguiu-se uma metodologia descritiva, com enquadramento crítico reflexivo, no que se refere às atividades desenvolvidas, tendo como linha orientadora os objetivos propostos para cada um dos estágios, sustentado no perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e os padrões de qualidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, assim como na melhor evidência científica. Na componente de investigação, foi desenvolvida uma Scoping Review, de acordo com o protocolo do Joanna Briggs Institute.

Resultados: No presente relatório é passível a verificação do desenvolvimento de competências comuns e específicas da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no contexto do mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Estamos certos de que as competências adquiridas e as reflexões efetuadas neste percurso contribuam para a formação de excelência nesta área de especialização. Em todo o processo formativo foi tida em consideração a prática segundo o código deontológico, inerente ao EESMO e a prática sustentada em evidência científica. A segunda parte do relatório, integra a componente de investigação e verificamos que, apesar da totalidade dos estudos selecionados na revisão, não apoiarem a utilização da crioterapia por não se verificar efeito analgésico, pela sua utilização na prática e pelo que é verbalizado pelas puérperas, podemos concluir que a aplicação de gelo é uma estratégia eficaz no alívio da dor. Conclui-se também, que 10 minutos de crioterapia foi suficiente para obter o efeito antiálgico.

Conclusões: O percurso formativo respeitou o preconizado pelo Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros e pela diretiva europeia 2005/36/CE de 7 de setembro, tendo todo ele sido sustentado em evidência científica. Com a finalização deste percurso, verifiquei que relativamente ao que é verbalizado e percebido pelas puérperas, aquando da aplicação de gelo é que existem melhorias relativamente ao desconforto, contudo na pesquisa pela melhor evidência, pude constatar que ainda existem algumas lacunas e que não necessários mais estudos na área. O EESMO desempenha um papel crucial no acompanhamento da mulher na recuperação pós-parto, proporcionando cuidados personalizados e de alta qualidade, empoderando a mulher relativamente ao autocuidado, facilitando uma melhor recuperação, promotora para uma parentalidade segura e positiva.

Palavras-chave: crioterapia; gestão da dor; pós-parto; períneo; puérpera

Abstract

Background: This document is the final internship report, developed within the scope of the Curricular Unit 'Internship with Final Report: Maternal Health, Obstetrics and Gynaecology Nursing', part of the Master's Degree Course in Maternal Health, Obstetrics and Gynaecology Nursing at the Polytechnic Institute of Viseu - School of Health. In the first part, concerning the clinical component, the internships carried out throughout the year, as recommended by the Order of Nurses (Regulation 391/2019) and the course curriculum, will be presented in a critical-reflective manner. It should be noted that during the internship, it was possible to plan, execute and evaluate specialised nursing care, based on the best available scientific evidence. In the second part, relating to the research component, the interest in the topic investigated arose from the growing interest in the area of pain in the puerperium and the application of cryotherapy as a therapeutic intervention, so the theme explained was 'Cryotherapy in perineal recovery in the postpartum period'.

Objectives: To critically and reflectively analyse the activities carried out, the knowledge acquired and the skills developed, based on the general and specific competences of the Specialist Nurse in Maternal, Obstetric and Gynaecological Health Nursing (EMOHN), throughout the internships included in the course's training plan and to map knowledge about the use of perineal cryotherapy in the postpartum period for pain relief.

Methods: This report was written using a descriptive methodology, with a critical and reflective framework for the activities carried out, based on the objectives proposed for each of the internships, supported by the competency profile of the Nurse Specialising in Maternal and Obstetric Health Nursing and the quality standards in Maternal and Obstetric Health Nursing, as well as the best scientific evidence. In the research component, a Scoping Review was developed, according to the Joanna Briggs Institute protocol.

Results: This report verifies the development of common and specific competences in Maternal and Obstetric Health Nursing in the context of the Master's programme in Maternal and Obstetric Health Nursing. We are sure that the competences acquired and the reflections made along the way will contribute to excellent training in this area of specialisation. Throughout the training process, practice according to the code of ethics inherent to the EESMO and practice based on scientific evidence were taken into account. The second part of the report includes the research component and we found that, although all the studies selected in the review do not support the use of cryotherapy because there is no analgesic effect, due to its use in practice and what is said by the puerperae, we can conclude that the application of ice is an effective strategy for pain relief. We can also conclude that 10 minutes of cryotherapy was enough to achieve the anti-algesic effect.

Conclusions: The training course complied with Regulation 391/2019 of the Order of Nurses and European Directive 2005/36/EC of 7 September, all of which was supported by scientific evidence. At the end of this journey, I realised that, in terms of what is verbalised and perceived by the puerperal women when ice is applied, there are improvements in terms of discomfort, but in the search for the best evidence, I was able to see that there are still some gaps and that more studies in the area are not necessary. The EESMO plays a crucial role in accompanying women in postpartum recovery, providing personalised, high-quality care, empowering women in terms of self-care, facilitating better recovery and promoting safe and positive parenting.

Keywords: cryotherapy; pain management; postpartum; perineum; puerperal women

Sumário

| | |
|--|-----|
| Lista de Tabelas..... | 13 |
| Lista de Figuras | 15 |
| Lista de Abreviaturas | 17 |
| Introdução | 19 |
| Parte I – Relatório de Componente Clínica | 23 |
| 1- Relatório de Componente Clínica | 25 |
| 2- Desenvolvimento de Competências comuns do Enfermeiro Especialista | 29 |
| 3- Desenvolvimento das competências específicas do EEESMO | 31 |
| 3.1- Desenvolvimento de Competências Específicas na área de Sala de Parto..... | 32 |
| 3.2- Desenvolvimento de Competências Específicas na área de Puerpério..... | 45 |
| 3.3- Desenvolvimento de Competências Específicas na área de Ginecologia | 54 |
| 3.4- Desenvolvimento de Competências Específicas na área da Patologia Materno-Fetal .. | 57 |
| 3.5- Desenvolvimento de Competências Específicas na área da Promoção da Saúde da Mulher..... | 65 |
| Considerações Finais | 71 |
| Parte II – Componente de Investigação | 73 |
| 1- Fundamentação Teórica/ Introdução | 79 |
| 2- Metodologia | 83 |
| 2.1- Critérios de Inclusão | 84 |
| 2.2- Critérios de Exclusão | 84 |
| 2.3- Estratégia de pesquisa | 85 |
| 2.4- Seleção dos estudos | 85 |
| 3- Resultados | 87 |
| 4- Discussão dos resultados | 91 |
| 5- Implicações para a prática clínica | 97 |
| Conclusões | 99 |
| Referências Bibliográficas | 101 |

Lista de Tabelas

| | Pág. |
|--|-------------|
| Tabela 1 Índice de Bishop | 37 |
| Tabela 2 Formulação PCC | 84 |
| Tabela 3 Critérios de inclusão e exclusão | 84 |
| Tabela 4 Estratégia de pesquisa nas bases de dados científicas | 85 |
| Tabela 5 Análise e apresentação de dados e evidências | 87 |

Lista de Figuras

| | Pág. |
|-------------------------------|-------------|
| Figura 1 Diagrama PRISMA | 86 |

Lista de Abreviaturas

| | |
|-----------|---|
| ACOG | <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> |
| ACEESMO | Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia |
| APA | <i>American Psychological Association</i> |
| APPT | Ameaça de Parto Pré-Termo |
| AVD | Atividade de Vida Diária |
| CHTV, EPE | Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE |
| CMESMOG | Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia |
| CPLESMOG | Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica |
| CTG | Cardiotocografia |
| DGS | Direção Geral de Saúde |
| DPPNI | Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida |
| EESMO | Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica |
| EEESMO | Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica |
| EFNT | Estado Fetal Não Tranquilizador |
| EV | Endovenoso |
| FCF | Frequência Cardíaca Fetal |
| GSP | Globo de Segurança de Pinard |
| IPV-ESSV | Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu |
| IMG | Interrupção Médica da Gravidez |
| OE | Ordem dos Enfermeiros |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| RN | Recém-Nascido |
| TP | Trabalho de Parto |
| ULSG-HSM | Unidade Local de Saúde da Guarda – Hospital Sousa Martins |
| UMF | Unidade de Medicina Fetal |
| USF | Unidade de Saúde Familiar |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |

Introdução

A realização deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final, em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, inserida no 7º Curso de Mestrado e 12º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viseu (ESSV-IPV). É um documento de reflexão e análise das atividades desenvolvidas em contexto de ensino clínico, para a obtenção de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO).

Para a obtenção do título de enfermeiro especialista, é necessária a aquisição de três tipos de competências: as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº. 140/2019), as competências específicas do enfermeiro especialista em ESMO (Regulamento n.º 391/2019), estas reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e, para além destas, também é necessário desenvolver competências académicas para a obtenção do grau de mestre (Decreto-Lei nº. 65/2018). Estas competências envolvem a aquisição de novos conhecimentos e mais profundos para a resolução dos problemas nos contextos mais complexos e multidisciplinares; a aplicação dos mesmos em investigação e desenvolvimento de novas aplicações ou ferramentas e comunicação desses mesmos resultados à comunidade científica e da sua área de especialização; a capacidade de atuação e reflexão sobre questões de responsabilidade ética e social e para uma aprendizagem contínua e autónoma ao longo da carreira (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

O relatório encontra-se estruturado em duas partes. Da primeira parte, constam as atividades desenvolvidas na componente clínica: caracterização dos contextos onde decorreram os diferentes estágios e reflexão das atividades desenvolvidas nos mesmos, tendo por base as competências específicas e comuns do enfermeiro especialista ESMO e segundo a prática baseada na evidência. A segunda parte é constituída pela componente de investigação, com o desenvolvimento de um estudo pertinente para a prática do enfermeiro especialista em ESMO.

No que diz respeito à seleção da componente investigativa, foi desenvolvida uma *Scoping Review*, de acordo com o protocolo do *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2020), uma vez que esta permite o encontro da melhor evidência científica e, portanto, dos melhores e mais atuais contributos para a prática do EEESMO, no seu contexto profissional.

Desta forma, foi formulada a questão: população, contexto e conceito (PCC) “Qual a eficácia da crioterapia na gestão da dor perineal no pós-parto?”. Deste modo, desenvolveu-se uma investigação com o tema: “A Crioterapia na recuperação perineal no período pós-parto” – *Scoping Review*, com o objetivo de mapear o conhecimento centrado na utilização da

crioterapia na recuperação do períneo, após parto por via vaginal. Esta investigação visa apresentar contributos e mais valias para a prática clínica na atividade EEESMO.

A escolha por esta temática preconiza com o percurso profissional, enquanto enfermeira na área do puerpério, pois em toda a trajetória laboral acompanham-se mulheres no período de pós-parto. Após pesquisas bibliográficas na literatura cinzenta, verificou-se uma lacuna de informação e considerou-se ser um tema apropriado e com relevância.

O trauma perineal relacionado com o parto vaginal, caracteriza-se pela presença de episiotomia, laceração ou ambos. Trata-se de um problema comum que afeta sobretudo primíparas (Leeman et al., 2009; Silva et al., 2012).

O período puerperal, para além da transição para a parentalidade, implica inúmeras alterações e adaptações, físicas e psicológicas na puérpera, sendo que a presença de algia gera dificuldades para o exercício da maternidade e ao desenvolvimento das AVD's, como o autocuidado, a amamentação e o cuidado ao RN, além de interferir no ciclo de sono, no repouso, na movimentação, na eliminação intestinal e vesical e no apetite da puérpera. Essas dificuldades podem causar importantes problemas físicos, psicológicos e emocionais que colaboram para experiências negativas de parto (Siyuan, et. al., 2020).

O EESMO desempenha um papel crucial no acompanhamento da mulher na recuperação pós-parto, proporcionando cuidados personalizados e de alta qualidade.

De acordo com o planeamento da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, foram definidos os seguintes objetivos gerais para este relatório:

- Analisar as intervenções de enfermagem desenvolvidas ao longo do estágio, nas diferentes áreas de prestação de cuidados especializados, para a aquisição de competências comuns e específicas de EEESMO, reforçando a minha capacidade de análise crítica e reflexiva, no processo de aprendizagem, de acordo com as melhores evidências científicas;
- Apresentar os resultados encontrados na pesquisa pela melhor evidência científica, com o mapeamento do conhecimento sobre o contributo da crioterapia na recuperação perineal.

O trabalho foi elaborado de acordo com o Guia orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Enfermagem em Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, 12º Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CPLESMO) e 7º CMESMOG, e o Guia Orientador de Trabalhos Escritos, do IPV-ESSV. Está estruturado em dois capítulos principais, iniciando-se pela presente introdução. O primeiro capítulo refere-se

à análise do contexto clínico onde foi realizado o estágio. De seguida, surge uma descrição reflexiva sobre o processo de mobilização de competências comuns dos EEESMO. Posteriormente, apresenta-se o segundo capítulo, fazendo deste, parte integrante, a componente de investigação, sobre a Crioterapia na recuperação perineal e gestão da dor no pós-parto. Concluindo-se com as considerações finais e implicações para a prática clínica, e referências bibliográficas.

Parte I – Relatório de Componente Clínica

1- Relatório de Componente Clínica

A Unidade Curricular, Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, do ano letivo 2023/2024 (2º ano), do 12º CPLEESMO e do 7º CMESMOG, do IPV-ESSV, dá resposta às diretivas europeias relativas ao reconhecimento das qualificações profissionais do EEESMO, publicada na Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho das Comunidades Europeias de 7 de setembro e transposta para o direito nacional na Lei n.º 9/2009 de 4 de março e sucessivas alterações, sendo a última a Lei n.º 26/2017 de 30 de maio (Portugal, Lei n.º 26/2017).

O estágio realizado teve como objetivo fundamental adquirir, aperfeiçoar e consolidar competências comuns aos Enfermeiros Especialistas (descritas no regulamento n.º 140/2019, publicado em Diário da República, 2.ª série - N.º 26, de 6 de fevereiro de 2019) e Específicas dos EEESMO (descritas no regulamento n.º 391/2019, publicado em Diário da República, 2ª série - n.º 85, de 3 de maio de 2019). A abordagem deste Relatório Final tem carácter crítico e reflexivo, tendo como objetivos descrever e analisar criticamente as competências adquiridas e desenvolvidas, nas diferentes áreas de intervenção da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, em que o estágio decorreu, assim como desenvolver uma investigação subordinada ao tema “A Crioterapia na recuperação perineal no período pós-parto” – *Scoping Review*, cujo objetivo é mapear o conhecimento na utilização da crioterapia na recuperação do períneo após parto por via vaginal. Esta investigação visa contribuir para uma prática baseada na evidência científica, neste caso, numa prática de atividade do EEESMO.

A unidade curricular teve um total de 864 horas de contacto, com uma carga horária semanal de 24 horas, e uma duração de 36 semanas, de acordo com a seguinte distribuição: 18 semanas em Enfermagem em Sala de Partos, 5 semanas em Enfermagem em Puerpério, 3 semanas em Enfermagem em Ginecologia, 5 semanas em Enfermagem em Patologia da Gravidez e 5 semanas em Enfermagem em Promoção da Saúde da Mulher. Este estágio decorreu em distintos contextos de aprendizagem, todos eles em meio hospitalar, exceto a área de intervenção Promoção de Saúde da Mulher, que foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF).

A centralidade dos estudantes no processo de ensino-aprendizagem é fundamental, especialmente na formação em enfermagem especializada, onde a prática e a teoria devem estar intrinsecamente ligadas. Ao promover um ambiente que estimule a participação ativa dos estudantes, fomentamos não apenas a absorção de conteúdos, mas também o desenvolvimento de habilidades essenciais, como o pensamento crítico e a capacidade de reflexão.

A educação em enfermagem deve ser um espaço onde o conhecimento teórico não é visto como um fim em si mesmo, mas como um alicerce que sustenta a prática clínica. Ao relacionar a teoria com experiências vivenciadas, o estudante tem a oportunidade de refletir sobre suas ações e decisões, desenvolvendo uma compreensão mais profunda das situações que enfrenta, contribuindo para a construção da identidade profissional. A prática clínica proporciona um contexto rico para a aplicação do conhecimento teórico, permitindo que os estudantes experimentem e testem as suas habilidades em situações reais. Essa articulação entre a experiência clínica e a experiência pessoal é crucial, pois cada interação permite lições valiosas que podem ser refletidas e integradas ao conhecimento existente (Rabiais e Amendoeira, 2014).

Além disso, essa abordagem centrada no estudante, promove um ambiente de aprendizagem significativa, onde cada indivíduo é encorajado a ser proativo na sua formação. Assim, os estudantes desenvolvem a autonomia necessária para encontrar soluções e tomar decisões informadas, habilidades que são indispensáveis à prática de enfermagem. Portanto, ao enfatizar a importância da reflexão e da experiência na formação em enfermagem, o estudante prepara-se não apenas para ser um profissional especializado competente, mas também para se tornar pensador crítico, capaz de enfrentar os desafios da profissão com confiança e responsabilidade. Essa formação integral é essencial para a construção de uma prática de enfermagem ética, eficaz e centrada no cliente (Rabiais e Amendoeira, 2014).

Perante isso, de acordo com o ponto 5.1 do anexo II da Lei n.º 9/2009 de 4 de março, consideram-se objetivos de aprendizagem a alcançar, a execução das seguintes experiências mínimas:

- Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;
- Vigilância e prestação de cuidados a, pelo menos, 40 mulheres em trabalho de parto;
- Realização pelo estudante de pelo menos 40 partos, quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o estudante participar, para além daqueles, em mais de 20 partos;
- Participação ativa em partos de apresentação pélvica, em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura, que incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos. A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e lacerações simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada;
- Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;

- Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais;
- Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo os nascidos antes do tempo e depois do tempo, bem como os de peso inferior ao normal e doentes;
- Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia.

A prática de cuidados durante o estágio, foi baseada na Teoria das Transições de Afaf Meleis, estrutura importante para a prática de enfermagem, especialmente no contexto da maternidade. Segundo Meleis (2012), as transições são períodos de mudanças que podem ser previstos ou inesperados, voluntários ou involuntários, e podem afetar o indivíduo em diferentes níveis – físico, emocional, psicológico e social. Essas transições são inerentes à condição humana e desempenham um papel significativo na forma como as pessoas se adaptam a novas realidades.

A teoria das transições de Afaf Meleis visa exatamente compreender o desenvolvimento humano diante de mudanças, sejam elas previsíveis ou não. Segundo essa teoria, as transições são momentos de transformação significativa na vida de um indivíduo, que podem ser desencadeadas por eventos diversos, como alterações no estado de saúde, mudanças nos papéis sociais, marcos na vida pessoal, entre outros. Meleis (2012), propõe que essas transições têm uma estrutura comum, composta por fases que incluem a antecipação, a experiência da transição e a adaptação ao novo estado. Durante essas fases, os indivíduos passam por processos de reorganização pessoal e social que podem ter impactos profundos em seu bem-estar físico, emocional e mental. Assim, pretende-se compreender as suas respostas a situações de stress.

No contexto da maternidade, essas transições podem incluir desde a descoberta da gravidez, as alterações corporais inerentes ao processo, o nascimento do bebê, até a adaptação ao novo papel de mãe e às novas dinâmicas familiares que surgem com a chegada de um filho. O casal também vivencia as suas próprias transições, como o ajuste à parentalidade e as mudanças inevitáveis na relação conjugal.

A teoria de Meleis sugere que, ao entender a estrutura dessas transições, o EEESMO, pode intervir de maneira mais eficaz para facilitar a adaptação dos indivíduos e das famílias às novas situações. Isso envolve compreender as fases da transição, identificar os fatores que podem facilitar ou dificultar essa adaptação e oferecer suporte adequado durante todo o processo. Na prática, isso significa que o EEESMO deve ser capaz de reconhecer os sinais de que uma transição está a ocorrer, compreender as necessidades específicas da mulher e

do casal, intervir de forma a minimizar as preocupações inerentes ao processo de transição e promover o bem-estar durante essa fase de mudança. Ao centrar o cuidado na teoria de Meleis, o EEESMO desempenha um papel crucial no apoio à mulher e ao casal, adotando uma visão holística e criando uma relação de parceria com os clientes, ajudando-os a idades da transição para a parentalidade, de forma mais tranquila e

2- Desenvolvimento de Competências comuns do Enfermeiro Especialista

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, p.4745) visa que o enfermeiro especialista possua um “conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção”. Prevê também que, o enfermeiro EESMO seja responsável pelo exercício nas diversas áreas de atuação da saúde da mulher, sobretudo no planeamento familiar, nos períodos preconcecional e pré-natal, durante o trabalho de parto, nos períodos pós-natal, climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, sendo que cuida o grupo-alvo: mulheres em idade fértil (Regulamento nº 391/2019).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019a), o Enfermeiro Especialista “é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstraram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão”.

Em concordância com o Regulamento nº 391/2019, o enfermeiro EESMO, no seu exercício profissional, adota intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, percebidas como aquelas em que estão abrangidos processos fisiológicos e em circunstâncias normais do ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas os contextos de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão subentendidos processos patológicos e decursos de vida disfuncionais do ciclo reprodutivo da mulher.

Em relação aos comportamentos de responsabilidade profissional, ética e legal, posso afirmar que foi sempre meu cuidado responder pelas minhas ações, aceitar a responsabilidade das minhas práticas e intervenções realizadas, consciencialização e reconhecimento dos limites das minhas competências como estudante, manter o sigilo profissional, ser assídua e pontual e assumir uma postura que honrasse a imagem das instituições que representava, bem como da profissão de enfermagem. Assim, desenvolvi um exercício profissional baseado no código deontológico da OE. Com base no Regulamento de Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESMO, para o processo da gestão de cuidados, foi essencial implementar métodos de organização de trabalho, utilizar os recursos de forma eficiente para a promoção da qualidade de cuidados, aceitar e reconhecer que todos os elementos da equipa possuem papéis distintos e interdependentes, bem como, promover um ambiente positivo e favorável, com privacidade e dignidade na prestação de cuidados à mulher/casal e recém-nascido.

Segundo a OE (2005a), o enfermeiro é o responsável pela humanização dos cuidados e por isso, assume o dever de criar um ambiente favorável ao desenvolvimento das potencialidades de cada ser humano, dentro do seu timing. Assim, foi-me permitido promover a literacia em saúde através da realização de ensinamentos, esclarecimento de dúvidas, capacitando assim as clientes para a resolução de problemas e tomada de decisões, fomentando um ambiente de respeito na escolha e autodeterminação das utentes, considerando sempre a importância do consentimento informado e esclarecido.

Prestei cuidados baseando-me no respeito pelas suas expectativas e desejos, respeitando sempre a sua vontade, promovendo a sua privacidade e mantendo a confidencialidade, como referido pela WHO (2020). Desenvolvi a minha prática clínica de modo a proporcionar um ambiente terapêutico seguro, garantindo um ambiente psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção da grávida/família; assegurei a aplicação de princípios que garantiram a segurança na administração de terapêutica; implementei medidas de prevenção e identificação de práticas de risco; preveni riscos ambientais, utilizando as instalações, equipamentos e materiais de acordo com os critérios definidos pela instituição, implementando e mantendo medidas de prevenção e controlo da infeção; cooperei na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.

Para uma boa gestão dos cuidados, é fundamental saber identificar as situações que devem ser referenciadas para outras áreas, adequando os recursos às necessidades dos cuidados, otimizar o trabalho e os recursos de forma eficiente para promover a qualidade e promover um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados. Segundo Dias et al. (2021), referem que o enfermeiro deve ter competência na dimensão física, emocional e espiritual, para estar preparado para atender as diferentes situações e entender que uma boa recuperação depende também da gestão dos cuidados de enfermagem.

A análise e reflexão das situações da prática clínica com vista à aquisição das competências descritas, sustentou-se nas orientações do Código Deontológico do Enfermeiro, da mesma forma como, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Em virtude da aquisição de competências abordadas anteriormente e de maneira a evidenciar o percurso de aprendizagem enquanto futura enfermeira EESMO, apresentam-se as atividades desenvolvidas, em estágio, correspondendo às competências específicas do enfermeiro EESMO.

3- Desenvolvimento das competências específicas do EEESMO

O exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) é dirigido aos projetos de Saúde da Mulher a vivenciar processos de saúde/ doença, no âmbito da saúde materna e obstétrica, da sexualidade e da reprodução, incluindo o produto de concepção durante o período de gestação e neonatal, em todos os contextos de vida, assegurando os cuidados nas áreas de atividade para que está habilitado e autorizado, assumindo a responsabilidade pelo exercício nas seguintes áreas de intervenção: prestação e gestão dos cuidados de enfermagem à mulher, nos períodos pré-concepcional, pré-natal, período gravídico e pós- natal e ao recém-nascido até ao 28º dia; concepção, implementação e avaliação de dispositivos de saúde no âmbito da Educação Sexual, Planeamento Familiar, Ginecologia, Climatério e Saúde Pública, contribuindo para o desenvolvimento e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da saúde reprodutiva.

Segundo Benner (2004), no desenvolvimento de competências em enfermagem, desde a fase de iniciado até ao nível de perito, existe a necessidade de elaborar estratégias que permitam a percepção do saber fazer, por forma a que o estudante possa desenvolver e melhorar essas competências. Perante isto, o estudante passa assim, durante a sua aprendizagem, por 5 níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2004). Com base no apresentado, posso enquadrar-me no nível de iniciado avançado, na medida em que já tinha experiência profissional na área, ou seja, já estive perante situações reais que me permitiram identificar fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas (Benner, 2004), tanto em ginecologia, como em puerpério. Enquanto realizava o estágio de Enfermagem em Sala de Partos, desempenhava funções no serviço de obstetrícia, o que me permitiu acompanhar o internamento das mulheres/RN/família que acompanhei durante o trabalho de parto e parto. Julgo que a integração foi facilitada pelo conhecimento prévio da estrutura e da dinâmica do serviço. No entanto, as competências agora a desenvolver eram completamente diferentes das que desempenhava enquanto enfermeira de cuidados gerais e como tal, fiz questão de me apresentar enquanto estudante da especialidade, tendo sido sempre aceite pelas clientes, famílias e equipa de saúde.

Ao longo de todos os ensinamentos clínicos, tentei demonstrar capacidade de perseverança, resiliência, mesmo diante de situações externas, tendo como objetivo realizar as práticas recomendadas, promovendo o bem-estar da mulher/família e reconhecendo nos meus pares as suas contribuições para a minha aprendizagem.

3.1- Desenvolvimento de Competências Específicas na área de Sala de Partos

O Ensino Clínico teve lugar no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica/Sala de Partos, do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV), no período de 20 de fevereiro a 30 de junho de 2023, com a duração de 18 semanas, e uma carga horária semanal de 24 horas, perfazendo um total de 432 horas de contacto.

A equipa multidisciplinar é composta pela equipa médica, de enfermagem e assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é constituída por 27 EESMO e uma parteira, num total de 28 elementos. A metodologia de trabalho presente na equipa é o método individual de trabalho. Cada EESMO centra a sua atenção nas necessidades das parturientes, valorizando a personalização e individualização dos cuidados, contudo toda a equipa está sempre disponível para a prestação de cuidados necessários. Os elementos da equipa são escalados na Sala de Partos, no Serviço de Urgência e na Unidade de Medicina Fetal (UMF). O serviço está dividido em duas áreas contíguas, divididas por uma antecâmara, designada de transfer: a Sala de Partos e a Urgência de Ginecologia e Obstetrícia. Esta última, possui quatro gabinetes médicos, uma sala de enfermagem, uma sala de preparação de medicação, dois quartos de observação com duas camas cada quarto, um gabinete para realização de ecografias e uma sala com dois cardiotocógrafos.

A Sala de Partos é constituída por 7 quartos de parto, em que o quarto designado de “8”, está destinado, quando possível, a situações de isolamento, pois possui antecâmara e wc privativo, e às situações de IMG ou indução de parto por morte fetal. Os quartos de parto encontram-se preparados para todas as fases de TP, neles está incluído todo o material e recursos necessários à prestação de cuidados da parturiente e do RN. Proporciona assim, privacidade ao longo do trabalho de parto e parto, apresentam-se com cores neutras, temperatura e humidade adequados, em que a pessoa significativa pode acompanhar a parturiente. O serviço disponibiliza ainda acesso a medidas não farmacológicas, como utilização da música, liberdade de movimentos com CTG intermitente, se estado fetal tranquilizador, rede wi-fi, hidroterapia (duche) e bola de pilates.

O hospital apresentou uma média de cerca de 750 partos até ao início do mês de junho de 2023, entre eutócicos, distócicos e cesarianas. No estágio de sala de partos, foram prestados cuidados de enfermagem especializados à grávida, parturiente, puérpera, RN e família, como preconizado. Em ensino clínico, acompanhei cerca de 120 parturientes, 61 puérperas e 59 recém-nascidos, tendo realizado 42 partos eutócicos e colaborado em 19 partos distócicos por ventosa.

Ao longo do meu percurso, mantive sempre uma postura de respeito, iniciativa, interesse e disponibilidade na interação com os elementos da equipa multidisciplinar, estabelecendo relações interpessoais adequadas, com vista a uma integração positiva na equipa. Foi deveras interessante, a partilha de conhecimentos ideias e opiniões com a equipa de enfermagem, especialmente com os enfermeiros responsáveis pela minha tutoria, possibilitando a discussão e reflexão da minha prática, aceitando as críticas e as observações que me foram feitas, encarando-as sempre como construtivas, no meu processo de aprendizagem e crescimento.

A enfermagem é uma profissão de relação, uma ciência intimamente ligada à filosofia do cuidar, à relação humana, de empatia, de ajuda. Daí, a comunicação em enfermagem ser um pilar fundamental na prestação de cuidados humanizados e personalizados. O momento do acolhimento na SP pode provocar emoções e sentimentos negativos, como a vulnerabilidade. O suporte contínuo por alguém significativo reduz estes efeitos (OE, 2015a). Nas primeiras semanas, o acolhimento da grávida e acompanhante foi realizado em conjunto com o enfermeiro Tutor, posteriormente, de forma autónoma, com supervisão. O acolhimento é um aspeto essencial na humanização do parto e implica a receção da mulher, assumi-la como alvo dos cuidados, ouvir e permitir que ela exprima preocupações e angústias (Toral et al., 2019). Como estudante, demonstrei acessibilidade e disponibilidade no esclarecimento de dúvidas, com linguagem clara e compreensível, adequada ao nível sociocultural e literacia da parturiente/accompanhante, que contribuíssem para o bem-estar e estabelecimento de uma relação empática e de confiança, praticando escuta ativa, imparcial e livre de julgamentos, num ambiente de privacidade (Miranda et al., 2020). Foi sempre minha preocupação e cuidado, apresentar-me à díade, explicando claramente a minha presença e objetivos da minha abordagem.

O parto é uma experiência que reflete a singularidade de cada parturiente, na medida em que se encontra repleta por significados construídos pela mesma (Silva et al., 2017). No momento de acolhimento no serviço ou de apresentação da equipa de enfermagem no início de cada turno, foi possível compreender de que forma o parto foi idealizado pelas mulheres, procurando conhecer as suas expectativas e desejos para o TP e parto e o estabelecimento de um plano de cuidados individualizado. Este processo teve como objetivo corresponder às expectativas da mulher, providenciar uma experiência de parto positiva (WHO, 2018) e promover a satisfação da parturiente (ACEESMO, 2018).

Quanto à comunicação e relações interpessoais com a equipa multidisciplinar, desenvolvidas em contexto de estágio, penso ter desenvolvido uma boa relação e comunicação eficaz com todos os elementos, com a máxima da promoção de uma continuidade de cuidados, com a aplicação da técnica de ISBAR, adotada na SP para das

passagens de turno, fundamentada pela circular normativa nº001/2017 da DGS. A técnica ISBAR aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos. Permite a comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente. A mnemónica ISBAR permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à identificação, S: situação atual, B: antecedentes, A: avaliação, R: recomendações (DGS, 2017). A metodologia ISBAR é recomendada pela sua fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados. O trabalho em equipa aumenta a perceção sobre o processo saúde doença e envolve diferentes habilidades profissionais, que articuladas permitem o desenvolvimento de ações centradas na resolução de problemas individuais do utente (Pereira et al., 2013).

Com base no Regulamento de Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESMO, para o processo da gestão de cuidados, foi essencial implementar métodos de organização de trabalho, utilizar os recursos de forma eficiente para a promoção da qualidade de cuidados, aceitar e reconhecer que todos os elementos da equipa possuem papeis distintos e interdependentes, bem como, promover um ambiente positivo e favorável prestação dos cuidados.

No decorrer do ensino clínico foi-me proposta a intervenção, na sessão de formação da equipa de enfermagem, com a elaboração de um trabalho de interesse para a aplicação na prática. Posto isto, foi apresentada uma Revisão Sistemática da Literatura, onde foram confrontadas as vantagens e desvantagens da Posição Vertical e Horizontal no segundo estágio do TP. O feedback da equipa foi bastante positivo e destaque igualmente, o interessante debate que se construiu a seguir às apresentações, que contribuiu imenso para o meu enriquecimento, com a troca de experiências entre os diversos membros.

Segundo a OE (2005), o enfermeiro é o responsável pela humanização dos cuidados e por isso, assume o dever de criar um ambiente favorável ao desenvolvimento das potencialidades de cada ser humano, dentro do seu timing. Assim, foi-me permitido promover o autocuidado e incentivar a parturiente/acompanhante a participarem de forma ativa na construção do seu plano de cuidados, inculcando-lhes responsabilidade.

Os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doença, são a máxima na excelência do exercício profissional, dado que a adoção de estratégias, tem como objetivo conduzir o utente a alcançar o seu potencial de saúde, bem-estar físico, psíquico e mental.

No planeamento e execução de cuidados à parturiente, tentei sempre atender aos desejos da mesma, respeitando assim as suas vontades para que o momento do TP e parto fosse vivenciado da melhor forma possível, articulando com a dinâmica do serviço. Para isso, procurei sempre fornecer a informação necessária sobre a conduta dos cuidados a serem prestados, incentivando a sua colaboração e do acompanhante na prestação dos mesmos, de forma a envolvê-los ativamente no seu plano de cuidados.

Na temática da educação para a saúde, foi importante usufruir de todos os momentos de dinâmica com o casal, de forma a efetuar os ensinamentos preconizados para diversas situações, bem como os que se revelassem oportunos/ajustados, tentando assim elucidar a grávida/accompanhante, de forma a proporcionar-lhe mecanismos de readaptação à nova situação de parentalidade, num processo gradual de preparação do regresso a casa, permitindo enquadrar-se nas expectativas e necessidade do casal.

De acordo com o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro EESMO (OE, 2019), este “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na adaptação à vida extra-uterina.”

O parto é um processo fisiológico e natural, contudo é influenciado por aspetos sociais, científicos, culturais e religiosos. É uma experiência que reflete a singularidade de cada parturiente, na medida em que se encontra repleta por significados construídos pela mesma (Silva et al., 2017). É importante que o profissional que esteja a acompanhar o trabalho de parto (TP) consiga transmitir à parturiente/accompanhante apoio e confiança, caminho esse que se inicia logo no acolhimento. A mulher, particularmente, experiencia uma das fases mais modificadoras do seu ciclo de vida, com um misto de sentimentos como a alegria, pela chegada de um filho e ansiedade e medo pelo desconhecido. Todo o acompanhamento, deve ser baseado nas preferências e desejos da mulher/casal/accompanhante, para que possam vivenciar a experiência do parto de acordo com as suas crenças valores. Este processo teve como objetivo corresponder às expectativas da mulher, providenciar uma experiência de parto positiva (OMS, 2018) e promover a satisfação da parturiente (ACEESMO, 2018).

A colheita de dados relativa às expectativas foi realizada através do conhecimento do Plano de Parto, quando as mulheres se faziam acompanhar dele, existente junto ao processo clínico físico da utente. Aí era questionado por mim, ou pelo EESMO responsável pela parturiente, as expectativas para o TP e parto, ou mesmo acontecia uma abordagem por parte das parturientes relativamente às suas escolhas e desejos. O PP constitui uma ferramenta valiosa para o cuidar do EESMO, pois nele são refletidas as intenções e expectativas do casal (Cashion, 2014; DGS, 2020a; Lopes, 2016), facilitando assim a prestação de cuidados

individualizados e o envolvimento do acompanhante, garantindo intervenções de qualidade, sempre que a situação clínica da mulher e do feto o permitir. Posto isto, uma das premissas para a elaboração do PP é ser realizado com o acompanhamento de um EESMO, modo a promoverem a sua abordagem e a sua realização para propiciarem a vivência experiências de trabalho de parto (TP) e parto mais positivas.

Quando a mulher não possui PP deve ser incentivada a exprimir-se relativamente às suas preferências e sentir que estas serão suportadas (Cashion, 2014; OE, 2015a). Em qualquer uma das situações, a parturiente foi escutada tendo sido respeitadas as suas opções e discutidas estratégias para a concretização do parto idealizado, o que permite à mulher/casal a participação ativa no processo de nascimento e na tomada de decisão.

O momento do acolhimento na SP pode provocar emoções e sentimentos negativos, como a vulnerabilidade. O suporte contínuo por alguém significativo reduz estes efeitos (OE, 2015a). O acolhimento é um aspeto essencial na humanização do parto e implica a receção da mulher, assumi-la como alvo dos cuidados, ouvir as queixas e permitir que ela exprima preocupações e angústias (Toral et al., 2019). Foi sempre o meu propósito, desde o primeiro contato com a grávida/casal/accompanhante, criar uma ligação de confiança, explicar todos os procedimentos e obter o seu consentimento. A atenção e o atendimento humanizado por parte dos profissionais, transmite bem-estar à mulher/casal, uma sensação de segurança e proteção, tão necessários num momento que poderá ser de fragilidade. Todos os momentos, principalmente os de partilha de conhecimentos permitem criar uma relação de proximidade e confiança, promovendo a autonomia do casal, empoderando-os para a tomada de decisão fundamentada e informada no seu TP e parto (International Confederation of Midwives, 2013). Assim, considera-se que, durante a prestação de cuidados, foi permitida a capacidade de escolha e de decisão autónoma quando a mulher é confrontada com diversas opções. Neste processo, o EESMO deve demonstrar empatia, disponibilizando-se para ajudar e demonstrando respeito pelos direitos e liberdades de escolha da mulher, enfatizando o direito e importância do acompanhante.

É competência do EESMO que o TP e parto ocorram num ambiente sereno e seguro, com a finalidade de otimizar a saúde da mulher e do RN. De acordo com os procedimentos instituídos no serviço, após o acolhimento da parturiente e acompanhante na sala de partos é colocado o registo cardiocotográfico (CTG) em curso, com a finalidade de avaliar o bem-estar fetal, puncionado acesso venoso periférico para posterior colheita de sangue para análise, se prescrito pela equipa médica, se resultados recentes não é realizada esta intervenção, a ser que seja necessário iniciar terapêutica por via endovenosa, monitorização da dor com recurso à escala numérica.

Tabela 1: Índice de Bishop

| Parâmetros avaliados | Pontos Atribuídos | | | | |
|---------------------------------------|-------------------|-----------|---------------|-------------|-----|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Altura da apresentação fetal (de Lee) | -3 | -2 | -1 | 0 ou abaixo | |
| Colo uterino | Dilatação (cm) | 0 | 1-2 | 3-4 | >5 |
| | Apagamento (%) | 0-30 | 40-50 | 60-70 | >80 |
| | Consistência | Firme | Médio | Amolecido | - |
| | Posição | Posterior | Intermediário | Central | - |

Fonte: <https://shorturl.at/4whke>

Habitualmente, a primeira avaliação de cervicometria é realizada pela equipa médica, ainda no serviço de urgência, para avaliação do Índice de Bishop (Tabela 1), integridade de membranas e características do líquido amniótico em caso de rotura de membranas, com registo em partograma.

Um dos motivos que mais leva a admissão na SP, para além do início de TP, é a indução do TP, quando idade gestacional é igual ou superior a 41 semanas, quando existe patologia do foro médico ou obstétrico que coloque em risco a vida da mãe ou do feto, restrição de crescimento fetal ou morte fetal. No que toca à indução do TP, as taxas de sucesso são maiores quanto maior for o Índice de Bishop. Segundo Fonseca (2016) e Graça (2017b), existe uma maior probabilidade de indução de parto ser bem-sucedida se o índice for igual ou maior a 9 nas nulíparas e igual ou superior a 5 nas múltiparas.

De acordo com as características do colo, era discutido em equipa o método indutor de TP mais adequado à situação (ocitocina ou prostaglandinas), assim com a rotura artificial de membranas (amniotomia).

Num TP sem contraindicações e quando o CTG estava tranquilizador, sempre que possível, incentivei as parturientes a deambular pelo serviço, proporcionei o uso da bola de nascimento, recurso ao duche para relaxamento e conforto. Para além da deambulação, o uso da bola de nascimento é uma estratégia não farmacológica que possibilita o movimento ativo durante o TP, enquanto não existe a aplicação do cateter epidural com perfusão contínua de ATP, pois é um recurso, que tal como a deambulação, estimula a posição vertical, permitindo a liberdade de movimentos com a adoção de diferentes posições. Proporciona a exercitação de toda a estrutura pélvica e coluna dorso lombar, promovendo um TP tranquilo e mais harmonioso com o seu corpo.

Contudo, havia situações em que o método indutor utilizado exigia uma vigilância mais ativa, ou a necessidade de monitorização contínua da FCF, limitando a liberdade de movimentos, uma vez que os monitores de CTG da SP ainda não funcionam por *wi-fi*. Nesses casos, trabalhei junto à parturiente e ao casal para que utilizassem o máximo possível a bola de nascimento e se movimentassem dentro do alcance permitido pelo quarto de parto. Embora o posicionamento nem sempre facilitasse a captação adequada pelo registo, muitas vezes era necessário reposicionar para obter uma auscultação tranquilizadora. A maioria das parturientes e acompanhantes reagiu positivamente a essa minha intervenção.

Empoderar uma mulher durante o trabalho de parto é fazê-la sentir-se parte integrante do seu processo de transformação. As dúvidas e expectativas sobre a duração e o desenrolar do trabalho de parto geravam medo e ansiedade. No entanto, incentivá-las a terem um papel ativo, a “ouvirem” e colaborarem com o seu corpo proporcionava uma motivação extra, além de acalmá-las e mudar a perceção que tinham das longas horas, e até dias, de trabalho de parto.

O primeiro estágio de TP é o período onde a mulher se pode sentir inquieta e ansiosa e, por esse motivo, deve ser apoiada na gestão destes sentimentos pelo EESMO, que deve transmitir segurança, calma e informação concreta sobre o que está a decorrer (OE, 2015a). O enfermeiro especialista é o responsável pelo acompanhamento contínuo da mulher em TP, o que favorece a criação de um vínculo forte e confiável (Miranda et al., 2020).

Com o momento da colocação do cateter epidural, acontecia proporcionar-se mais um episódio de medo e dúvidas, porque muitas das parturientes não estavam completamente elucidadas sobre a técnica. Foi necessário, em várias situações, clarificar medos, dúvidas e angústias sobre a utilização deste tipo de analgesia. Tive várias oportunidades de colaborar no procedimento, de acordo com a norma do serviço. Foi de extrema importância a colaboração com o médico anestesista, mas mais importante ainda, foi o apoio que cada parturiente me permitiu oferecer. No processo de cuidados no TP e parto, o enfermeiro apresenta disponibilidade para “estar com” a parturiente, transmitindo-lhe disponibilidade física e emocional, demonstrando apoio através da comunicação, escuta ativa e toque, proporcionando o desenvolvimento de um vínculo e responsabilidade profissional (Oliveira et al., 2018). Com o início da perfusão da ATP, as parturientes tinham de permanecer no leito, pelos efeitos da analgesia em perfusão e a avaliação materno-fetal permanente (CTG e avaliação de parâmetros vitais maternos). Com a mulher mais imobilizada, e com a perda de controlo/sensibilidade dos membros inferiores era necessário, da parte da equipa, incentivar à micção, para proporcionar maior espaço para a descida da apresentação fetal. Caso a parturiente, não conseguisse urinar espontaneamente, era necessária a realização de

esvaziamento vesical, após a avaliação da quantidade de fluidos administrados tal como a presença ou não de globo vesical.

Com a parturiente confinada ao leito, era incentivada a alternância de decúbitos, pelo menos de meia em meia hora, conforme indicação do médico anestesista, para que a terapêutica administrada pudesse ser igualmente distribuída. A SP, permite neste momento o acesso à internet pela rede *wi-fi* do hospital, o que para as parturientes/acompanhantes era uma mais-valia, proporcionando momentos de companhia dos familiares e distração. Com a aplicação do cateter epidural e perfusão de ATP, pude observar, que reunindo condições de baixa luminosidade, ambiente calmo, sereno, silencioso e privacidade, algumas parturientes relaxavam de tal forma que conseguiam dormir e recuperar forças, no intervalo das contrações, o que proporcionava, em alguns casos uma evolução de TP mais rápida.

A ingestão de alimentos foi também identificada como um desejo da mulher para o TP e parto. Este é um tema controverso na equipa multidisciplinar da SP e deve ser defendido pelo EESMO, dado que é essencial para o bem-estar da mulher em TP (Cashion, 2014; OE, 2015a), por esse motivo adotou-se a prática protocolada na instituição, que prevê que a mulher fique com soroterapia em curso, verificando-se apenas a ingestão fracionada de líquidos claros em pequena quantidade, ou então a ingestão de rebuçados claros, miminho esse que por vezes podemos oferecer à parturiente.

Relativamente à avaliação da evolução do TP através do toque vaginal, posso dizer que inicialmente foi difícil avaliar as características do colo. A única sensação era “quente e húmido”, tal como na avaliação da variedade da apresentação fetal, com a identificação das fontanelas, pois o meu maior receio era provocar um desconforto ainda maior à parturiente. Contudo, considero que com a evolução do ensino clínico e com aquisição de experiência na realização de toques, sempre que me era proporcionado e realmente necessária a sua realização, contribuíram para o meu enriquecimento e aprendizagem, sentindo-me mais confiante em cada avaliação.

Os cuidados à parturiente no período expulsivo, admito que pessoalmente foram os que me suscitaram maior entusiasmo e satisfação, como futura EESMO. Ter a possibilidade de assumir um papel importante nesta transição inesquecível para uma mulher e família. A prestação de cuidados nesta fase de TP foi, inicialmente, motivo de receio, ansiedade e insegurança que, pela experiência, disponibilidade e partilha de conhecimentos dos enfermeiros tutores e de toda a equipa que me acompanhou, se foram dissolvendo. Assim, foi possibilitada a execução de intervenções, com confiança e autonomia na condução do segundo estágio do TP e o desenvolvimento de competências na promoção da saúde da mulher durante o TP, no diagnóstico de complicações decorrentes deste estágio, na prestação

de cuidados em situações de patologia (OE, 2019a) e de autoconhecimento e assertividade (OE, 2019b). A posição adotada para as parturientes, no período expulsivo é a posição de litotomia modificada, ou semi-sentada. A mudança frequente de posição permite uma maior mobilização dos ossos da bacia para que o posicionamento da apresentação fetal se dê da melhor forma. Tal como a evidência científica nos demonstra, o uso da gravidade nas posições verticais pode ser benéfico para a descida da apresentação no canal de parto. A condução do TP, e principalmente o momento de período expulsivo é deveras desafiante, pois detemos vários focos de atenção em que a máxima é a transmissão de confiança à díade, com empatia e diálogo de forma a proporcionar uma experiência de parto positiva. Sabendo que o mecanismo do parto é uma sucessão de movimentos da apresentação fetal, nomeadamente da sua adaptação quando entra na pelve materna, sendo esta composta pela bacia, articulações, ligamentos e músculos, condicionando a duração e facilidade do parto, importa salientar que se incentivou a grávida a “ouvir o seu próprio corpo enquanto executa os esforços expulsivos e ajudar a promover um ambiente calmo, sossegado e o foco da mulher no envolvimento ativo no nascimento” (Sequeira, Pousa e Amaral, 2020a, p.116). Compreendeu-se como se movimenta a pélvis, que se traduz na adoção de determinados movimentos/posicionamentos dos membros inferiores e tronco, que pode beneficiar descida da apresentação fetal na bacia promovendo o parto natural e fisiológico (Calais-Germain & Parés, 2009).

Não tive oportunidade de assistir a partos com o feto em apresentação pélvica, nem a partos gemelares, contudo realizei a vigilância de pelo menos três parturientes com gestações gemelares. Na colocação do RCT, na vigilância destas gravidezes, era necessário diferenciar bem os BCF, para que à auscultação tivéssemos a certeza de que os dois focos eram diferentes e não o mesmo.

Quanto aos partos instrumentalizados, apenas observei partos por ventosa, mas não observei nenhum com recurso à utilização de fórceps.

Ainda no período expulsivo, foi possível experienciar situações de desvio à normalidade, como um episódio de distócia de ombros e desacelerações cardíacas fetais, momentos geradores de maior stress. Realizei um parto com uma situação de distócia de ombros, CTG sempre tranquilizador, mesmo durante o período expulsivo até que se visualiza o “sinal de tartaruga”. Com a avaliação, apercebo-me de circular apertada ao pescoço, pinçamento duplo e corte imediato do cordão, o feto mantém o polo cefálico à vulva e aí foi necessária a colaboração da restante equipa para a manobra de McRoberts. Conseguimos soltar o ombro anterior/posterior e ocorreu a expulsão do corpo. Foi uma libertação de ombros difícil, para mim dos momentos em que senti mais stress. A distócia de ombros é uma emergência obstétrica imprevisível que acarreta preocupações do foro médico legal, que

condicionam o facto de ter ganho relevo nos últimos anos. Há alguns fatores de risco descritos, no entanto, têm baixo valor preditivo (Marques & Reynolds, 2011). A distócia de ombros manifesta-se classicamente pelo sinal da tartaruga que se caracteriza pela retração da cabeça fetal sobre o períneo materno, em direção à pelve, logo após a sua exteriorização na altura do nascimento. Este sinal associa-se à ausência da rotação interna do diâmetro biacromial. Segundo o ACOG, a distócia de ombros define-se pelo uso adicional de manobras obstétricas para exteriorização dos ombros para além da habitual tração inferior na cabeça fetal, aquando do nascimento. A atuação do EEESMO para resolver a distócia de ombros passa por identificar a situação, avaliando os sinais clínicos, o “sinal de tartaruga”. Nesta altura deve implementar medidas para reduzir a ansiedade da parturiente e executar o protocolo de atuação com a mnemónica HELPERR (Mascarenhas et al., 2020): Call for Help - chamar ajuda; evaluate for Episiotomy - avaliar a necessidade de efetuar uma episiotomia; Legs - Manobra de McRoberts; Suprapubic Pressure - pressão suprapúbica; Enter internal maneuvers - manobras de rotação interna (manobra de Rubin II - colocação dos dedos por detrás do ombro anterior do feto, empurrando-o em direção à parede anterior do tórax; manobra de Wood’s Screw- os dedos são colocados na face anterior do ombro posterior, exercendo pressão para que este rode para o dorso do feto; manobra de Wood’s Screw Reversa- colocar dois dedos no por detrás do ombro posterior do feto, de modo a exercer pressão para que rode no sentido do tórax anterior; Remove the posterior arm - extração do ombro posterior: tentativa de extração do membro superior fetal que está em posição superior introduzindo a mão na vagina da parturiente, identificando o cotovelo, promovendo a flexão do braço sobre a parede torácica anterior, sendo libertada a mão, o antebraço, o braço e o ombro; Roll the patient - manobra de Gaskin (rodar a parturiente para posição de 4 apoios, levando a um aumento dos diâmetros sagital e da saída pélvica). Em último recurso colaborar com o obstetra na realização de cleidectomia, manobra de Zavanelli e/ou Sinfisiotomia.

Durante o período expulsivo, procurou-se ir ao encontro das expectativas relatadas pelas parturientes e, sempre que não foi possível, foram explicadas as razões que motivaram as decisões, como, por exemplo a não realização do corte tardio do cordão (e até pelo pai, quando manifestada essa vontade) na presença de circulares cervicais apertadas ou a episiotomia em situações de sofrimento fetal, ou quando se previam que as lacerações fossem provocar dano de maior à parturiente. As explicações fundamentadas foram aceites pela mulher/casal, dado que já haviam sido discutidas durante o acolhimento, ou no momento do conhecimento do plano de parto, desenvolvendo assim a prática baseada na evidência (OE, 2019b) e a tomada de decisão e ação (ACEESMO, 2018).

No terceiro estágio do TP, de quitadura, considero ter alcançado todos os objetivos a que me propus, contudo, identificou-se a minha maior dificuldade do estágio, relativa à

reconstrução do períneo, porém considero ter existido evolução técnica e prática ao longo do estágio, graças aos conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros ESMO e até pela equipa médica. Assumo a necessidade de continuação da prática de sutura para melhor aperfeiçoamento de futuro, como a realização de curso de sutura perineal.

Nos 42 partos que realizei, um com períneo íntegro e 31 com registo de lacerações do I e II grau e 10 com recurso a episiotomia. Segundo a OMS (2018) e a Resolução da Assembleia da República nº 181/2021 a decisão de realização de episiotomia é controversa e a realização rotineira é considerada violência obstétrica e indicada como uma prática não recomendada, pela sua associação a taxas elevadas de dispareunia, hemorragias pós-parto, disfunções sexuais e incontinência urinária. Na minha observação durante o estágio, o serviço não executa de forma rotineira a realização da episiotomia, exceto nas situações para as quais há a justificação da sua realização, que são elas: prevenção de trauma perineal grave e danos do assoalho pélvico, situações de EFNT, parto instrumentalizado, prematuridade, macrosomia, situações de distócia de ombros ou a exaustão/não colaboração materna (Carvalho, Souza & Filho, 2010).

Na realização da dequitação, surgiram momentos de aprendizagem, que permitiram a aplicação de conhecimentos previamente adquiridos, relativos a desvios à normalidade como a retenção da placenta, suspeita de fragmentação de membranas e atonia uterina, que, em articulação com a equipa médica, foram solucionados. Recordo que um dos partos que realizei, foi necessária a intervenção da equipa médica por suspeita de retenção placentária, que foi confirmado pela médica de serviço. Posto isto, foi necessária a realização de uma dequitação manual interna, que decorreu sem intercorrências. A puérpera foi vigiada durante o seu internamento, com a realização periódica de ecografias para a pesquisa de fragmentos retidos, tal como a toma de antibiótico para a prevenção de infeções puerperais. Após a dequitação, tive o cuidado de solicitar a perfusão de ocitocina 10u em 100ml de soro fisiológico, terapêutica protocolada no serviço para a prevenção de hemorragia pós-parto.

Relativamente ao pós-parto imediato, trata-se de um processo de adaptação à maternidade, que já se vai experienciando ao longo da gravidez, mas que se torna mais evidente com o novo ser nos braços, principalmente se é primeiro filho. O quarto estágio constitui a etapa onde foram apresentadas menos dificuldades, por existir experiência profissional da minha parte, no âmbito do internamento de puerpério. Apesar disso, identificam-se as diferenças e especificidades deste estágio, como necessidade de maior vigilância na prevenção de hemorragias e de sinais vitais maternos, é um período significativo na promoção da vinculação, do contacto pele a pele e a amamentação. A SP detém duas salas, com duas camas cada, ou seja, quatro camas para a realização do pós-parto imediato. Se o serviço reunir condições em termos de lotação, a mulher mantém-se no seu quarto, onde

se deu o nascimento do RN, e após os cuidados vulvoperineais é que se procede à transferência para o quarto do pós-parto, onde se oferece uma refeição. O pós-parto trata-se de um período privilegiado, de conhecimento mútuo da nova tríade e a *golden hour* para o início da amamentação, se esta for a vontade da mulher. Segundo Levy e Bértolo (2012), o aleitamento materno confere benefícios às mães, pois promove uma involução uterina mais precoce, evitando assim a atonia uterina. No momento, são realizados os ensinamentos oportunos, nomeadamente sinais de boa pega, são explicados os sinais de fome do RN, livre demanda.

Na vigilância do pós-parto imediato, são pontos da atenção do EESMO as características do períneo, presença ou não de edema, hematoma na região da sutura, formação do GSP, realização de espremedura uterina para a saída de coágulos, avaliação dos sinais vitais da puérpera, incentivo à primeira micção espontânea após o parto, se impossível. Com a presença de globo vesical é realizado um esvaziamento. Nesta altura, é retirado igualmente o cateter epidural se presente, e obturado o cateter venoso periférico, pois poderá ser necessária a sua utilização. Reunidas todas as condições de estabilidade, a puérpera e o RN são transferidos para o 6º piso, internamento de puerpério, onde permanecerão durante as 48 horas, se internamento sem intercorrências. Durante os cuidados vulvoperineais por mim realizados, alertei a puérpera sobre os cuidados de higiene e como os devia realizar, em cada ida ao wc. Todos estes momentos, foram aproveitados para um diálogo com a puérpera/casal para perceber o impacto da minha atuação enquanto estudante, perceber a percepção da concretização das suas expectativas prévias, dos seus sentimentos relativamente às expectativas que não foram concretizadas e dos aspetos a melhorar, por parte da equipa. Neste âmbito, ainda foi possível dar continuidade no internamento do puerpério, pelo facto de ter o privilégio de integrar a equipa de enfermagem, onde desenvolvi reflexões mais aprofundadas, num ambiente mais sereno, favorável à expressão de problemas e sentimentos, com recurso à escuta ativa.

Acompanhei cerca de 120 mulheres em TP, número este que me proporcionou várias situações, com momentos de aprendizagem para o desenvolvimento de competências. Pude igualmente acompanhar, parturientes portadoras de pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, presenciar situações de sofrimento fetal (desacelerações e bradicardia), incompatibilidade feto-pélvica e taquissístolia uterina, trabalhos de partos estes que, posteriormente evoluíram para um parto instrumentalizado, nos quais pude colaborar.

O cuidado está intrinsecamente ligado ao conforto e ambos são fundamentais no trabalho de parto. Confortar permite que a pessoa se sinta cuidada. E foi isso que tentei sempre fazer, pois também já estive “do outro lado”. Para mim, foi reconfortante receber feedback positivo por parte do casal, aos que vinham à “segunda viagem”, poder ouvir “foi muito melhor que o primeiro”, são sentimentos que não se conseguem descrever, o poder

fazer parte deste momento tão marcante e significativo, aqueles RN que auxiliei a nascer, aqueles bebês que passam a ser também um pouquinho “meus”.

De acordo com o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro EESMO (OE, 2019), “promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina”, assegurou-se a avaliação imediata do RN, aplicando a melhor evidência científica, nascido de parto eutócico implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina; cooperou-se com outros profissionais (pediatra) no tratamento do RN com alterações morfológicas e funcionais e/ou na prestação de cuidados imediatos ao RN nos partos distócicos, assim como na sua identificação. Foi desenvolvida a avaliação do índice de Apgar, verificar dificuldades de adaptação à vida extrauterina esforço respiratório, adejo nasal, tiragem inter e infra costal, gemido, cianose, identificação de anomalias estruturais e detecção da presença de traumatismos provocados pelo parto. Nos cuidados ao RN, foram tidos em conta o bem-estar deste, o respeito pelas preferências dos pais, promoção do vínculo materno/paterno-filho, realização de educação para a saúde relativamente aos sinais de alarme no RN e promoção do aleitamento materno (Luna et al., 2009). Foi sempre questionada, a autorização para a realização da profilaxia da doença hemorrágica no RN, administrando a vitamina K.

Se o estado da mãe e do RN o permitirem, o desejável é que estes estejam em contato pele a pele, pelo menos durante uma hora, pois este melhora a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, regula a temperatura corporal minimizando perdas energéticas, desenvolve o vínculo afetivo mãe/recém-nascido, estimula a amamentação e a estabilidade hemodinâmica do recém-nascido (frequência cardíaca e respiratória estáveis). Estes benefícios foram sempre explicados à mãe/casal/acompanhante. Outros benefícios, referidos na evidência científica, que o contato pele a pele proporciona são: maior frequência e duração do aleitamento materno, menor dor por ingurgitamento mamário, menor grau de ansiedade da puérpera, diminuição do tempo de choro do RN e estabilidade cardiorrespiratória (Luna et al., 2009).

Relativamente aos partos que realizei, foi incentivado e facultado o contato pele a pele, imediatamente após o nascimento, ou pelo menos até ao 5º minuto. O corte tardio do cordão, também foi tido em conta (durante um a três minutos ou após parar de pulsar, com benefícios para a saúde materna e do RN (WHO, 2014), exceto em situações de EFNT, presença de circulares apertadas. O corte tardio do cordão preconiza-se para evitar a deficiência de ferro e a anemia no recém-nascido (Rua, Carvalho, Santos & Amaral, 2020).

3.2- Desenvolvimento de Competências Específicas na área de Puerpério

O Estágio teve lugar no Serviço de Puerpério da Unidade Local de Saúde da Guarda – Hospital Sousa Martins, no período de 11 de setembro a 13 de outubro de 2023, com a duração de 5 semanas e uma carga horária semanal de 24 horas, perfazendo um total de 120 horas de contato.

O serviço de obstetrícia (Maternidade) situa-se nas primeiras instalações do HSM, Portaria Velha, no piso 0 da unidade hospitalar, junto ao internamento de Pediatria e Neonatologia e possui uma dotação de 12 camas. É composto por 3 enfermarias, com quatro camas cada destinadas ao puerpério/ indução de TP e fase latente de TP. Quando as parturientes se encontram numa fase ativa de TP, são transferidas para a sala de dilatação, instalação integrante do serviço de SP, situado dentro da Maternidade. A SP é constituída pela sala de dilatação com lotação de 4 camas, duas salas de período expulsivo e o Bloco Operatório, onde são realizadas as cesarianas e qualquer intervenção cirúrgica simples (reconstrução cirúrgica perineal após parto, curetagens). Cada enfermaria é composta por um duche, a ser utilizado pelas senhoras e uma bancada de cuidados ao RN com banheira incluída, para os cuidados de higiene e observações/avaliações da equipa médica de pediatria. O wc das puérperas, situa-se no corredor do serviço, bem como a sala de enfermagem, a sala de preparação de terapêutica/copa de leites, copa e casa de banho do pessoal, sala de estar da equipa de obstetras de serviço, stock para o material clínico e outra instalação denominada de SP2, onde eram realizados os partos por via vaginal na altura da pandemia COVID-19. Integra igualmente o serviço, uma enfermaria destinada à patologia da gravidez, patologia ginecológica e/ou aborto.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é composta pela equipa médica, de enfermagem e assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é constituída por 23 EESMO, 8 Enfermeiros Generalistas, 2 Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica e uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, num total de 34 elementos. Estão escalados diariamente 4 enfermeiros no serviço de puerpério 2 deles generalistas/Especialistas Saúde Infantil e 2 EEESMO, em que um deles realiza a avaliação puerperal às puérperas internadas e apoia a equipa na vigilância das puérperas e grávidas, aquando da visita médica. O outro elemento está responsável pelo trabalho a desenvolver na SP. Esta equipa pertence ao Departamento de Saúde da Criança e da Mulher, ou seja, a equipa é comum ao serviço de Urgência Obstétrica/Ginecológica, internamento de puerpério/ginecologia/patologia da gravidez e Sala de Partos. Contudo, na SP e serviço de urgência, a equipa de enfermagem é apenas constituída por EESMO.

Relativamente à metodologia de trabalho, utiliza-se o método individual de trabalho, ainda que haja colaboração em equipa na prestação de cuidados, os enfermeiros centram os seus cuidados nas puérperas e RN que lhe estão distribuídos, após identificação das suas necessidades. Relativamente à avaliação puerperal, esta fica sob a responsabilidade dos EEESMO.

No serviço de puerpério, puérperas e os recém-nascido ficam internados por um período de 48 horas (se parto por via vaginal) a 72 horas (se cesariana), quando todo o processo no pós-parto decorre dentro dos parâmetros da normalidade, podendo prolongar-se por questões relacionadas com a mãe ou com o bebé.

Sobre o horário de visitas no serviço de Obstetrícia é permitida a presença do acompanhante das 8h às 21h, das 11h30 às 19h30, uma visita por cada puérpera pelo período máximo de 30 minutos e as visitas dos filhos com idade inferior a 12 anos são permitidas, em simultâneo com o acompanhante.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro EEESMO (OE, 2019), este “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade”. Com esta competência, verificamos que temos a díade mulher (puérpera) e RN, como recetor de cuidados, não descorando o cuidado á nova família que se forma.

O puerpério é definido por Graça (2017, p.280), “como o período de 6 semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão de alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez”. Estas alterações, têm como objetivo, ajudar a mulher a voltar ao estado que a caracterizava antes da gravidez. Pode ser subdividido em puerpério imediato (primeiras 24 horas), precoce (durante a 1ª semana) e tardio (até a 6ª semana). Ocorrem alterações fisiológicas distintas, relacionadas com todo o processo de regressão da gravidez. É um período de muita vulnerabilidade para a mulher, quer física quer psicologicamente, e o EEESMO é o membro da equipa multidisciplinar que ocupa uma posição fundamental no sentido de potenciar a saúde da puérpera, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, 2015a). O EEESMO, possui os conhecimentos necessários para realizar o acompanhamento da puérpera, e RN, com o propósito de a capacitar para a autonomia, através do desenvolvimento do autocuidado de si própria e na vigilância dos cuidados ao RN (Graça, 2017). A mulher é assim confrontada com inúmeras alterações/adaptações que envolvem a intervenção EEESMO. Toda a nova dinâmica familiar necessita de adaptação, conforme explicitado na competência da Ordem dos Enfermeiros.

Na ausência de complicações, depois de cumpridas duas horas de pós-parto imediato, na SP, a puérpera e recém-nascido são transferidos pelo EEESMO da Sala de Partos, novamente para o Serviço de Puerpério, ou seja, se foi uma parturiente que entrou pelo serviço de urgência e o seu primeiro internamento foi no serviço de puerpério, por uma indução de TP ou por fase latente, neste caso, a puérpera regressa aquela que foi, inicialmente, a sua unidade de cuidados.

No sentido de facilitar a reintegração no serviço, na admissão é fundamental a realização do acolhimento à puérpera e pessoa significativa que a acompanha, fazendo parte do procedimento a apresentação da enfermeira responsável, e restante equipa, do espaço físico e horário de visitas e permanência do acompanhante. A transferência de cuidados é realizada junto da puérpera ou na sala de enfermagem. Posteriormente, consultamos o processo clínico para completar a recolha de dados pertinentes para a elaboração do plano de cuidados informaticamente com o sistema SClínicoR, já que o plano de cuidados do RN, foi elaborado após o nascimento, ainda na SP. A avaliação da puérpera deve ser realizada de acordo com o tipo de parto, tempo decorrido após o parto, antecedentes clínicos e situação atual de saúde, estando alerta para possíveis complicações, nomeadamente a hemorragia pós-parto (Santos et al., 2020a).

Os cuidados à puérpera, no acolhimento iniciam-se, pela monitorização dos sinais vitais, avaliação da contração uterina através da palpação abdominal, confirmando assim a presença e a localização (supra-umbilical, peri-umbilical, infra-umbilical) do globo de segurança de Pinard, vigia-se e avalia-se, caracterizando, as perdas hemáticas (lóquios) por via vaginal e a existência de coágulos. A avaliação da contração uterina é um dos parâmetros mais valorizado na avaliação puerperal, pela sua direta relação com o risco de hemorragia pós-parto (Berens, 2018). Esta intervenção realiza-se no momento do acolhimento, tal como em todos os turnos de modo a assegurar a vigilância da involução uterina. A diminuição da altura uterina permite compreender de que forma este está a involuir, de modo a voltar ao seu estado pré-gravídico (Berens, 2018). Uma involução uterina desadequada normalmente está associada à retenção de restos placentários e/ou infeção (Lowdermilk, 2009). Neste sentido, foram realizados ensinamentos oportunos às puérperas, promovendo a massagem uterina, de modo a empoderá-las para que estivessem atentas a possíveis sinais de alarme

Na admissão da puérpera, observa-se ainda o períneo, intervenção de extrema importância no caso de parto por via vaginal. No pós-parto, o períneo pode encontrar-se edemaciado, apresentar perineorrafia, devido a lacerações ou episiotomia, causando dor e desconforto à puérpera, com necessidade de intervenções farmacológicas (compatíveis com a amamentação, ou não farmacológicas como é o caso da crioterapia local).

A inspeção do períneo, é igualmente realizada em todos os turnos da manhã pelo EEESMO e sempre que se justifique, prevenindo assim a deteção precoce de hematomas, hemorroidas tal como a vigilância da evolução da ferida perineal (caso esteja presente).

Quando as puérperas eram submetidas a cesariana, na admissão vigia-se o penso cirúrgico, sinais de hematoma e hemorragia, tal como a formação e manutenção do GSP, e valorização de queixas algicas das mesmas. O estado do penso cirúrgico era vigiado em todos dos turnos, a evolução cicatricial da ferida era avaliada aquando da realização do tratamento à ferida sempre que se justificasse; por repasse abundante do penso, por queixas da puérpera ou porque a equipa médica pretendia avaliar a ferida.

Esta observação precoce da puérpera permite a monitorização hemodinâmica da mesma, identificando atempadamente possíveis desvios da normalidade e atuando para a sua resolução e referenciação. A possibilidade de traumatismos pelo parto (tanto parto eutócico como distócico), o aumento da capacidade vesical e a anestesia, são fatores que predis põem à diminuição da perceção para urinar nas primeiras horas pós-parto (Santos et al., 2020b), pelo que é importante a vigilância da eliminação vesical. A bexiga cheia impede uma correta contração uterina e conseqüentemente hemorragia pós-parto (Lowdermilk, 2009).

Em caso de parto vaginal, o primeiro levante é realizado até 6 horas após o parto, sob a supervisão da equipa de enfermagem, pelo risco de hipotensão ortostática. As puérperas submetidas a parto distócico por cesariana, realizam levante até 12 horas após o parto, mantendo-se cateter venoso periférico e cateter epidural, pelo menos durante 48 horas. Este protocolo é cumprido de acordo com as indicações do anestesista, da quantidade de soros que serão administrados à puérpera, bem como o tipo de anestesia que fez durante a intervenção. O levante precoce está associado à diminuição do risco de fenómenos tromboembólicos, favorecendo a função vesical e intestinal. Sempre que o levante não é possível, as puérperas são incentivadas à realização de movimentos ativos no leito, à utilização de meias de compressão nos membros inferiores. A equipa de enfermagem monitoriza e observa atentamente sinais e sintomas, especialmente em mulheres com fatores de risco (Martins-Costa et al., 2017).

A diabetes gestacional define-se como intolerância aos hidratos de carbono documentado, pela primeira vez, durante a gravidez, que podem conduzir a complicações maternas: infeções do trato urinário, complicações cardiovasculares e hemorragia pós-parto; complicações fetais/neonatais como macrossomia, malformações congénitas, síndrome de dificuldade respiratória e hipoglicémia neonatal. Após o parto é suspensa a vigilância de glicémias e a terapêutica farmacológica (Graça, 2017). No serviço de Obstetrícia da ULSG-HSM, a monitorização de glicémia capilar, após o parto às puérperas com antecedentes de

diabetes gestacional, é realizada com avaliações esporádicas. Durante o internamento, a equipa de enfermagem tem a preocupação de confirmar, junto da equipa médica, o acompanhamento da puérpera em consulta de diabetes gestacional, dois meses após o parto. Ao RN, essa avaliação é realizada em horas específicas, segundo protocolo do serviço, de acordo com a hora do nascimento, 2^a, 4^a e 6^a hora de vida e depois de 6h/6h até às 48h de vida.

Segundo Graça (2017c), pré-eclâmpsia define-se como hipertensão arterial que surge a partir das 20 semanas de gravidez, associada a proteinúria e/ou edema patológico, em mulheres previamente normotensas, que se manifesta através de cefaleias, alterações visuais, epigastrias, podendo ocasionar restrição de crescimento fetal. É de esperar que após o parto estes valores tensionais normalizem (Monteiro & Leite, 2018), daí torna-se importante manter a vigilância e monitorização da tensão arterial destas puérperas. A equipa de enfermagem, realiza a avaliação tensional uma vez por turno, e dá conhecimento à equipa médica, se hipertensão e aparecimento de sinais de gravidade. Durante o estágio, quer nas situações de diabetes gestacional, quer nas situações de pré-eclâmpsia, as puérperas não apresentaram complicações do seu estado clínico.

Stables & Rankin (2011), afirmam que as alterações fisiológicas no puerpério podem ser categorizadas em: involução uterina e genitais, produção láctea e estabelecimento da amamentação e alterações fisiológicas nos demais sistemas de órgãos. Para além da avaliação psicoemocional da mulher, também existiu oportunidade para realizar a sua observação física/exame puerperal durante o internamento. Numa primeira abordagem, explicou-se a necessidade da observação obtendo o consentimento da puérpera. Após validação: avaliaram-se os sinais vitais; observaram-se e palpam-se a pele e mucosas, percebendo a sua coloração e integridade; as mamas; os mamilos, quanto à sua forma e integridade; o útero, particularmente a sua tonicidade, localização, dimensão e avaliação da altura do fundo do útero; os lóquios, na sua quantidade, cor, cheiro; eliminação intestinal e vesical quanto às suas características e frequência; o períneo, especificamente se apresenta edema, equimose, hematoma, presença de hemorróidas; a ferida cirúrgica, quando existia, avaliando os sinais de boa evolução cicatricial e foram despistados sinais de infeção e/ou inflamação; e por fim avaliaram-se os membros inferiores pela presença de edema, rubor e/ou dor.

O tempo de internamento após o parto é muito reduzido, oscilando entre as quarenta e oito e setenta e duas hora, dependendo do tipo de parto e da evolução clínica da díade puérpera/RN. Neste período, as intervenções do EEESMO são em duas vertentes, a prevenção de complicações e a promoção da educação para a saúde de forma a capacitar a puérpera/casal para o seu autocuidado e cuidados ao recém-nascido (Santos & Baptista,

2018). O apoio oferecido às puérperas foi realizado ao longo do internamento aproveitando todos os momentos, uma vez que as puérperas podem não ser capazes de assimilar grandes quantidades de informação por causa do cansaço e da atenção focada no recém-nascido, através de esclarecimento de dúvidas.

Tendo como foco de atenção a mulher/casal, foram tidas em conta os ajustamentos psicoemocionais e sociais no pós-parto, a adaptação a uma nova identidade (materna e paterna) e a um novo elemento familiar e a reajuste das relações familiares e sociais. Compreendeu-se o estado psicológico e emocional da mulher, sabendo que esta é uma fase mais vulnerável e que pode despoletar ou exacerbar afeções psiquiátricas (Nené, Marques & Batista, 2020). Aproveitou-se a oportunidade na prestação de cuidados e esclareceu-se a mulher/casal sobre alterações fisiológicas características desta fase e alertou-se para os sinais de alarme, que poderiam desencadear depressão pós-parto e seguiram-se as instruções do manual de orientação para profissionais de saúde “Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância” (Direção Geral da Saúde, 2005). O foco dos cuidados e a preparação para a alta são intervenções de promoção e apoio para esta nova adaptação, permitindo o estabelecimento da autonomia da puérpera no seu autocuidado e rápida recuperação. Para tal, foi importante a minha intervenção na instrução e supervisão da puérpera para o seu autocuidado, reforçando os ensinamentos sobre cuidados a ter com as mamas, cuidados ao períneo relativamente à sutura com a manutenção do ambiente seco da ferida, ou sutura abdominal, em caso de cesariana, nomeadamente o repasse do penso com conteúdo hemático em grande quantidade, repasse purulento e/ou febre; vigilância e características dos lóquios, alteração do padrão de eliminação, alterações dos membros inferiores, métodos contraceptivos e consulta de revisão puerperal a ser realizada no Centro de Saúde ou no Médico Assistente que acompanhou a gravidez. Para além do autocuidado físico, é igualmente importante informar a puérpera para a necessidade de ter períodos de repouso e organização de toda a logística no domicílio, suportando-se do apoio de familiares e amigos. O autocuidado com a sua autoestima, deve ser primordial, na medida em que o pós-parto pode trazer muitas alterações físicas e emocionais. Os sintomas relacionados com as alterações emocionais refletem-se em insegurança, dificuldade, incapacidade, ansiedade e tristeza (Leitão, 2018).

A avaliação do RN realizou-se, na sua maioria durante a prestação de cuidados de higiene e conforto ao RN, tendo com base nas orientações da WHO (2014). A adaptação à vida extrauterina é um momento que implica ajustes fisiológicos aos quais as equipas devem estar vigilantes e atentas. Santos e Batista (2018) afirmam que o enfermeiro deve conhecer as competências do recém-nascido para poder informar e capacitar a puérpera para cuidar do mesmo. Foram considerados vários aspetos relativamente à promoção da saúde do RN,

orientando a puérpera para os cuidados ao bebê, desenvolvimento infantil, sinais e sintomas de alarme, bem como proteger, promover e apoiar a amamentação. O apoio e supervisão para o sucesso do aleitamento materno, foi uma constante na prestação de cuidados à mãe e RN, visto ser o que suscita mais dúvidas e receios às agora mães. Sendo o Hospital onde realizei o meu estágio, Hospital Amigo dos Bebés desde 2015, por isso houve um compromisso acrescido para com as mulheres, RN e instituição. Neste sentido, observava-se uma mamada pelo menos uma vez por turno, para compreender se a díade mãe-recém-nascido necessitava de algum auxílio e assim promover a amamentação.

Numa primeira abordagem, verificou-se que algumas puérperas manifestavam apenas insegurança neste processo, bastando criar um reforço/incentivo positivo, de modo que ganhem confiança e se sintam empoderadas, outras puérperas têm mais algumas dificuldades com necessidade de se instruir sobre a amamentação, treinar este processo e no final do internamento já deverão estar capacitadas para amamentar de forma autónoma. Frequentemente surgiram dúvidas relativas à amamentação e as puérperas solicitavam muita colaboração e apoio da equipa, nomeadamente no sentido de: corrigir a pega, estimular o recém-nascido a mamar, perceber os sinais de saciedade e perceber a quantidade de leite necessário para alimentar o seu RN.

Devemos elucidar a puérpera/casal, sobre as vantagens da amamentação, como também da fisiologia da lactação e as suas dificuldades. É muito importante estar presente, reforçar positivamente a mulher, esclarecer dúvidas, desfazer mitos, transmitindo-lhe confiança, uma vez que este é um período em que as mulheres estão mais sensíveis e são assoberbadas por sentimentos de culpa quando o seu bebê perde peso e de não o conseguirem amamentar como idealizaram.

É aqui que o EEESMO detém, maior oportunidade de empoderamento da mulher e foram estas oportunidades que abracei durante o meu estágio. Inicialmente com uma abordagem mais interventiva, posteriormente focando-me mais na capacitação da puérpera, e progressivamente a conseguir transmitir o conhecimento, fazendo pequenas correções e por último validar o processo de aprendizagem.

Durante o estágio, tive oportunidade de privar com mulheres que não desejaram amamentar, ou por más experiências anteriores, ou por ideias já pré-concebidas, mesmo depois de lhes ter sido explicado todos os benefícios do leite materno. Nestas situações, aceitamos que estão no seu direito, depois de devidamente esclarecidas quanto às vantagens do aleitamento materno. É respeitado o princípio da autonomia e, assim sendo, instruímos e treinamos a preparação de leite artificial.

O ingurgitamento mamário foi uma das complicações associadas à amamentação, que ocorreu com alguma frequência durante o ensino clínico, por frequentemente as puérperas ainda se encontrarem internadas no processo de descida do leite. Caso isto não se verificasse durante o internamento, a temática era abordada nos ensinamentos para a alta, de modo que no domicílio a puérpera pudesse adotar a melhor conduta. Ocorre ingurgitamento ou congestão mamária, quando há uma acumulação em excesso de leite, causando dor, edema e endurecimento, e conseqüentemente dificuldade na pega pelo RN por achatamento do mamilo. De acordo com o conhecimento da fisiologia da lactação, compreende-se que 30 a 72 horas após o parto, a produção de leite aumenta, e o processo de produzir leite, outrora controlado por via endócrina, passa a ser regulado por via autócrina (ILCA, 2011). Este aumento de produção de leite é fisiológico, e pode decorrer sem qualquer intercorrência, no entanto é um momento onde facilmente se pode verificar o ingurgitamento mamário, por: produção excessiva de leite, intervalos longos entre as mamadas, técnica inadequada de amamentação e/ou desmame abrupto. Nesta situação, a puérpera pode apresentar episódios de febre e desconforto generalizado (Sousa, 2012).

Por se apresentar como uma situação geradora de grande desconforto para as puérperas, o ingurgitamento mamário, pode condicionar negativamente a amamentação, como é considerado um dos motivos de abandono da mesma, situação esta suportada pela evidência científica. O objetivo do tratamento é diminuir o desconforto e o edema (Navneet, 2015). Posto isto, várias são as possibilidades de tratamento como: a crioterapia, a aplicação de calor, a extração manual de leite, começando sempre por assegurar a frequência de mamadas e a pega adequada (ILCA, 2011). Assim, as puérperas foram orientadas conforme estas indicações, tendo sido incentivadas a aumentar a frequência das mamadas em livre demanda, aplicar calor húmido, antes de oferecer a mama e a aplicação de gelo e extração manual de leite após a mamada.

Nos momentos de comunicação com a puérpera/casal, permiti-lhes sempre que possível, o exteriorizar das suas dúvidas e preocupações. Recordo-me de uma puérpera que questionou se poderia continuar a realizar o contato pele a pele em casa, quer ela quer o pai. Foi-lhes explicado que podem “abusar” deste método, reunindo todas as condições de segurança, pois o contato pele a pele melhora a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, regula a temperatura corporal minimizando perdas energéticas, desenvolve o vínculo afetivo mãe/recém-nascido, estimula a amamentação e a estabilidade hemodinâmica do recém-nascido (frequência cardíaca e respiratória estáveis). Estes benefícios foram sempre explicados à mãe/casal/acompanhante.

No momento da alta para o domicílio esclareceram-se dúvidas acerca dos cuidados de higiene e conforto ao RN: características da pele e sinais de icterícia; cuidados a ter antes,

durante e após o banho; cuidados ao coto umbilical pelo seu alto risco de infecção. Inicialmente o seu aspeto é branco-azulado/gelatinoso, sendo que progressivamente se deve constatar um processo de mumificação, onde o mesmo se torna acastanhado e seco, até cair entre o 5º e o 15º dia de vida, dependendo das características do mesmo. Por ser um tecido sujeito a um processo de isquemia, o seu potencial infeccioso é grande e por essa razão a observação frequente, permite despistar quaisquer sinais de onfalite, tais como: o edema, o rubor periumbilical e as características do exsudado (Luís, 2014). As guidelines da OMS (2014), recomendam a realização de técnica seca como método de escolha para os cuidados ao coto umbilical, em recém-nascidos cujo nascimento se deu em ambiente hospitalar. Foi transmitida aos pais a correta técnica da sua desinfeção ou limpeza.

Algumas precauções de segurança foram também explicitadas nomeadamente, acerca da prevenção da síndrome de morte súbita do lactente. Assim, quando apropriado foi explicado que, por forma a prevenir esta síndrome, o posicionamento do RN no berço quando este não se encontra a ser vigiado seria em decúbito dorsal, com os cobertos presos, e os mesmos pela região axilar e sem excesso de cobertores, num colchão firme sem brinquedos ou outros elementos pelo risco de asfixia. De acordo com as indicações da Associação Portuguesa de Segurança Infantil, foram explicadas e asseguradas algumas condições de segurança, nomeadamente garantia de utilização de sistema de retenção, adequado à faixa etária do RN, correta utilização de sistema de retenção (voltada para trás), e treino da utilização do mesmo, com a possibilidade da equipa de enfermagem se deslocar até ao veículo dos pais.

Quero destacar, neste ponto dos cuidados ao RN, a mais-valia que é, cada enfermaria possuir uma bancada de cuidados com banheira incluída, o que faz com que o momento do banho seja muito mais resguardado, tal como a presença do pai neste momento de aprendizagem, para o casal, pois a maternidade do HSM permite a presença do progenitor logo pelas 8h da manhã. Pelo que me apercebi, esta medida transmite muito mais segurança às puérperas, já que sentem o apoio de outra forma e faz com que não se sintam tão sozinhas.

Preencheu-se a notícia de nascimento digital, garantiu-se a administração e registo da vacina contra a Hepatite B, administrada junto das mães, aproveitando o momento para abordar a importância do cumprimento do plano nacional de vacinação, no Centro de Saúde, assim como a frequência das consultas de vigilância de saúde infantil. A realização do teste de diagnóstico precoce, é realizado sempre que possível ainda no internamento, a partir do 3º dia de vida. Visto que a duração do internamento, a maior parte das vezes é curta, os casais são encaminhados para os cuidados de saúde primários com o seu RN para a realização do mesmo lá.

Neste estágio pude também treinar algumas técnicas mais específicas, nomeadamente a colheita de sangue ao recém-nascido e colaborei também na técnica de realização do rastreio das cardiopatias congénitas. As cardiopatias são o grupo mais comum de anomalias congénitas. O diagnóstico atempado e precoce destas situações melhora o prognóstico, diminuindo a morbi-mortalidade associada. No serviço, recorre-se à utilização da oximetria de pulso como método de rastreio das cardiopatias congénitas. A justificação para o seu uso reside no facto de em algumas cardiopatias congénitas críticas, ser constatado algum grau de hipoxémia mesmo antes da cianose ser clinicamente evidente. A oximetria de pulso é um teste não invasivo, não doloroso, fácil de executar, com grande fiabilidade na avaliação da hipoxémia. Dada a evidência científica, a exequibilidade, segurança e ganhos potenciais em saúde com a aplicação do teste, o rastreio é realizado de forma universal. No serviço, o rastreio é realizado a todos os RN às 48h de vida. Consiste na avaliação da saturação periférica de oxigénio no membro superior direito (mão) e no membro inferior esquerdo (pé), devendo ser valorizada a diferença entre os membros. Realizar sempre duas avaliações para reduzir falsos-positivos e registar os valores no programa SClínico® e o Boletim de Saúde Individual do RN. O teste é considerado positivo, se a avaliação de saturação for inferior a 95% nos dois membros e um diferencial superior a 3% entre ambos. Nesta situação impõe-se a realização de ecocardiograma.

Em contexto clínico, prestei vigilância e cuidados de enfermagem, em colaboração com a equipa multidisciplinar, a 62 puérperas, das quais 5 em situação de risco, e a 74 RN saudáveis. No total dos dois primeiros ensinamentos clínicos, Enfermagem em Sala de Partos e Enfermagem em Puerpério, foram vigiadas 123 puérperas e 133 RN.

3.3- Desenvolvimento de Competências Específicas na área de Ginecologia

O estágio decorreu no serviço de Ginecologia do Hospital Sousa Martins – ULS Guarda, com uma duração de 3 semanas, com uma carga horária de 24h semanais, sob orientação de dois EEESMO. O serviço tem a mesma localização do serviço de Obstetrícia caracterizado no ponto anterior, sendo estes dois serviços contíguos. É composto por uma enfermaria, com quatro camas destinada à patologia da gravidez, patologia ginecológica e/ou aborto. Situações de IMG são encaminhadas para o Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

A equipa multidisciplinar é composta pela equipa médica, de enfermagem e assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é constituída por 23 EESMO, 8 Enfermeiros Generalistas, 2 Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica e uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, num total de 34 elementos. Esta

equipa pertence ao Departamento de Saúde da Criança e da Mulher, ou seja, a equipa é comum ao serviço de Urgência Obstétrica/Ginecológica, internamento de puerpério/ginecologia/patologia da gravidez e Sala de Partos. A equipa de enfermagem segue o método individual de trabalho, no entanto entreadjudam-se na prestação dos cuidados às utentes.

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro EESMO (OE, 2019), explica que este “cuida da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica”.

O EESMO desempenha um papel crucial na área da Ginecologia. Com base no conhecimento científico, na evidência e experiência clínica, o EESMO está apto a atuar tanto na prevenção de afeções ginecológicas como na promoção da saúde nesta área. Assim, é essencial a implementação de estratégias de cuidado que visam melhorar os ganhos em saúde nas mulheres. O EESMO tem a capacidade de combinar conhecimentos teóricos com a prática clínica, o que permite uma abordagem holística e personalizada, assegurando que as necessidades específicas de cada mulher sejam atendidas de forma eficiente e humana. As utentes internadas são do foro ginecológico, provenientes do domicílio, do serviço de urgência geral, da urgência de Ginecologia/Obstetrícia ou do bloco operatório e, aquando da alta podiam ser encaminhadas para o domicílio ou unidade de cuidados, e sempre que necessário, solicitava-se apoio da assistente social para que as mulheres tivessem apoio/recursos na comunidade. A utente, quando fica internada no serviço de ginecologia, é sempre integrada e acolhida no serviço. Neste momento, é importante perceber as expectativas das utentes relativas ao desenvolvimento internamento/intervenção cirúrgica. Durante todo o internamento são realizados ensinamentos para que se empodere no seu cuidar preparando a alta. Aquando da alta, são reforçados os ensinamentos à utente e a validação da sua aprendizagem. Durante o EC em internamento de Ginecologia, não tive oportunidade de prestar cuidados a mulheres com doença oncológica. Este é um serviço que, pontualmente lida com utentes neste tipo de situação, pois a maior parte dos casos é enviado para o CHTV, referência de cuidados. Nestas situações, as utentes estão fragilizadas e necessitam de sentir confiança e segurança nos cuidados prestados, exigindo competências do EESMO em capacitação, empoderamento, e essencialmente comunicação.

Durante a permanência na enfermaria de Ginecologia em contexto hospitalar, foi possível o contacto com situações de metrorragias, doença inflamatória pélvica e uma situação de aborto.

Segundo Moura (2017), o aborto assume-se como o final de uma gravidez, de forma induzida ou espontânea, sem que se alcance o tempo de gestação e que seja permitida teoricamente a viabilidade fetal.

Existe uma etiologia muito variada para situações de aborto, sendo que as mais comuns tendem a ser as anomalias ovulares no produto de concepção, doença materna, incompetência cervical, exposição a agentes físicos ou químicos, fatores imunológicos, disfunções endócrinas, entre outros (Moura, 2017).

Perante a possibilidade de aborto, a confirmação da gravidez é essencial para dar prosseguimento à situação clínica. A hemorragia vaginal é por norma o foco de atenção. A confirmação da sua origem, a avaliação da sua gravidade e repercussão sobre o estado geral da mulher garante uma melhor abordagem inicial e antecipa complicações iminentes. Habitualmente o tratamento em processo de aborto passa por uma atitude expectante e/ou recurso a terapêutica medicamentosa (prostaglandinas ou anti progestativos), evitando-se habitualmente o tratamento cirúrgico (curetagem). De acordo com a OMS (2022), pelos riscos que esta última possibilidade apresenta, é habitualmente utilizada em casos de hemorragia abundante ou prolongada com risco de anemia, se existir infeção evidente do produto.

Tal como em outras doenças do foro ginecológico, o aborto tem impacto ao nível da qualidade de vida da pessoa, requerendo cuidados nos quais se inclui a capacidade de apoio à gestão do processo vivenciado, intervindo numa dinâmica holística, com vista à melhor qualidade de vida. Assim, ao longo da intervenção neste contexto, destacou-se o desenvolvimento da minha capacidade de ajuda e comunicação para com a mulher face ao ajuste ao seu processo de doença, superação de bloqueios e reforço das suas competências enquanto pessoa ativa no seu processo de cuidados.

Relativamente às intervenções cirúrgicas a realizar, são situações mais simples, como histerectomias, nomeadamente pela presença de prolapso uterino, cistocele, retocele e/ou incontinência urinária de esforço, condições que causam muito desconforto e incapacidade. Contudo, colocam igualmente as mulheres em situação de fragilidade e medo do desconhecido. As mulheres com estas condições, são essencialmente utentes no período do climatério. Trata-se do período em que ocorre uma inibição folicular ovárica, que leva a uma queda progressiva do estrogénio, resultando no encerramento do ciclo menstrual, a chamada menopausa de uma transição da vida reprodutora para a não reprodutora (Silva, Freire e Nascimento, 2019). Durante esta transição, a mulher sofre alterações hormonais e emocionais com as quais procura lidar, de forma menos ou mais intensa. Ocorre então o processo de menopausa, que corresponde à cessação permanente da menstruação, reconhecida como tal, apenas em situações onde coexista amenorreia durante doze meses e perda folicular

ovárica definitiva (Silva, Freire e Nascimento, 2019). Esta última pode trazer à mulher sintomas como alterações na libido, alterações de humor, dispareunia, atrofia vaginal, incontinência urinária, infeções urinárias de repetição, osteopenia, sobretudo nos primeiros cinco anos após o seu início.

Tanto o climatério como a menopausa, apresentam um impacto na qualidade de vida das mulheres que vivenciam estes processos. Podem ser vivenciados momentos de crise, dúvida e receio, uma vez que envolve questões relativas ao final da vida reprodutora, bem como questões ligadas ao envelhecimento e alterações na sexualidade. O EEESMO deve proporcionar uma assistência adequada, face às vivências relacionadas com esta etapa do ciclo de vida da mulher, para que possam encarar este processo com maior naturalidade (Silva, Freire e Nascimento, 2019)

Os cuidados de enfermagem são centrados na utente com o cuidado humanizado. Durante este estágio, infelizmente as oportunidades foram poucas, visto que nem sempre existia agendamento cirúrgico para a realização de cirurgias do foro ginecológico e as situações mais complexas serem enviadas para o hospital de referência, contudo a minha experiência profissional, por trabalhar no serviço de ginecologia, trouxe-me muita bagagem de conhecimento para poder trocar impressões com a equipa, no que toca aos cuidados a utentes com patologia ginecológica.

No ensino clínico, pude familiarizar-me com o programa SClínico®, no qual se concretiza o plano de cuidados de enfermagem e com os protocolos existentes para uniformização dos cuidados de enfermagem. Sobre o horário de visitas no serviço de Ginecologia é permitida a presença do acompanhante das 11h30 às 19h30, ou apenas duas visitas por cada utente pelo período máximo de 30 minutos.

3.4- Desenvolvimento de Competências Específicas na área da Patologia Materno-Fetal

O Ensino Clínico teve lugar na Unidade de Medicina Materno-Fetal, da Maternidade Bissaya Barreto (UMMF-MBB), no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC), no período de 6 de novembro a 8 de dezembro de 2023, com a duração de 5 semanas, e uma carga horária semanal de 24 horas, perfazendo um total de 120 horas de contato.

A assistência pré-natal assume primordial importância para a saúde materna e fetal, contribuindo não só para melhores indicadores obstétricos e neonatais, como também para melhores experiências de gravidez, parto, puerpério e amamentação, principalmente quando as mulheres são cuidadas por um enfermeiro EESMO num contexto de continuidade de cuidados desde a gravidez ao pós-parto (OE, 2015; Rocha et al., 2020).

Durante a gravidez, o organismo da mulher está sujeito a múltiplas alterações que nem sempre ocorrem de forma saudável, podendo ocorrer desvios à normalidade, havendo a necessidade de internamento para cuidados mais específicos que garantam a manutenção da gravidez, assim como o bem-estar materno e fetal. A prestação de cuidados em saúde materna e obstétrica reconhece a centralidade na mulher, considerando a sua individualidade de forma holística, as necessidades, a relação com pessoas significativas e com o ambiente em que se insere (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Os cuidados de enfermagem sustentam-se na escolha informada e na capacitação da mulher, com o intuito de promover a parceria de cuidados e integração no processo de tomada de decisões (OE, 2015a). Estes cuidados centram-se na mulher e família.

A UMMF da Maternidade Bissaya Barreto, situa-se no segundo piso das instalações. É dividida em cinco enfermarias com três camas cada: as duas primeiras destinadas ao pré-parto (quando as parturientes se encontram numa fase ativa de TP, são transferidas para a SP, situada no mesmo piso da UMMF), e as duas seguintes são salas de patologia da gravidez (sendo que a penúltima enfermaria tem como numeração três camas, 10, 12 e 13) e finalmente o último quarto, com duas camas (14 e 15) reservado para as interrupções médicas da gravidez/mortes fetais.

Sobre o horário de visitas na UMMF é permitida a presença do acompanhante das 12h às 22h. O horário para as restantes visitas compreende o período das 14h às 19h30. As visitas dos filhos com idade inferior a 12 anos são permitidas, em simultâneo com o acompanhante.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro EESMO (OE, 2019), este deve “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.”

A assistência pré-natal procura, sobretudo, avaliar a saúde materno-fetal em todas as suas dimensões, identificando os fatores promotores de saúde, assim como possíveis fatores de risco que possam complicar o decurso normal da gravidez (Rocha, et al., 2020).

No sentido de facilitar a integração no serviço, na admissão é fundamental a realização da colheita de dados inicial e acolhimento à grávida e pessoa significativa que a acompanha, fazendo parte do procedimento a apresentação da enfermeira responsável e restante equipa, do espaço físico e horário de visitas. Posteriormente, consultamos o processo clínico para completar a recolha de dados pertinentes para a elaboração do plano de cuidados informaticamente com o sistema SClínico®.

Através da realização da cardiocotografia (CTG) o EEESMO monitoriza o bem-estar materno e fetal, conforme prescrição médica, ou se a situação assim o exigir. Pude realizar

este procedimento e interpretar os seus resultados em todos os turnos. No entanto, a avaliação da contratilidade uterina e da frequência cardíaca fetal (FCF) nem sempre é fácil, uma vez que não se resume somente a uma análise dos parâmetros apresentados, mas sim a interpretação de vários fatores clínicos, que podem levar à alteração de procedimentos. A interpretação do registo cardiotocográfico envolve a análise dos parâmetros obtidos, permitindo a classificação do padrão do traçado. Esta classificação tem por base a frequência cardíaca basal do feto, a variabilidade e a reatividade fetal e o aparecimento de desacelerações. No entanto, estes fatores têm de ser relacionados com outros, como o conhecimento profundo dos mecanismos de defesa do feto, dos efeitos dos estímulos externos no ritmo cardíaco fetal, e da situação clínica de cada grávida, de forma a detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados no bem-estar materno e fetal. Desta forma, foi essencial demonstrar conhecimentos consolidados neste âmbito e baseados na evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A hemorragia durante a gravidez, é uma das complicações mais frequentes, e uma das principais causas de morbidade e mortalidade perinatais, e que motiva muitos internamentos (Miranda et al., 2018). É classificada de acordo com o trimestre em que se manifesta. A hemorragia do 1º e 2º trimestre de gravidez, ocorre em cerca de 25% das gravidezes e está geralmente associada a situações patológicas da própria gravidez, sobretudo o abortamento, gravidez ectópica e mola hidatiforme, em que a idade materna, a paridade e a existência de abortamentos anteriores, são fatores de risco que se encontram relacionados com a hemorragia vaginal do 1º e 2º trimestre. Para além da hemorragia vaginal, a dor tipo cólica é também uma manifestação clínica que está associada (Belo et al., 2020).

A hemorragia vaginal no 3º trimestre de gravidez, por sua vez, está também associada a situações patológicas da própria gravidez, como placenta prévia, descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPPNI), lesões cervicais e do colo uterino, e lesões vaginais e vulvares. Alguns fatores de risco associados às hemorragias do 3º trimestre são a idade materna avançada, multiparidade, cesarianas anteriores, curetagens uterinas anteriores, gemelaridade, placenta prévia anterior, hipertensão arterial, traumatismos, tabagismo, descompressão uterina súbita e rotura prematura de membranas. A hemorragia vaginal é a principal manifestação clínica, podendo ser acompanhada de dor abdominal, associada a contrações uterinas. Após a identificação de uma hemorragia do 3º trimestre, é crucial manter a vigilância materno-fetal de forma contínua através da monitorização cardiotocográfica, com o intuito de vigiar sinais de sofrimento fetal agudo e contratilidade uterina (Belo, et al., 2020).

Relativamente às hemorragias na gravidez, tive a oportunidade de prestar cuidados a grávidas com o diagnóstico de placenta prévia, fazendo-me consciencializar, enquanto futura

enfermeira EESMO, do perigo iminente que uma gravidez complicada por uma placenta prévia, pode acarretar, em que basta o não cumprimento do repouso absoluto da grávida, para desencadear hemorragia vaginal grave e colocar em perigo a sua vida e a do feto. Conhece-se por placenta prévia, aquela que se implanta, total ou parcialmente, sobre o orifício cervical interno, ou se estende até próximo do colo, de forma a causar hemorragia aquando da dilatação ou do apagamento do colo (Graça, 2017). Uma das maiores complicações da placenta prévia é o acretismo placentário. Esta condição ocorre quando a placenta se implanta numa área em que a decídua está muito pouco desenvolvida, ou mesmo ausente. Um caso clínico particular, de uma grávida, com placenta prévia increta, em que neste caso as vilosidades da placenta penetraram profundamente no miométrio.

Durante o estágio, tive a oportunidade de prestar cuidados a mulheres em situação de abortamento e/ou interrupção médica da gravidez. Nestas situações, como futura EEESMO para além da experiência/prática já adquirida, necessitei de aprofundar conhecimentos, mas principalmente trabalhar competências humanas ético-morais demonstrando sempre empatia e compreensão.

Em Portugal, o abortamento eugénico, é permitido por lei até às 24 semanas de gestação, no que respeita às situações em que se realiza a interrupção da gravidez por motivos relacionados com a saúde do embrião ou feto (Canário et al., 2011). Portanto, se se prevê que o feto virá a sofrer de malformações congénitas ou doença grave de forma incurável, é possível realizar a interrupção médica da gravidez.

Presenciar estas situações de abortamento é sempre muito difícil, quer para a equipa de enfermagem, quer para aquela família que planeou e desejou aquele bebé, com sentimentos e emoções tão fortes, que irão demorar a digerir. Neste sentido, a equipa de enfermagem da UMMF está, em parceria com a equipa de psicologia, a tentar desenvolver um projeto no sentido de criar memórias agradáveis daquele momento, para que o casal fique com uma lembrança do seu bebé, daquele que é também o seu filho. Tudo isto é agilizado de acordo com a vontade do casal e com as condições em que o feto que se apresenta na altura do nascimento.

A ameaça de parto pré-termo (APPT), define-se como o aparecimento de contratilidade uterina regular, provocando alterações no colo uterino antes das 37 semanas de gestação, nomeadamente afunilamento em U ou em V, apagamento e/ou dilatação do colo. O parto pré-termo, é todo o parto que ocorre entre a 22^a e a 36^a semana e 6 dias de gestação, e é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade neonatal, sendo que metade desses óbitos acontece em recém-nascidos com peso igual ou inferior a 500g à nascença (Magro et al., 2018). Nestas situações, é urgente encontrar a causa que desencadeou este início de

trabalho de parto, com a pesquisa das infecções vaginais e se for esta a causa confirmada, atuar de acordo com a medicação indicada. É uma das complicações que, geralmente, requer internamentos mais longos, com o intuito de prolongar/manter a gestação até à 37ª semana ou mais, sempre que possível, garantindo assim a viabilidade do feto à nascença, através da administração de terapêutica tocolítica, para cessar as contrações, como por exemplo o Atosiban® (inibidor dos recetores de ocitocina) EV, cumprindo os protocolos instituídos no serviço e terapêutica para promover a maturação pulmonar fetal, para evitar o síndrome da dificuldade respiratória no prematuro, como a Dexametasona 6mg (4 doses por via intramuscular, com intervalo de 12h), e as grávidas devem cumprir repouso absoluto/relativo, conforme avaliação/indicação médica.

Perante uma APPT, é de extrema importância que a grávida/família se consciencialize da possibilidade de ocorrer um parto pré-termo, e que, consoante essa prematuridade, haver a possibilidade de o seu recém-nascido vir a ser internado numa unidade de Neonatologia. Assim sendo, ao longo do internamento, como futura EEESMO, procurei realizar essa preparação para a transição positiva para a parentalidade, contribuindo para a aquisição de competências para o novo papel de pais (transição para a parentalidade), assim como a promoção do aleitamento materno. Nestes casos, a equipa da UMMF identifica as situações a abranger, informam sobre a existência do “Programa MAE” e avaliam a sua receptividade, solicitando posteriormente, colaboração à equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Estes, por sua vez, esclarecem as dúvidas e receios dos pais face ao nascimento do bebé prematuro, mostram um álbum com testemunhos reais de partos pré-termo e outro com o ambiente de uma UCIN, dando também a possibilidade de fazer uma visita guiada à unidade.

Apesar de não ter experienciado nenhuma situação, esta iniciativa sensibilizou-me bastante, pois penso que os pais se sentirão mais preparados para as dificuldades que os esperam, ficando desde já motivados e envolvidos em todo o processo. Será reconfortante saber que aqueles profissionais estão disponíveis para minimizar o seu sofrimento, tendo também grande importância no envolvimento emocional e nos cuidados ao filho, facilitando a vinculação e o desenvolvimento integral do bebé.

As alterações hipertensivas na gravidez referem-se a uma grande variedade de condições nas quais se verifica uma elevação da tensão arterial materna, com o correspondente risco para o bem-estar fetal. Segundo Graça (2017c), pré-eclâmpsia define-se como hipertensão arterial que surge a partir das 20 semanas de gravidez, associada a proteinúria e/ou edema patológico, em mulheres previamente normotensas, que se manifesta através de cefaleias, alterações visuais, epigastralgias, podendo ocasionar restrição de crescimento fetal. A eclâmpsia é o desenvolvimento de convulsões ou coma em grávidas com

sinais e sintomas de pré-eclâmpsia, que não possam ser atribuídos a patologia neurológica pré-existente. A pré-eclâmpsia e a eclâmpsia podem levar a complicações maternas e fetais, tais como placenta abrupta e conseqüentemente morte fetal ou neonatal (Bobak et al., 1999). É de esperar que após o parto estes valores tensionais normalizem (Monteiro & Leite, 2018). Nestas situações, durante os cuidados, estive também alerta para outros sinais e sintomas que estão associados, para além das convulsões, como hipertensão extrema, hiperreflexia, proteinúria, edema generalizado, e a grávida pode referir ainda cefaleias, com ou sem perturbações visuais, não descurando a importância de vigiar o bem-estar fetal.

A síndrome de HELLP é uma forma muito grave de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, na qual a grávida apresenta várias queixas, que vão desde mal-estar geral, dor epigástrica, náuseas e apresenta valores laboratoriais comuns a uma síndrome de hemólise (H) dos eritrócitos, elevação das enzimas hepáticas (EL, Enzymes of Liver), e baixa de plaquetas (LP, Low Platelets) (Bobak et al., 1999). Durante o ensino clínico, não tive oportunidade de prestar cuidados em situações de síndrome de HELLP.

Em contexto de patologia da gravidez, a educação para a saúde é de grande importância, sendo uma das competências do EESMO “promover a saúde da mulher durante o período pré-natal” (OE, 2019a), e que pressupõe informar, orientar e implementar programas e projetos de promoção da saúde pré-natal.

Expondo o caso clínico de uma grávida, internada com o diagnóstico de “Diabetes Mellitus Gestacional”, com 26 semanas e 5 dias de gestação. A diabetes gestacional é o aparecimento de níveis mais elevados de açúcar no sangue do que os esperados durante a gravidez. As hormonas produzidas durante a gravidez, essenciais para o desenvolvimento de uma gravidez e feto saudáveis, tornam o organismo mais resistente aos efeitos da insulina. Existem progressos na vigilância e tratamento da diabetes na gravidez, com a melhoria de resultados nos recém-nascidos e redução de complicações maternas, continua a ser uma situação de risco acrescido. Para a grávida diabética a maior complicação deriva do desequilíbrio metabólico, grande aumento ponderal durante a gravidez, com o conseqüente aumento da tensão arterial. Existe maior predisposição destas mulheres para infeções urinárias (Bobak et al., 1999).

Em relação ao feto, a complicação mais grave e mais comum é a macrossomia fetal. Quando a nível materno surgem grandes complicações, como HTA grave, pode ocorrer insuficiência feto-placentar em que o feto se apresenta leve para a idade gestacional (LIG).

Um dos maiores desafios dos EESMO, é satisfazer as necessidades de educação para a saúde. A prestação de cuidados a esta grávida baseou-se essencialmente na educação para a saúde através de ensinamentos constantes acerca dos cuidados a ter com esta doença, desde os

horários de avaliação das glicémias, à alimentação mais adequada, adequando estratégias de ensino de acordo com o nível de conhecimentos desta grávida, de forma a modificar os seus comportamentos futuros e assim prevenir possíveis complicações maternas e/ou fetais, que daí possam advir.

A minha atuação, aquando da prestação de cuidados foi adequada a cada situação, avaliando sempre o bem-estar materno e fetal (através da realização de registo cardiotocográfico – RCT - ou auscultação do foco fetal) e a atividade uterina. A realização das Manobras de Leopold também foi importante para determinar a posição fetal, ajudando na colocação do RCT. As Manobras de Leopold visam a identificação, no abdómen da mulher, do foco fetal e do fundo uterino, resultante da interpretação do traçado cardiotocográfico. Esta experiência resultou no aprimoramento de competências e na consolidação de saberes baseados em evidência científica. A execução de Manobras de Leopold proporciona, ainda, a determinação da situação, apresentação e variedade fetal, permitindo determinar a descida da apresentação fetal na bacia materna (Marques & Reynolds, 2011).

De salientar, que ao longo de todo o ensino clínico, sendo este especificamente de patologia materno-fetal, foi-me dada sempre que possível a oportunidade de cuidar e acompanhar as grávidas internadas no pré-parto. A gravidez caracteriza-se por um conjunto de emoções e sentimentos que diferem de mulher para mulher, o EESMO deve estar sensibilizado para esta realidade. A indução médica ou um início de TP e trabalho de parto são fatores “stressantes” para a grávida/família. Nesse sentido, na minha prestação de cuidados à parturiente, procurei estabelecer uma relação de ajuda, demonstrando respeito, empatia e disponibilidade, prestando cuidados culturalmente congruentes, respeitando as suas crenças e valores e abstendo-me de juízos de valor. Para tal, utilizei uma linguagem assertiva, tentando transmitir calma e segurança, explicando sempre os procedimentos que ia realizar e fazendo ensinamentos oportunos. O respeito pelo seu estado físico e emocional e a atenção às suas manifestações verbais e não verbais, bem como o respeito pela sua privacidade também foram uma preocupação constante. Pude aperceber-me como a nossa disponibilidade, o nosso incentivo e os nossos ensinamentos podem diminuir a sua ansiedade e dar-lhes mais autoconfiança.

Conceber, planear, implementar e avaliar cuidados de enfermagem especializados em situações de indução, início de trabalho de parto e patologia na gravidez, constituíram o meu maior desafio em termos de desenvolvimento e aquisição de competências neste estágio. Prestar cuidados de enfermagem especializados em saúde materna, obstetrícia e ginecologia, exige para além de um grande conjunto de conhecimentos, uma grande prática a nível de desempenho, que só a experiência e o tempo podem trazer.

A dor está quase sempre associada ao trabalho de parto. Foi com grande satisfação que me apercebi da sua valorização e do empenho da equipa na sua avaliação e tentativa do seu alívio. Sem dor ou com a sua diminuição, é possível uma melhor colaboração e participação da parturiente nesta fase que precede o momento tão maravilhoso que é o de ser mãe. Neste sentido, procurei sempre mostrar interesse e preocupação face à dor manifestada pelas grávidas, valorizando as suas queixas e tendo em atenção as suas expressões verbais e não verbais. Procurei monitorizar a dor segundo a escala numérica e administrei analgesia prescrita (após esclarecimento da sua ação e efeitos secundários), avaliando algum tempo depois se surtiu efeito. Apesar de muitas vezes já terem alguma informação, é muitas vezes com o EESMO que as grávidas tiram dúvidas sobre a analgesia epidural. Assim, tive oportunidade de fornecer informação sobre este tipo de analgesia, esclarecendo-as sobre as condições para a sua realização e que é uma decisão individual.

Também tive a oportunidade de promover medidas não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho parto. Esta é uma área em que o EESMO tem autonomia e que, como tal, me deu bastante satisfação em realizar. Neste sentido procurei manter um ambiente calmo e acolhedor, promovendo técnicas de distração e de relaxamento, como o diálogo, a colocação de música ambiente, ensino de técnicas de respiração durante a contração uterina, incentivo ao banho quente, à deambulação e à realização de exercícios na bola de pilates, para estimular a mobilidade e relaxamento pélvico e perineal (relaxamento do assoalho pélvico e região pélvica). A presença e o envolvimento da pessoa significativa é, no meu ponto de vista, muito importante. É um momento de grande ansiedade e nervosismo, mas que se torna num momento inesquecível para os dois. Assim, procurei sempre que possível e desejável pela díade, envolver a pessoa significativa no processo, explicando o desenvolvimento do trabalho de parto, esclarecendo as suas dúvidas e envolvendo-a no próprio alívio da dor. Para tal, exemplifiquei como realizar a massagem de contrapressão e de *effleurage*, incentivando o acompanhante a fazer. Foi algo que me deu bastante gosto porque permitiu-lhes alguns momentos de intimidade, distração e mesmo alívio da dor. Neste sentido, foram utilizadas as estratégias não farmacológicas adequadas ao momento do trabalho de parto e às características da parturiente/pai.

A vinda de uma grávida à urgência é inevitavelmente um momento de nervosismo, pelo medo do desconhecido, ansiedade e preocupação com o seu estado e com o do seu bebé. Deste modo, considero que o EESMO desempenha um papel preponderante no atendimento destas grávidas, capacitando-as com ensinamentos oportunos, adequados à sua vinda à urgência, informando-as dos sinais de alerta a ter em conta. Também é importante disponibilizarmos apoio emocional nas situações de perdas, demonstrando empatia e compreensão. Apesar de ser uma situação recorrente nestes serviços, para quem a está a

vivenciar é por vezes uma experiência traumática, de sofrimento e angústia. Tive oportunidade de desenvolver o meu trabalho, num turno no serviço de Urgência, em que colaborei em atividades inerentes ao serviço, como a avaliação de sinais vitais, colocação e interpretação de RCT e auscultação cardíaca fetal, rastreio de sinais de alerta, colheitas de sangue para análises, administração de terapêutica, realização de ensinamentos, entre outras.

Prestei cuidados a 68 grávidas com patologia da gravidez, correspondendo no total a 100 exames pré-natais (com as grávidas de risco acompanhadas em contexto de urgência e consulta de vigilância (32)). As patologias mais comuns com que me deparei durante o estágio foram: ameaça de parto pré-termo, hemorragia do 2º trimestre (placenta prévia), diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento intrauterino, interrupção médica da gravidez/morte Fetal, rotura pré prematura de membranas. Foi ainda possível prestar cuidados a uma grávida com hepatite auto-imune.

3.5- Desenvolvimento de Competências Específicas na área da Promoção da Saúde da Mulher

O Ensino Clínico teve lugar na USF Viriato, pertencente à ULS Viseu Dão-Lafões, no período de 11 de dezembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024, com a duração de 5 semanas, e uma carga horária semanal de 24 horas, perfazendo um total de 120 horas de contato.

A USF Viriato, iniciou as suas funções a 9 de dezembro de 2008 e a 1 de abril de 2011 passou a USF modelo B. Exerce a sua atividade no edifício do antigo Centro de Saúde Viseu 3 e no Polo de Atendimento de Torredeita. No mesmo edifício, partilha instalações, em área independente com as outras USF's e serviços da ULS VDL. Em termos de estrutura física, é composta por um átrio, uma sala de espera, 4 balcões de atendimento, sete gabinetes médicos, seis gabinetes de enfermagem, duas salas de tratamentos, dois gabinetes destinados a consultas de saúde da mulher. A equipa é multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos e secretários clínicos. A equipa de enfermagem é composta por oito enfermeiras, duas delas EEESMO, uma especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e duas especialistas em Saúde Comunitária. Esta USF serve uma população de aproximadamente 14000 utentes de todas as freguesias do concelho de Viseu e também alguns utentes do concelho de Tondela inscritos no Pólo de Torredeita. A equipa está dividida em micro equipas, constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos.

De acordo com o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro EESMO (OE, 2019), o ESMO deve “cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional, estabelecendo e implementando

programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.”

Um dos maiores desafios do EESMO, é satisfazer as necessidades de educação para a saúde. A área da promoção da saúde da mulher desenvolvida numa Unidade de Saúde Familiar (USF) contempla variadas intervenções que requerem extrema dedicação, e em jeito de reflexão julgo que não tive as oportunidades que estava à espera. Foi-me explicado que pela altura do ano em que foi desenvolvido o meu estágio, praticamente todos os utentes de cada ficheiro teriam o seu controlo anual realizado, tal como em termos de consultas da vigilância da gravidez, no âmbito da Saúde Materna, o número de grávidas neste momento seria mais escasso.

Realizaram-se consultas de enfermagem de Planeamento Familiar (PF) onde a mulher recorreu, com o objetivo de iniciar um método contraceutivo, substituir por término de validade do método anterior ou porque não está satisfeita com método contraceutivo atual. Neste contexto, realizou-se a anamnese, avaliaram-se sinais vitais, o peso e índice de massa corporal, esclareceu-se sobre hábitos e estilos de vida saudáveis, (alimentação e atividade física) especialmente em utentes com excesso de peso ou obesidade (DGS, 2020); lembraram-se as regras de toma do ACO e o seu uso combinado com método de barreira, se for o caso, assim como sobre a transmissão de infeções sexualmente transmissíveis e uso adequado do preservativo; verificou-se o cumprimento do plano nacional de vacinação e planeou-se a vacinação; questionou-se sobre queixas e desconfortos (dismenorreia, dispareunia, infeções do trato urinário de repetição, menopausa) e informou-se sobre estratégias de alívio; explicou-se sobre o auto exame da mama. Para além destas, explicou-se sobre periodicidade das consultas, importância em concretizar o rastreio do cancro do colo do útero. Para garantir o esclarecimento das informações fornecidas providenciam-se folhetos informativos, promovendo o autocuidado e a literacia em saúde. A esta consulta, maioritariamente e infelizmente, só comparece a mulher, quando esta deveria ser acompanhada pelo seu parceiro sexual, para em conjunto, e depois de devidamente esclarecidos, tomarem a melhor decisão acerca método contraceutivo que desejam utilizar.

O rastreio do cancro do colo do útero é um dos principais pontos que leva as mulheres a esta consulta, estando dentro da estratégia da OMS para eliminar este tipo de cancro, a par da vacinação e tratamento com objetivo de salvar cinco milhões de vidas até 2050. É o cancro mais comum nas mulheres, sendo uma doença evitável e curável se detetada precocemente. Para o cancro do colo do útero, o rastreio compreende o teste de citologia cervical (papanicolau) em mulheres entre os 20 e os 30 anos, até aos 60 anos de idade (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2020).

O acesso aos cuidados pré-natais é um dos indicadores de avaliação da qualidade nos cuidados de saúde primários, estes englobam a prevenção da doença, a promoção da saúde e o tratamento de problemas que podem ocorrer durante a gravidez e após o parto (Sehnm, et al., 2020). Os enfermeiros têm um contacto estreito com as grávidas e com as suas preocupações durante a gestação, e a adesão da mulher aos cuidados pré-natais está relacionada com a qualidade da assistência prestada (Reis & Rached, 2017). O EEESMO é então um profissional fulcral para prestar a assistência no pré-natal, pois é qualificado para intervir com estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças de forma humanizada (Sehnm, et al., 2020).

A USF desenvolve igualmente o Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade ministrado por uma das EEESMO desta unidade, que por decisão das grávidas que se inscreveram nas sessões (foi realizado um questionário, de modo a esclarecer qual o método mais viável para as intervenientes), estas apresentam-se em formato online/presencial, de acordo com o agendamento organizado pela coordenadora do programa. Nestas sessões são abordados temas específicos da gravidez, parto e puerpério, baseando-se no método psicofilático, assim como cuidados ao bebé e recursos disponíveis na comunidade. O método psicofilático consiste num processo educativo para a aquisição de conhecimentos sobre as várias formas de experienciar o trabalho de parto e parto (Frias e Franco, 2008). Estas sessões são em grupo, de caráter teórico-prático, baseadas numa preparação psicológica, pedagógica e física, sendo desenvolvidas várias temáticas, tentando assim reduzir a ansiedade e o medo que o parto e o pós-parto podem provocar, assim como esclarecem as dúvidas das grávidas que possam surgir, corrigindo também ideias erradas formadas.

Pelas sessões que pude assistir enquanto estive em estágio, o que totalizou 99 contatos com grávidas, foi-me dada a oportunidade de ser eu a realizar duas delas, uma sobre Cuidados de Higiene e conforto ao RN e outra sobre Puerpério. Confesso que não me senti muito á vontade com o formato online. Para mim é primordial, sentir in loco a receptividade do que estou a transmitir naquele momento, isso dá-me segurança para perceber que estou no bom caminho e que estão a assimilar a informação. Pelo formato online, para mim foi difícil perceber esse feedback e não me senti tão realizada.

No Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (Portugal et al., 2015) encontra-se contemplada a preparação para o parto e para a parentalidade, em que, na educação pré-natal, de forma proactiva, se devem desenvolver as questões relacionadas com a gravidez, parto, puerpério e parentalidade. Adequando a cada grávida/casal de acordo com a evolução da gravidez. Os temas a ser abordados devem incluir informações sobre as transformações físicas e psicológicas da gravidez e parentalidade, o crescimento e

desenvolvimento fetal, a saúde oral, o trabalho de parto, os tipos de parto, a analgesia trabalho de parto, o papel do acompanhante, a massagem ao períneo e a informação acerca de células estaminais. Os cuidados no puerpério e ao recém-nascido (alimentação, banho, roupa, vacinas), a prevenção de acidentes, incluindo a “alta segura”, o aleitamento materno, as competências parentais e os direitos e deveres parentais são temáticas igualmente importantes”... com os objetivos de “desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho” (Portugal et al., 2015, pp. 62–63). Neste contexto surgem os Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade a que todas as grávidas/casais devem ter acesso no decurso da gravidez. Estes programas, com sessões com componente teórica e prática, dão possibilidade à mulher/casal de partilhar, expressar e esclarecer as dúvidas, medos e angústias inerentes a estas fases, num grupo de suporte mútuo. Neste sentido é necessário que o profissional responsável realize, se possível, uma entrevista prévia com a grávida/casal de modo a conhecê-los melhor.

Relativamente ao acompanhamento da vigilância pré-natal à mulher/casal, seguiu-se o emanado pela Direção Geral da Saúde (2015a). Em concordância, analisou-se o bem-estar materno e fetal através da história clínica e dos exames complementares diagnóstico; identificaram-se de forma antecipada situações de desvio à normalidade referenciando-as para além da nossa área de atuação; detetaram-se fatores de risco que possam intervir negativamente na saúde da mulher e do feto; promoveu-se educação para a saúde de forma holística; orientou-se para a realização de sessões de preparação para parto, nascimento e parentalidade; informou-se sobre os direitos e deveres parentais e registaram-se todas informações no boletim de saúde da grávida.

Assim, forneceu-se o boletim de saúde da grávida, registou-se a data da última menstruação e data provável do parto; realizou-se a anamnese; explicou-se a vigilância da gravidez; avaliaram-se os sinais vitais, o peso e o índice de massa corporal; realizou-se Teste Combur de modo a rastrear possíveis alterações na urina; explicou-se o aumento ponderal recomendado; aconselhou-se sobre alimentação saudável e segurança alimentar, segundo imunidade ou não imunidade à toxoplasmose e intolerâncias alimentares; avaliaram-se hábitos nocivos (uso de álcool e tabaco); identificaram-se os desconfortos e negociaram-se estratégias de alívio; avaliou-se o contexto socioeconómico e afetivo do casal, assim como, o apoio familiar e referenciam-se as situações necessárias; avaliou-se o contexto laboral e informou-se sobre os direitos das utentes grávidas; avaliou-se o estado psicológico da grávida e mudanças psicológicas normais; informou-se sobre sinais de alarme adequados à idade gestacional; avaliou-se ao estado vacinal, assim como realização de imunoglobulina anti-D às

28 semanas e se necessário no pós-parto. De acordo com a idade gestacional, informou-se sobre: higiene e cuidados com a pele, vestiário, calçado, aleitamento materno, mala da mãe e bebê, trabalho de parto, analgesia durante o trabalho de parto, plano de parto e parto, cuidados ao recém-nascido, vigilância de saúde do RN e mãe após o parto. Neste âmbito, promoveu-se, a saúde da mulher durante o período pré-natal, diagnosticou-se precocemente complicações, providenciou-se cuidados à mulher e facilitou-se a sua adaptação à mudança.

Em suma, foram realizadas 99 consultas de saúde materna, com PPP inclusivamente. Durante o Ensino Clínico de Enfermagem em Sala de Partos, no serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia, efetuei igualmente vigilância de gravidez de baixo risco a 10 grávidas, num total de 109 consultas a grávidas, com realização dos respetivos de exames pré-natais.

Considerações Finais

Os estágios foram de extrema importância para a aquisição e desenvolvimento gradual das competências inerentes à função do enfermeiro EESMO, conseguindo assim desenvolver habilidades/capacidades, atingindo os objetivos a que me propus em cada projeto de estágio, aplicando os conhecimentos apreendidos na teoria, adequando-os à prática, promovendo a qualidade dos cuidados, com uma atitude responsável na prestação dos mesmos, assim como, procurar o maior número de experiências (superior às necessárias para a aquisição do título), mas também um grande número do tipo de experiências que foi possível vivenciar, revelando a grande abrangência de conhecimentos, procedimentos e áreas de intervenção que o EESMO deve ter para que os seus cuidados sejam seguros. A par disto a aprendizagem acerca do impacto e autonomia do EESMO, foram de extrema importância, para que, tendo por base este conhecimento e compreendendo a responsabilidade que daí advêm, os cuidados possam ser interpretados como positivos nesta vivência ímpar que é a gravidez e todas as diversas áreas de intervenção.

Ao longo destas 36 semanas, senti prazer em todo o percurso, mesmo nos momentos menos bons, todos contribuíram para a minha aprendizagem e crescimento.

Penso ter alcançado os objetivos a que me propus inicialmente, descrevi e analisei as atividades realizadas e refleti sobre a forma como contribuíram para o meu processo de aprendizagem conducente à aquisição e ao desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro EESMO. Portanto, o balanço é positivo, considero que o meu desempenho foi bastante favorável, pois aprendi e cresci bastante, profissionalmente, mas também individualmente como pessoa, o que contribuiu para o meu novo papel, enquanto futura enfermeira EESMO.

No sentido de cumprir o exposto na diretiva nº2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho que foi transposta para o direito português na Lei 9/2009 de 4 de março (Portugal, Decreto lei nº44/2009), apresento as experiências cumpridas:

- No EC Enfermagem em Sala de Partos, vigiei e prestei cuidados a **120 parturientes**, das quais 26 com risco/patologia associada: 9 com diabetes gestacional, 2 com trombofilia, 7 com diagnóstico de PEC, 4 com diagnóstico de RCF, entre outros. **Realizei ainda 42 partos eutócicos**, 10 com necessidade de realização de episiotomia. Os restantes tiveram como resultado lacerações do primeiro e segundo grau, assim como um parto com períneo íntegro. Colaborei ainda em 19 partos instrumentados por ventosa.

- No EC Enfermagem em Puerpério, cuidei de 62 puérperas. Realizei vigilância a 61 puérperas, em puerpério imediato (EC Sala de Partos). Totalizam-se **123 puérperas que cuidei durante os estágios**. Vigiei e cuidei **59 RN em sala de partos e 74 RN em puerpério, num total de 133**.
- No EC Enfermagem em Patologia da Gravidez vigiei e prestei cuidados a 68 mulheres internadas com APPT, Hemorragias 1º, 2º e 3ºT, Diabetes Gestacional Descompensada, RCF, RPPM, entre outras situações patológicas. Em sala de partos de 26 parturientes com situação de risco, na urgência de ginecologia e obstetrícia participei na vigilância da gravidez a 6 mulheres com patologia da gravidez (DG, hemorragia no 1º e 3º trimestre, PEC). Totalizam-se desta forma, **100 vigilâncias de Gravidez de Risco**.
- NO EC Enfermagem em Promoção da Saúde da Mulher realizei 99 consultas de saúde materna, com PPP inclusivamente. Durante o Ensino Clínico de Enfermagem em Sala de Partos, no serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia, realizei também vigilância de gravidez de baixo risco a 10 grávidas, num total de **109 consultas a grávidas, com realização de exames pré-natais**.

Desta forma, posso confirmar que atingi o número mínimo de experiências curricularmente exigidas para obtenção do título de EEESMO. Com a elaboração do presente relatório pode-se compreender a importância do processo formativo no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Parte II – Componente de Investigação

Resumo

Introdução: A dor no período pós-parto é uma preocupação significativa, especialmente porque pode interferir na recuperação da mulher e na sua capacidade de cuidar do recém-nascido. A crioterapia perineal tem se destacado como uma das intervenções não-farmacológicas mais recomendadas para o alívio da dor nesse período.

Objetivo: A presente *scoping review* segue o protocolo *Joanna Briggs Institute* e construiu-se com o propósito de mapear o conhecimento sobre a utilização de crioterapia perineal, no pós-parto, para alívio da dor.

Metodologia: De forma ao esclarecimento da seguinte questão de revisão: “Qual a eficácia da crioterapia na gestão da dor perineal no pós-parto?” Operacionalizou-se uma pesquisa bibliográfica nas seguintes bases de dados de publicações científicas: PubMed®, Cochrane® e CINHAl®, com a conjugação dos seguintes termos (title): cryotherapy, perineal e postpartum, publicados nos últimos 10 anos (2014-2024), em português, inglês ou espanhol, e disponíveis em free full text. À pesquisa bibliográfica referida acrescentou-se uma busca pela literatura cinzenta disponível no Google Scholar. Seguiu-se o protocolo PRISMA: considerou-se a pertinência de 5 artigos científicos.

Conclusões: A gestão da dor no pós-parto é uma área com pouca investigação clínica. Como resultado, as evidências encontradas que apoiem intervenções para o alívio de desconfortos associados ao parto, são escassas. Se por um lado é irrefutável como medida não condicionante do aleitamento materno, por outro, a eficácia como estratégia de controle da dor ainda não é inequivocamente esclarecedora, e tal é evidente quando se constata lacuna no conhecimento quanto ao tempo de aplicação da crioterapia. Existem vários tratamentos disponíveis para o alívio da dor perineal no pós-parto, mas é importante reconhecer que nenhum método tem eficácia completa na resolução desse problema. Cada abordagem pode proporcionar alívio, mas a resposta ao tratamento pode variar de acordo com a intensidade da dor, a condição individual da mulher e outros fatores contextuais.

Palavras-chave: crioterapia; gestão da dor; pós-parto; períneo; puérpera

Abstract

Introduction: Pain in the postpartum period is a significant concern, especially because it can interfere with a woman's recovery and her ability to care for her newborn. Perineal cryotherapy has been highlighted as one of the most recommended non-pharmacological interventions for pain relief in this period.

Objective: This scoping review follows the Joanna Briggs Institute protocol and is designed to map knowledge about the use of perineal cryotherapy for pain relief in the postpartum period.

Methodology: In order to clarify the following review question: 'How effective is cryotherapy in managing perineal pain in the postpartum period?' A bibliographic search was carried out in the following databases of scientific publications: PubMed®, Cochrane® and CINHAL®, with the conjugation of the following terms (title): cryotherapy, perineal and postpartum, published in the last 10 years (2014-2024), in Portuguese, English or Spanish, and available in free full text. A search of the grey literature available on Google Scholar was added to the aforementioned bibliographic search. The PRISMA protocol was followed: 5 scientific articles were considered relevant.

Conclusions: Pain management in the postpartum period is an area with little clinical research. As a result, the evidence found to support interventions to relieve discomfort associated with childbirth is scarce. Whilst on the one hand it is irrefutable as a measure that does not affect breastfeeding, on the other hand, its effectiveness as a pain control strategy is still not unequivocally clear, and this is evident when there is a gap in knowledge about how long cryotherapy should be applied. There are various treatments available for the relief of perineal pain in the postpartum period, but it is important to recognise that no one method is completely effective in solving this problem. Each approach can provide relief, but the response to treatment can vary according to the intensity of the pain, the woman's individual condition and other contextual factors.

Keywords: cryotherapy; pain management; postpartum; perineum; puerperal women

1- Fundamentação Teórica/ Introdução

A dor perineal é uma das queixas mais frequentes das puérperas após o parto vaginal, sendo uma preocupação significativa no período pós-parto. Estudos como o de Morais et al. (2016) destacam a prevalência desse tipo de dor entre as mulheres que deram à luz por via vaginal. Esta dor é frequentemente descrita como uma das experiências mais desconfortáveis e impactantes durante o pós-parto imediato. Dada a prevalência e o impacto da dor perineal no período pós-parto, torna-se fundamental identificar as necessidades de conforto das mulheres no puerpério imediato. Esse processo de identificação é crucial para que a equipa de enfermagem, especialmente EEESMO, possam planear e implementar ações de cuidados personalizadas, visando promover o conforto e melhorar a qualidade de vida das puérperas durante esse período sensível.

Estudos de prevalência realizados por East et al. (2012) e Persico et al. (2013) reforçam a gravidade deste problema, mostrando que a dor perineal é um dos piores resultados no primeiro dia pós-parto, afetando mais de 88% das puérperas. Isso sublinha a necessidade de estratégias eficazes do controlo da dor para melhorar a qualidade de vida das mulheres no período pós-parto.

Sendo o pós-parto um período em que ocorrem alterações fisiológicas no corpo da mulher, a isto acresce-se o facto de que a maioria das mulheres sofre trauma perineal durante o período expulsivo, o que pode induzir a ocorrência de dor perineal – como já referido a manifestação clínica considerada a causa mais comum de morbidade no período pós-parto (Mathias, et al. 2015).

Ora, o trauma perineal relacionado com parto, que é determinado por laceração espontânea, episiotomia ou ambos, está frequentemente associado ao parto vaginal (Silva, et al. 2012). A verdade é que o trauma perineal pode ocasionar complicações a curto e longo prazo para a mãe. A par disto, a incidência de (qualquer) trauma perineal com o parto é muito elevada, rondado os 84,3% e os 85% (Kim, et al. 2020).

É importante notar que, mesmo na última década, a dor perineal contínua após o parto vaginal tem sido uma preocupação significativa para as puérperas. O estudo de Li et al. (2014) destacou essa questão, revelando que muitas mulheres continuam a enfrentar dor perineal persistente, mesmo semanas ou meses após o parto. Essa dor prolongada pode ter um impacto considerável na qualidade de vida das mulheres, afetando não apenas o bem-estar físico, mas também a saúde mental e emocional.

A aplicação de gelo é uma medida localizada não-invasiva de baixo custo que pode ser usada sem impacto na amamentação. Pois bem, um fator positivo subjacente à aplicação de crioterapia é que permite a amamentação (Paiva, et al. 2016).

É relatado que 90% das puérperas são acometidas por dor perineal (Erbaba & Pinar, 2016), embora a intensidade varie de acordo com a gravidade da lesão (Paiva, et al., 2016).

O trauma perineal é, de facto, um problema de saúde significativo que afeta milhões de mulheres em todo o mundo, especialmente após o parto vaginal. Esse tipo de lesão pode variar de lacerações leves a ruturas graves que envolvem os músculos e tecidos do períneo, impactando diretamente a saúde física e emocional das mulheres (Magoga, et al., 2019). O trauma perineal é comum durante o parto vaginal, especialmente em casos de partos instrumentados (uso de fórceps ou ventosa) ou quando é necessária uma episiotomia. A prevalência global varia, mas em muitos países, uma grande percentagem de mulheres que dão à luz por via vaginal experimenta algum grau de trauma perineal.

Dado o impacto significativo do trauma perineal, é essencial que ele seja reconhecido como um problema de saúde pública. A implementação de estratégias preventivas e de cuidados pós-parto eficazes é fundamental para melhorar os resultados de saúde para milhões de mulheres em todo o mundo. A conscientização e a educação sobre as melhores práticas durante o parto, juntamente com o acesso a cuidados de saúde de qualidade, são passos importantes para minimizar o impacto desse problema.

Para uma compreensão aprofundada do trauma perineal, é essencial entender a anatomofisiologia do períneo. O períneo faz parte do pavimento pélvico e é a região do corpo localizada entre o ânus e os órgãos genitais externos. Essa área é fundamental para várias funções, incluindo suporte aos órgãos pélvicos, controlo da continência e participação no processo de parto (Drake, et al. 2019).

O pavimento pélvico é uma estrutura essencial composta por um conjunto complexo de músculos, ligamentos e fâscias (tecido conjuntivo) que desempenham funções vitais no corpo humano. Essas estruturas suportam os órgãos abdominais e pélvicos, como a bexiga, o útero e o reto, e são fundamentais para o controle da continência urinária e fecal, além de influenciar a função sexual e reprodutiva.

Os músculos do pavimento pélvico são organizados em três camadas distintas: camada superficial: inclui os músculos bulbocavernosos e os isquiocavernosos, além do músculo transverso superficial do períneo e o esfíncter anal externo. São perfurados por três estruturas: anteriormente a uretra e a vagina, posteriormente o ânus; camada intermédia: que inclui o músculo transverso profundo do períneo e o esfíncter externo da uretra; camada profunda: compreende principalmente o músculo elevador do ânus (que inclui os músculos pubococcígeo, puborretal e ileococcígeo) e o músculo coccígeo.

Durante o parto, essas estruturas sofrem grandes tensões, o que pode resultar em trauma perineal e disfunções subsequentes se não forem adequadamente reabilitadas. O feto

progride pelo canal de parto, causando a distensão dos músculos, fásCIAS e ligamentos que compõem o pavimento pélvico. Essa distensão pode resultar em lacerações, que variam em gravidade e na facilidade de diagnóstico e reparação.

É de extrema importância que os EEESMO estejam familiarizados com as boas práticas associadas à prevenção do trauma perineal. A implementação dessas práticas pode reduzir significativamente a morbidade relacionada com o parto, promovendo o bem-estar físico, emocional e social das puérperas. Algumas destas medidas têm sido associadas à prática dos EEESMO ao longo do tempo. A literatura científica demonstra que determinadas intervenções de enfermagem podem efetivamente diminuir a probabilidade de lacerações perineais durante o parto. Estas técnicas incluem: o suporte perineal durante o parto, a conhecida manobra de Ritgen (que tem como objetivo evitar a deflexão abrupta da apresentação fetal durante o período expulsivo, com a colocação de uma mão sobre a apresentação fetal controlando a velocidade de saída e a deflexão, enquanto se mantém a outra mão a apoiar o períneo), a técnica hands-off/hands-poised e a aplicação de calor local (WHO, 2018). Com investigações mais recentes, conhecemos outras técnicas como esforços expulsivos expiratórios (ou glote aberta) e a extração fetal em dois passos; posições de parto que minimizem a pressão ao nível do períneo, pois a literatura sugere que as posições verticais (como cócoras ou semi-sentada) ou laterais, promovem uma melhor distribuição da pressão e podem diminuir a incidência de lacerações; a massagem perineal durante as últimas semanas de gravidez visa aumentar a elasticidade do tecido perineal (East et al., 2015; NICE, 2021; Women's Healthcare Australasia, 2019).

As lacerações perineais são classificadas em quatro graus, de acordo com a profundidade e a extensão do dano aos tecidos atingidos. Essa classificação ajuda os profissionais de saúde a determinar o tratamento adequado e a avaliar o risco de complicações pós-parto. A laceração de grau 1, envolve a pele e mucosa vaginais, sem comprometimento muscular; na laceração de grau 2, além da pele e mucosa, ocorre comprometimento muscular com preservação do músculo do esfíncter anal; a laceração de grau 3 atinge o esfíncter anal e na laceração de grau 4 ocorre lesão do esfíncter anal externo e interno e da mucosa retal (RCOG, 2020).

A diminuição do uso rotineiro de episiotomia reflete uma mudança positiva nas práticas obstétricas, baseada em evidências que mostram os benefícios de evitar intervenções desnecessárias. Embora isso tenha levado a um aumento nas lacerações espontâneas de menor grau, essas lesões geralmente apresentam uma recuperação mais favorável e menos complicações em comparação com os efeitos adversos associados à episiotomia. Esse ajuste nas práticas de parto contribui para o bem-estar e a saúde a longo prazo das mulheres no período pós-parto.

A dor no pós-parto imediato é habitualmente a mais intensa e mais de um terço das mães são afetadas no período pós-parto, nomeadamente na deambulação, ao sentar, cuidar do recém-nascido no período pós-parto. (East, et al, 2012) (Erbaba & Pinar, 2016). Alguns estudos relataram que as mulheres continuaram com dor até 10 dias após o parto. (Navvabi, et al., 2015).

Um grau moderado de dor perineal sustentada provoca diminuição da mobilidade, menor capacidade para amamentar e cuidar do recém-nascido e no caso de lacerações mais severas como as de grau 3 e 4 pode mesmo ocorrer disfunções do pavimento pélvico (Erbaba & Pinar, 2016). Portanto, vários profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, mas principalmente EEESMO devem fornecer intervenções para as mulheres que experimentem dor perineal após o parto, para ajudá-las a realizar as atividades normais da vida diária (Kim, et al. 2020).

A dor perineal é descrita na literatura como uma sequela frequente do processo de parto, sendo caracterizada como aguda e considerada causa comum de morbidade pós-parto (Beleza et. al., 2016) A dor aguda acaba por manifestar sintomas como alteração no padrão de sono, do apetite e da libido, irritabilidade, alterações energéticas, diminuição da capacidade de concentração, restrição na capacidade familiar, profissional e de atividades sociais (Kreling, Cruz, & Pimenta, 2006).

Nesse sentido, faz-se necessário o estudo da dor perineal no pós-parto imediato após o parto vaginal, pois a avaliação dessa dor pode estimular as equipas de saúde envolvidas no acompanhamento da mulher, a compreender melhor as consequências para a qualidade de vida das puérperas, com o propósito de melhorar a abordagem no pós-parto e obter mais ganhos em saúde e maior conhecimento à prática da enfermagem especializada em saúde

2- Metodologia

Para a elaboração da *Scoping Review*, a escolha da temática da crioterapia como estratégia de alívio da dor perineal no pós-parto, área de interesse para a prática, surgiu a partir da observação prática em contexto de Ensino Clínico e da experiência profissional como enfermeira em serviço de Puerpério. Durante o estágio, foi observado que a crioterapia foi utilizada como uma intervenção para alívio da dor perineal, mas não foi uma prática amplamente adotada por todos os profissionais. Essa variabilidade na aplicação da técnica destacou a necessidade de explorar mais profundamente a sua eficácia e o potencial de padronização da prática.

Dada a alta taxa de feridas perineais observadas, houve uma demanda por alternativas ao tratamento farmacológico da dor. A crioterapia, que consiste na aplicação terapêutica de elementos frios para reduzir a temperatura dos tecidos (Paiva et al., 2016), foi considerada uma estratégia promissora devido à sua eficácia potencial em reduzir a dor e a inflamação, sem os efeitos colaterais associados aos analgésicos.

Seguiu-se o método da *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2020), uma vez que esta, permite o encontro da melhor evidência científica e, portanto, das melhores e mais atuais propostas para a prática do EEESMO, no seu contexto profissional e construiu-se de forma a mapear o conhecimento sobre a utilização de crioterapia perineal no pós-parto, ao qual desenvolvo a seguinte questão de investigação: “Qual a eficácia da crioterapia na gestão da dor perineal no pós-parto?”

Assim, segundo os mesmos autores supracitados, a Revisão *Scoping* permite rastrear as evidências existentes, demonstrando uma relação das mesmas, apresentando a sua utilidade na análise de evidências emergentes.

Peters et al. (2020) refere que a Revisão *Scoping* sustenta a tomada de decisão clínica e a intervenção, demonstrando uma visão ampla e abrangente, com menor profundidade do tema em estudo, permitindo identificar lacunas nas fontes de conhecimento e esclarecer os conceitos-chave. Assim, realizou-se a Revisão *Scoping* com base na metodologia proposta pelo JBI.

2.1- Critérios de Inclusão

As definições dos critérios de inclusão basearam-se na formulação PCC, com P (Participantes), C (Conceito) e C (Contexto).

Além disso foram selecionados estudos redigidos em português, inglês e espanhol, com restrição temporal (estudos publicados nos últimos 10 anos (2014-2024), disponíveis em *free full text*, cujos participantes foram sujeitos a qualquer tipo de parto por via vaginal (eutócico ou instrumentado), com períneo íntegro, episiorrafia ou sutura de lacerações.

Tabela 2: Formulação PCC

| PCC | Correspondente |
|-------------------|-------------------------|
| (P) Participantes | Puérperas |
| (C)Conceitos | Crioterapia perineal |
| (C)Contexto | Internamento hospitalar |

2.2- Critérios de Exclusão

Como critérios de exclusão, considerei artigos sem *abstract* disponível e artigos de opinião, assim como estudos não gratuitos, não completos, artigos duplicados/repetidos e redigidos noutros idiomas que não estavam definidos nos critérios de inclusão.

Tabela 3: Critérios de inclusão e exclusão

| Critérios de inclusão | Critérios de Exclusão |
|---|---------------------------------|
| Estudos publicados na PubMed®, Cochrane® e CINHALL® | Artigos sem abstract disponível |
| Estudos quantitativos e qualitativos | Artigos de opinião |
| Publicações em português, inglês ou espanhol | |
| Estudos publicados nos últimos 10 anos (2014-2024) | |
| Disponíveis em <i>free full text</i> | |

2.3- Estratégia de pesquisa

Para a realização desta *Scoping Review* foi realizada uma pesquisa em 3 bases de dados científicas, entre elas a PubMed®, Cochrane® e CINAHL Complete®. A pesquisa bibliográfica decorreu entre 26 de janeiro e 8 de março de 2024. Foram utilizados como descritores de saúde, os termos *MeSh*: cryotherapy, perineal e postpartum, que estão diretamente relacionados com a temática desta pesquisa. À pesquisa bibliográfica referida acrescentou-se uma busca pela literatura cinzenta disponível no Google Scholar.

A pesquisa dos artigos realizou-se através da expressão booleana nas bases de dados, tendo sido encontrados na totalidade 26 artigos.

Tabela 4: Estratégia de pesquisa nas bases de dados científicas

| Base de dados | Estratégia de pesquisa booleana |
|--------------------------------|--|
| PubMed | Cryotherapy [Title/Abstract] AND (Perineal [Title/Abstract]) (Cryotherapy [Title/Abstract] AND (Postpartum [Title/Abstract])) |
| CINAHL Complete (via EBSCO) | cryotherapy [AB Resumo] AND perineal [AB Resumo] cryotherapy [AB Resumo] AND postpartum [AB Resumo] |
| Cochrane (via EBSCO) | cryotherapy [AB Resumo] AND perineal [AB Resumo] cryotherapy [AB Resumo] AND postpartum [AB Resumo] |

2.4- Seleção dos estudos

Após a pesquisa, todos os artigos identificados foram reunidos e carregados no Mendeley® V1.19.8 (Mendeley Ltd., Elsevier, Netherlands) e as duplicações removidas. Após a remoção dos duplicados, os artigos foram avaliados segundo o título e o resumo, tendo sido eliminados aqueles que não cumpriram os critérios de inclusão. Posteriormente, os artigos foram avaliados na íntegra, tendo sido selecionados 5 para a integração desta revisão.

O processo de seleção dos artigos desta *Scoping Review* está descrito no fluxograma seguinte, tendo por base o diagrama de PRISMA (2020) (Page et al. 2021).

A síntese da informação colhida apresenta-se em tabela de evidências construída para o propósito e a sua análise será apresentada no capítulo destinado à discussão de resultados.

Diagrama Prisma

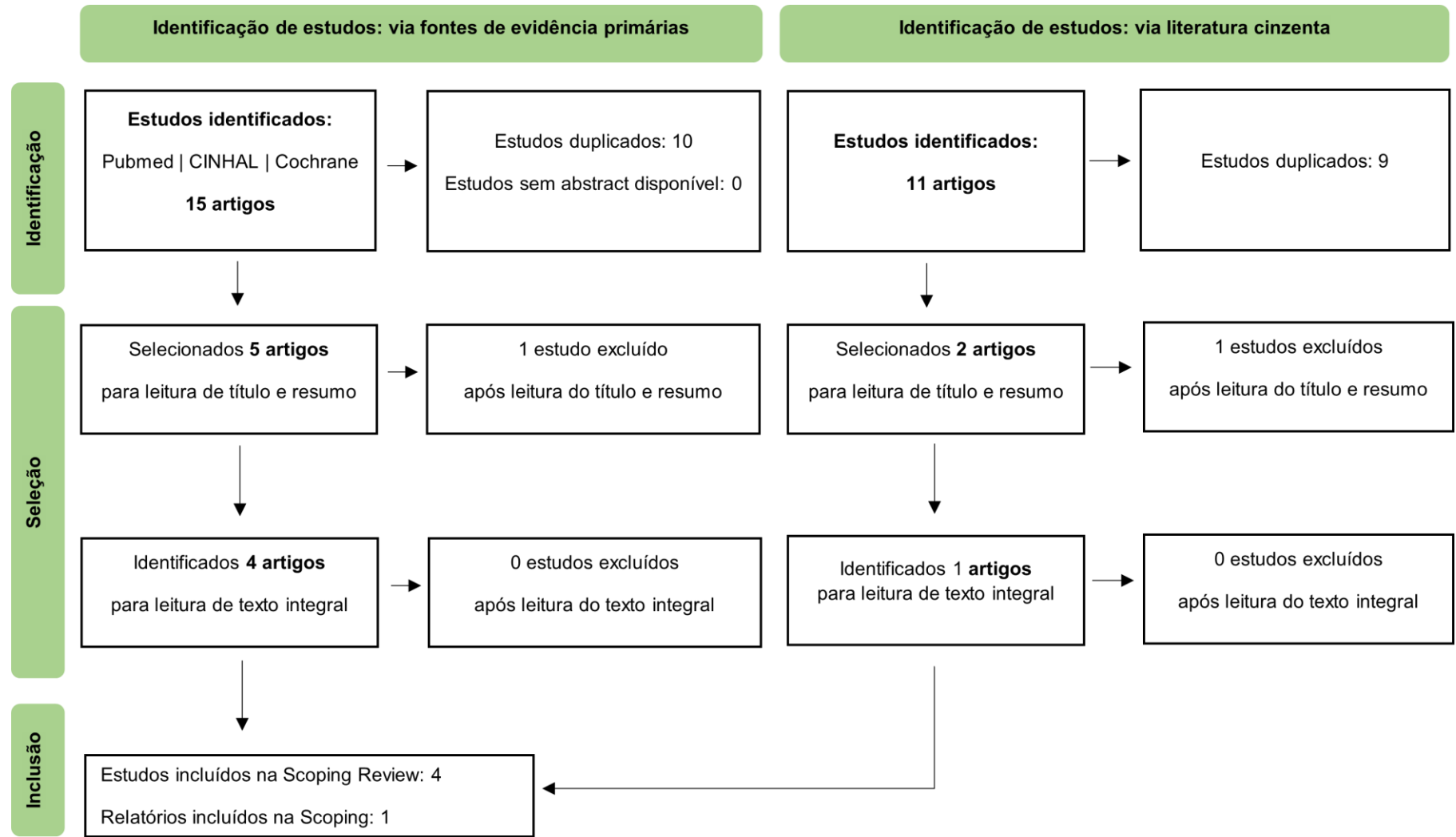


Figura 1- Diagrama PRISMA.

3- Resultados

Os dados dos estudos foram extraídos por um único investigador e foram transferidos para uma tabela, com a identificação do estudo, autor, ano, país, objetivo, tipo e metodologia do estudo, amostra e resultados.

Tabela 5: Análise e apresentação de dados e evidências

| | |
|--|--|
| <p>Estudo 1: Effect of cryotherapy on relief of perineal pain after vaginal childbirth with episiotomy: a randomized and controlled clinical trial Autores: Beleza A., Ferreira C., Driusso P., Santos C., & Nakano A. Ano: 2016 País: Brasil</p> | |
| Objetivo do estudo | Verificar a eficácia da crioterapia no alívio da dor perineal em mulheres após parto vaginal com episiotomia. |
| Tipo / Metodologia do estudo | Ensaio clínico randomizado controlado |
| Amostra | O estudo incluiu 50 mulheres que relataram dor no pós-parto após parto vaginal com episiotomia. As mulheres do grupo experimental aplicaram gelo picado na região perineal por 20 min. Ambos os grupos foram avaliados antes, imediatamente após a retirada do gelo e uma hora após o tratamento crioterápico. As queixas por dor foram avaliadas por meio de uma escala numérica de avaliação da dor (0 a 10). A temperatura perineal foi avaliada com recurso a termómetro infravermelho e a satisfação das mulheres submetidas ao tratamento foi avaliada por meio de questionário. |
| Resultados | O alívio da dor foi verificado no grupo experimental em comparação ao grupo controlo na segunda avaliação (imediatamente após o uso da crioterapia) e na terceira avaliação (uma hora após a crioterapia). Verificou-se que a temperatura da região perineal está relacionada com a intensidade da dor, ou seja, quanto menor a temperatura proporcionada pela crioterapia, menor a queixa de dor da mulher. 88% das mulheres relataram estar satisfeitas com o tratamento. Após 20 minutos de aplicação, a crioterapia foi eficaz no alívio da dor perineal em mulheres no pós-parto imediato após parto vaginal com episiotomia. |
| Nível de Evidência /Grau Recomendação | 1B |
| <p>Estudo 2: Length of perineal pain relief after ice pack application: A quasi-experimental study Autores: Paiva C., Oliveira S., Francisco A., Silva R., Mendes E., & Steen M. Ano: 2016 País: Austrália</p> | |
| Objetivo do estudo | Avaliar se a analgesia perineal é mantida até 2 horas após a aplicação de gelo no períneo por 20 minutos. |
| Tipo / metodologia do estudo | Estudo quasi-experimental |
| Amostra | Amostra de 50 mulheres múltiparas no Brasil. Dados colhidos por entrevista estruturada. A intervenção envolveu aplicação única de gelo durante 20 minutos na região perineal de mulheres que relataram dor perineal ≥ 3 na escala numérica (0-10), com períneo íntegro, lacerações de 1º ou 2º grau ou episiotomia, entre 6 e 24 horas após parto vaginal. A dor perineal foi avaliada em três momentos: antes, imediatamente após a crioterapia e 2 horas após a aplicação de gelo. |

| | |
|--|---|
| Resultados | Imediatamente após a aplicação de gelo na região perineal, houve redução significativa da intensidade da dor perineal relatada (5,4 vs. 1,0), que continuou por 1h35min até 2h após a aplicação local. |
| Nível de Evidência / Grau Recomendação | 3B |
| Estudo 3: Cryotherapy for the control of Perineal Pain Following Vaginal Delivery Autores: Neto A., Amorim M., Katz L., Morais I., Lemos A., Leal N., 2015) Ano: 2015 País: Brasil | |
| Objetivo do estudo | Avaliar a eficácia clínica da crioterapia no controlo da dor e edema perineal após o parto vaginal. |
| Tipo / metodologia do estudo | Ensaio Clínico Randomizado, realizado numa maternidade do Brasil |
| Amostra | Mulheres que tiveram parto por via vaginal, neste caso sem recurso a episiotomia ou laceração. Considerado no estudo parto humanizado, com períneo íntegro. No grupo experimental foi utilizada bolsa de gelo que reduziu a temperatura da pele perineal para 10-15º. |
| Resultados | Os grupos não diferiram significativamente em relação ao alívio da dor perineal e ao score de edema. Nenhum efeito adverso foi registado no uso da crioterapia perineal. |
| Nível de Evidência / Grau Recomendação | 1B |
| Estudo 4: Perineal Pain Management with Cryotherapy after Vaginal Delivery: A Randomized Clinical Trial Autores: Morais, I., Lemos, A., Katz, L., Melo, L., Maciel, M., Amorim, M., 2016 Ano: 2016 País: Brasil | |
| Objetivo do estudo | Avaliar a eficácia clínica da crioterapia na gestão da dor perineal no pós-parto e do edema. |
| Tipo / metodologia do estudo | Ensaio clínico duplo randomizado controlado |
| Amostra | 80 mulheres, 40 em cada grupo. No grupo experimental foi aplicado seis vezes gelo no períneo durante 20 minutos, reduzindo a temperatura entre 10 e 15°C, depois 60 minutos sem exposição ao frio. No grupo “não-crioterapia” foi utilizada uma bolsa de água incapaz de reduzir a temperatura nesta medida, obedecendo ao mesmo protocolo de aplicação do primeiro grupo. A temperatura perineal foi avaliada nos tempos zero, 10 e 20 minutos para aplicação em ambos os grupos. As avaliações foram feitas imediatamente antes e após as aplicações e 24 horas após o parto, para determinar a associação entre as variáveis. |
| Resultados | Não houve diferença significativa no score de dor e edema perineal entre os grupos com ou sem crioterapia até 24 horas após o parto. Não houve diferença entre os grupos quando realizada análise de medidas repetidas ao longo das 24 horas após o parto. A crioterapia perineal não influenciou a quantidade de analgésicos utilizados e nenhum efeito adverso foi registado. O uso da crioterapia após o parto vaginal, dentro do conceito de parto humanizado e minimamente intervencionista, não teve efeito sobre a dor e o edema perineal, uma vez que já era substancialmente menor, nem a necessidade de analgésicos. |

| | |
|---|---|
| Nível de Evidência / Grau Recomendação | 1B |
| Estudo 5: The effects of cryotherapy on perineal pain after childbirth: a systematic review and meta-analysis Autores: Kim, H., An, J., Lee, Y., Shin, Y. Ano: 2020 País: Coreia | |
| Objetivo do estudo | Verificar a eficácia da crioterapia no alívio da dor perineal em mulheres após o parto. |
| Tipo / metodologia do estudo | Revisão sistemática e meta análise, com pesquisa nas bases de dados: CINAHL, Cochrane, EMBASE, PubMed, Korea Education and Research Information Service, NDSL, KoreaMed, LILACS e SciELO. |
| Amostra | 11 estudos publicados com 1492 participantes incluídos. |
| Resultados | A crioterapia reduziu significativamente a dor dois dias após o parto. As bolsas de gelo à base de gel, tiveram efeitos semelhantes no alívio da dor. A crioterapia não diferiu significativamente da terapia com Epifoam (hidrocortisona-pramoxina), nos seus efeitos na dor perineal, entre um a cinco dias após o parto. A crioterapia poderá ser uma intervenção não-farmacológica eficaz para reduzir a dor no pós-parto. |
| Nível de Evidência / Grau Recomendação | 1A |

4- Discussão dos resultados

As terapias utilizadas para proporcionar o controlo da dor perineal após parto vaginal incluem intervenções farmacológicas e não farmacológicas (Morais, et al., 2016). E o uso de medidas farmacológicas tem sido significativo: a título de exemplo consideremos os resultados do estudo de Hasegawa & Leventhal (2009) em que 98,5% das puérperas recorreram a medicamentos para controlo da dor, e os medicamentos mais utilizados foram os anti-inflamatórios não esteroides.

Tal pode perfeitamente ser propósito para a procura de medidas terapêuticas alternativas: o uso de tratamentos não-farmacológicos para a gestão da dor perineal pós-parto tem sido investigado mundialmente. Consideremos ainda que as medidas não-farmacológicas estão associadas a menor risco de reações adversas e diminuição dos custos associados ao uso de terapêutica (Pitangui, et al., 2007).

Procedimentos que expõem o tecido perineal a maior risco de trauma são fatores determinantes para scores mais elevados de dor imediatamente após o parto (Petrocnik & Marshall, 2015) (Pitangui, et al., 2014). No ensaio clínico randomizado realizado por Moraes, et al. (2016), avaliou-se a eficácia clínica da crioterapia na abordagem humanizada da dor perineal pós-parto e do edema vaginal. O uso da terapia pela aplicação de frio, imediatamente após lesões agudas, reduz a inflamação, hipóxia secundária, edema, desenvolvimento de hematomas, metabolismo dos tecidos, espasticidade, atividade neuromuscular e as transmissões nervosas. Além disso, aumenta a libertação de endorfinas e estimula o processo de reparação (Carvalho & Chierichetti, 2006) (Pestre, et al., 2009).

A crioterapia reduz o fluxo sanguíneo e o metabolismo na região afetada, restringindo a formação de edema – tal favorece a drenagem linfática do local, pois há menor pressão no líquido extracelular. Todos esses fatores reduzem a estimulação nervosa na região afetada e, portanto, a dor (Morais, et al., 2016).

Já um ensaio clínico controlado realizado por Steen, et al. (2000), comparou a dor em dois grupos: um grupo recebeu compressas de gelo no períneo e o outro grupo que não recebeu qualquer intervenção, e os resultados apontam para dor menos intensa ou moderada entre 24 horas e 72 horas após o parto no grupo em que se aplicaram compressas de gelo.

Em 2012 foi publicada uma revisão sistemática de literatura da Cochrane, realizada por East, et al., (2012), que concluiu que o uso da crioterapia perineal (por até 20 minutos por aplicação) é seguro e não apresenta efeitos adversos.

Os resultados do estudo de Moraes, et al., (2016) sugerem que, embora o uso da crioterapia após partos vaginais cumpra um modelo de cuidado de intervenção mínima, não modifica os níveis de dor e edema perineal, nem altera o uso de medicamentos analgésicos.

Entretanto, é importante ressaltar que neste estudo, os scores iniciais de dor e edema foram extremamente baixos e não se alteraram significativamente durante o curso de nenhuma das aplicações, independentemente do uso ou não da crioterapia.

Perante as dúvidas sobre o tempo de analgesia perineal decorrente da aplicação de frio, Paiva, et al. (2016) avaliaram se a analgesia era mantida até 2 horas após a aplicação de bolsa de gelo no períneo por 20 minutos: neste estudo quase experimental com aplicação de crioterapia perineal apenas uma vez por 20 minutos em puérperas após partos vaginais, os resultados demonstraram uma redução significativa da dor imediatamente após a terapia. Porém, atendamos ao facto de que todas os participantes deste estudo já apresentavam dor perineal superior a 3 na escala numérica (a amostra incluiu mulheres com períneo íntegro, lacerações e que foram submetidas a episiotomia).

Morais, et al., (2016), concluíram que o parto humanizado parece ser uma estratégia eficaz de proteção contra dor e edema perineal, e que as mulheres cujos partos foram assistidos por esse modelo não necessitaram de recorrer à crioterapia para controlo da dor/desconforto perineal. Nenhum efeito adverso foi registado no decorrer deste estudo quando a crioterapia perineal foi aplicada; portanto, corroboram-se os resultados de estudo de East, et al. (2012), sendo esta uma alternativa terapêutica de baixo custo e que não apresenta riscos para a saúde das puérperas.

O trauma perineal durante o parto pode ser causado de forma espontânea e/ou cirúrgica, principalmente quando ocorre episiotomia. As primíparas preocupam-se com as consequências do trauma perineal e morbidades associadas como dor, incontinência urinária e problemas sexuais (Dudley, Kettle, & Ismail, 2013).

O uso de medicamentos para aliviar a dor no pós-parto, especialmente após traumas perineais, é uma prática comum. Analgésicos como paracetamol, ibuprofeno e, em alguns casos, opioides leves, são frequentemente prescritos para ajudar as mulheres a lidar com o desconforto. No entanto, a preocupação surge quando consideramos que esses medicamentos podem passar para o leite materno, o que levanta questões sobre os possíveis efeitos nos bebés amamentados. Embora a maioria dos medicamentos comumente usados no pós-parto seja considerada segura em doses adequadas, os dados sobre os efeitos a longo prazo ou em situações de uso prolongado ainda são limitados. Alguns estudos sugerem que o paracetamol e o ibuprofeno, quando usados em doses terapêuticas, apresentam baixo risco para os lactentes, pois a quantidade que passa para o leite materno é reduzida. Entretanto, o uso de opioides deve ser monitorizado com prudência, pois pode haver um risco maior de sedação excessiva ou depressão respiratória no bebê (Chou, et al., 2013).

Portanto, os recursos não farmacológicos são considerados mais seguros na amamentação e poderiam beneficiar um grande número de mulheres que sofreram trauma perineal, cirúrgico ou espontâneo (Beleza, et. al., 2016).

Assim, o cuidado no pós-parto deve incluir terapias que possam substituir ou complementar o tratamento farmacológico, como a crioterapia, comumente utilizada. No entanto, existem poucos estudos para apoiar a eficácia desta técnica, que hipoteticamente poderia beneficiar um grande número de mulheres em todo o mundo.

Além disso, muito pouco se sabe sobre o tempo de aplicação e modo de crioterapia (Beleza, et. al., 2016) (East, et al., 2012) (Oliveira, et. al., 2012).

É necessária a adoção de métodos não farmacológicos para alívio da dor perineal no pós-parto, devido às limitações das AVD's, seja em pós-parto imediato ou tardio. Neste estudo foi realizada uma única sessão de crioterapia com duração de 20 minutos na região perineal nas primeiras 24 horas, após o nascimento, proporcionando uma resposta rápida em termos de alívio da dor no local do trauma (Beleza, et. al., 2016). Além disso, o tratamento foi muito bem tolerado pelas mulheres, e não houve registros de efeitos adversos. Embora não haja consenso na literatura quanto à duração ideal de aplicação da crioterapia, o estudo anterior, demonstra que 20 minutos foram suficientes para causar redução no nível de dor das participantes.

A dor é considerada aguda nas primeiras 24 horas de pós-parto. A maioria dos estudos da literatura recomenda 20 minutos de aplicação de gelo para esse tipo de dor. Além disso, a inflamação e o edema local são intensos nas primeiras horas após o parto, e a aplicação do gelo às 24 horas de pós-parto é recomendada por estudos de revisão sistemática e outros estudos sobre alívio terapêutico da dor (East, et. al., 2012) (Macarthur & Macarthur, 2004).

Uma revisão recente da Cochrane sobre o uso da crioterapia para o alívio da dor perineal no pós-parto, destacou uma lacuna importante nos estudos realizados: apenas um dos dez estudos incluídos na revisão avaliaram a temperatura local. Esta informação parece muito importante para inferir, possivelmente a temperatura necessária para proporcionar alívio da dor perineal (East, et. al., 2012).

No estudo de Beleza, et. al. (2017), desde o início da crioterapia até ao final, constatou-se um decréscimo de 11,1°C na temperatura perineal, e que isso foi suficiente para proporcionar alívio da dor. Na verdade, não há consenso na literatura relacionada à redução específica da temperatura necessária para proporcionar alívio da dor. Considerando a dor redução em outras regiões do corpo é sugerida pela literatura uma redução de 10 a 15°C (Mac Auley, 2001), o que corresponde ao valor observado no estudo de Beleza, et. al. (2017).

Em outro estudo clínico randomizado realizado por (Steenn & Marchant, 2001) procurou-se avaliar a eficácia de um novo sistema de arrefecimento (almofada de gel) e comparar com um regime padrão (pacote de gelo) e nenhum regime de tratamento (controlo). Na amostra de 60 puérperas, mais da metade do grupo considerou a terapia como “boa” e “muito boa”.

Corroborado pelo estudo de Beleza, et. al. (2016), concluiu-se que 20 minutos de aplicação de crioterapia foi eficaz para proporcionar alívio da dor perineal em mulheres no pós-parto imediato após parto vaginal com episiotomia. Uma hora após o término da terapia, as mulheres que receberam esta intervenção, revelaram alívio da dor em comparação com o grupo de controlo. A maioria das mulheres pretendeu repetir o uso da crioterapia e acabaram por considerar que é um recurso eficaz para alívio da dor perineal para puérperas que sofreram trauma perineal.

Neto, et al., (2015), avaliaram a eficácia clínica da crioterapia no controlo da dor e edema perineal, após parto vaginal e concluíram que o uso da crioterapia dentro do conceito de parto humanizado (períneo íntegro) não teve efeito sobre dor ou edema perineal. Este estudo não incluiu mulheres submetidas a intervenções obstétricas comuns no modelo de atenção obstétrica convencional.

A maioria das mulheres sente dor perineal após o parto. Esta pode persistir afetando as atividades de vida diária da mãe. Vários métodos têm sido usados para aliviar a dor no pós-parto, como a terapia fria (crioterapia) ou quente, mas os efeitos da crioterapia no controlo da dor ainda são controversos (Kim, et. al., 2020).

A crioterapia pode ser uma intervenção de enfermagem não farmacológica eficaz para reduzir a dor após o parto (Kim, et. al., 2020). A terapia analgésica envolvendo crioterapia perineal tem sido bastante investigada, tanto por ser de fácil acesso, como pelo seu baixo custo e os estudos de Lu, et. al. (2015), Byrom (2015) e de Francisco, et. al. (2013) são prova disso.

Para Moraes, et. al., (2016), a crioterapia não foi eficaz no controlo da dor e do edema perineal após partos vaginais que envolveram abordagens naturais, humanizadas e minimamente intervencionistas, porque os scores iniciais de dor e edema perineal foram extremamente baixos. Além disso, o recurso à crioterapia não influenciou o uso de terapêutica analgésica.

O estudo de Kim, et. al. (2020), teve como objetivo determinar os efeitos da crioterapia na dor no pós-parto e fornecer sugestões de intervenções de crioterapia. Estes investigadores descobriram que a crioterapia geralmente era iniciada nas primeiras 24 horas após o parto, e era eficaz no alívio da dor dois dias após. Bolsas de gelo e bolsas de gel tiveram resultados

semelhantes, como efeito analgésico, permitindo a seleção do método mais conveniente para a prática clínica de enfermagem. A crioterapia foi tão eficaz como tratamento com Epifoam para redução da dor.

Portanto, a crioterapia pode ser aplicada opcionalmente considerando a preferência da mulher sob o julgamento clínico de profissionais de saúde para a redução da dor perineal no pós-parto (Kim, et. al., 2020).

As revisões sistemáticas que avaliam a crioterapia perineal para redução da dor no pós-parto vaginal, são inconclusivas (Morais, et. al., 2016). A eficácia da crioterapia perineal permanece controversa, dado que os diversos estudos sobre o tema não seguem protocolos rigorosos, nomeadamente no controlo da redução da temperatura, número de vezes de aplicação do frio, monitorização da redução do edema, ou avaliação da satisfação das participantes (East, et. al., 2012).

5- Implicações para a prática clínica

A prática de crioterapia deve ser integrada a um plano de cuidados multidisciplinar, onde a comunicação entre EEESMO, obstetras e outros profissionais de saúde é crucial para garantir a eficácia e segurança do tratamento.

É importante um cuidado individualizado, cada mulher pode responder de forma diferente à crioterapia. Esta pode ser combinada com outros métodos de alívio da dor, como analgésicos orais ou técnicas de relaxamento, com o objetivo de reduzir edema, inflamação e desconforto na região perineal após o parto, promovendo alívio da dor e facilitando a recuperação.

Face à literatura consultada propomos o seguinte protocolo de atuação:

1. Preparação:

- Lavar corretamente as mãos antes de manusear o material a utilizar (saco de gelo, bolsas de gelo/ gel, compressas para envolver o gelo);
- A puérpera deve encontrar uma posição confortável, deitada ou sentada, de forma que aplique corretamente o gelo na região perineal;
- Antes da aplicação, a bolsa de gelo deve estar envolta em compressa esterilizada para evitar o contato direto com a pele, prevenindo queimaduras ou irritação pelo frio.

2. Aplicação:

- Colocar suavemente a bolsa ou compressa fria sobre a área perineal, sem exercer pressão excessiva;
- Deixar o gelo atuar entre **10 a 20 minutos**. Nunca exceder 20 minutos para evitar lesões;
- A crioterapia pode ser aplicada em intervalos de 2 a 4 horas durante as primeiras 24 a 48 horas após o parto. A frequência de aplicação deve ser reduzida à medida que a dor e o edema diminuem. Cabe à equipa EEESMO monitorizar a evolução do edema e ajustar a frequência da crioterapia conforme necessário, avaliando sempre o conforto da puérpera.

3. Cuidados após aplicação:

- A região perineal deve ser avaliada, verificar a existência de sinais alerta como irritação, queimaduras pelo frio ou alterações na coloração da pele, dor aumentada e sensação local de dormência;
- Se algum destes sinais for observado, o uso da crioterapia deve ser imediatamente suspenso. O profissional EEESMO deve empoderar as puérperas desta informação.

4. Higiene

- Manter a zona perineal o mais limpa e seca possível pois a ferida cirúrgica encontra-se em fase de cicatrização;

- Manutenção do penso higiénico, o mais limpo possível, mudando-o regularmente, sempre que for à casa de banho;

- A compressa utilizada para envolver o gelo, deve ser trocada a cada utilização, para manter a área perineal limpa e livre de infeções.

Cuidados e recomendações adicionais:

- Caso sejam observados hematomas extensos ou situações de infeção perineal, evitar o uso de gelo de sem avaliação médica prévia;

- Monitorizar a reação da puérpera ao tratamento com a crioterapia, perguntar como se sente durante e após a aplicação. Se o desconforto ou dor aumentarem, o uso deve ser interrompido e a situação reavaliada;

- Após a alta, é recomendado o acompanhamento das puérperas por EEESMO nos dias seguintes para avaliar a recuperação e ajustar a abordagem, se necessário;

- O gelo deve ser usado como parte de uma abordagem multimodal para o alívio da dor, em combinação com analgésicos orais, caso seja necessário;

- A puérpera deve ser orientada/empoderada com as indicações anteriormente descritas sobre a aplicação de gelo, sobre a importância de manter o repouso, hidratação e uso de roupas íntimas confortáveis e de algodão para minimizar o atrito e a irritação local;

O presente protocolo, foi construído com o propósito de garantir a segurança e o bem-estar no recurso à crioterapia, promovendo uma recuperação mais rápida e confortável para a mulher no pós-parto.

Conclusões

A elaboração desta *Scoping*, foi uma experiência de aprendizagem significativa. Primeiramente, permitiu aprofundar conhecimentos sobre uma área crucial para a prática clínica, a dor perineal no pós-parto. Através desse estudo, foi possível explorar possíveis estratégias eficazes, como a crioterapia, para a diminuição/alívio da dor, contribuindo diretamente para o bem-estar das puérperas.

Além disso, o processo de concretização desta *Scoping*, fortaleceu competências essenciais no campo da prática baseada na evidência. Essa abordagem, não apenas enriquece a bagagem teórica dos profissionais, mas também garante que, no futuro, as práticas em enfermagem, especialmente no âmbito da saúde materna e obstétrica, sejam cada vez mais fundamentadas, em evidências científicas sólidas. Isso, promove uma maior uniformidade nos cuidados prestados e assegura que as intervenções sejam orientadas pelo que há de mais atual na literatura.

Como referido na fundamentação teórica, da componente de investigação, a dor perineal no pós-parto é uma condição comum, relacionado com o trauma espontâneo (lacerações) ou cirúrgico (episiotomia), que afeta o bem-estar da mulher, durante o período puerperal. Com efeito, a dor pode causar redução na mobilidade e desconforto, interfere no estabelecimento da amamentação, nos cuidados ao RN e no autocuidado, como o sono, o descanso, a eliminação intestinal e vesical. Pode também impactar o relacionamento sexual e a vida relacional, causando problemas psicológicos e emocionais durante o puerpério (Francisco, et. al., 2013; Siyuan, et. al., 2020).

Salientamos que pela análise da literatura e através da nossa prática clínica, é possível verificar que as puérperas experienciam um período doloroso, durante a recuperação pós-parto. Apesar de o alívio farmacológico ser efetivo, a eficácia dos métodos não-farmacológicos será de interesse para as puérperas.

A dor perineal, após o parto vaginal, é um problema comum relatado por muitas mulheres. De referir, que a experiência de dor no pós-parto varia, dependendo das circunstâncias individuais, do tipo de parto, condições prévias, nível de suporte psicossocial e opções disponíveis para o seu alívio. Com efeito, vários métodos têm sido usados para aliviar a dor perineal no pós-parto, incluindo terapia fria ou quente, analgésicos tópicos, analgésicos narcóticos e agentes anti-inflamatórios (Erbaba & Pinar, 2016).

Em particular, a crioterapia tem sido usada para controlo da hemorragia no pós-parto, o edema e a dor que surge imediatamente após o parto, pois induz a vasoconstrição e suprime a estimulação das terminações nervosas (Oliveira, et. al., 2012). A crioterapia não requer habilidades profissionais ou equipamentos especiais, por isso, as mães são comumente

orientadas a aplicá-la em casa após a alta hospitalar (Paiva, et. al., 2016). Assim, enquanto intervenção de enfermagem não farmacológica, a crioterapia poderia ser uma abordagem custo-efetiva e conveniente para a assistência no pós-parto (Kim, et. al., 2020). No entanto, queremos lembrar que o estudo de Neto, et al., (2015) relatou que a terapia com frio não foi eficaz para redução do edema ou dor perineal. Assim, os efeitos da crioterapia no controle da dor e recuperação perineal permanecem controversos (Kim, et. al., 2020).

Enquanto futura EESMO, e face à informação disponível, quanto à dor perineal e ao seu impacto na vida e bem-estar da mulher/família, considero que é necessária uma abordagem adequada da dor perineal, incluindo melhores práticas baseadas em evidências, para cuidados de qualidade às mulheres no período pós-parto. Com efeito, a incorporação de práticas baseadas em evidência, garantem que o cuidado oferecido seja não apenas seguro e eficaz, mas também centrado nas necessidades e bem-estar, proporcionando um impacto positivo e duradouro na experiência de transição para a parentalidade.

Referências Bibliográficas

- American College Obstetrics and Gynecology. (2015). Committee Opinion No. 647 Summary: limitations of perineal lacerations as an obstetric quality measure. *Obstet Gynecol* 126(5):1129.
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8194/ponto-5_regulamento-padr%C3%B5es-dequalidade-ce-eesmo-1.pdf
- Beleza, A., Ferreira, C., Driusso, P., Santos, C., & Nakano, A. (2016). Effect of cryotherapy on relief of perineal pain after vaginal childbirth with episiotomy: a randomized and controlled clinical trial. *Physiotherapy*. Volume 103, Issue 4, December, Pages 453-458.
- Belo, C., Carneiro, E., Barros, A., & Amaral, C. F. (2020). Cuidados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica na Urgência de Obstetrícia: Hemorragias do 1.º e 2.º trimestres. Sequeira, C., Pousa, O. & Amaral, C. F. (Coords.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *The Bulletin of Science, Technology and Society Special Issue: Human Expertise in the Age of the Computer*, Vol. 24 (3) 188-199
- Berens, P. Overview of the postpartum period: Physiology, complications, and maternal care. upToDate [em linha]. Fevereiro 2018.
- Bobak, I.M., Lowdermilk, D.L., & Jensen, M.D. (1999). *Enfermagem na maternidade* (4.ª ed). Loures: Lusociência Edições Técnicas. ISBN 972- 83-83-09-6.
- Byrom, A. (2015). Perineal pain in focus: reviewing topical anaesthetic treatments. *Pract Midwife* 18724, 26–27.
- Calais-Germain, B. & Parés, N. (2009). Analisis de las principales posiciones de parto. In B. Calais-Germain & N. Parés (coords.), *Parir en movimiento: las movilidades de la pélvis en el parto* (cap. 6, pp.114-145). La liebre de marzo
- Canário, C., Figueiredo B., Ricou, M. (2011). Abortamento, *Acta Med Port*. Artigo de Revisão 2011; 24(S4): 791-798

- Carvalho, G., & Chierichetti, H. (2006). Avaliação da sensibilidade cutânea palmar nas aplicações de crioterapia por bolsa de gelo e bolsa de gel. *Rev Bras Ciênc Mov.* 14(1):23–30.
- Carvalho, C.C.M.; Sousa, A.S.R.; Filho, O.B.M. (2010). Prevalência e fatores de risco associados à prática da episiotomia em maternidade escola do recife, Pernambuco, Brasil. *Revista associação médica brasileira.* v. 56, n. 3.
- Cashion, K. (2014). Nursing care of the family during labor and birth. In. S.E. Perry, M.J. Hockenberry, D.L. Lowdermilk, D. Wilson (Eds.), *Maternal child nursing care* (5ª edição, pp. 401-441).
- Childs, J., Piva, S., & Fritz, J. (2005). Responsiveness of the numeric pain rating scale in patients with low back pain. . *Spine* 30(11):1331–4.
- Chou, D., Abalos, E., Gyte, G., & Gülmezoglu, A. (2013). Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. . *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD008407.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Grau de Mestre. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República.* 1ª série (n.º 157 de 16/08/2018), p. 4162-4165. ELI: <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>.
- Dresang, L., & Yonke, N. (2015). Management of spontaneous vaginal delivery. *Am Fam Physician.* 92(3):202–208.
- Dias, C. F., Rabelo, S. K., Lima, S. B., Santos, T. M., & Hoffmann, D. R. (2021). Gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: relato de experiência. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 5980-5986. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-158>
- Direção Geral da Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – Manual de orientação para profissionais de saúde.* Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar.* Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.* Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Orientação n.º 010/2015: Disponibilidade de métodos contraceptivos.* Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Norma nº 001/2017 DGS de 08/02/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.* Lisboa: Direção Geral da saúde.

- Dudley, L., Kettle, C., & Ismail, K. (2013). Secondary suturing compared to non-suturing for broken down perineal wounds following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 9:CD008977.
- Drake, R., Vogl, A. W., & W.M. Mitchel, A. (2019). *Grey's Anatomia Clínica para Estudantes* (4aElsevier).
- East, C., Begg, L., Henshall, N., Marchant, P., & Wallace, K. (2012). Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 5(5):CD006304.
- East, C. E., Lau, R., & Biro, M. A. (2015). Midwives' and doctors' perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: A cross-sectional survey. *Midwifery*, 31(1), 122–131. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.07.002>
- Erbaba, H. & Pinar, G. (2016). Opinions And Practices Regarding With Perineal Trauma Of Primipar Women: A Qualitative Study. *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology*. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye
- Fonseca, S. (2016). Indução do Trabalho de Parto In Néné, M., Sequeira, R. Marques & M. Batista (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.353-355). Lisboa: Lidel
- Francisco, A., Oliveira, S., Leventhal, L., & Bosco, C. (2013). Cryotherapy after childbirth: the length of application and changes in perineal temperature. *Rev Esc Enferm USP*. 47(3):555–561.
- Frias, A. Franco V. (2008). A preparação psicoprofiláctica para o parto e o nascimento do bebé: estudo comparativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, Nº 1, 2008. ISSN: 0214-9877. pp: 47-54
- Graça, L.M. (2017). *Medicina materno-fetal* (5ª ed.). Lisboa: Lidel
- Graça, L. M. (2017b). Gravidez prolongada e indução do trabalho de parto In Graça, L., M. (Coords.). *Medicina Materno Fetal* (pp.382 – 388). Lisboa: Lidel
- Graça, L. M. (2017c). Síndrome HELLP e situações clínicas correlacionadas In Graça, L., M. (Coords.). *Medicina Materno Fetal* (pp.444 – 451). Lisboa: Lidel
- H., C. (2014). Midwives benefit from good postnatal care, too. . *Pract Midwife*. 17(7):14–16.
- Hasegawa, J., & Leventhal, L. (2009). Pharmacological and non pharmacological treatment for relief of perineal pain after vaginal delivery. . *Einstein (São Paulo)* 7(2):194–200.

- Lei n.º 156/2015 (2015). Código Deontológico inserido no Estatuto da OE aprovado a 16 de setembro. Assembleia da República. Diário da República, I série.
- Internacional Lactation Consultant Association - Manual Prático para consultores de lactação. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-59-2.
- International Confederation of Midwives (2013). Essential competencies for basic midwifery practice. <http://www.internationalmidwives.org>
- Kim, H., An, J., Lee, Y., & Shin, Y. (2020). The effects of cryotherapy on perineal pain after childbirth: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 89, 102788.
- Leeman L., Fullilove A.M., Borders M., Manocchio R., Albers L.L., Rogers R.G. (2009). Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: association with severity of genital trauma labor care, and birth variables. *Birth*; (36)4: 283-8
- Leitão, M. (2018). Puerpério: Alterações Psicológicas no Puerpério. In Néné, M. & Sequeira, C. (2018). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Leventhal, L., Oliveira, S., Nobre, M., & Silva, F. (2011). Perineal analgesia with an ice pack after spontaneous vaginal birth: a randomized controlled trial. *J Midwifery Women Health* 56:141–6.
- Levitt, C., Shaw, E., Wong, S., Kaczorowski, J., Springate, R., & Sellors, J. (2004). Systematic review of the literature on postpartum care: methodology and literature search results. *Birth* 31:196–202.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de aleitamento materno (Comité Português para a UNICEF & Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (eds.)). <http://criancaefamilia.spp.pt/media/129359/4-manual-de-aleitamento-materno.pdf>
- Li, W., Liabsuetrakul, T., & Stray-Pedersen, B. (2014). Effect of mode of delivery on perceived risks of maternal health outcomes among expectant parents: a cohort study in Beijing, China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 14:12.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7ª edição), Camarate: Lusodidacta.
- Lopes, M. (2016). Plano de parto. In M. Néné, R. Marques, M.A. Batista (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp 167-169). Lidel.
- Lu, Y., Su, M., Gau, M., Lin, K., & Au, H. (2015). The efficacy of cold-gel packing for relieving episiotomy pain - a quasi-randomised control trial. *Contemp Nurse*. 50(1):26–35.
- Luís, S. *Boas Práticas nos cuidados ao coto umbilical: Um estudo de revisão*. Instituto Politécnico de Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu, 2014. Tese de mestrado

- Luna, M. S., Alonso, C. R. P., Mussons, F. B., Ucerlay I. E., & Conde, JR C. (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*. 71(4), 349-361. <https://www.analesdepediatria.org/es-recomendaciones-el-cuidado-atencion-del-articulo-S1695403309004378>
- Mac Auley, D. (2001). Ice therapy: how good is the evidence? . *Int J Sports Med* 22(5):379–84.
- Macarthur, A., & Macarthur, C. (2004). Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. . *Am J Obstet Gynecol* 191:1199–204.
- Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen G, H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 240(June), 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.06.011>
- Magro, C., Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2018). Complicações Induzidas pela Gravidez: Ameaça de Parto Pré-Termo e Parto Pré-Termo. In Néné, M., Marques R. & Batista, M. A. (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Mascarenhas, C., Lemos, M., & Amaral, C. (2020). Assistência em emergência obstétrica in *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (Lidel (ed.)).
- Martins-Costa, S. H., Zanella, T., & Glitz, C. L. (2017). Qualidade e Segurança Assistenciais em Obstetrícia. In: Martins-Costa S. H., et. al. (Coords.) *Rotinas em Obstetrícia*. (7ªed.). Porto Alegre: Artmed, 2017.
- Marques, J., & Reynolds, A. (2011). Distócia de ombros: Uma emergência obstétrica. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 613–620.
- Mathias, A., Pitangui, A., Vasconcelos, A., Silva, A., Rodrigues, P., Dias, T. (2015) Perineal pain measurement in the immediate vaginal postpartum period (Artigo Original) *Rev Dor*. São Paulo, 2015 out-dez;16(4):267-71 in: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/yMWmBZKg9FdZTGdyfyPdQRy/?format=pdf&lang=pt>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. (5.ª Edition). Wolters Kulwer Health. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9. <https://books.google.pt/books?id=kPdB1vU1c1YC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>

- Miranda, A. M. R. C., Miranda, L. & Vermelho, M. A. (2018). Complicações induzidas pela Gravidez: Hemorragias da Gravidez. In Néné, M., Marques R. & Batista, M. A. (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Miranda, B.S., Santana, G.H., Tavares, L.M., Albuquerque, R.R. & Macêdo, W.P. (2020). Contribuição da assistência de enfermagem na humanização do parto: Uma revisão integrativa. *Revista electrónica estágio recife*, 6(1), 1-13. <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/456>
- Monteiro, F. & Leite, C. F. (2018). Complicações Induzidas pela Gravidez: Estados Hipertensivos da Gravidez. In Néné, M., Marques R. & Batista, M. A. (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Morais, I., Lemos, A., Katz, L., Melo, L., Maciel, M., & Amorim, M. (2016). Perineal Pain Management with Cryotherapy after Vaginal Delivery: A Randomized Clinical Trial. *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia*. 38(7), 325–332.
- Moura, J. (2017). Hemorragias do Primeiro Trimestre. In Graça, L. M., *Medicina Materno-Fetal*. (pp.294 - 299). Lisboa: Lidel.
- Navneet, K. et al. Effectiveness of warm compression on breast engorgement among postnatal mothers. *BFUNJ*. 2015, vol.8, número 1, pp 45-51.
- Nené, M., Marques, R., & Batista, M. (2020). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lidel.
- Neto, F., MD, A. H., Ramos Amorim, M. M., Katz, L. M., Morais, Í. M., Lemos, A. P., et al. (2015). Crioterapia para o controle da dor perineal após parto vaginal: Um ensaio clínico randomizado. *Obstetrícia e Ginecologia* 125():p 64S-65S.
- NICE - National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Antenatal care. *Nursing Times*, 58(August), 571–573. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/resources/antenatal-care-pdf-66143709695941>
- Oliveira, S., Silva, F., Riesco, M., Latorre, M., & Nobre, M. (2012). Comparison of application times for ice packs used to relieve perineal pain after normal birth: a randomised clinical trial. *J Clin Nurs* 21:3382–91.
- Oliveira, T.C., Silva, A.L., Oliveira, J.F., Pereira, E.A. & Trezza, M.C. (2018). A assistência de enfermagem obstétrica à luz da teoria dos cuidados de Kristen Swanson. *Enfermagem em Foco*, 9(2), 3-6. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n2.1138>

- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Livro de bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras. OE.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livro_bolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a) Regulamento N° 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, n.º 85/2019, Série II, pp. 4744-4750.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b) Regulamento N° 391/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, n.º 85/2019, Série II, pp. 13560-13565.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2014). Country guidance for umbilical cord care- implementing the world health organization’s revised recommendations on cord care
- Organização Mundial da Saúde (2018). WHO recommendations- Intrapartum care for a positive childbirth experience. OMS.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2022). Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo. WHO
- Paiva, C., Oliveira, S., Francisco, A., Silva, R., Mendes, E., & Steen, M. (2016). Length of perineal pain relief after ice pack application: A quasi-experimental study. . *Women Birth*. 29(2):117–122.
- Pereira, R. C., Rivera, F. J & Artmann, E. (2013). O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45), 327-340. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000006>
- Persico, G., Vergani, P., Cestaro, C., Grandolfo, M., & Nespoli, A. (2013). Assessment of postpartum perineal pain after vaginal delivery: prevalence, severity and determinants. A prospective observational study. . *Minerva Ginecol*. 65(6):669–678.

- Peters M., Godfrey C., Mclnerney P., Munn Z., Tricco A., & Khalil, H. (2020). Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Ed.). *JBI manual for evidence synthesis* (Chap 11). JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pestre, C., Bastos, F., Netto Júnior, J., Vanderlei, L., & Hoshi, R. (2009). Métodos de recuperação pós-exercício: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Esporte*. 15(2):138–144.
- Petrocnik, P., & Marshall, J. (2015). Hands-on or hands-poised: what does the evidence say? *Pract Midwife*. 18(7):10–12.
- Pitangui, A., Araújo, R., Bezerra, M., Ribeiro, C., & Nakano, A. (2014). Low and high-frequency TENS in post-episiotomy pain relief: a randomized, double-blind clinical trial. *Braz J Phys Ther*. 18(1):72–78.
- Pitangui, A., Sousa, L., Ferreira, C., Araujo, R., & Nakano, A. (2007). Análise da prescrição de medidas terapêuticas para o alívio da dor em puérperas pós-episiotomia. *Rev Bras Fisioter*. 11(Suppl):80.
- Portugal, Ministério da Saúde, & Direção geral da Saúde. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Direção geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2020). Reducing your risk of perineal tears. <https://www.rcog.org.uk/en/patients/tears/reducing-risk/>
- Regulamento n. 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.^a série (N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019), 4744-4750. ELI: <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>.
- Regulamento n.º 391/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.^a série (N.º 85 de 3 de maio de 2019), 13560-13565. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>.
- Reis, R. S., & Rached, C. D. (2017). O papel do Enfermeiro no acompanhamento de pré-natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa - gestante. *International Journal of Health Management Review*, 3(2), 1-32. <https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/125/62>
- Rua, M., Carvalho, M. M., Santos, M. J. & Amaral, C. F. (2020) Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica ao Recém-Nascido: Cuidados imediatos ao recém-nascido. Sequeira, C., Pousa, O. & Amaral, C. F. (Coords.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.

- Santos, M. J. F. & Baptista, M. C. D. (2018). Puerpério: Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-Nascido. In Néné, M., Marques R. & Batista, M. A. (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Santos, M. J.; Sequeira, A.; Freitas, C.; Prata, A. P. & Lopes, S. (2020a). Vigilância no Puerpério de Baixo Risco: Assistência no puerpério imediato. Sequeira, C., Pousa, O. & Amaral, C. F. (Coords.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Santos, M. J.; Lopes, S; Prata, A. P.; Sequeira, A.; Freitas, C.; & Carvalho, M.M. (2020b). Vigilância no Puerpério de Baixo Risco: Avaliação do estado do períneo. Sequeira, C., Pousa, O. & Amaral, C. F. (Coords.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel
- Sehnm, G. D., Saldanha, L. S., Arboit, J., Ribeiro, A. C., & Paula, F. M. (2020). Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. *Revista de Enfermagem Referência*, V (1), 1-8. doi:10.12707/RIV19050 <https://www.redalyc.org/journal/3882/388263105017/html/>
- Sequeira, A.; Freitas, C.; Prata, A. P. & Lopes, S. (2020a). Vigilância no Puerpério de Baixo Risco: Assistência no puerpério imediato. Sequeira, C., Pousa, O. & Amaral, C. F. (Coords.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Silva, F.M., Oliveira S.M., Bick D., Osava R.M., Tuesta E.F., Riesco M.L. (2012) Risk factors for birth - related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *J Clin Nurs*. 21 (15-16):2209-18
- Siyuan, H., Hong, J., Qian, X., Garner, P. (2020) Women's experience of episiotomy: a qualitative study from China 2020 Jul 19;10(7):e033354. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033354.
- Sousa, L. et al. (2012). Terapêutica não-farmacológica para alívio do ingurgitamento mamário durante a lactação: revisão integrativa da literatura. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2012, vol. 46, número 2, pp.472-479.
- Stables, D., Rankin, J. (2011). *Physiology in Childbearing (Third Edition)*. United Kingdom: Bailliere Tindall Elsevier.
- Steen, M. (2002). A randomised controlled trial to evaluate the effectiveness of localised cooling treatments in alleviating perineal trauma: the APT study. *Midwifery Dig*. 12(3):373–376.

- Steen, M., Cooper, K., Marchant, P., Griffiths-Jones, M., & Walker, J. (2000). A randomised controlled trial to compare the effectiveness of ice-packs and Epifoam with cooling maternity gel pads at alleviating postnatal perineal trauma. *Midwifery*, 16(1):48–55.
- Steen, M., & Marchant, P. (2001). Alleviating perineal trauma - the APT study. *RCM Midwives J* 4:256–9.
- Steen, M. (2001). Do we care enough about perineal wounds. *Br J Obstet Gynaecol* 9:316–9.
- Smith, C., Hill, E., Denejkina, A., Thornton, C., Hannah, D. (2022). The effectiveness and safety of complementary health approaches to managing postpartum pain: A systematic review and meta-analysis. 2022 Mar;11(1):100758. doi: 10.1016/j.imr.2021.100758. Epub 2021 Jul 2022
- Silva, T., Bisognin, P., Prates L., Bortoli, C., Oliveira, G. & Ressel, B. (2017). Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 7. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1294>
- Rabiais, I., & Amendoeira, J. Educar em Enfermagem: um processo de reflexividade na interação. *Cadernos de Saúde*, Vol. 6, número único 2013/2014 pp. 55-68
- Regulamento nº140/2019. (2019, fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República* 2 (26), pp.4744-4750
- Regulamento nº391/2019. (2019, maio 3). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica. *Diário da República* 2 (85), pp.13560-13565. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
- Resolução da Assembleia da República nº181/2021. (2021, junho 28). Recomenda ao governo a eliminação de práticas de violência obstétrica e a realização de um estudo sobre as mesmas. *Diário da República* 1(123), p. 6. <https://data.dre.pt/eli/resolassrep/185/2021/06/28/p/dre/pt/html>
- Rocha, S. B., Ferreira, I., Varela, V., Maia A. M., & Pousa, O. (2020). Consulta de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica Pré-Natal de Baixo Risco: Primeira consulta (antes das 12 semanas). Sequeira, C., Pousa, O. & Amaral, C. F. (Coords.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Toral, A., Vilain, C., Morais, T., Valcarenghi, R., Correia, J. & Ponciano, T. (2019). Assistência de enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa. *Estácio Saúde*, 8(1), 45-53. <http://periodicos.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/5358/47965>

- Wojnar, D. M. (2014). Theory of Caring. Em M. R. Alligood, Nursing theorists and their work (pp. 688-700). Elsevier.
- Women's Healthcare Australasia. (2019). The How to Guide: WHA CEC Perineal Protection Bundle. August. <https://women.wcha.asn.au/collaborative/intervention-bundle>
- World Health Organization (2014). WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506649>
- World Health Organization (2018). Maternal mortality. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- World Health Organization. (2020). Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>