



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

A influência da massagem perineal a partir das 34 semanas de gestação para a prevenção do trauma perineal

Patricia Alexandra da Cunha Tomás Martins

Viseu, julho de 2024



A influência da massagem perineal a partir das 34 semanas de gestação para a prevenção do trauma perineal

Patrícia Alexandra da Cunha Tomás Martins

Estágio com Relatório Final

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia

12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Paula Nelas

Viseu, julho de 2024

“Temos de nos tornar na mudança que queremos ver”

(Mahatma Gandhi)

Agradecimentos

Ao meu marido André, à minha família e aos meus amigos, por estarem sempre presentes e por todo o apoio incondicional e compreensão que demonstraram ao longo deste percurso intenso e incrível da minha vida.

À Professora Doutora Paula Nelas, pela orientação, dedicação e atenção durante todo este percurso formativo. Uma partilha valiosa de conhecimentos que foram sem dúvida uma mais valia nesta longa jornada.

A todos os professores que partilharam comigo os seus saberes e experiências, sendo este trabalho também um reflexo dessa aquisição e partilha.

A toda a equipa multidisciplinar dos vários Centros Hospitalares onde tive o prazer e a sorte de estagiar, deixando um principal agradecimento às minhas enfermeiras tutoras, nomeadamente enfermeira Margarida Dias, enfermeira Gracinda Aido, enfermeira Mónica Gomes, enfermeira Carla Silva, enfermeira Rita Leal, enfermeira Ana Cláudia Marques, enfermeira Cília Belém e enfermeira Fátima Guedes por todo o carinho, preocupação e acompanhamento, por todos os momentos, experiências, altos e baixos que fomos vivenciando, mas acima de tudo um obrigada por me terem feito “crescer em família”.

A todos os casais, mulheres e recém-nascidos que tive o prazer de contactar e cuidar. Sem eles este crescimento profissional e pessoal também não teria sido possível.

Um bem-haja a todos.

Obrigada.

Resumo

Enquadramento: A mulher é a pessoa principal dos cuidados especializados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia, ao longo do seu ciclo vital, independentemente do contexto em que se insere, tendo por finalidade, em conformidade com as suas competências, prestar cuidados individualizados e humanizados, em parceria com as mulheres e família, bem como ter em atenção o seu contexto sociocultural e espiritual, as suas preferências e valores.

Objetivos: Os objetivos deste relatório final estão relacionados com as duas componentes do presente documento. Assim, o primeiro objetivo é realizar uma análise crítico-reflexiva sobre o percurso formativo, nos vários locais de estágio. Neste contexto, implementei intervenções e aproveitei todas as oportunidades/experiências que me permitissem desenvolver competências práticas, científicas, técnicas, humanas e relacionais na área específica de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia. O segundo objetivo, está relacionado com a investigação realizada, na qual se pretendeu reunir, analisar e sintetizar a evidência científica sobre a influência da massagem perineal realizada a partir das 34 semanas de gestação para a prevenção do trauma perineal no parto eutócico.

Métodos: Na primeira parte do relatório foram descritos todos os ensinamentos clínicos realizados, assim como as competências adquiridas e desenvolvidas, recorrendo para o efeito a uma análise crítico-reflexiva, baseada na evidência científica mais recente. Na componente de investigação realizou-se uma revisão sistemática da literatura, de acordo com a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA). Foram selecionadas bases de dados científicas: PubMed, B-on, CINAHL Complete e MEDLINE Complete, cuja data de realização da pesquisa ocorreu no dia 16 de fevereiro de 2024, na Escola Superior de Saúde de Viseu, com data de publicação de 01/01/2018 – 31/12/2023, sendo, *a posteriori*, realizada a seleção dos estudos com a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão.

Conclusões: No final deste percurso formativo, desenvolveram-se competências gerais e específicas em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia, o que se traduziu em cuidados especializados autónomos e interdependentes a todas as mulheres e sua família/pessoa significativa, ao longo do seu ciclo vital. Paralelamente, foram desenvolvidas competências relacionais, comunicacionais e uma prática crítico-reflexiva, adaptando os cuidados a cada pessoa na sua singularidade, com integração da evidência científica em todos os contextos dos estágios, o que muito contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional. A análise das evidências dos quatro estudos que constituíram o corpus textual da revisão sistemática da literatura demonstrou que as grávidas que realizaram massagem perineal pré-natal tiveram uma incidência significativamente mais baixa de episiotomias e de lacerações perineais, particularmente o risco de lacerações perineais de terceiro e quarto graus. Também, uma melhor cicatrização da ferida e menos dor perineal foram evidentes no grupo de mulheres que realizaram massagem perineal pré-natal. De igual modo, a massagem perineal pré-natal está associada a um menor risco de traumatismo perineal grave e de complicações pós-parto.

Palavras-chave: Massagem perineal; trauma perineal; Gravidez; Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; preparação para o parto.

Abstract

Background: Women are the main target of the specialist care provided by the Maternal Health, Obstetrics and Gynaecology Nurse, throughout their life cycle, regardless of the context in which they live. In accordance with their competencies, their aim is to provide individualized and humanized care, in partnership with women and their families, as well as taking into account their socio-cultural and spiritual context, their preferences and values.

Objectives: The objectives of this final report are related to the two components of this document. The first objective is to carry out a critical-reflective analysis of my training in the various internship sites. In this context, I implemented interventions and took advantage of all the opportunities/experiences that allowed me to develop practical, scientific, technical, human and relational skills in the specific area of Maternal Health, Obstetrics and Gynecology Nursing. The second objective is related to the research carried out, which aimed to gather, analyse and synthesize the scientific evidence on the influence of perineal massage performed from 34 weeks of gestation for the prevention of perineal trauma in eutocic childbirth.

Methods: The first part of the report describes all the clinical training carried out, as well as the skills acquired and developed, using a critical-reflective analysis based on the latest scientific evidence. In the research component, a systematic review of the literature was carried out in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) methodology. Scientific databases were selected: PubMed, B-on, CINAHL Complete and MEDLINE Complete, whose search date took place on February 16, 2024, at the Escola Superior de Saúde de Viseu, with a publication date of 01/01/2018 - 31/12/2023, and, a posteriori, the selection of studies was carried out with the application of inclusion and exclusion criteria.

Conclusions: At the end of this training course, general and specific skills were developed in Maternal Health, Obstetrics and Gynaecology Nursing, which translated into autonomous and interdependent specialized care for all women and their families/significant others throughout their life cycle. At the same time, relational and communication skills and critical-reflective practice were developed, adapting care to each person in their uniqueness, with the integration of scientific evidence in all the internship contexts, which greatly contributed to personal and professional development. Analysis of the evidence from the four studies that made up the textual corpus of the systematic literature review showed that pregnant women who had prenatal perineal massage had a significantly lower incidence of episiotomies and perineal lacerations, particularly the risk of third and fourth degree perineal lacerations. Better wound healing and less perineal pain were evident in the prenatal perineal massage group. Prenatal perineal massage is associated with a lower risk of severe perineal trauma and postpartum complications

Keywords: Perineal massage; Perineal trauma; Pregnancy; Specialized Maternal and Obstetric Health Nursing Care; Preparation for childbirth.

Sumário	
Agradecimentos	19
Resumo	21
Abstract	23
Lista de tabelas	27
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	29
INTRODUÇÃO	15
PARTE I – RELATÓRIO DA COMPONENTE CLÍNICA	19
1. REFLEXÃO DO PERCURSO FORMATIVO E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	21
1.1 Enfermagem em Puerpério	21
1.2 Enfermagem em Neonatologia	27
1.3 Enfermagem em Promoção da Saúde da Mulher	32
1.4 Enfermagem em Patologia Materno-fetal	39
1.5 Enfermagem em Ginecologia	48
1.6 Enfermagem em Sala de Partos	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
PARTE II – RELATÓRIO DA COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: A INFLUÊNCIA DA MASSAGEM PERINEAL A PARTIR DAS 34 SEMANAS DE GESTAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL	75
Resumo	77
1. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	79
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	82
3. MÉTODOS	88
Formulação da questão de investigação	89
4. DISCUSSÃO	95
CONCLUSÃO	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS	111
Anexo I	113

Lista de tabelas

Tabela 1. Fórmula de pesquisa nas bases de dados científicas.....	89
Tabela 2. Síntese descritiva dos estudos	92

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APO	Associação Portuguesa dos Obstetras
APPT	Ameaça de Parto Pré-Termo
DGS	Direção Geral de Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
EESMO	Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
EEESMO	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica
EEESMOG	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
FCF	Frequência Cardíaca Fetal
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HTA	Hipertensão Arterial
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
LA	Líquido Amniótico
MESMO	Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PN	Plano de Nascimento
PPPP	Programas de Preparação para o Parto e para a Parentalidade
RCT	Registo CardioTocográfico
RCIU	Restrição de Crescimento Intrauterino
RN	Recém-Nascido
RSL	Revisão Sistemática da Literatura
SP	Sala de Partos
SU	Serviço Urgência
TET	Tubo Endo-Traqueal
TP	Trabalho de Parto
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund

INTRODUÇÃO

O presente relatório, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, integra-se no plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia e 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), cujo objetivo consiste em descrever as atividades que se desenvolveram ao longo dos ensinamentos clínicos para a aquisição de competências profissionais, como recomendação do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Ordem dos Enfermeiros (OE, Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio de 2019) para o exercício profissional de Enfermeiro Especialista e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), tendo igualmente como finalidade identificar as intervenções efetuadas no que respeita às evidências científicas de qualidade o mais atuais possíveis.

Na sua prática profissional, o EEESMO desempenha intervenções autónomas no cuidar a mulher a nível fisiológico ao longo do seu ciclo reprodutivo, bem como assume intervenções interdependentes face às situações de risco, ou seja, na prestação de cuidados à mulher que experiencia um processo patológico no seu ciclo reprodutivo (OE, 2019). Neste sentido, o perfil de competências específicas do EEESMO, como indica a Ordem dos Enfermeiros, no seu Artigo 2.º Âmbito e Finalidade (OE, Regulamento n.º 391/2019, 3 de maio de 2019, p. 13560), “integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar”. As suas competências específicas consistem em:

- “a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré -natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós -natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;

g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade” (OE, Regulamento n.º 391/2019, 3 de maio de 2019, p. 13561).

Ao longo das várias unidades de cuidados adquiri e desenvolvi progressivamente competências ao nível da saúde materna e obstétrica, tendo ainda firmado os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do percurso formativo. Para se poder cuidar a mulher com excelência, seja em que situação for, é imprescindível a aquisição de uma variedade de competências clínicas, técnicas, relacionais e comportamentais. Por conseguinte, os ensinamentos clínicos são importantes espaços de treino e ganho de competências essenciais para esta especialidade, como, por exemplo, a empatia, a adaptabilidade, a destreza manual, a capacidade de trabalhar em equipa, a capacidade de liderança, a gestão do tempo e a manutenção da calma numa situação de emergência. Por tal, neste relatório descrevo as experiências que vivenciei ao longo do meu percurso enquanto estudante do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (MESMO).

A redução da mortalidade materna, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2015-2030, requer não só mudanças na estrutura dos serviços, disponibilidade de recursos financeiros e fornecimento de equipamento adequado, mas também um modelo de cuidados durante a gravidez, o parto e o puerpério baseado em fatores humanos interpessoais, com o devido respeito à vontade expressa de cada mulher, tendo em conta a fase em que se encontra. Desde 2003, as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) têm vindo a publicar práticas baseadas na evidência para os cuidados na gravidez, parto e pós-parto. Algumas destas práticas promovem a deambulação durante o trabalho de parto, mudanças de posição, um acompanhante durante o parto e a utilização de técnicas não farmacológicas para a gestão da dor, entre outras (OMS, 2018). Estes elementos estão integrados no quadro dos cuidados de maternidade respeitosos, que asseguram o cumprimento dos direitos das mulheres durante o parto e um enfoque renovado no respeito e dignidade das mulheres e das suas famílias (OMS, 2018).

Assim, para se poder prestar cuidados humanizados e respeitosos às mulheres, seja em que circunstância for, é necessária a presença de enfermeiros especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, cujas competências garantem os direitos humanos para afirmar o respeito e a dignidade das mulheres e dos seus recém-nascidos, incluindo: a ausência de danos e de maus tratos; o direito à informação, ao consentimento informado e ao respeito pelas escolhas e preferências; o direito à privacidade e à confidencialidade; o direito a um tratamento com dignidade

e respeito desde o momento do nascimento; e o direito à igualdade, à ausência de discriminação e a cuidados equitativos, entre outros.

Por conseguinte, o enfermeiro especialista é reconhecido pela sua competência específica, científica, técnica e humanística, em termos de prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, em conformidade com a sua área de especialização. Para abraçar este desígnio, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros outorga a atribuição de título de Enfermeiro Especialista em várias especialidades, sendo uma delas a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A atribuição do título de Enfermeiro Especialista exige que os enfermeiros possuam as competências instituídas nos Regulamentos de cada Especialidade em Enfermagem, com partilha de um conjunto de competências comuns, que se aplicam aos diversos contextos de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente a responsabilidade ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, OE, Regulamento n.º 140/2019).

Mais concretamente no que concerne às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), as mesmas possibilitam que o enfermeiro, ao longo do seu exercício profissional, assuma a responsabilidade pelo diagnóstico diferencial e pela implementação de intervenções autónomas em situações de baixo risco e/ou interdependentes nas situações de médio e alto risco, ao longo do ciclo reprodutivo da mulher (OE, Regulamento n.º 391/2019).

Assim, para poder adquirir as competências em epígrafe e aprofundar conhecimentos foi indispensável a prática clínica, em vários contextos de atuação do EEESMO, sendo estes cuidados especializados e que se fundamentam em três pilares, designadamente: a competência profissional, prática baseada na evidência científica e respeito pelo cliente dos cuidados. Só desta forma é que o EEESMO pode ir ao encontro das reais necessidades da mulher, como unidade dos cuidados de saúde, bem como a sua família/convivente significativo, em contexto de planeamento familiar e pré-concepcional, gravidez, adaptação à parentalidade, preparação para o parto, parto, puerpério, saúde do recém-nascido (RN), climatério, ginecologia e inserida comunidade (Cerejeira et al., 2022).

Este relatório de estágio, que reflete o meu percurso formativo para exercer funções como EEESMO, configura-se como um instrumento essencial na avaliação dos processos de aprendizagem e na obtenção e desenvolvimento de competências,

devendo ser constituído por uma reflexão crítica, realizado de maneira precisa e contextualizada, analisando criteriosamente e fundamentadamente todas as particularidades e elementos dos estágios realizados (OE, 2021). Neste seguimento, o presente relatório de estágio pretende espelhar o meu percurso formativo e a sua importância para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, que são extensíveis a todos os contextos e competências específicas do EEESMO, bem como apresentar o trabalho de investigação desenvolvido.

Como forma de organizar toda a informação, este documento encontra-se dividido em dois capítulos principais. O primeiro capítulo inicia-se com o relatório da componente clínica, subdividido em cada campo de estágio, abordando todas as atividades desenvolvidas em cada estágio, com referência a evidências científicas pertinentes. O segundo capítulo contém a componente de investigação, subordinada ao tema “A influência da massagem perineal a partir das 34 semanas de gestação para a prevenção do trauma perineal”, sendo esta vertida numa Revisão Sistemática da Literatura (RSL), cujo objetivo consiste em reunir, analisar e sintetizar a evidência científica sobre a influência da massagem perineal realizada a partir das 34 semanas de gestação, recomendada pelo EEESMO, para a prevenção do trauma perineal no parto eutócico. A lesão perineal, que ocorre na área genital associada à laceração durante o parto, tem uma incidência elevada de 30-85% no parto vaginal (Dieb et al., 2020). Pode causar dor perineal, dificuldade na relação sexual, incontinência urinária e outras complicações que têm grande impacto na saúde física e mental da mulher. Embora a incisão perineal seja muitas vezes oferecida preventivamente para evitar a lesão do períneo, as evidências que sustentam a sua eficácia continuam a ser escassas. Além disso, a utilidade da incisão perineal também é limitada pelas complicações associadas e diminui psicologicamente o desejo sexual e a autoestima da mulher (Chen et al., 2022). Esta realidade justifica a realização do RSL, como forma de fundamentar a prática profissional futura nas melhores e mais recentes evidências científicas.

O trabalho termina com as principais conclusões, limitações encontradas e implicações para a futura prática profissional, como EEESMO.

PARTE I – RELATÓRIO DA COMPONENTE CLÍNICA

1. REFLEXÃO DO PERCURSO FORMATIVO E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

1.1 Enfermagem em Puerpério

Este estágio decorreu no serviço de Obstetrícia-Puerpério de um Centro Hospitalar da região centro do país, de 20 de fevereiro a 17 de março de 2023, com uma duração total de 96 horas. O serviço de Obstetrícia A, localiza-se no 6º piso e é constituído por oito enfermeiras (cinco com quatro camas e três com duas), treze casas de banho para uso das puérperas, uma sala para banhos e restante prestação de cuidados aos recém-nascidos, sala da medicação, sala de enfermagem, copa dos leites, sala de ecografia/contacto pele a pele entre o pai-recém-nascido, sala de tratamentos, gabinete da chefia, zona de *stock* de material, zona dos sujos e wc do pessoal. Em frente ao mesmo, encontra-se o serviço de Obstetrícia B que abrange as áreas da Patologia da Gravidez e da Ginecologia.

O serviço de Obstetrícia A, destina-se ao internamento de puérperas e dos respetivos recém-nascidos após partos eutócicos e distócicos (fórceps, ventosa e cesariana). As puérperas que tenham tido partos eutócicos ou distócicos por fórceps e/ou ventosa proveem da Sala de Partos até ao serviço de Obstetrícia acompanhadas por um enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica (EESMO). Em situações de cesariana, após término da mesma e cumpridas as duas horas de recobro, o serviço de Obstetrícia é contactado para proceder ao transporte e admissão das puérperas, provenientes do Bloco Operatório. Antes da admissão da puérpera, o serviço recebe um primeiro contacto telefónico para proceder de igual forma à admissão do recém-nascido. O pai, por norma, aguarda a vinda do mesmo à entrada do serviço de Obstetrícia e é aí que estabelecem um primeiro contacto. À chegada, o recém-nascido é pesado e avaliado antropometricamente (medição do perímetro cefálico e estatura). É nesta altura, que o pai é questionado sobre o contacto pele a pele com o recém-nascido, uma vez que na ausência da mãe, essa díade pai-recém-nascido pode e deve ser promovida e enaltecida. Entende-se por contacto pele a pele, a colocação do recém-nascido sem roupa e em decúbito ventral sobre o tórax da mãe ou do pai pelo menos durante 1 hora (Marín Gabriel et al, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) recomenda o contacto pele a pele entre a mãe e o recém-nascido na primeira hora de vida após o nascimento, desde que ambos se encontrem clinicamente estáveis. Inúmeras são as vantagens

desta prática, nomeadamente, fortalecimento do vínculo materno e incentivo ao aleitamento materno; promove a termorregulação do recém-nascido; estabiliza a respiração e reduz o choro; favorece a colonização da pele e do trato gastrointestinal; previne a hipoglicémia neonatal; auxilia na expulsão da placenta; diminui as hipóteses de complicações no pós-parto (Ayres et al, 2021). Comprovados todos estes benefícios imunológicos, nutricionais e psicossociais tanto para a mulher como para o recém-nascido, torna-se competência do EESMO adotar uma postura que apoie e permita este contacto pele a pele precoce, promovendo a interação, o envolvimento emocional e uma vinculação saudável (Matos et al, 2010).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) e a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) (2012, p.23), no âmbito da prática clínica, recordo, de entre outras práticas, a prática específica de "... possibilitar o contato pele a pele imediato e prolongado, promovendo os processos de vinculação e amamentação.", sendo esta atuação benéfica para a promoção do processo fisiológico do trabalho de parto, nascimento e pós-parto.

Durante o estágio, em situações em que o parto foi distócico por cesariana e o recém-nascido se encontrava hemodinamicamente estável, tive oportunidade de promover este contacto pele a pele com o pai, comprovando todos os benefícios já mencionados, nomeadamente a termorregulação e tranquilidade do recém-nascido, e ainda, fortalecendo o vínculo paterno através deste envolvimento e desta interação corporal.

Retomando para a admissão das puérperas no serviço, é neste momento que é realizada a integração e o acolhimento da mesma na respetiva enfermaria/unidade. São fornecidos panfletos sobre a amamentação e o aleitamento materno, síndrome de morte súbita do latente, cuidados de higiene pessoal no pós-parto e questionário de satisfação sobre o período de internamento, para que a mulher se possa ir familiarizando com esta nova etapa. Apesar de todo o suporte informativo que é oferecido e disponibilizado, é no momento da admissão que o enfermeiro deve estabelecer uma relação de empatia e de serenidade. Sendo o puerpério caracterizado por um período vulnerável devido às várias alterações físicas, fisiológicas e psicológicas, torna-se de extrema importância que o enfermeiro, especialmente o EESMO tenha a capacidade e o dever de prestar cuidados que satisfaçam as reais necessidades da puérpera, reconhecendo-a como única e visando um atendimento humanizado e personalizado (Nené et al, 2016, p.455). É também nesta fase que se inicia o processo de transição e adaptação à parentalidade, acarretando alterações

comportamentais associadas a todas as responsabilidades e exigências deste novo estatuto de mãe.

“O EESMO é o membro da equipa multidisciplinar que potencia a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade, e é o mais presente, para avaliar o bem-estar do binómio mãe/RN, pois existe uma grande aproximação com as utentes e estas estão também mais recetivas ao seu cuidar” (Barradas et al, 2015, p.49).

Tal como foi referido, para além de alterações físicas, hormonais e fisiológicas, o puerpério envolve alterações psicológicas exacerbadas por sentimentos e emoções que o enfermeiro deve prestar especial atenção. Aspetos como aceitação da nova imagem corporal, identidade, sexualidade, adoção de um novo papel de grande responsabilidade e mudanças a nível familiar e social, aliados a uma vulnerabilidade pessoal tornam-se alvo de grande alerta, devendo o enfermeiro dar oportunidade à mulher de se expressar emocionalmente, estando atento a possíveis situações de risco para que possa requisitar apoio diferenciado se assim o entender (Nené et al, 2016, p.446). A importância de uma relação de empatia, de ajuda e de apoio torna-se um foco, uma vez que é através dessa ligação que conseguimos contextualizar a mulher na sua história de vida, desde as suas conquistas/sucessos, as suas dificuldades quer a nível socioeconómico quer a nível pessoal, experiências vividas, estabilidade e ambiente familiar e ainda eventuais mitos e crenças que possam existir e causar obstáculos para uma boa adaptação à parentalidade enquanto mulher/casal/família.

Durante este estágio de puerpério esforcei-me por aproveitar todas as oportunidades que iam surgindo de forma a prestar cuidados especializados e individualizados à puérpera/casal e família, identificando as suas necessidades individuais, formulando diagnósticos de enfermagem e elaborando, executando e avaliando os planos de intervenções de enfermagem. Dado que o período de internamento da puérpera é reduzido (dois a três dias consoante o tipo de parto e sem complicações graves associadas) é relevante a qualidade e a uniformidade da informação que é transmitida e dos cuidados que são prestados. Desta forma, a presença de um EESMO no puerpério torna-se imprescindível, pois para além de estar apto para a deteção precoce de complicações e resolução autónoma das mesmas, cuida da mulher com vista à promoção da sua recuperação no pós-parto (maximizando o seu bem-estar), bem como no cuidado ao seu filho.

É no internamento do puerpério que é dada a continuidade de cuidados e da vigilância das puérperas após o puerpério imediato realizado ou na sala de partos ou

no bloco operatório, consoante a tipologia de parto a que foi sujeita. Tentei sempre proceder a uma avaliação cuidada da puérpera de acordo com o tipo de parto e antecedentes/situação de saúde/doença. Em puérperas que tiveram partos vaginais (eutócicos ou distócicos por fórceps e ventosa), tive oportunidade de realizar a avaliação dos sinais vitais; a observação e avaliação das mamas e mamilos (exame físico); a avaliação da involução uterina e a localização do fundo do útero através da palpação na linha média do abdómen e ao nível da cicatriz umbilical; a observação do períneo, nomeadamente da correção de lacerações e episiorrafias, rastreando possíveis sinais inflamatórios e a avaliação dos lóquios atendendo a sua quantidade, cor e odor. Promovi mobilização precoce (4-6 horas se parto vaginal; 6-12 horas se cesariana) e realizei primeiros levantamentos pós-parto, estando desperta para sinais de alerta, nomeadamente a presença de globo vesical ou a incapacidade da puérpera apresentar a primeira micção espontânea. Segundo a OMS (2014, 2022) a puérpera deve urinar dentro das primeiras 6 horas após o parto, pois a bexiga cheia ocupa espaço abdominal, podendo desviar o útero da linha média, dificultando as contrações uterinas e aumentando o risco de hemorragia por atonia uterina.

Em situações de partos distócicos por cesariana tive oportunidade de proceder à monitorização dos sinais vitais segundo o protocolo, otimização do cateter epidural bem como do cateter venoso, vigilância e realização do penso da ferida cirúrgica, monitorização da eliminação urinária e respetiva desalgiação. Ainda em relação aos cuidados com o cateter epidural, tive oportunidade de proceder à sua remoção tendo em conta aspetos como, a integridade da ponta do cateter, presença de sinais inflamatórios no local de inserção do mesmo, bem como se a puérpera tinha medicação anticoagulante prescrita e se a administração da última toma tinha mais de 12 horas de intervalo.

Para além dos cuidados prestados a puérperas normais, também prestei cuidados de enfermagem especializados a puérperas de risco com patologias associadas, nomeadamente hipertensão gestacional e diabetes gestacional, aplicando os protocolos de vigilância em vigor no serviço.

Associado ao período do puerpério que, como já foi referido, se caracteriza por inúmeras alterações, surge também o desafio da amamentação, sendo esta uma das principais áreas de intervenção em que o EESMO pode atuar autonomamente. A OMS e a UNICEF recomendam o aleitamento materno em exclusivo desde o nascimento até aos seis meses de vida, e que após a introdução alimentar adequada, este poderá ser mantido até aos dois ou mais anos de vida. Esta recomendação de saúde pública mundial mencionada no *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* realça a

importância da nutrição, proteção imunológica, crescimento e desenvolvimento das crianças que são amamentadas. Sabe-se que o aleitamento materno é o único alimento vivo e a melhor fonte de nutrientes para o recém-nascido promovendo uma série de benefícios para a saúde materno-infantil (Levy & Bértolo, 2012, p. 8). Por este motivo, a minha atitude durante o estágio passou por tentar desenvolver técnicas e estratégias que promovessem e apoiassem o aleitamento materno, procurando de igual forma respeitar a decisão da mulher em caso de recusa do mesmo. No caso de ablação materna ou aleitamento misto, tive oportunidade de prestar ensinamentos à puérpera sobre aleitamento artificial, nomeadamente o tipo de leite, preparação e administração por biberão ao recém-nascido.

Em 1992 a OMS e a UNICEF lançaram um programa mundial de promoção do Aleitamento Materno denominado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB), internacionalmente conhecido como *Baby Friendly Hospital Initiative* – BFHI. Esta iniciativa, da qual o centro hospitalar em questão faz parte, tem como missão proteger, promover e apoiar o aleitamento materno em entidades que disponibilizem serviços de maternidade, obstetrícia, neonatologia e pediatria, influenciando na prática dos profissionais de saúde e cuidadores. A classificação é atribuída a hospitais que cumpram as dez medidas para ser considerado um Hospital Amigo dos Bebés, definidas pela OMS e pela UNICEF. A amamentação não é um comportamento totalmente instintivo, pois para além de ser determinado por fatores fisiológicos e emocionais, a mãe necessita aprender a técnica de amamentar. Experiências menos positivas levam a que muitas mulheres abandonem precocemente a amamentação, algo que podia ser prevenido se as mulheres fossem orientadas e apoiadas quanto a técnica da amamentação, sendo a pega correta a base essencial para o sucesso da mesma (Sequeira et al, 2020, p.296). De um modo geral, senti que as puérperas se sentiam inseguras e preocupadas com a amamentação. Procurei, enquanto futura enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, realizar ensinamentos de educação para a saúde sobre o aleitamento materno, nomeadamente a sua importância e as suas principais vantagens, bem como identificação de possíveis barreiras ao sucesso do mesmo, como por exemplo, pega e posicionamento incorretos do recém-nascido, fissuras mamilares, introdução precoce de tetinas/chupetas, o desejo de não amamentar (amamentar contrariada pode levar o ato de amamentar como uma obrigação e não como uma opção).

É da competência de um EESMO promover uma política informada e esclarecida enquanto prestador de cuidados especializados à mulher, no entanto, cabe-lhe a ele também, a obrigação de ouvir e apoiar a mulher nas suas escolhas,

sem juízos de valor. Ainda no ramo da amamentação, tive oportunidade de prestar cuidados e ensinamentos sobre o ingurgitamento mamário e maceração mamilar.

Para além da promoção da saúde da puérpera, é igualmente importante promover a saúde do recém-nascido para que este consiga ter uma boa adaptação à vida extrauterina. Durante o estágio, procurei inteirar-me dos protocolos do serviço sobre os cuidados ao recém-nascido no sentido de garantir condições favoráveis (termorregulação, circulatórias e respiratórias) à manutenção do seu bem-estar, bem como à deteção precoce de potenciais problemas.

Os cuidados ao recém-nascido são um elo de ligação direta para fortalecer a díade mãe/recém-nascido ou tríade mãe/recém-nascido/pai quando este está presente (hora da visita), uma vez que podem ser transformados em momentos de educação para a saúde através da realização de ensinamentos sobre temáticas que não tenham conhecimento, promovendo de igual forma o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Durante o estágio, tive oportunidade de realizar a pesagem diária do recém-nascido, com avaliação da perda ponderal (não deverá ultrapassar os 10% do peso inicial), efetuar medições antropométricas, detetar icterícia neonatal, realizar colheitas de sangue, quer para análise laboratorial, quer para realização do teste de diagnóstico precoce caso o recém-nascido ainda se encontre internado e cumpra os devidos critérios (recém-nascido entre o 3º e 6º dia de vida), realização do rastreio auditivo e ainda, a realização de ensinamentos sobre os cuidados de higiene, limpeza e desinfeção do coto umbilical, mudança de fralda, transporte seguro do recém-nascido em sistema de retenção homologado e fototerapia em bilibed.

Também a amamentação é um caminho de aprendizagem para o recém-nascido. Por mais que haja uma boa adaptação e vontade da mãe em amamentar, esse processo também depende do estado do recém-nascido e da sua adaptação ao meio ambiente. A partir do momento em que a amamentação é estabelecida, cabe ao enfermeiro realizar ensinamentos e esclarecer dúvidas que possam por em causa o sucesso da amamentação.

Para além dos cuidados de enfermagem prestados, tanto os recém-nascidos como as puérperas são observados pela restante equipa multidisciplinar, trabalhando no sentido do rastreio de anomalias e com o objetivo de promover a máxima autonomia da puérpera e capacitar a díade para a alta hospitalar.

Tendo presente a existência da continuidade de cuidados nos cuidados de saúde primários, foi objetivo meu por em prática os meus conhecimentos sobre os

ensinos para uma alta segura, quer do recém-nascido, quer da puérpera. Temas como a sexualidade, contraceção, alimentação, exercício físico, bem como consultas periódicas do recém-nascido no centro de saúde, realização do diagnóstico precoce, sinais de alerta e centros de apoio diferenciados com profissionais qualificados foram alvo de referenciação e esclarecimento da minha parte.

De forma geral, durante o estágio, procurei prestar cuidados de saúde especializados e individualizados, tendo presente que a prática baseada na evidência é a mais recomendada e é aquela que deve ser praticada.

1.2 Enfermagem em Neonatologia

O presente estágio decorreu no serviço de Neonatologia de um Centro Hospitalar da região centro, com início a 24 de março e término a 14 de abril de 2023, com uma duração total de 72 horas. Este serviço de Neonatologia dispõe de cuidados de saúde especializados e diferenciados, funcionando como uma unidade de cuidados de saúde intermédios e intensivos neonatais, estando apta para receber recém-nascidos prematuros a partir das 25 semanas de gestação. Abaixo desta idade gestacional, o RN é demasiado imaturo para ter hipóteses de sobreviver sem sequelas severas. Assim, torna-se viável investir num RN que nasça com idade gestacional igual ou superior a 25 semanas de gestação, uma vez que é a partir desta que o RN tem mais de 50% de hipóteses de sobreviver e em que pelo menos 50% dos RN sobreviventes ficam sem sequelas severas a longo prazo (Consensos da Secção Portuguesa de Neonatologia, 2016).

A unidade é um *open space* e está equipada para receber nove recém-nascidos, em berço ou em incubadora, dependendo dos diagnósticos/especificidades de cuidados de cada um. Esta característica da unidade permite que a equipa de enfermagem visualize todo o espaço, independentemente do local onde esteja. Existe ainda um espaço separado por uma parede de vidro equipado com uma incubadora que funciona como área de isolamento para recém-nascidos positivos à covid-19.

Para além dos espaços destinados aos cuidados de saúde ao recém-nascido, existe ainda um espaço dirigido às mães para extração mecânica do leite materno, e ainda uma copa de leites, onde todo o leite, quer materno quer artificial é guardado e preparado para ser administrado ao recém-nascido. Consoante a especificidade de cada recém-nascido, o leite poderá ser oferecido por tetina ou por sonda orogastrica.

Assim, relativamente aos objetivos “Promover a integração no serviço de Neonatologia” e “Promover a integração na equipa multidisciplinar do serviço de Neonatologia”, penso ter atingido ambos com sucesso. A equipa multidisciplinar do serviço recebeu-me de forma acolhedora e atenciosa, disponibilizando-se para me ajudar em qualquer situação. Relativamente ao espaço e estrutura física do serviço, as enfermeiras tutoras realizaram-me o acolhimento, mostrando-me de forma clara todo o circuito que é realizado para a prestação de cuidados aos recém-nascidos, bem como todos os equipamentos disponíveis e o seu funcionamento. Procurei ter sempre uma postura assertiva e apropriada, tentando integrar-me em todos os protocolos e dinâmicas do serviço, de forma a garantir uma melhor prestação de cuidados de saúde.

Relativamente às experiências vivenciadas, tive oportunidade de prestar cuidados diferenciados a recém-nascidos em ventilação mecânica invasiva, não invasiva e em ventilação espontânea com ou sem aporte de oxigénio.

Logo no primeiro dia, assisti a uma reanimação neonatal de um recém-nascido com idade gestacional de 25 semanas que estava entubado com tubo endotraqueal. A situação desencadeou-se após a prestação dos cuidados de higiene, em que o recém-nascido desenvolveu um quadro de dificuldade respiratória associado a um episódio de dessaturação e bradicardia. Foram realizadas manobras de reanimação com insuflações respiratórias com auxílio de ambu e compressões torácicas, que rapidamente surtiram efeito, estabilizando hemodinamicamente o recém-nascido. Apesar de ter sido uma situação stressante, foi sem dúvida uma experiência enriquecedora pois consegui perceber a importância do trabalho em equipa, nomeadamente a distribuição de tarefas e coordenação das mesmas para que se atinja o sucesso e a reversão de uma situação crítica ou menos favorável à saúde do recém-nascido.

Tive ainda oportunidade de assistir e colaborar na realização de uma punção lombar a um RN de 38 semanas que apresentava um quadro clínico infeccioso com constante instabilidade hemodinâmica; e ainda na colocação de um tubo endotraqueal para administração de surfactante num RN fruto de uma gestação gemelar de 33 semanas que exibia frequentemente quadros de dificuldade respiratória e consequente dessaturação, apesar de se encontrar a ventilar com auxílio de CPAP nasal. Esta última experiência em particular, despertou a minha atenção para a dor que é sentida por estes RN, uma vez que por não se encontrarem no seu melhor estado de saúde, estão sujeitos a vários procedimentos e estímulos dolorosos, como luminosidade excessiva e ruído. A dor não tratada, principalmente nos RN prematuros, pode causar

lesões a longo prazo, uma vez que as vias nervosas cerebrais ainda se encontram em desenvolvimento, podendo desencadear consequências como: atraso no crescimento, alterações no desenvolvimento do cérebro, défice cognitivo e motor, entre outros (Pereira et al, 2022).

Desta forma, para além da preocupação em administrar fármacos que possam aliviar esta dor sentida por estes RN, existe ainda uma preocupação por parte da equipa de enfermagem no agrupamento de cuidados, na mínima manipulação e na aplicação de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, nomeadamente a sucção não nutritiva, com ou sem sacarose, contenção facilitada, amamentação, contacto pele a pele.

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor apresentam inúmeras vantagens, como o baixo custo, não ter efeitos adversos e não ter interações medicamentosas. Mesmo que seja difícil eliminar a dor por completo, o conhecimento destes métodos não farmacológicos é fundamental para conseguirmos pelo menos, reduzir a intensidade e quantidade dessa dor, incentivando de igual forma, a prática de intervenções mais humanizadas e menos invasivas, proporcionando um maior conforto e melhorias significativas na condição de saúde destes RN prematuros (Pereira et al, 2022).

Para além de todas estas medidas, existe ainda um esforço da equipa de enfermagem para manter a Unidade num silêncio permanente e com luminosidade reduzida, de forma a proporcionar tranquilidade e serenidade aos recém-nascidos internados, bem como aos pais que procedem à visita.

No que toca à prestação de cuidados de saúde ao recém-nascido, definido como um dos objetivos a atingir durante a realização deste estágio, tive oportunidade de realizar pesagem diária dos recém-nascidos, bem como a sua avaliação antropométrica nos dias de semana atribuídos; avaliação dos sinais vitais; monitorização da diurese; punção de cateteres venosos periféricos e colheita de sangue para análise laboratorial e para o diagnóstico precoce; colocação de sondas orogástricas; manipulação de cateteres umbilicais e cateteres epicutâneos; aspiração de secreções no TET, orofaringe e rinofaringe; preparação e administração de medicação; prestação de cuidados em caso de fototerapia; administração de leite materno e leite artificial por tetina ou em perfusão por seringa infusora; troca e manutenção da incubadora. Tive ainda, hipótese de colaborar na realização de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente realização de Rx tórax e ecografia transfontanelar.

Quando falamos em cuidados de enfermagem ao recém-nascido, para além de associarmos estes cuidados a procedimentos técnicos, que exigem manipulação e intervenção, devemos também relacionar os cuidados centrados no desenvolvimento e em parceria com a família.

A filosofia do cuidado centrado na família é vista como fundamental para a prestação de cuidados de qualidade tanto à criança como à família, na medida em que promove o envolvimento dos pais nos cuidados e reduz os efeitos adversos da hospitalização (Mendes, 2012). Desta forma, o objetivo passa por envolver, sempre que possível, a família na prestação de cuidados ao recém-nascido, formando uma parceria com a equipa de enfermagem. Esta relação de empatia, apoio e potencialização da autonomia da família, contribui de forma crucial para o processo de adaptação dos pais ao seu papel durante o período de hospitalização e futura alta hospitalar.

É através da partilha de informação e supervisão dos cuidados prestados, que os pais acabam por sentir algum controlo sobre esta “situação menos favorável” da vida do seu filho, reduzindo sentimentos de incertezas e medos nesta fase de adaptação (Nelas et al, 2015).

Com o nascimento de um bebé prematuro, surgem dificuldades no âmbito da vinculação, pois o bebé que foi idealizado não corresponde à realidade, levando a que os pais vivenciem períodos de isolamento, de frustração e de culpa (Baseggio et al, 2017). Assim, foi meu objetivo, incentivar a vinculação de forma sistemática e gradual, tendo presente a vontade dos pais, e que a vinculação apesar de instintiva, não é automática, sendo esta um processo que acontece à medida que os pais se vão adaptando à nova situação do seu recém-nascido. A vinculação é um especial foco de atenção da prática de enfermagem, pois consiste numa resposta humana a um processo de vida que visa o envolvimento afetivo entre pais e filhos, promovendo a sobrevivência e o desenvolvimento saudável de uma criança (Nené et al, 2016).

A relação que o enfermeiro desenvolve com os pais é fundamental, pois funciona como um incentivo e um pilar emocional para que esta vinculação com este “novo” recém-nascido seja realizada com sucesso e haja uma boa adaptação à parentalidade.

De uma forma geral, senti que os pais se preocupavam em saber o estado clínico do seu filho, procurando intervir em todos os cuidados sempre que possível e ainda em estabelecer contacto em método canguru pelos inúmeros benefícios que acarreta. De realçar, que em relação aos recém-nascidos mais prematuros internados,

nomeadamente o M., com idade gestacional de 25 semanas e o T., com 27 semanas e 4 dias, senti que os pais se distanciavam mais e que tinham mais receio de prestar cuidados, talvez também por se encontrarem num estado de saúde mais crítico e com necessidade de cuidados mais especializados. Neste último caso em específico, senti que houve alguma dificuldade da minha parte em estabelecer esta relação terapêutica com os pais, quer também por alguma insegurança da minha parte, quer pela pouca recetividade dos mesmos aos cuidados e/ou interação com o recém-nascido.

Ainda assim, como futura Enfermeira Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, tentei adotar uma postura que me permitisse não só o atendimento das necessidades clínicas do recém-nascido, mas também das necessidades emocionais, afetivas e sociais da família/pais, procurando um cuidado mais abrangente e personalizado.

“A parteira desempenha um papel importante como conselheira na área da saúde e da educação, não apenas para as mulheres, como para a família e para a comunidade.” (Barradas et al, 2015).

No sentido da promoção da saúde e da educação procurei, sempre que possível, realizar ensinamentos adequados às necessidades identificadas, nomeadamente em relação à amamentação, desenvolvimento/competências do recém-nascido, vigilância da saúde, higiene e vestuário, e segurança do recém-nascido.

Relativamente à temática da promoção do aleitamento materno, senti que havia um incentivo constante por parte da equipa de enfermagem em encorajar as mães em amamentar e/ou extrair manualmente/mecanicamente o leite materno, priorizando este último, ao invés do leite artificial. Enquanto profissionais de saúde, ao promover a amamentação, estamos a fortalecer o vínculo entre a mãe e o recém-nascido, promovendo também o seu crescimento e desenvolvimento (Sequeira et al, 2020). De forma geral, tive a perceção que, também as mães se sentiam motivadas para o aleitamento materno, privilegiando a amamentação, com leite materno, sempre que não houvesse nenhuma contraindicação clínica relacionada com o recém-nascido. O meu papel na promoção do aleitamento materno passou por realizar ensinamentos direcionados às necessidades de cada mãe, sendo que no caso de o bebé estar a ir à mama, tive oportunidade de realizar ensinamentos sobre posicionamento, pega correta e frequência das mamadas; e na impossibilidade de isto acontecer, procurei sempre encorajar e incentivar as mães a realizar extração manual/mecânica do leite materno para oferta posterior consoante indicação clínica.

Relembrando o objetivo específico que delineei como “Desenvolver competências específicas na área do diagnóstico precoce e prevenção de complicações ao recém-nascido normal e de risco”, considero que o serviço de Neonatologia é um serviço que se caracteriza pela sua extrema complexidade e especificidade, e como tal, sinto que precisaria mais do que três semanas de estágio para conseguir ser capaz de atingir na totalidade este objetivo e prestar cuidados de forma autónoma a um recém-nascido de risco. Ainda assim, todas as experiências que foram vivenciadas fizeram com que a minha aprendizagem fosse decorrendo de forma sucinta e consistente, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.

O facto de ter estagiado numa unidade neonatal deixou-me mais capacitada e apta para aquilo que são as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, nomeadamente, para o cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, no sentido de otimizar a saúde do RN na sua adaptação à vida extrauterina; e ainda para o cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de otimizar a saúde do RN apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade, estando desperta para possíveis sinais de desvio à normalidade.

1.3 Enfermagem em Promoção da Saúde da Mulher

O presente estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região centro do país com início a 18 de abril e término a 5 de maio de 2023, com uma duração total de 72 horas. Na área dos Cuidados de Saúde Primários é essencial a concretização de um estágio de Enfermagem em Promoção da Saúde da Mulher, uma vez que é objetivo o cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar durante o período pré-concepcional e gravidez, 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. Assim, o estágio de Enfermagem em Promoção da Saúde da Mulher teve como pressuposto o desenvolvimento de atividades e intervenções que me permitissem a aquisição das competências específicas necessárias para o exercício futuro de Enfermeira Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, destacando-se:

- “a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;

...

g) Cuida o grupo - alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.” (OE, Regulamento n.º 391/2019, 3 de maio de 2019, p. 13561).

A UCC onde decorreu o estágio tem como missão a prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário aos utentes inscritos, de forma a satisfazer as suas necessidades, colocando-os no centro da atividade da Unidade, com o objetivo principal de contribuir para a sua melhoria do estado de saúde, visando a obtenção de ganhos em saúde.

A existência e o desenvolvimento de Projetos e Atividades são também um foco de atenção por parte da UCC, apresentando uma vasta oferta nas várias áreas da saúde. No âmbito da Saúde Reprodutiva da Mulher, destaco o Projeto da Parentalidade, onde estão inseridos cursos relativos à área, e onde estive envolvida, colaborando com a realização de atividades e intervenções, nomeadamente, nos Programas de Preparação para o Parto e para a Parentalidade, nas Consultas de Plano de Nascimento e nas Consultas de Aleitamento Materno.

Relativamente aos Programas de Preparação para o Parto e para a Parentalidade (PPPP), segundo a DGS, são programas/iniciativas de intervenção de base comunitária desenvolvidas “junto de mulheres grávidas e casais, tendo em vista contribuir para uma vivência mais informada e gratificante da gravidez, do parto, do puerpério e da aprendizagem da parentalidade” (DGS, 2020, p.8). Assim, torna-se crucial a realização destes programas, quer no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, quer em ambiente Hospitalar, para que as grávidas/casais possam ter acesso a informação fidedigna e esclarecida, promovendo uma tomada de decisão consciente e responsável, influenciando positivamente a vivência da maternidade. Realça-se ainda, a importância do papel de um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), uma vez que, segundo a Ordem dos Enfermeiros, é ele que tem competências para conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável (OE, Regulamento n.º 391/2019, 3 de maio de 2019, p. 13562).

Os PPPP têm como objetivos:

- promover comportamentos saudáveis e preparar os casais para o nascimento de uma criança, aumentando a confiança das mulheres na sua habilidade para ter filhos;
- preparação das mulheres para lidarem com o processo do parto e para exercerem o consentimento informado, esclarecido e livre,

nomeadamente, em matéria de acompanhamento pessoal, controlo da dor e indução do parto;

- prestar esclarecimentos, incentivar e apoiar a amamentação, fortalecer a relação de qualidade entre a mãe, o pai, o feto e a criança;
- promover a recuperação física e psicológica equilibrada no pós-parto, preparar para a parentalidade envolvida e cuidadora e conhecer e desenvolver a rede de suporte social (DGS, 2020, p.16).

Neste local de estágio, os cursos de PPPP são realizados através de sessões online e presenciais, onde pude participar ativamente, quer através da planificação prévia das sessões, nomeadamente a realização de contactos telefónicos com as grávidas, formação de grupos de acordo com a idade gestacional para as sessões práticas, preparação das sessões e, semanalmente, o envio de e-mails com a informação pertinente para as sessões teóricas e presenciais; quer pela apresentação de uma sessão online e duas presenciais.

A parte teórica dos PPPP é abordada nas sessões online em parceria com um projeto da Universidade de Aveiro: Projeto de Intervenção na Comunidade Académica- Universidade Amigas das Famílias Cuidadoras – UaCuida. Este projeto, constituído por um grupo de docentes, investigadores e profissionais de saúde qualificados, nomeadamente a enfermeira orientadora, tem como objetivo fornecer conhecimentos e ferramentas a cuidadores familiares. Relacionado com a área da Saúde Materna e Obstétrica destaca-se o setor da Parentalidade onde estão inseridos os PPPP e as várias temáticas abordadas nas sessões online. Neste seguimento, primeiramente, fui convidada a assistir a uma sessão online com o tema “Chegada a Casa: Primeiros Cuidados ao Recém-Nascido”, funcionando esta primeira sessão como ponto de partida para eu me integrar em relação à dinâmica do projeto, uma vez que também pude participar no mesmo através da revisão, reformulação e apresentação de uma sessão online sobre “Vigilância da Saúde da Mulher e do Recém-nascido”. Há minha observação, para além dos grupos aderentes às aulas online terem sido numerosos (certa de 30 grávidas com respetivos companheiros, ou seja, 60 participantes) todas as grávidas/casais mostraram bastante interesse, intervindo de forma regular com perguntas pertinentes.

Em relação às sessões práticas, estas eram realizadas em grupo com cerca de oito a nove grávidas com a presença de acompanhante, ou seja, um total de dezasseis a dezoito pessoas. Nesta vertente, tive a oportunidade de lecionar duas apresentações teórico-práticas sobre “Dor em Trabalho de Parto: Medidas Não Farmacológicas para alívio da dor em Trabalho de Parto”. Segundo Sequeira et al (2020), a utilização de

métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e parto contribuem para a diminuição da ansiedade nas parturientes, tornando-as mais ativas e participativas no trabalho de parto em si e permitindo uma maior envolvimento do acompanhante. É foco de um EESMO atender a todas as mulheres nas diferentes fases do trabalho de parto, e por isso torna-se relevante ter conhecimentos sobre as várias hipóteses de gestão da dor, incluindo medidas não farmacológicas, medidas farmacológicas ou a associação de ambas (Barradas et al, 2015, p.44). Durante as sessões, foram abordados temas como o trabalho de parto, posições verticalizadas, mecanismo do parto, ingestão de líquidos durante o trabalho de parto; bem como exemplificados e realizados pelo grupo exercícios de respiração, alongamento, massagem, vocalização, exercícios com rebozo, double hip squeeze, relaxamento, fortalecimento do pavimento pélvico com bola de pilates e/ou colchão entre outros. Estas sessões teórico-práticas para além de permitirem a transmissão de conhecimentos e informação fidedigna permitem também o envolvimento do companheiro/a nas diferentes fases da gravidez, bem como a partilha de experiências entre casais e o esclarecimento de dúvidas e mitos que possam existir. Quanto mais informada e empoderada estiver a mulher/casal, maior será a sua capacidade de tomar decisões de acordo com as expetativas idealizadas, de forma a contribuir para uma experiência positiva e obter maiores ganhos em saúde. Como futura EESMO, sinto que este envolvimento nos PPPP me fez crescer a nível pessoal e profissional, uma vez que me fez ter noção da importância da relação de confiança e empatia que devemos estabelecer com as grávidas/casais, de forma a conseguirmos transmitir segurança, calma e informação explícita sobre o que vai acontecer nas diferentes fases da gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto.

Segundo a DGS (2015), a necessidade da existência de um Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco surge da demonstração de que uma acessibilidade aos cuidados especializados na gravidez, no parto e pós-parto, assim como ao planeamento da gravidez, diminuía drasticamente a morbilidade e mortalidade maternas, fetais e infantis.

O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco implementado nos Cuidados de Saúde Primários é executado por profissionais de saúde com o objetivo de prestar cuidados pré-natais especializados e individualizados de forma mais abrangente, nomeadamente cuidados pré concecionais; vigilância da gravidez, incluindo a promoção da saúde e educação para a saúde ao longo da gravidez e a identificação e orientação precoce de complicações e fatores de risco

materno-fetais; programas de preparação para o parto e para a parentalidade e consulta de puerpério (DGS, 2015).

Neste seguimento, durante o meu percurso de estágio, tive a oportunidade de realizar consultas de vigilância da gravidez a grávidas de várias idades gestacionais. Estas consultas são de extrema importância e têm como finalidade o acompanhamento periódico da grávida, permitindo a avaliação do estado de saúde materno-fetal, através da realização de exames complementares e laboratoriais regulares, contribuindo para a vivência da gravidez e da maternidade de uma forma saudável. Na consulta de vigilância da gravidez realizei monitorização dos sinais vitais, despistando desvios à normalidade como a hipertensão gestacional; avaliação do estado nutricional através da determinação do peso; observação e interpretação de exames laboratoriais, nomeadamente as análises respetivas a cada trimestre e teste de combur (teste rápido de urina) para deteção de possíveis situações de risco; efetuei as manobras de Leopold, medição da altura do fundo do útero e a auscultação cardíaca fetal com um aparelho *doopler*; verificação do boletim de vacinação, efetuando despiste de vacinas em falta, nomeadamente a vacina do tétano; e ainda a atualização do boletim da grávida, através do registo de dados clínicos de forma a assegurar a transmissão de informação relativa à saúde da grávida e do feto. No âmbito da educação para a saúde, realizei ensinamentos adaptados às necessidades de cada grávida/casal consoante a idade gestacional e de acordo com o protocolo existente na instituição.

A vigilância pré-natal deve ser acessível e centrada na Mulher, sendo que para além de toda a informação que deve ser fornecida à grávida/casal, esta deve ser alertada para o cumprimento da realização de pelo menos seis consultas de vigilância da gravidez, tendo em conta que a recomendação da Direção-Geral de Saúde é a realização de dez consultas com a seguinte periodicidade:

- 1ª Consulta o mais precoce possível e até às 12 semanas;
- A cada 4-6 semanas até às 30 semanas;
- A cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas;
- A cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto (DGS, 2015, p.37).

Realçando ainda que, “O esquema e periodicidade das consultas pré-natais assim definidos podem ser acrescidos, tendo em conta: os dados da história clínica, os antecedentes pessoais e os resultados dos exames complementares realizados; as

necessidades de cada mulher/casal; os protocolos de cada Unidade Coordenado Funcional (UCF)...” (DGS, 2015, p.37).

Durante a assistência pré-natal, todas as intervenções realizadas devem permitir que a mulher/casal esteja envolvida na tomada de decisões, podendo tornar-se parceira quer no planeamento quer na prestação de cuidados. O EESMO assume um papel defensor, na medida em que deve permitir a mulher tomar as suas próprias decisões, apoiando-a nas suas escolhas informadas, incentivando-a na sua autoeficácia e oferecendo informação imparcial atendendo as suas crenças e valores, isenta de julgamentos (Nené et al, 2016, p.117 e 118).

Da mesma forma, que foi referida a existência da necessidade da vigilância da gravidez e assistência pré-natal, bem como dos PPPP emerge também a necessidade de abordar a existência atual de Planos de Nascimento (PN).

O PN surge no final do ano 1970 com o propósito de facilitar a comunicação entre grávidas e profissionais de saúde, encorajando de igual forma a tomada de decisões informadas sobre escolhas, riscos, trabalho de parto, parto e pós-parto. A elaboração de um PN é a primeira de várias recomendações da Organização Mundial de Saúde, explicitas no documento “Boas práticas de atenção ao parto e nascimento” preconizadas desde 1996 (Medeiros et al, 2019). As consultas de vigilância de gravidez e os PPPP podem e devem servir de ponto de partida para a introdução desta temática junto das grávidas/casais. A intervenção do EESMO na elaboração deste plano torna-se crucial, uma vez que detém competências especializadas, permitindo que a grávida/casal expresse as suas necessidades e oferecendo informação e esclarecimento no sentido de proporcionar escolhas conscientes e mais oportunas que respeitem os seus desejos, vivências e culturas. Desta forma, compreende-se que um PN consiste nada mais, nada menos do que num “texto personalizado, elaborado voluntariamente pela grávida ou, sempre que possível, pelo casal, em que são expressas vontades e preferências relativamente ao tipo de envolvimento pessoal e à assistência clínica durante o trabalho de parto e o nascimento.” (DGS, 2020, p.12).

Aquando das sessões práticas que realizei, tive oportunidade de informar as grávidas/casais sobre a existência dos PN, assim como incentivá-las a marcar uma consulta referente aos mesmos, de forma a terem um acompanhamento mais personalizado e esclarecido sobre o conceito de PN, permitindo ainda o preenchimento do mesmo em conjunto. Foi objetivo meu, durante a participação ativa nestas consultas, abordar temáticas como elementos e aspetos significativos para a

grávida; familiar de referência que fica a acompanhar durante o trabalho de parto, parto e pós parto; hospital previsto para o parto bem como a respetiva visita à maternidade; procedimentos desejados e a evitar durante o trabalho de parto e parto; tipo de avaliação do bem-estar materno-fetal; métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor; deambulação e posturas durante o período de dilatação bem como do período expulsivo; realização de episiotomia; nascimento do bebé e tudo aquilo que isso engloba: contacto pele a pele, aleitamento materno, puerpério e cuidados ao recém-nascido. Outra questão importante abordada foi a possibilidade de confronto entre os desejos e expectativas explícitas pelas grávidas nos PN e o ambiente hospitalar, nomeadamente regras e protocolos instituídos, uma vez que neste contexto é imprescindível a observação, monitorização, avaliação e documentação do processo de trabalho de parto e bem-estar materno-fetal, prevalecendo este último sob o estabelecido inicialmente no PN. Recordo uma situação particular com a grávida G., em consulta de PN, que fazia referência a vários aspetos significativos para o seu trabalho de parto, parto e pós-parto, sendo exemplo a não monitorização cardiotocografia de forma contínua, a presença do seu acompanhante 24 horas durante o período de internamento, entre outros. O hospital eleito para o momento do parto não cumpria estes critérios, e como tal, foi orientada a conhecer e visitar outras maternidades do país que contemplassem a maioria dos desejos e expectativas dela, de forma a vivenciar uma experiência de parto o mais positiva possível. Senti, que enquanto futura EESMO, consegui atingir o objetivo de criar uma relação de confiança e segurança com a grávida em questão, orientando-a e esclarecendo-a em relação a aspetos que seriam fundamentais para este processo de gravidez, parto e pós-parto.

Para além do acompanhamento em consulta para a elaboração de um PN, a UCC onde realizei o estágio também oferece cuidados de saúde individualizados e personalizados no ramo da amamentação através de uma consulta de aleitamento materno. Estas consultas são realizadas por profissionais de saúde peritos na área, sendo eles EESMO e conselheiros de aleitamento materno (CAM). Durante a realização destas consultas tive oportunidade de perceber quais eram as dificuldades sentidas quer pela mãe, quer pelo recém-nascido (RN), salientado a pega e o posicionamento incorretos do RN; e a introdução precoce de tetinas, chupetas, mamilos de silicone e leite artificial. A prática do aleitamento materno em exclusivo deve ser promovida e incentivada pelas inúmeras vantagens que acarreta para o binómio mãe-filho, de entre elas respetivamente, a redução do cancro da mama e a proteção contra doenças infecciosas como as doenças gastrointestinais e as

respiratórias (Nené et al, 2019, p.473). A realização destas consultas, para além da deteção de possíveis erros ou práticas incorretas, teve também como objetivo ajudar as mães a adquirirem mais competência e autoconfiança na capacidade de amamentar, incentivando-as e apoiando-as a manter este processo da amamentação.

No âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva, e de forma a promover a Educação para a Saúde, colaborei na realização de uma sessão sobre “Sexualidade Saudável” direcionada para alunos de enfermagem da Universidade de Aveiro. A Direção Geral de Saúde (DGS) diz que a “Saúde Reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspetos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos” (DGS, 2008, p.5). Desta forma, a finalidade da sessão foi a abordagem de assuntos pertinentes e o esclarecimento de dúvidas e/ou mitos, para que, conseqüentemente, os adolescentes possam vivenciar uma sexualidade saudável e positiva.

Durante todo o meu percurso nos Cuidados de Saúde Primários, na área da Promoção da Saúde da Mulher, foi objetivo o desenvolvimento de técnicas para a transmissão de informação fidedigna e a implementação de intervenções adequadas, direcionadas às várias fases do ciclo vital da Mulher, de forma a promover e a manter a sua saúde e ainda, a prevenir possíveis complicações.

1.4 Enfermagem em Patologia Materno-fetal

O presente estágio decorreu num Serviço de Obstetrícia 2 – Patologia da Gravidez, de um Centro Hospitalar da região centro do país, tendo início a 8 de maio e término a 9 de junho de 2023, com uma duração total de 120 horas. O internamento destina-se a grávidas com patologia associada, não controlada e/ou agudizada, que requerem monitorização e vigilância de forma contínua; a grávidas com início espontâneo e/ou induzido do trabalho de parto, bem como a mulheres que sofreram perda gestacional ou que foram submetidas a interrupção médica da gravidez (IMG), que, por motivos emocionais e éticos, não são internadas no serviço do puerpério.

Relembrando que, a gravidez é um processo fisiológico natural da vida reprodutiva de uma mulher, é de igual modo importante salientar que a mesma deve ser encarada como um processo saudável e não como uma doença, sem necessidade de tratamento desde que não haja qualquer tipo de intercorrência. Nené et al (2016, p.56), reforçam que a gravidez “é considerado um estado normal, em que um novo ser cresce e se desenvolve dentro do organismo materno, tendo como duração 40

semanas, 9 meses, 2080 dias ou 10 ciclos lunares”. Mas, se por um lado, ao período da gravidez associamos várias modificações no organismo materno, nomeadamente alterações fisiológicas e emocionais, consideradas normais, por outro, sabe-se também, que durante a gravidez podem surgir fatores de risco que levam a um agravamento da condição de saúde da grávida e/ou feto, comprometendo o seu bem-estar.

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2015), diz-nos que a gravidez deve ser considerada como uma oportunidade para identificar e modificar situações de risco de patologia futura, uma vez que existem certas patologias que podem estar relacionadas diretamente com um maior risco de mortalidade e morbilidade materno-fetal, quer pelo seu mecanismo fisiopatológico, quer pela terapêutica medicamentosa associada, como, por exemplo: diabetes *mellitus* e/ou gestacional, hipertensão arterial (HTA) e/ou pré-eclâmpsia, cardiopatias, antecedentes de tromboembolismo, doença renal, patologia tiroideia, anemia, artrite reumatoide, epilepsia, tuberculose, asma e perturbações do foro psiquiátrico. No entanto, existem outras situações consideradas de risco numa gravidez, como fatores genéticos, gravidez nos extremos da idade reprodutiva, gravidez não planeada ou sucessiva e tratamentos em casos de infertilidade. Os comportamentos maternos também podem ter um impacto negativo ou positivo no decorrer da gravidez, destacando-se os hábitos alimentares, a prática de exercício físico, o consumo de tabaco, álcool e substâncias psicoativas, a exposição ambiental a poluentes e a existência de infeções sexualmente transmissíveis. Todas estas situações de risco podem levar a uma vigilância mais cautelosa da gravidez de forma a minimizar todos os riscos materno-fetais que podem suceder. Desta forma, facilmente se compreende que o EEESMO assume um papel dinamizador e esclarecedor no que se refere à promoção e vigilância da saúde da Mulher, centrando as suas vertentes na sexualidade e na reprodução, intervindo de forma autónoma em todas as situações de baixo risco na gravidez, podendo ainda, participar em intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, ou seja, “... nas mulheres que estão envolvidas em processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da Mulher.” (Barradas et al, 2015, p. 14).

O estágio de Patologia Materno-fetal foi o meu quarto estágio, e apesar de já ter uma bagagem anterior de experiências relativamente aos primeiros estágios, nomeadamente do serviço de puerpério, neonatologia e centro de saúde, senti que estava mais nervosa e ansiosa, pelo facto de ter de lidar em inúmeras patologias associadas à gravidez que pudessem por em causa o bem-estar materno-fetal. A

verdade é que associado ao período da gravidez, normalmente experienciam-se sentimentos de felicidade quer por parte da grávida, quer por parte do casal, família e amigos e, quando existe um diagnóstico patológico da gravidez, facilmente todos esses sentimentos são substituídos por medos, incertezas e ansiedade de um futuro pouco promissor. Para além de todas as intervenções autónomas e interdependentes que um EEESMO deve desempenhar face a uma patologia da gravidez, cabe a ele também estabelecer uma relação de confiança e segurança com a grávida e/ou casal, de modo a prestar apoio quer emocional quer informativo, esclarecendo qualquer dúvida, culpa ou mito que possa existir.

Antes de iniciar uma descrição mais detalhada do meu percurso neste estágio, penso que é importante referir que exerço funções como enfermeira no Serviço de Obstetrícia I – Maternidade/Puerpério, do CHBV em Aveiro. Este facto contribuiu para o meu processo de integração e permitiu-me uma comparação entre as realidades dos diferentes serviços, tendo sido motivo de reflexão sobre as atividades desenvolvidas. A adoção de uma postura assertiva e adequada também contribuiu para que toda a equipa multidisciplinar se demonstrasse disponível para colaborar no meu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMO. Posto isto, e após a consulta de guias orientadoras e protocolos do serviço, senti que, de uma forma gradual e relativamente rápida, percebi a dinâmica e funcionalidade do serviço, integrando-me eficazmente na metodologia de trabalho.

A área da Patologia Materno-Fetal abrange inúmeras patologias associadas a gravidez, e como tal, senti necessidade de realizar uma pesquisa bibliográfica antes e durante o período de estágio para poder intervir assertivamente e sustentar a minha prática na evidência, uma vez que a "... prática baseada em evidência (PBE), afigura-se como uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas, com previsível garantia dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão." (Pereira et al, 2012). Neste sentido, tentei ainda, aproveitar todas as oportunidades que permitissem o meu crescimento e desenvolvimento tanto profissional, como pessoal.

O serviço de Patologia da Gravidez, é um local onde o EEESMO assume um papel predominante relativamente à avaliação, deteção, informação e monitorização da sintomatologia da grávida; à avaliação do bem-estar materno-fetal; à realização das manobras de Leopold; na realização do Registo Cardiotocográfico (RCT); na auscultação da Frequência Cardíaca Fetal (FCF); na realização do toque vaginal, bem

como na comunicação à equipa médica de algum desvio da normalidade que requeira avaliação médica, e como tal, tive oportunidade de realizar todas estas intervenções durante a minha prestação de cuidados de saúde às grávidas que permaneciam internadas.

Durante o meu percurso de estágio tive oportunidade de realizar vigilância a grávidas que iriam ser submetidas a cesariana eletiva (macrossomia fetal, feto em apresentação pélvica), indução de trabalho de parto (gestações de termo sem início de trabalho de parto (TP) espontâneo), inícios de trabalho de parto espontâneos com ou sem rotura prematura de membranas e também, vigilância e prestação de cuidados a grávidas de risco por patologia concomitante e/ou patologia associada à gravidez, como a diabetes gestacional e hipertensão arterial, ameaça de parto pré-termo (seja por encurtamento do colo, contratilidade uterina, rotura prematura de membranas pré-termo). Acrescentando a estas experiências, ainda tive a oportunidade de prestar cuidados em situações de abortamento espontâneo e/ou IVG (interrupção voluntária da gravidez) que tiveram necessidade de realizar curetagem uterina, *a posteriori*, por retenção de restos placentares, bem como em casos de gravidez ectópica e remoção de cerclage numa grávida com 35 semanas e 2 dias, que teve uma ameaça de aborto tardio às 20 semanas de gestação.

Relativamente aos episódios de abortamento espontâneo, segundo Oliveira *et al* (2020) o aborto espontâneo é a intercorrência gestacional mais comum durante a gravidez, tendo uma origem multifatorial relacionada com fatores genéticos e não genéticos, que podem inclusive estar ligados entre eles. O abortamento pode ser precoce, quando ocorre antes das 12 semanas de gestação, e tardio quando acontece entre as 12 e as 22/24 semanas de gravidez. Os abortamentos precoces, correspondem a 80% dos abortos espontâneos, estando associados essencialmente a anomalias cromossómicas (75%), desequilíbrio hormonal, fatores imunológicos, fatores genéticos, trombofilias hereditárias e, apesar de raro, causas infecciosas (Nené *et al*, 2016). As reações e os aspetos emocionais desencadeados por uma perda gestacional são inúmeros e variam de mulher para mulher, podendo ser influenciados pelo grau de investimento na gravidez, quer pela vinculação estabelecida com o feto (Alves *et al*, 2017). Desta forma, relembro uma situação de abortamento espontâneo que me deixou particularmente incomodada: uma grávida de 11 semanas que deu entrada no serviço de urgência de obstetrícia/ginecologia com ligeira dor abdominal e perda hemática considerável, que após observação ecográfica foi diagnosticada com início de um abortamento espontâneo, ficando internada para vigilância e controlo da dor. A grávida em questão, mencionou várias vezes que a gravidez não tinha sido

planeada e como tal a situação de abortamento era o melhor desfecho que lhe podia ter acontecido, uma vez que não teve a coragem de interromper a gravidez voluntariamente. O momento que mais me marcou, durante todo este processo, foi a expulsão do embrião, não só, porque foi a primeira vez que assisti a esta situação, mas também porque a frieza e a insignificância com que a grávida vivenciou todo este processo me deixou revoltada. Após a expulsão do produto de concepção, juntamente com a enfermeira tutora, a mulher foi questionada sobre a observação do embrião ou até possibilidade de fotografa-lo, mas a mesma referiu que lhe era indiferente, optando depois por fotografar, justificando que seria para fazer a vontade ao companheiro, uma vez que aquela gravidez teria tido mais significado para ele do que para ela. A verdade é que, apesar de ter sido uma experiência desconfortável, esta situação acabou por me preparar emocionalmente e psicologicamente, quer pessoalmente, quer profissionalmente enquanto futura EEESMO, na medida em que nem todas as grávidas vivenciam o mesmo acontecimento da mesma forma, expressando sentimentos e emoções diferentes. Aprendi que cada situação é vivenciada de forma única e particular, independentemente da pessoa e de tudo o que possa envolver.

Os internamentos das grávidas são decididos após uma primeira observação médica no serviço de urgência obstetrícia/ginecologia, sendo que, seguidamente, a equipa de enfermagem procede à sua receção e admissão no serviço de patologia da gravidez. Foi objetivo meu realizar um correto acolhimento à grávida, uma vez que sendo este o primeiro contacto entre a grávida e o enfermeiro é quase imperativo o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança, de modo a reduzir inseguranças e medos que possam surgir devido ao internamento. No momento da admissão tive oportunidade de realizar uma avaliação inicial minuciosa acerca das necessidades da grávida, bem como o conhecimento dos seus antecedentes pessoais e patológicos, garantindo uma prestação de cuidados individualizados e personalizados. O esclarecimento sobre o funcionamento do serviço, bem como de todas as atitudes que a grávida devia adotar durante o internamento, foi uma medida que tornei obrigatória permitindo que a grávida desempenhasse também ela um papel ativo durante este processo patológico. Quer durante a admissão das grávidas, quer durante o internamento, um dos obstáculos com que me deparei foi a barreira linguística. A receção de grávidas/casais vindo de países do oriente tem-se demonstrado um verdadeiro desafio, no que toca à área da promoção da saúde da mulher e vigilância da gravidez. A maioria das grávidas apenas demonstrava interesse em parir de forma segura, garantindo o acesso aos melhores cuidados de saúde, evidenciando ignorância e muitas vezes desinteresse sobre os riscos de certos

comportamentos e atitudes desencadeadas durante a gravidez e resistindo à mudança de hábitos, quer por motivos culturais, quer por motivos pessoais.

Os internamentos no serviço de medicina materno-fetal, normalmente, significam que há algo que não se encontra tão bem como seria esperado com a mulher ou com o feto e, por isso, estes internamentos por mais curtos que sejam acabam por desencadear períodos de insegurança e stress para grávida/casal. É fundamental que haja por parte do EEESMO um apoio incondicional face a situação em questão, bem como a transmissão de informação pertinente relativa à situação que estão envolvidos, de forma a minimizar qualquer tipo de sentimentos mais negativos e arrebatadores. Desta forma, tentei aproveitar todos os momentos que considerei apropriados para realizar educação para a saúde e para a prevenção de complicações, consoante as necessidades identificadas. A presença e o envolvimento do pai/acompanhante numa gravidez saudável e sem complicações são fundamentais, não dispensando de igual forma a sua importância no processo de cuidar face a um processo patológico. Com o estudo, pesquisas realizadas e as experiências que obtive, desenvolvi conhecimentos importantes na área da patologia materno-fetal, sentindo-me atualmente capaz de orientar a grávida para adoção de estilos de vida saudáveis na gravidez, fundamentando a sua necessidade e demonstrando-lhe o impacto que esses comportamentos vão ter na sua saúde e na do seu bebé.

Uma das patologias que complica a gravidez e que me despertou bastante interesse e me deixava apreensiva foi a hipertensão (HTA) na gravidez, seja por doença crónica ou por hipertensão decorrente da gestação, salientando as devidas complicações materno-fetais que daí pudessem suceder. A HTA na gravidez é a complicação médica mais comum, sendo um dos 3 principais fatores responsáveis pela morbidade e mortalidade maternas e perinatais, seguindo-se a hemorragia pós-parto e a infeção. A sintomatologia inicial pode ser comum a outras situações de doença e um não reconhecimento do diagnóstico com auxílio a outros exames complementares pode levar a um adiamento das medidas terapêuticas necessárias, agravando o prognóstico materno-fetal (Graça, 2018, p.424). Como complicações fetais, destacam-se a restrição de crescimento intrauterino (RCIU), parto prematuro e morte fetal e neonatal (Pascoal, 2002). Assim, passo a descrever um episódio de HTA gestacional que se destacou não só pelo padrão tensional descontrolado, mas também por toda a sintomatologia associada: uma grávida de 33 semanas apresentava valores tensionais de 165/105 mmHg com frequências cardíacas na ordem dos 90 batimentos por minuto (bpm), necessitando urgentemente de medidas terapêuticas e vigilância materno-fetal de forma criteriosa. Os sintomas eram

evidentes, pois a grávida apresentava um edema bem acentuado a nível peri-ocular e mãos, alterações visuais (visão turva esporádica), um aumento de peso significativo, que segundo a mesma, teria acontecido de forma súbita e descontrolada, e ainda a presença de cefaleias de forma recorrente. Foram realizadas colheitas sanguíneas e de urina, e após a sua interpretação, nomeadamente a presença de proteinúria é considerado o diagnóstico de pré-eclampsia. Esta patologia requer uma cuidada vigilância por uma equipa multidisciplinar face aos riscos acrescidos para a mãe e para o feto, por isso sempre que prestava cuidados, para além da correta administração da terapêutica anti hipertensiva, procedia a avaliações frequentes da tensão arterial, nomeadamente antes e algumas horas após a medicação prescrita e caso a grávida manifesta-se sintomatologia alertando-a várias vezes para o mesmo; à monitorização diária do peso; ao controlo do débito urinário e ainda a avaliação do bem estar fetal através da interpretação minuciosa do RCT, estando mais alerta para qualquer desvio à normalidade que pudesse surgir.

Relativamente a este último tema, o RCT, decidi investir na sua avaliação e interpretação, pois este registo contém informação importante sobre o bem-estar fetal, permitindo de igual forma detetar possíveis alterações, nomeadamente sinais precoces de hipoxia, reduzindo assim a morbilidade e mortalidade neonatal (Nené et al, 2016, p.388). A cardiocografia é um exame complementar que se define como um registo contínuo e simultâneo da frequência cardíaca fetal, analisando também a contratilidade uterina e os movimentos fetais no período anteparto e intraparto (Ribeiro & Souza, 2010). A mesma pode ser realizada de forma interna ou externa, sendo a forma externa a mais utilizada, pois apresenta uma monitorização não invasiva que regista de modo razoável a precisão dos batimentos cardíacos fetais. O avanço para o registo computadorizado veio com o objetivo de diminuir a subjetividade da interpretação do traçado (Marciano et al, 2022). A informação fornecida pelo RCT não deve ser utilizada de forma isolada, requerendo sempre a avaliação da equipa multidisciplinar, nomeadamente, o enfermeiro especialista em ESMO e/ou médico obstetra. A monitorização do RCT está indicada em grávidas a partir das 30 semanas de gestação, no entanto é possível adquirir traçados com boa qualidade com idade gestacional >26 semanas. Durante o internamento, todas as grávidas fazem RCT pelo menos uma vez por turno e sempre que o enfermeiro especialista em ESMO identifica a necessidade de o repetir. A duração de um RCT foi outro aspeto que tive em consideração uma vez que a sua monitorização "... deve ser, no mínimo, de 30 minutos, para que a verificação do estado fetal atinja critérios de CTG normal, uma vez

que ao longo da monitorização ocorrem alterações no estado do sono do bebé e na atividade uterina.” (Sequeira et al, 2020, p.48).

Outras situações que também me conduziram a um especial interesse, deixando-me de igual modo receosa, foram os cuidados às grávidas que tinham como diagnóstico Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT). A APPT define-se como o início do trabalho de parto antes das 37 semanas de gravidez e depois de ter atingido o tempo de gestação tido como limite inferior a viabilidade, situada entre as 22-28 semanas, tendo em conta a capacidade técnica de cuidados perinatais da instituição onde ocorre o parto. O nascimento antes do termo é a principal causa de mortalidade perinatal, sendo que metade destes nascimentos são precedidos por trabalho de parto pré-termo espontâneo, e a outra metade relacionada com rotura prematura de membranas (RPM) ou situações patológicas maternas e/ou fetais (Graça, 2017, p.333). Apesar deste tema ter sido abordado na parte teórica do curso, tive necessidade de rever algumas temáticas sobre os cuidados a ter e o tratamento mais adequado de forma a garantir o bem-estar fetal nestas situações mais específicas. No decorrer do estágio, colaborei na avaliação das contrações uterinas (referidas pela grávida, palpação abdominal e/ou registadas no RCT), na prescrição do repouso relativo e/ou absoluto, bem como na oportunidade de administração de terapêutica tocolítica e corticoterapia para promoção da maturação fetal. A administração desta terapêutica tem um impacto significativo na saúde perinatal, pois “diminui o risco de morte neonatal (31%), de síndrome de dificuldade respiratória (SDR; 44%) e de hemorragia intraventricular (HIV; 46%), como diminui a incidência de enterocolite necrotizante (ECN)” (Areia et al, 2018, p.1). Passo a citar como exemplo de APPT, uma grávida de 33 semanas e 1 dia, colega de profissão (enfermeira), que vinha direta da consulta externa de obstetrícia/ginecologia, após ter realizado RCT onde tinha sido observada contratilidade uterina excessiva para a idade gestacional e um ligeiro encurtamento do colo uterino. Apesar de enfermeira e de estar familiarizada com o ambiente hospitalar e com todo o processo que é comum a um internamento, ela estava completamente apavorada pela situação que vivenciava e pelo mau prognóstico que pudesse suceder. Tentei de imediato adotar uma postura que lhe transmitisse tranquilidade e disponibilidade de apoio, quer relacionado com os cuidados a prestar face ao diagnóstico e as intervenções definidas, quer com a parte emocional, de modo a minimizar medos e inseguranças que pudesse estar a sentir. Este é mais um exemplo de que enfermagem está diretamente ligada a cuidados humanizados e personalizados, enaltecidos por uma comunicação assertiva e uma correta prestação de cuidados. Segundo Broca e Ferreira (2014) a humanização do cuidado de

enfermagem carece de uma comunicação eficiente e eficaz, que permita a partilha de informações entre enfermeiro, utente e família, favorecendo um cuidado individualizado, de acordo com as suas necessidades.

Outra situação que tive a sorte de contactar, dado a frequência com que surge, foi uma grávida com idade gestacional de 35 semanas e 2 dias, que tinha sido submetida à realização de uma cerclage cervical às 20 semanas por ameaça de aborto. Esta técnica consiste num procedimento cirúrgico com o objetivo de prolongar a gestação, evitando partos prematuros e abortos em mulheres no segundo trimestre de gravidez e com insuficiência cervical (Pilio et al, 2021). Tendo em conta todos os procedimentos e cuidados que estão inerentes a esta intervenção, apenas tive oportunidade de prestar cuidados pós-operatórios à grávida em questão, uma vez que o único contacto foi no dia da remoção da cerclage cervical. O facto de ter tido esta experiência ajudou-me a consolidar conhecimentos e práticas a ter em conta face esta intervenção, também já abordadas na componente teórica.

Durante a gravidez, bem sabemos que são diversas as alterações que podem surgir nos sistemas do corpo da mulher, principalmente no aparelho genital, de modo a permitir um correto desenvolvimento do produto de concepção, nomeadamente a respetiva nidação, implantação, desenvolvimento, maturação e expulsão (Nené et al, 2016, p.58). Apesar da natureza estar bem definida ao nível da reprodução das espécies, nem sempre esse processo decorre da forma que naturalmente devia acontecer, sendo exemplo disso uma gravidez ectópica. Durante o estágio tive oportunidade de prestar cuidados a uma mulher com o diagnóstico de gravidez ectópica com implantação do produto de concepção na trompa esquerda. Como refere Graça (2017), uma gravidez ectópica descreve-se como sendo uma gravidez em que a implantação do blastocisto ocorre fora do endométrio que reveste a parede uterina. O mesmo afirma que, a localização pode ser variada, sendo 97% dos casos numa das trompas de Falópio (gravidez tubária), podendo as restantes acontecer nos ovários (gravidez ovárica), na cavidade abdominal (gravidez peritoneal/abdominal) ou no colo do útero (gravidez cervical). Neste caso, a grávida em questão recorreu ao serviço de urgência de obstetrícia/ginecologia com uma dor abdominal aguda e já com suspeita de uma possível gravidez, uma vez que apresentava uma semana de amenorreia e um teste de gravidez positivo. Após observação clínica com auxílio a exames laboratoriais, nomeadamente análises sanguíneas e ecografia, identificou-se a gravidez ectópica e rapidamente foram orientadas medidas de tratamento. Quanto mais precoce for o diagnóstico e dependendo da estabilidade hemodinâmica da mulher, mais opções poderão ser consideradas no tratamento, nomeadamente

medidas terapêuticas conservadoras, cirúrgicas e não cirúrgicas (Graça, 2017). O tratamento eleito para esta gravidez ectópica foi um tratamento cirúrgico, nomeadamente uma salpingectomia, uma vez que após internada, a mulher desencadeou um quadro de hemorragia ativa com alteração dos parâmetros vitais.

Durante todo o percurso de estágio, tive oportunidade de contactar com vastas experiências que me fizeram compreender que a área da Patologia Materno-Fetal consegue ser bastante desafiadora a todos os níveis e por todos os processos que envolve, sendo fundamental que um EEESMO compreenda o seu propósito como prestador de cuidados especializados e centrados na Mulher, desenvolvendo de igual forma a capacidade de adaptação e reação face a todas as situações que possam surgir. Com este estágio, adquiri ferramentas que me permitiram um crescer e desenvolver pessoal e profissional, na medida em que, para além da importância de um conhecimento teórico prático e de uma correta prestação de cuidados, é de igual modo importante que um EEESMO desempenhe uma atitude de confiança, estabelecendo desta forma uma relação de segurança e empatia com a mulher, permitindo que a mesma vivencie de uma forma menos dolorosa qualquer processo patológico diagnosticado durante a gravidez.

1.5 Enfermagem em Ginecologia

O estágio decorreu num serviço de Obstetrícia 2 - Ginecologia, de um Centro Hospitalar da região centro do país, tendo início a 15 de junho e término a 12 de julho de 2023, com uma duração total de 72 horas. A realização de um estágio na área da ginecologia é reforçada pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, uma vez que é competência o cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, e o cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.13561).

O Serviço de Obstetrícia 2, onde decorreu o estágio, recebe utentes com inúmeras patologias do foro genito-urinário, tendo contribuído, desta forma, para o contacto com um maior número de experiências. Durante o período de estágio, tive oportunidade de prestar cuidados a doentes submetidas a histerectomia abdominal ou vaginal, ooforectomia, anexectomia, miomectomia, salpingectomia, laqueação tubar, TOT e TVT-O, histeroscopia e ressectoscopia. Para além destas patologias

com desfecho cirúrgico, tive ainda oportunidade de prestar cuidados a uma mulher numa situação de carcinoma espinocelular da parede vaginal.

A grande maioria das mulheres internadas no serviço de ginecologia encontrava-se na fase do climatério, fase esta que se evidencia “por alterações hormonais que, logo acarretarão em implicações em diversos aspetos na vida da mulher, como biológicas, psicológicas, sociais e culturais” (Alvarenga, Visgueira, Araújo, 2021, p. 2). O climatério caracteriza-se por uma diminuição gradual da produção de hormonas pelos ovários, fazendo a transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021, p.12). Associada a esta mudança, para além de um conjunto de sintomas físicos e psicológicos que a mulher pode apresentar, esta fica também mais suscetível ao desenvolvimento de patologias decorrentes de todas as alterações hormonais. Assim, torna-se importante reforçar que o EEESMOG deve colocar a mulher no centro dos seus cuidados, identificando as suas necessidades nesta fase, reconhecendo os seus sintomas, e consequentemente dando respostas através dos seus cuidados individualizados e especializados de forma a promover o bem-estar da mulher como também a sua relação em contexto familiar e social.

O meu desempenho e a minha prestação de cuidados enquanto futura EEESMOG, deveu-se, para além de todo o meu interesse e dedicação, à integração gradual no serviço e na equipa multidisciplinar, pela enfermeira orientadora, clarificando de igual forma, a metodologia de trabalho e organização dos cuidados de enfermagem, plano de atividades, guias orientadores e protocolos do serviço e visita médica. O facto de já desempenhar funções como enfermeira no Serviço de Puerpério deste mesmo hospital, trouxe-me alguma vantagem, estando a par de alguns procedimentos e protocolos, quer por serem inerentes aos dois serviços, quer por, esporadicamente, recebermos mulheres no internamento do puerpério, do foro ginecológico, por falta de vagas no serviço de ginecologia.

É notória a evolução científica e tecnológica na área da Ginecologia e Obstetrícia, uma vez que são alcançados diagnósticos de forma cada vez mais precoce, elaborados planos de cuidados e implementadas intervenções com elevadas taxas de sucesso. No entanto, os Cuidados de Saúde Primários têm uma ligação direta com este ramo da especialidade, sendo a Prevenção o seu maior foco de atenção, reforçando assim, a Promoção da Saúde das Mulheres. Devido ao impacto negativo que as doenças do foro ginecológico têm na qualidade de vida das mulheres, é importante que o EEESMOG consiga estabelecer uma relação de confiança e proximidade com as mulheres a quem presta cuidados de forma a que

estas se sintam mais recetivas e motivadas para a adesão às consultas no Centro de Saúde e aos rastreios disponíveis no Serviço Nacional de Saúde, ambos de forma gratuita. Esta ideia é reforçada pela DGS uma vez que foi considerada uma meta em saúde “expandir a cobertura dos rastreios oncológicos de base populacional, a todo o território nacional e aumentar as taxas de cobertura populacional até 2020: rastreio do cancro da mama 90%, rastreio do cancro do colo do útero 75% e rastreio do cancro do colon e reto 50%” (DGS, 2019, p.10).

Se por um lado os Cuidados de Saúde Primários, tal como o nome diz, são o primeiro contacto das mulheres/utentes com os serviços de saúde, pois têm o objetivo de garantir a acessibilidade aos cuidados essenciais e o aconselhamento na resolução de problemas, por outro lado, a falta de recursos humanos e materiais diz-nos bastante sobre a incorreta funcionalidade do sistema e a realidade em que vivemos (ex: utentes sem médicos de família, listas de espera para consultas demoradas...). Desta forma, é essencial que o enfermeiro, em ambiente hospitalar, esteja atento e oriente de forma correta para os recursos existentes na comunidade na área da Promoção de Saúde da Mulher e se necessário entrar em contacto com os serviços de saúde primários, expondo a situação e a importância da mesma. Neste aspeto, penso que este centro hospitalar tem uma ótima metodologia de parceria de cuidados com o Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar da região da utente, enviando aquando da alta uma carta descritiva da cirurgia e restantes cuidados pós-operatórios, além da ligação existente entre Unidades, hospitalar e de cuidados de saúde primários, através do programa informático.

Com o objetivo de promover a saúde da mulher com patologia do foro ginecológico, durante o estágio, tive a oportunidade de realizar, às mulheres com quem contactei, múltiplos ensinamentos referentes a estratégias de vigilância da sua saúde ginecológica. O facto deste local de estágio abranger uma população alvo muito variada, fez-me deparar com mulheres de vários níveis socio económicos o que me obrigou a adequar os ensinamentos e a adaptar estratégias de acordo com as necessidades da mulher e família em causa.

Investir na transmissão de informação correta e fidedigna, de forma clara e objetiva às mulheres a quem prestei cuidados foi o método mais eficaz que defini para conseguir desenvolver competências que permitam o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações em mulheres com patologia do foro ginecológico. Desta forma, e através da relação de confiança que o enfermeiro deve estabelecer com a utente, procurei alertar as mulheres para possíveis complicações cirúrgicas

e para os respetivos sinais de alerta, promovendo de igual forma a autonomia da mulher nos cuidados à sua saúde.

Sendo o serviço de ginecologia também uma área cirúrgica, torna-se crucial o acompanhamento por parte do enfermeiro desde o momento da admissão da mulher até à sua alta hospitalar, uma vez que a criação de um ambiente calmo e seguro contribui para a diminuição de medos e receios associados não só à patologia, mas também ao momento cirúrgico. Assim, tentei sempre acompanhar o máximo tempo possível a mulher durante o seu período de internamento, garantindo a continuidade de cuidados, apresentando repercussões positivas tanto para mim, como prestadora de cuidados, como para a utente. Durante todo este processo hospitalar, também o acompanhante significativo tem o seu valor pois é nele que a mulher se tenta refugiar a encontrar algum consolo inicial. Desta forma, fiz questão de esclarecer o acompanhante sobre dúvidas pertinentes bem como o horário das visitas, para que conseguisse dar ele também o devido apoio à respetiva utente.

Os cuidados pré-operatórios e os cuidados pós-operatórios, bem como a promoção da reabilitação e readaptação da mulher submetida a tratamento médico ou cirúrgico ginecológico foram um foco a realçar na minha prestação de cuidados, não só por priorar uma correta prestação de cuidados baseados na evidência, bem como por querer desmitificar quaisquer mitos que possam surgir relacionados com a área da saúde em questão.

A cirurgia com que tive mais contacto durante o meu percurso de estágio foi a histerectomia, não fosse ela a cirurgia ginecológica mais comum no mundo, considerado um tratamento importante para doenças ginecológicas, como miomas, endometriose e prolapso uterino (Li et al., 2023, p. 435). Vários estudos referem que as mulheres que experimentam diferentes graus de ansiedade e depressão antes e depois da histerectomia devido a múltiplos fatores, como traços de personalidade individuais, medo da cirurgia, preocupações com a alteração da autoimagem e a robustez do apoio familiar (Li et al., 2023, p. 435). Mais uma vez, o EEESMOG deve ter a capacidade de estabelecer uma relação de empatia e confiança com a mulher, estando atento às dúvidas e mitos que possam surgir no sentido de as esclarecer, dar-lhes o suporte emocional e psicológico que necessitam para promover uma readaptação adequada da mulher ao seu dia-a-dia após a cirurgia ginecológica.

Em relação as mulheres submetidas à correção de incontinência urinária, apercebi-me que as utentes tendem com frequência a conviver com a incontinência urinária sem procurar ajuda profissional porque se sentem receosas ou envergonhadas em falar deste problema com o profissional de saúde. Também existem mulheres que pensam que a incontinência urinária é uma consequência normal do envelhecimento e por este motivo escondem e deixam evoluir a situação de doença. Um EEESMOG faz a diferença ao conseguir olhar a mulher num todo e contextualizá-la nas diferentes fases do seu ciclo vital, procurando envolve-las no seu próprio projeto de saúde, demonstrando-lhes como elas próprias podem ser importantes na mudança de comportamentos e de atitudes. Neste sentido é também relevante o enfermeiro procurar conhecer os hábitos de vida da mulher, o seu contexto familiar e socioeconómico, e conseqüentemente a vigilância da sua saúde ginecológica alertando-a para uma adequada prevenção com direito aos vários programas de rastreios inseridos no serviço nacional de saúde.

No âmbito da consulta externa, tive oportunidade de assistir a consultas sobre patologia do colo, realçando da infeção por HPV; ginecologia, nomeadamente prolapsos vaginais e incontinência urinária; e planeamento familiar na observação de colocação do dispositivo intra-uterino (DIU). De todas as consultas, aquela que mais me suscitou interesse foi sem dúvida a consulta da patologia do colo do útero na abordagem à infeção por HPV. A falta de conhecimento e literacia da população em relação à infeção nas várias vertentes: prevenção, transmissão, sintomatologia, diagnóstico e tratamento, fez-me refletir no longo caminho que ainda há a percorrer na área dos Cuidados de Saúde Primários. Segundo Carvalho et al (2021), a infeção por HPV é a infeção sexualmente transmissível que apresenta uma maior taxa de contágio quando comparada com outras DST, inclusive com o HIV e herpes genital. Na maioria das pessoas, a infeção por HPV não apresenta qualquer tipo de sintomatologia, podendo o período de incubação variar de meses a anos. Está clinicamente provado que o melhor tratamento de uma doença e/ou infeção é a prevenção e uma correta vigilância de saúde e este caso não é exceção. O incentivo à adesão aos vários programas de rastreios e aos programas de vacinação inseridos no SNS deve ser uma prioridade, reforçando todo o benefício, segurança e eficácia que daí advém ao nível da saúde pública. De destacar o avanço notório na vacinação profilática contra o HPV, com a introdução da vacina no PNV em outubro de 2008 destinada a raparigas com 13 anos (a realizar no respetivo ano civil), norma que posteriormente foi reformulada em outubro de 2014 com a recomendação da vacina a todas as raparigas com

idades compreendidas entre os 10 e 13 anos de idade inclusive, e mais tarde, em outubro de 2020, o alargamento da vacinação ao sexo masculino aos 10 anos de idade (DGS, 2008,2014,2020).

No decorrer do estágio procurei aplicar uma metodologia científica na prestação de cuidados, de forma a integrar conhecimentos técnicos e teóricos. Senti necessidade de pesquisar artigos científicos e informações para sustentar a minha prática clínica e para prestar cuidados de forma assertiva, principalmente quando me deparava com patologias e especificidades da área ginecológica que não estava tão familiarizada. O internamento de uma mulher com carcinoma espinocelular da parede vaginal foi um exemplo disso. Senti a necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área e adequar os meus cuidados de acordo com a fase da doença e com a pessoa que tinha diante de mim. A utente M., de 67 anos, para além do diagnóstico oncológico apresentava outras patologias de base, contribuindo desta forma para o aumento da sua dependência em relação aos autocuidados e à gestão da terapêutica. O carcinoma espinocelular da parede vaginal é responsável por cerca de 4000 casos e mais de 900 mortes por ano e a média de idade para o diagnóstico do carcinoma de células escamosas, o tipo histológico mais comum de cancro vaginal, é de aproximadamente 60 anos. O cancro vaginal é dividido em três estadios, com base no grau de progressão do tumor na vagina, se apresenta metástases nos gânglios linfáticos e para outras partes do corpo. A cirurgia é o tratamento mais comum e os procedimentos cirúrgicos utilizados são a cirurgia a laser; excisão local ampla e vaginectomia (Cetin & Birge, 2023, s.p.). Relativamente à sintomatologia, as mulheres podem apresentar sangramento vaginal durante as relações sexuais, corrimento de cor escura com cheiro fétido, sendo que nos estadios mais avançados pode causar hemorragia, obstrução das vias intestinas e urinárias. Apesar da existência destes sintomas, na maioria dos casos diagnosticados, a doença surge de forma assintomática (Souza et Costa, 2021). Durante o acompanhamento da utente M., o sintoma que mais se enalteceu foi o cheiro fétido vaginal característico, deixando desconfortável não só a utente diagnosticada como também todas as mulheres que possam estar a partilhar a mesma enfermaria. Foi prática de atenção, deixar a mulher com este diagnóstico num quarto sozinha para que a diminuição desse desconforto fosse notória.

Após o diagnóstico e iniciado o tratamento, inicia-se uma fase de medos e inseguranças na vida da mulher, sendo de extrema importância que toda a equipa de enfermagem adote comportamentos e intervenções que contribuam para que a

mulher tenha uma melhor qualidade de vida em aspetos físicos, psicológicos e sociais.

Sendo a mulher o principal foco de atenção de um EEESMOG, e face à doença identificada, torna-se importante que também toda a família da utente, para além de acolhida e amparada, esteja devidamente envolvida no processo. O enfermeiro deve prestar orientações sobre a importância da continuidade dos cuidados e possíveis alterações, estabelecendo relações de empatia com toda a família de forma a que haja um apoio familiar incondicional num momento tão delicado (Souza et Costa, 2021, p.6).

Na área da promoção e da educação para a saúde, o papel do EEESMOG é fundamental podendo e devendo incentivar a mulher a realizar rastreios e exames preventivos à sua saúde. A falta de adesão a estes programas de rastreios deve-se muitas vezes às dificuldades culturais, sociais, desinformação e tabus, fazendo sobressair-se ainda, o medo do diagnóstico positivo para o carcinoma.

Em suma, é um passo crucial para o desempenho de um enfermeiro, o estabelecimento de um vínculo empático e de uma correta comunicação com a mulher, identificando e compreendendo as suas necessidades de forma a que lhe sejam oferecidos cuidados especializados, diferenciados e humanizados.

1.6 Enfermagem em Sala de Partos

O presente estágio decorreu no serviço de Bloco de Partos de um Centro Hospitalar da região centro do país, tendo início a 11 de setembro de 2023 e término a 24 de janeiro de 2024, com uma duração total de 480 horas. A realização de um estágio de enfermagem em Sala de Partos (SP) direciona-nos automaticamente para o conceito de Parteira, uma vez que, em linguagem corrente e popular, parteira é aquela que apresenta competências e conhecimentos suficientes para “fazer o parto”. Atualmente, com os devidos reconhecimentos éticos e legais, a profissão de EEESMO/parteira define-se como uma profissão que trabalha em conjunto com as mulheres, instruindo-as com informação pertinente e prestando-lhes cuidados essenciais durante a gravidez, parto e pós-parto, assumindo desta forma, a total responsabilidade no momento do parto e na prática de cuidados necessários ao recém-nascido (Barradas et al, 2015, p.11). Segundo a OE (2019), o EEESMO é responsável pela assistência à mulher no decorrer do trabalho de parto (TP) e parto, sendo da sua competência efetuar “o parto em ambiente seguro, no sentido de

otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina”, exercendo assim, a sua prática baseada nos conhecimentos e habilidades adquiridas durante a sua formação.

Embora, na prática clínica, não seja linear o diagnóstico de trabalho de parto, a sua classificação quanto aos estádios, teoricamente pode-se classificar o trabalho de parto em quatro estádios, com características e tempos definidos (Fatia & Tinoco, 2016). O primeiro estágio corresponde ao apagamento ou extinção e dilatação do colo, que habitualmente se inicia com as contrações uterinas irregulares, terminando com a dilatação completa do colo. Este é subdividido em fase latente, de progressão lenta, que compreende alterações variáveis do colo do útero como o apagamento completo e dilatação até aos três/ quatro cm, e fase ativa caracterizada por uma dilatação cervical mais acelerada, promovendo a descida e rotação do feto ao longo da pelve até à dilatação completa (Varela et al., 2020; OMS, 2018). O segundo estágio corresponde ao período expulsivo, o terceiro à dequitação (extração da placenta) e o quarto ao puerpério imediato.

No decorrer do estágio e durante o acompanhamento das grávidas na sala de partos foi possível perceber a variabilidade destas fases, de acordo com a paridade da mulher e através da avaliação cervical ou evolução do colo uterino, com a realização do toque vaginal, quanto à sua consistência, apagamento e dilatação, avaliação da integridade das membranas e avaliação da apresentação fetal. De maneira geral, quando apagado o colo uterino, inicia-se a dilatação, contudo nas múltiparas, ocorre a dilatação e o apagamento em simultâneo, o que muitas vezes designávamos de “colo de múltipara”.

O Centro Hospitalar em causa foi o local eleito para a realização de um estágio em enfermagem no âmbito da Sala de Partos, uma vez que, exercendo funções atuais no serviço de puerpério do mesmo hospital, esta foi uma estratégia que adotei para realizar uma reflexão crítica sobre os cuidados prestados no sentido de continuidade e uniformidade dos mesmos; pela oportunidade de um acompanhamento mais completo às parturientes e puérperas, nomeadamente, nas diferentes fases do trabalho de parto, parto e pós parto; e ainda, pelo conhecimento e integração dos diversos protocolos e normas existentes, que fundamentam a ligação entre os vários serviços (patologia da gravidez, sala de partos e puerpério) e a sua respetiva prestação de cuidados.

A SP onde decorreu o estágio é constituída por uma equipa multidisciplinar, sendo eles, auxiliares de ação médica, médicos obstetras e EEESMO, sendo que

estes últimos, desempenham funções num sistema de rotatividade nas diversas áreas do serviço, nomeadamente no serviço de urgência de obstetrícia/ginecologia, patologia da gravidez e em atividades/aulas de preparação para o parto e parentalidade. A meu ver, esta rotatividade nos diversos serviços constitui um fator benéfico para o casal, na medida em que possibilita o contacto do mesmo com os vários profissionais, obtendo assim diferentes contributos para uma vivência positiva do parto. Durante o meu percurso de estágio, o sentimento de segurança e tranquilidade transmitido pela parturiente e/ou casal ao ver um EEESMO que lhe era familiar, foi talvez a reação que mais presenciei. Apesar do EEESMO ter como principal foco de atenção o cuidado centrado na Mulher e a vivência do parto como uma experiência o mais positiva possível, é quase impossível não associarmos todos os medos e incertezas que muitas mulheres/casais sentem no momento do mesmo. É através do esclarecendo de dúvidas, informando a mulher da sua condição clínica, dos procedimentos realizados, assim como dos riscos e benefícios a eles associados, respeitando as suas decisões e assegurando o bem-estar materno-fetal, que a mulher pode garantir o consentimento e a recusa informada, exercendo o seu direito de autonomia, tendo uma maior probabilidade de vivenciar uma experiência de parto positiva, indo de encontro às expectativas idealizadas.

De acordo com a OMS (2018), o EEESMO deve proporcionar cuidados atenciosos para que o parto seja uma experiência positiva. Para tal, recomenda: cuidados de maternidade respeitadores, que se referem a cuidados organizados para e prestados a todas as mulheres de forma a manter a sua dignidade, a privacidade e a confidencialidade, assegurando a ausência de danos e maus-tratos, e que permitem uma escolha informada e um apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto; estabelecimento de uma comunicação efetiva entre os enfermeiros e as mulheres em trabalho de parto, utilizando métodos simples e culturalmente aceitáveis; permitir a presença de um acompanhante de eleição para todas as mulheres durante trabalho de parto e parto; continuidade dos cuidados liderados por EEESMO, em que um enfermeiro conhecido ou um pequeno grupo de EEESMO conhecidos apoia a mulher durante todo o período pré-natal, intraparto, entre outras recomendações para que cada mulher possa vivenciar o seu parto de forma o mais positiva possível.

Numa primeira fase, a admissão de todas as grávidas é da responsabilidade do Serviço de Urgência (SU) geral e, posteriormente, encaminhadas para o SU Obstetrícia/Ginecologia, incluindo as grávidas provenientes de outras unidades hospitalares. De seguida e consoante o caso presente, as grávidas podem ser

internadas no serviço de Medicina Materno-Fetal/Patologia da Gravidez ou na SP, sendo realizado o respectivo acolhimento.

Regra geral, o internamento de grávidas na sala de partos só é realizado quando esta se encontra numa fase ativa do trabalho do parto, podendo ser proveniente do domicílio, entrando pelo serviço de urgência ou proveniente do internamento de Medicina Materno-Fetal. Foi preocupação minha, no momento da admissão das parturientes, realizar um correto acolhimento e integração das mesmas, incluindo de igual forma o acompanhante de referência. Mais uma vez, a relação que o EEESMO estabelece com a parturiente apresenta-se como fulcral, contribuindo para que a mesma adote uma postura confiante de si mesma e sobre o seu papel, culminando num desfecho favorável durante o trabalho de parto e parto. Durante o acompanhamento às grávidas na sala de partos, fiz questão de me apresentar corretamente, certificando-me, de que o meu atual estatuto como estudante, não seria algo incomodativo para a grávida/casal em questão nem impeditivo de uma possível experiência positiva de TP e parto. A adoção de uma postura pertinente e adequada, com esclarecimento de dúvidas e de procedimentos inerentes as várias fases do TP e parto em que as grávidas se encontravam, contribuiu para a aquisição de confiança e segurança não só em mim, EEESMO que as acompanhava, mas também nelas mesmas, enquanto detentoras do papel principal. Esta conclusão é atingida quer após uma autoavaliação crítica do meu desempenho, quer após uma avaliação das minhas enfermeiras tutoras, mas ainda também, pelos testemunhos das várias mulheres que tive o prazer de conhecer e acompanhar.

A existência de um Plano de Parto foi um assunto também abordado na admissão das parturientes e/ou referenciado pelas mesmas. Neste âmbito, em conformidade com Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, este é responsável por promover o Plano de Parto, aconselhar e apoiar a mulher na tomada de decisão e atuar de acordo com o Plano de Parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado (OE, 2019). Como tal, a excelência dos cuidados prestados pelo EEESMO na sala de partos impõe a observação do Plano de Parto apresentado pelos casais. Face a estas premissas, ao longo do estágio aceitei sempre este instrumento, fazendo com que o mesmo fosse utilizado da forma mais eficaz, garantindo a vontade expressa de cada mulher/casal, com impacto positivo na satisfação e na tomada de decisão da mulher/casal. Assim, posso constatar que a existência de um Plano de Parto foi um grande foco de atenção por parte da equipa de enfermagem, contribuindo para uma melhor elaboração de planos de cuidados e para a implementação de intervenções adequadas.

A consulta do Plano de Parto era realizada numa fase inicial ou sempre que necessário, da mesma forma que grávidas que não o possuísem eram questionadas sobre vontades, objetivos e expectativas esperadas durante o TP, parto e pós-parto, bem como relativamente ao recém-nascido, de forma a que toda a equipa multidisciplinar se esforçasse para elaborar um plano de cuidados de acordo com as escolhas idealizadas. Outro fator relevante é o desejo da grávida em querer ter o acompanhamento ou não de uma pessoa significativa durante o internamento. Sabe-se que é importante a presença do acompanhante no trabalho de parto e parto, uma vez que contribui para experiências mais positivas. Como referem Paiva et al. (2023, p. 1), “a presença de um acompanhante durante o parto é eficaz, pois participam ativamente do processo do nascimento realizando ações de apoio e proporcionando vínculos, segurança e inúmeros benefícios, contribuindo para uma boa evolução do parto”.

Relativamente à estrutura física e espaço da SP, a maioria das mulheres com que tive contacto já estavam familiarizadas com o espaço. Isto advém da possibilidade de uma visita prévia à maternidade e restantes serviços envolventes, uma atividade que está inserida no programa das aulas de preparação para o parto e parentalidade, do qual o EEESMO assume a total responsabilidade. Este contacto prévio com a equipa multidisciplinar, bem como com a estrutura física são meios facilitadores que promovem a integração da grávida/casal e a sua sensação de conforto e segurança, diminuindo o stresse e a ansiedade associados ao internamento e a todos os processos inerentes ao mesmo.

Após o acolhimento e integração das parturientes/casal na SP, as grávidas são submetidas a uma vigilância rigorosa e contínua do bem-estar materno-fetal através do RCT. Este registo fornece-nos informações importantes sobre a condição materno-fetal, requerendo uma avaliação e interpretação criteriosa por parte do EEESMO, deixando-o alerta para a deteção de qualquer alteração e desvio à normalidade. Essa avaliação e interpretação, segundo o Parecer da OE (2010) e Santos (2016), assumem critérios específicos, sendo eles, a linha de base da FCF, a variabilidade, a reatividade do feto e o aparecimento de desacelerações. Para além de todos os quartos da SP terem um monitor onde era exibido o RCT, também na sala de enfermagem existiam monitores que faziam ligação com os anteriores, de forma a haver uma observação e vigilância em tempo real de todos os RCT que pudessem estar a decorrer, sem que fosse necessário a permanência contínua do EEESMO dentro dos quartos. Os RCT colocados periodicamente no serviço de Patologia da Gravidez também eram transmitidos nesses monitores na sala de enfermagem da SP,

facilitando a observação por uma equipa diferenciada e de igual modo, uma intervenção mais atempada se a situação assim o exigisse. Desta forma, relembro um episódio de uma grávida que foi internada na SP para indução do trabalho de parto através da administração de ocitocina em perfusão, que apesar de numa fase inicial o RCT demonstrar condições de bem-estar materno-fetal, este foi-se tornando suspeito. A cada contração o feto apresentava uma desaceleração prolongada, ou seja, início súbito, com duração de mais de 3 minutos (mas inferior a 10 minutos), e as desacelerações que excedam os 5 minutos com uma FCF na ordem dos 80 batimentos por minuto e com variabilidade reduzida requerem uma intervenção imediata, pois estão frequentemente associadas a hipoxia/acidose fetal aguda (Graça, 2018). Perante esta situação, a equipa médica foi abordada, dando indicação para suspender a administração do indutor de TP em questão e em consequência, a administração do fármaco salbutamol endovenoso durante cinco minutos. O salbutamol, um β -agonista, integra o grupo de tocolíticos que se podem administrar para reverter as desacelerações no TP. Porém, este é apenas indicado em casos de emergência como, por exemplo, em situações de hiperestimulação uterina (Guimarães et al., 2014). De acordo com os mesmos autores, este é um fármaco de emergência, sobretudo administrado em situações de taquissístolia com repercussões na FCF. Assim, ao longo da sua administração, deve avaliar-se o pulso, reduzindo o ritmo de perfusão se superior a 120 batimentos por minuto. O salbutamol deve ser administrado por via endovenosa, a 150ml/h, no máximo de cinco minutos. A concentração é de 0.5 mg, uma ampola, por 50ml de soro fisiológico (Guimarães et al., 2014). Assim, facilmente se percebe, que quanto mais treinado estiver o EEESMO na avaliação e interpretação do RCT, maior é a possibilidade de deteção precoce de problemas, minimizando quaisquer riscos materno-fetais que daí possam surgir.

A interpretação do RCT conciliada com a realização do toque vaginal, constituem a forma mais frequente de vigilância do bem-estar materno-fetal, bem como da evolução do TP e descida da apresentação fetal. De uma forma mais detalhada, é através do toque vaginal que é possível avaliar a posição, consistência, dilatação e extinção do colo uterino; a posição, variedade e apresentação fetal; e a descida da apresentação fetal face à pelve materna. Destaco que foi sempre respeitado o tempo estipulado para o toque vaginal, segundo as indicações da OMS (2018), que preconiza a realização do toque vaginal de quatro em quatro horas, a partir da fase ativa do primeiro estágio de trabalho de parto, nas mulheres de baixo risco ou avaliação vaginal imediata se ocorrência de vontade em realizar esforços expulsivos, desaceleração prolongada ou outra alteração materna e fetal.

Assim, durante o estágio, tive a oportunidade de aperfeiçoar a realização do toque vaginal, bem como a sua interpretação através dos dados fornecidos (Índice de Bishop). O parâmetro que tive mais dificuldade em observar foi a variedade fetal, devido ao treino e destreza que exige. Apesar de não ter atingido na totalidade este último objetivo, tenho noção que esta é uma técnica que se desenvolve essencialmente com a prática e com a experiência durante o exercício profissional.

De forma a que haja uma continuidade de trabalho e uniformidade dos cuidados, torna-se importante o registo de todas as intervenções realizadas durante a progressão do TP num documento único e específico, o partograma. Esta foi também uma atividade realizada, uma vez que o preenchimento do mesmo, segundo Choudhary e Tanwar (2019) auxilia no diagnóstico de possíveis alterações do progresso do TP e na tomada de decisão clínica, contudo existem algumas dúvidas na aplicação deste método dado que pressupõe que as mulheres apresentam uma evolução de TP similar, podendo por vezes dar origem a intervenções desnecessárias.

A dor em TP apresentou-se como um foco de atenção durante todo o percurso de estágio na SP. O trabalho de parto e parto representa um desafio fisiológico e psicológico para as grávidas, sendo que uma das questões que mais as atormentava era a dor sentida nestes dois momentos (Monteiro et al., 2020). Neste âmbito, era questionada a vontade de analgesia epidural ou de alternativas não farmacológicas de alívio da dor, percebendo igualmente o conhecimento face a estas alternativas, tal como é preconizado pela OMS (2018). Enquanto experiência subjetiva e intrínseca, de cada pessoa, a dor, acaba por ser influenciada por aspetos físicos, psicológicos, culturais, sociais e religiosos, destacando a dor do trabalho de parto como uma experiência sensorial e emocional, percecionada como desagradável e que se intensifica à medida que o trabalho de parto progride (Monteiro et al., 2020). Esta, advém, maioritariamente das contrações uterinas e da dilatação cervical durante o primeiro estágio do trabalho de parto, assim como da dilatação da vagina e do assoalho pélvico durante o segundo estágio. Contudo, o desconforto e a dor percecionada no trabalho de parto e parto podem encontrar-se também intimamente relacionada com a ansiedade e medo sentido pela grávida, desencadeando uma reação do sistema nervoso simpático e, conseqüentemente, tensão nos ligamentos redondos, rigidez cervical, contração das fibras musculares, tensão intrauterina e aumento das algias percecionadas pela parturiente (Pedro & Oliveira, 2016).

A produção constante de catecolaminas, pela presença de dor, inibe a produção de oxitocina e das endorfinas, podendo protelar o trabalho de parto, prolongar as contrações e desenvolver uma tensão constante na grávida. Por outro

lado, elevadas concentrações de adrenalina, desencadeadas pela dor, podem gerar hipertonia uterina com conseqüente repercussão na oxigenação fetal (hipoxia fetal e acidose). Conjuntamente com a presença de cortisol e atendendo às suas propriedades útero-inibidoras, pode ocorrer uma diminuição da atividade uterina e aumento do período de trabalho de parto (Pedro & Oliveira, 2016). Quanto ao segundo estágio do trabalho de parto, este é caracterizado essencialmente pelo período expulsivo, que se inicia com a dilatação completa até à expulsão do feto. Nesta fase é importante que a grávida tente focar a sua atenção e força nos esforços expulsivos, adotando posições que lhe sejam benéficas (Fatia & Tinoco, 2016; OMS, 2018). Enquanto impulso involuntário induzido pela compressão da apresentação sobre a musculatura pélvica, o reflexo expulsivo ou puxo pode ser espontâneo, quando a parturiente sente vontade de puxar durante a contração ou pode ser dirigido quando a dilatação se encontra completa independentemente do reflexo expulsivo (Pacheco & Néné, 2020). Destaco que uma das principais causas da maioria dos puxos dirigidos era a influência da analgesia epidural e as suas repercussões ao nível da perda sensorial pelo bloqueio motor. Por vezes, nestas situações, o reflexo Ferguson estava ausente, desencadeando um prolongamento do período expulsivo, pelo que eram incentivados os puxos dirigidos, mais fortes e prolongados, intercalados com momentos de descanso e respiração, tal como é mencionado pela OMS (2018).

Algumas intervenções não farmacológicas têm demonstrado ajudar a aliviar a dor e/ou a progressão do trabalho de parto. As evidências indicam que os exercícios com bola de pilates ajudam numa dilatação mais rápida, no alívio da dor e na descida do feto. A eficácia da massagem na redução da intensidade da dor foi demonstrada em vários ensaios aleatórios (Silva et al., 2023). Uma revisão sistemática com seis estudos que incluíram dados de 326 mulheres confirmou que a massagem reduziu significativamente a intensidade da dor do parto e também mostrou uma melhoria na experiência emocional do parto (Smith et al., 2012). Outra revisão sistemática com dados de 3.243 mulheres mostrou que o banho reduziu a intensidade da dor em mulheres com dilatação cervical de 8-9 cm, reduziu a necessidade de analgesia farmacológica e encurtou a duração do primeiro estágio do trabalho de parto (Davim et al., 2008).

O parto é um processo extraordinário, que muda a vida das mulheres e é frequentemente considerado uma experiência excruciante, física e emocionalmente exigente. O controlo da dor no parto representa um desafio significativo para o EEESMO e para as futuras mães. Embora a gestão farmacológica da dor seja o padrão de ouro, continua a impor riscos à mãe e ao bebé. O controlo não

farmacológico da dor no TP tem surgido como uma opção segura e eficaz (Nori et al., 2023).

Posso dizer que a maioria das parturientes que acompanhei pretendeu analgesia epidural como método de alívio da dor, contribuindo para a diminuição do stresse e ansiedade e, conseqüentemente, para um maior controlo corporal adotando posturas facilitadoras do TP e parto. Desta forma, é importante que o EEESMO realize uma assistência personalizada à parturiente, avaliando o seu comportamento e as suas necessidades e, conseqüentemente, elucidando-a sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, como são exemplo a massagem, musicoterapia e hidroterapia.

Sendo as medidas farmacológicas, nomeadamente a analgesia epidural, a intervenção mais solicitada (pela parturiente) e usada como alívio da dor no TP e parto, nada impede, que em associação a esta, sejam usadas também medidas não farmacológicas, explicando os benéficos da sua adoção, respeitando desta forma a escolha informada da mulher e contribuindo para a sua satisfação durante o TP e parto. Assim, tive a oportunidade de promover, incentivar e apoiar a adoção de medidas não farmacológicas como alívio da dor nas diferentes fases do TP e parto, nomeadamente, a liberdade de movimentos com alternância de posições, deambulação, técnicas de respiração e de relaxamento, e ainda o uso da bola de pilates.

A dor durante o trabalho de parto é uma dor visceral que ocorre durante o período de dilatação cervical e distensão do segmento uterino inferior através da estimulação dos nociceptores. Varia de acordo com as características genéticas, psicológicas e culturais da mulher e do próprio processo de nascimento. A dor do TP faz parte da natureza humana e, ao contrário de outras experiências dolorosas agudas e crónicas, não está associada a doenças, mas sim à experiência de parir. No entanto, algumas mulheres consideram-na a pior dor que alguma vez sentiram e, muitas vezes, maior do que o esperado.

É durante o período expulsivo que a maioria das mulheres menciona um aumento do desconforto a nível da musculatura do assoalho pélvico associado, essencialmente, à pressão causada pela descida da apresentação fetal e ao respetivo encaixe na bacia materna. Desta forma, foi prática minha encorajar as mulheres a adotarem posições verticalizadas com liberdade de movimentos, de modo a promover a progressão do TP e, conseqüentemente, contribuir para o alívio da dor através da variação dos diâmetros da bacia, facilitando, assim, a rotação e descida fetal na bacia

materna pela ação da gravidade. As posições verticais e o movimento durante o TP têm um efeito positivo no parto, mas as posições de parto predominantes continuam a ser as horizontais. Por isso, é importante que os EEESMO melhorem a educação para o parto, particularmente o seu desenho instrucional, para fortalecer a autoeficácia das mulheres em relação ao uso de posições verticais e a mobilidade durante o TP.

As posições verticalizadas e os movimentos durante o TP demonstraram vários efeitos positivos no processo e nos resultados do parto. Numa meta-análise da Cochrane incluindo 25 ensaios, as posições verticais demonstraram estar associadas a um primeiro estágio mais curto do TP, a uma redução na incidência de partos por cesariana e a menos internamentos de recém-nascidos na unidade de cuidados intensivos neonatais (Lawrence et al., 2013). Outras revisões e meta-análises demonstraram uma relação entre posições verticalizadas no TP e um segundo estágio mais curto do TP, uma redução nas episiotomias e menos padrões anormais de frequência cardíaca fetal (Borer, et al., 2023). Além disso, um conjunto crescente de evidências relata que a mobilidade e as posições verticais durante o TP podem promover experiências de parto mais positivas, percepções do parto como menos traumático e maiores níveis de conforto (Borer, et al., 2023). Com base nessas evidências, a OMS e outras sociedades obstétricas internacionais divulgaram recomendações e diretrizes afirmando que as mulheres devem ser incentivadas a ter mobilidade e a adotar posições confortáveis de sua escolha, incluindo posições verticais (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2017; OMS, 2018).

Neste contexto, relembro a realização de partos em posições verticalizadas, consoante a preferência de cada parturiente, destacando-se um parto em posição de quatro apoios, outro em posição de cócoras e os restantes em posição semi-sentada lateralizada para um dos lados. A promoção do uso de posições verticalizadas pela mulher associado ao TP e parto, permitiu que a mesma tivesse um maior envolvimento durante todo o processo e à partida uma maior motivação para a concretização do mesmo. Foram vários os partos realizados em que a mulher pediu para “tocar na cabeça do bebé”, sentindo-se dessa forma encorajada e motivada para assumir o verdadeiro papel de parir. Ainda assim, apesar das recomendações sobre posições verticalizadas, houve partos, apesar de poucos, em que a resistência à mudança era evidente e a preferência em parir em posição de litotomia era mencionada e consequentemente respeitada. O investimento numa mulher informada e emponderada através da promoção de aderência às aulas de preparação para o parto e parentalidade, com acesso a informação fidedigna oferecida por profissionais qualificados, nomeadamente EEESMO, é ainda um caminho longo a percorrer. Sem

dúvida alguma, que fazer parte do nascimento de uma criança, é fazer parte de um dos momentos mais importante da vida de uma mulher/casal, e isso orgulha-me. Enquanto futura EEESMO desenvolvi as competências e capacidades necessárias para estabelecer uma ligação de equipa com a mulher, instruindo-a, treinando-a e capacitando-a com as ferramentas adequadas de modo a vivenciar positivamente a experiência do parto.

Durante a realização do estágio, na SP, para além de ter efetuado vigilância do TP e parto em gravidezes de baixo risco, também tive oportunidade de prestar cuidados a parturientes com risco acrescido de infeção, nomeadamente rotura prematura de membranas prolongada, colonização por *Streptococcus B* e prematuridade fetal.

Outra atividade realizada foi a amniotomia, técnica que deve ser executada mediante a avaliação de inúmeros fatores e face ao objetivo estabelecido. A amniotomia pode ser considerada um método de indução de trabalho de parto (ITP), uma vez que ao ser realizada a rotura das membranas amnióticas ocorre a libertação de prostaglandinas, favorecendo a contratilidade uterina. Ainda assim, este não é o método mais usado de ITP, muito menos de forma isolada. Durante o estágio, a prática da amniotomia foi executada maioritariamente como estratégia para a progressão do TP, havendo obrigatoriamente uma avaliação prévia de alguns parâmetros, nomeadamente a dilatação, o apagamento do colo e a descida da apresentação fetal. São exemplo de outras situações, onde a amniotomia está indicada, traçados anormais da FCF, colocação de monitorização fetal interna, progressão do TP ou quando a bolsa amniótica prolapsa para o interior da vagina (Nené et al, 2016). A realização deste procedimento, pressupõe a monitorização materno-fetal através do RCT, devendo o enfermeiro especialista em ESMO permanecer atento a qualquer alteração da FCF e às contrações uterinas.

A observação das características do líquido amniótico (LA) como cor, odor, quantidade e viscosidade, quer seja por rotura artificial quer seja por rotura espontânea da bolsa de águas, é outro aspeto que o EEESMO deve ter em consideração. Na maioria das vezes, as características do LA observadas foram consideradas normais, ou seja, líquido claro, fluido e praticamente inodoro em quantidade moderada; mas, por outro lado, também tive oportunidade de presenciar LA esverdeado que sugere a presença de mecónio e está frequentemente associado ao sofrimento fetal. O LA com coloração de mecónio é considerado um sinal alarmante de possível compromisso fetal e foi recentemente referido que o resultado neonatal está correlacionado com o grau de espessura do mecónio (Dani et al., 2023). A

condição ocorre em 7-20% dos partos a termo de mulheres consideradas de risco normal, mas apenas 2-4% desses partos estão associados ao desenvolvimento da síndrome de aspiração de mecónio, mais de 90% dos quais estão associados ao LA com coloração de mecónio espesso. A síndrome de aspiração de mecónio contribui para a morte neonatal em até 0,05% (ou seja, 1 em 2000 de todas as gravidezes), mas também tem sido associada a outras morbidades neonatais, como a síndrome de dificuldade respiratória aguda e a encefalopatia hipóxico-isquémica (Dani et al., 2023). No seu estudo, os mesmos autores constaram que existe uma correlação positiva entre a gravidade da coloração e espessura do mecónio do LA e os resultados dos bebés a termo. Por conseguinte, a avaliação e a classificação do LA com coloração de mecónio durante o TP são úteis para planear a presença de um neonatologista no parto para cuidados neonatais imediatos e adequados (Dani et al., 2023).

Em norma, as expetativas idealizadas em relação ao parto, por parte da mulher, vão de encontro ao desejo por um parto eutócico, com o mínimo de intervenções possíveis, de preferência apenas as necessárias. No entanto, devido a distócias mecânicas, alterações da estrutura pélvica, causas fetais ou outras, pode haver necessidade de realizar um parto distócico, por ventosa, fórceps ou cesariana. Nestas situações colaborei com a equipa multidisciplinar, nomeadamente, no apoio e incentivo à mulher durante os esforços expulsivos, na receção e prestação dos cuidados imediatos ao recém-nascido, e ainda, no auxílio em intervenções inerentes à episiorrafia/perineorrafia e à fase da dequitação, como administração de ocitocina ou outra medicação solicitada. Perante um parto distócico ou um parto eutócico em caso de prematuridade, é obrigatório a presença de um médico pediatra, uma vez que a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina apresenta uma maior probabilidade de estar comprometida, e como tal, pode ser necessário adotar medidas de suporte e reanimação neonatal, atingindo uma elevada taxa de sucesso, quando desempenhadas por um profissional diferenciado e qualificado. Desta forma, relembro uma situação de emergência, causadora de um turbilhão de emoções, principalmente stress e ansiedade por um mau prognóstico quase certo. Uma rapariga de 21 anos, grávida de 25 semanas e 1 dia, deu entrada no serviço de urgência de obstétrica/ginecologia, proveniente do domicílio, em trabalho de parto ativo, com contrações rítmicas e regulares, dilatação completa, colo uterino apagado e com o feto em apresentação transversa. A gravidez apesar de aceite, não foi uma gravidez planeada nem corretamente vigiada, apresentando apenas uma única consulta e ecografia às 21 semanas e 1 dia. Foi realizada uma cesariana de emergência, que,

face à idade gestacional do recém-nascido, acarretava inúmeras complicações associadas à sua adaptação e desenvolvimento no meio extrauterino. De modo a haver uma prestação de cuidados imediata, diferenciada e o mais eficaz possível, foi contactada a equipa médica de pediatria, contando com a presença de 5 pediatras e ainda, a presença de uma colega enfermeira especialista em enfermagem de saúde pediátrica e infantil que trabalhava na UCIN assumindo a sua experiência e destreza em casos semelhantes. Vários foram os procedimentos invasivos e não invasivos realizados após o nascimento do recém-nascido, de modo a garantir a sobrevivência e estabilidade do mesmo. Uma vez que o CHBV-Aveiro apenas presta assistência a recém-nascidos a partir das 32 semanas de idade gestacional, e tendo em conta a situação crítica envolvente, o recém-nascido, após atingidos critérios mínimos de satisfação cardíaca e respiratória, foi transferido para o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC). Durante todo o percurso de estágio, este foi um dos episódios que mais me marcou, quer pelo desfecho menos favorável que obtive, quer pela capacidade de atribuição e gestão de tarefas dentro de uma equipa multidisciplinar. Ao presenciar tal situação, fez-me perceber o quanto é importante o trabalho em equipa, a liderança, a atribuição de funções e o correto desempenho das mesmas, principalmente quando estamos perante situações de emergência.

Durante o meu percurso de estágio tive oportunidade de realizar 41 partos eutócicos em apresentação cefálica, bem como a assistência a 26 partos distócicos. Em relação a partos onde o feto se encontrava em apresentação pélvica, apenas tive oportunidade de prestar cuidados imediatos ao recém-nascido, uma vez, que nestas condições, o critério elegido para o nascimento é uma cesariana. A posição do feto em apresentação pélvica, uma vez garantido o bem-estar materno-fetal não é por si só considerado um motivo válido para a realização de uma cesariana. No entanto, tal acontece devido a uma maior probabilidade de complicações durante o parto e ainda ao facto de existirem cada vez menos profissionais treinados e capacitados para a realização de um parto vaginal em apresentação pélvica.

Em conversa com uma das enfermeiras tutoras, a mesma referiu já ter realizado pelo menos 1 parto em apresentação pélvica, realçando a necessidade de uma observação minuciosa de todo o processo e mecanismo do parto nesta situação. Ainda sobre os partos realizados, tive oportunidade de realizar 2 partos eutócicos em que os recém-nascidos nasceram parcialmente dentro da bolsa amniótica, rebentando a mesma de forma espontânea no momento da exteriorização dos ombros, e curiosamente, ambas as mulheres sem recurso a analgesia epidural. A primeira mulher, uma segunda gesta, que já teria experienciado na primeira gravidez um TP e

parto sem analgesia epidural e o resultado foi vivenciado de forma positiva, querendo desta forma repetir a experiência; e a segunda, uma mulher multípara, que apesar de não ter nenhuma experiência anterior de parto sem analgesia epidural, o TP atual vinha de tal forma avançado que, nem deu para usufruir de qualquer analgesia, e inclusive o parto teve de ser realizado na sala de urgência de obstetrícia/ginecologia.

Em relação ao terceiro estadió do TP, denominado de dequitação, esta é também uma etapa fundamental que carece de uma vigilância rigorosa por parte do enfermeiro especialista em ESMO. Ao longo do estágio fui aprimorando a técnica de extração da placenta, respeitando o tempo fisiológico e estando atenta aos sinais de separação da mesma, nomeadamente, hemorragia de separação, contrações uterinas e prolongamento evidente do cordão umbilical; sendo de igual modo, cautelosa em relação ao despiste de possíveis complicações inerentes a este período. Deste modo, procedi à observação e identificação dos mecanismos de descolamento da placenta (Shultze & Duncan), seguindo-se a sua respetiva observação (face materna e face fetal), incluindo tamanho, forma, integridade, nomeadamente possíveis anomalias ou fragmentos de membranas em falta, e inserção do cordão umbilical e respetivas características.

Relativamente à correção do canal vaginal, tive oportunidade de realizar a mesma através de perineorrafia ou episiorrafia, dependendo da forma como foi afetada a integridade do períneo. Assim, tive experiências de partos onde executei a técnica de episiotomia médio-lateral (5), e partos onde a mesma não se realizou (36), ocorrendo em alguns, lacerações de 1º e 2º grau e outros onde não ocorreu qualquer laceração (períneo íntegro). Embora a episiotomia fosse um procedimento comum no passado, as atuais orientações sobre cuidados baseados na evidência indicam que a episiotomia não deve ser realizada por rotina, como recomenda a OMS (2018), uma vez que a episiotomia pode ter um impacto negativo no bem-estar emocional da mãe, causar traumatismo perineal e dor, infeção, maior tempo de cicatrização, dificuldades com os cuidados ao bebé e com a amamentação, atraso no estabelecimento de laços afetivos com o bebé, atraso na amamentação, diminuição do prazer sexual e medo de futuros partos.

Uma correta reparação do canal de parto pressupõe, numa fase inicial, uma identificação e avaliação das áreas anatómicas afetadas, e posteriormente a sua respetiva sutura, permitindo o encerramento dos tecidos lesionados, de modo a promover a sua cicatrização, controlar a hemorragia e reduzir o risco de infeção no pós-parto (Sequeira et al, 2020, p.143). O ato de suturar/corrigir uma ferida perineal é uma técnica exigente e requer muito treino e destreza. Desta forma sinto que evolui

nesta área, sendo capaz de executar a técnica de suturar de uma forma mais autónoma quando comparada com uma fase inicial. Ainda assim, tenho noção que, associado a esta temática, existe um longo caminho a percorrer quer na execução, quer no seu aperfeiçoamento, tendo sempre presente o conceito de equipa multidisciplinar, seja ele ligado a um momento de maior dificuldade pessoal, seja ligado a um momento em que possa ser necessário uma colaboração mais diferenciada.

O pós-parto imediato é entendido como o período de 2 horas após o parto e é realizado na SP, mas nem sempre foi assim. Numa fase inicial, a vigilância do pós-parto imediato era realizada no serviço de puerpério, resultando num aumento significativo de episódios de hemorragias pós-parto e, conseqüentemente de atonias uterinas. O EEESMO é o elemento que detém conhecimentos, competências e capacidades para uma correta vigilância e prestação de cuidados em todas as fases da vida da mulher, estando mais alerta para sinais e sintomas associados a possíveis complicações. A mudança para a realização do pós-parto imediato na SP com uma vigilância especializada, veio contribuir para a diminuição do número de complicações relacionadas com o pós-parto imediato. Assim, tive a oportunidade de realizar uma vigilância criteriosa da mulher nesta fase, através da execução da expressão uterina e conseqüentemente, verificação do globo de segurança de Pinard, da observação da perda sanguínea via vaginal (lóquios) em relação a quantidade e características, da inspeção do períneo (ex: presença de edema, hematoma...), da avaliação dos sinais vitais e eliminação urinária, bem como possíveis queixas referidas pelas mulheres.

Para além de toda a vigilância, atitudes e intervenções prestadas à mulher durante o seu TP e parto, torna-se de igual modo fundamental, fazer referência aos cuidados associados ao nascimento de um bebé, também ele, responsabilidade do EEESMO. Nos casos dos recém-nascidos que apresentavam uma boa adaptação à vida extra-uterina, e após uma observação sumária do pediatra ou do enfermeiro especialista em ESMO (partos eutócicos de baixo risco, sem complicações), nomeadamente monitorização do peso e administração da vitamina K, e respeitando a vontade da parturiente, era promovido o contacto pele a pele com a mãe, promovendo o vínculo precoce entre a díade e a amamentação na primeira hora de vida. No seu estudo, Bigelow et al. (2020) analisaram os resultados de um estudo longitudinal sobre o contacto pele a pele entre mães e RN de termo e um estudo de acompanhamento destas díades quando as crianças tinham 9 anos. Os resultados permitem inferir a influência positiva do contacto pele a pele nas interações entre mãe e filho durante a infância e a meia-idade. As mães e os bebés dos grupos de contacto pele a pele e de

controlo foram observados quando os bebés tinham 1 semana, 1 mês, 2 meses e 3 meses. As mães do grupo de contacto pele a pele relataram menos sintomas depressivos nas primeiras semanas de vida dos bebés e tiveram uma maior redução do cortisol salivar, um indicador fisiológico de stresse, no primeiro mês de vida dos bebés. As mães do grupo de contacto pele a pele que inicialmente escolheram amamentar continuaram a amamentar os seus bebés ao longo dos 3 meses, enquanto as mães que amamentavam no grupo de controlo diminuíram ao longo das visitas. Quando envolvidos na tarefa de face imóvel com as suas mães, os bebés do grupo de contacto pele a pele mostraram o efeito de face imóvel com o seu afeto ao 1 mês, um mês antes dos bebés do grupo de controlo o fazerem. Aos 3 meses, os bebés do grupo de contacto pele a pele fizeram ofertas sociais às suas mães durante a fase de face imóvel. Quando as crianças tinham 9 anos, as díades mãe-filho conversavam sobre os eventos emocionais lembrados pelas crianças. As díades mãe-filho que tinham estado no grupo de contacto pele a pele mostraram mais envolvimento e reciprocidade nas conversas do que as díades mãe-filho que tinham estado no grupo de controlo (Bigelow et al., 2020).

Durante o período em que o RN se encontra sobre a mãe, é de extrema importância que o EEESMO proceda à sua vigilância através de sinais e sintomas que podem evidenciar uma certa dificuldade de adaptação ao meio extrauterino, destacando-se o gemido, respiração irregular, cianose e hipotonia.

Após o nascimento, uma das intervenções que serviu de momento de reflexão foi o tempo de clampagem do cordão umbilical. Segundo a OMS (2018) deve-se aguardar pelo menos um minuto até se efetuar a clampagem do cordão umbilical, pois este apresenta como benefícios o aumento da concentração de hemoglobina e, conseqüentemente, o aporte de ferro ao recém-nascido, melhor adaptação circulatória, assim como a diminuição do risco de enterocolite necrosante, não implicando qualquer risco para a mãe. Desta forma, cabe ao EEESMO explicar ao casal os riscos e benefícios da clampagem precoce e tardia do cordão umbilical, permitindo que tomem uma decisão livre e informada, apoiando e respeitando a sua escolha. Em situações de cesariana emergente ou má adaptação à vida extrauterina, face à gestão de intervenções prioritárias, esta temática não é abordada.

Em suma, posso afirmar que foram mobilizados todos os esforços e dedicação para conseguir garantir a aquisição de capacidades e competências para cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e parto, proporcionando um ambiente calmo e seguro, minimizando o medo e a ansiedade, no

sentido de otimizar a saúde da puérpera e do recém-nascido, desempenhando atitudes e intervenções baseadas na melhor evidência científica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio, sob orientação de um(a) Enfermeiro(a) Especialista na área de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, tem um mínimo obrigatório de experiências práticas que o estudante deve adquirir: vigilância de saúde materna, com o mínimo de 100 exames pré-natais; vigilância/assistência e cuidados a 40 parturientes; realização de 40 partos, exceto casos particulares; participação ativa em partos de apresentação pélvica (no caso de impossibilidade deverá ser realizada formação por simulação); prática de episiotomia e iniciação à sutura; vigilância/assistência e cuidados prestados a grávidas com patologia de risco; vigilância/assistência e cuidados a 100 parturientes e a 100 recém-nascidos; observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, nomeadamente a recém-nascidos que tenham nascido antes do tempo, depois do tempo, com baixo peso em relação ao normal e recém-nascidos doentes; cuidados a mulheres com patologia do foro ginecológico e de obstetrícia e iniciação aos cuidados em medicina e cirurgia, com parte teórica e prática (Diário da República, 2019). O estágio é parte integrante da componente clínica que tem 60 ECTS, com 1600 horas mais 200 horas para o relatório (OE, 2021). O cumprimento destas condições resulta em processos formativos e de certificação de competências, resultando na atribuição do título profissional de EEESMO e, simultaneamente, garante-se a qualificação e a mobilidade do Enfermeiro Especialista no espaço europeu, ao abrigo do normativo legal de acesso à Especialidade (Diário da República, 2019).

Assim sendo e para comprovar que alcancei as experiências práticas obrigatórias, suprarreferidas, na tabela 1 encontram-se representadas as atividades curriculares executadas.

ATIVIDADES CURRICULARES REALIZADAS

Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	Total		
Experiências																																							
Partos:																																							
❖ Observados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
❖ Colaborados:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	3	3	3	3	3	1	0	2	1	0	0	1	1	1	1	3	0	0	26
- Ap. Cefálica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
- Ap. Pélvica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Distócos colaborados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3	2	3	2	1	0	2	1	0	0	1	1	1	1	2	0	0	22	
❖ Efetuados:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	2	2	2	2	3	5	3	1	2	3	1	2	2	1	1	2	2	41		
- Com episiotomia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	5	
- Sem episiotomia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	2	1	2	3	5	3	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	36	
Vigilância Prestação de Cuidados:																																							
❖ À Parturiente:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	7	8	6	7	-	-	-	7	4	5	5	5	6	6	3	3	3	3	1	3	3	2	4	2	2	109		
- Normal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	5	7	5	1	-	-	-	6	3	3	5	4	5	5	3	3	3	3	0	3	1	2	3	0	2	83		
- De Risco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	1	1	6	-	-	-	1	1	2	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	2	0	1	2	0	26		
❖ Ao Recém-Nascido:	23	16	20	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	4	5	5	5	6	6	3	3	3	3	1	3	3	2	4	2	2	135		
- Normal	18	13	17	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	3	1	3	3	6	4	2	3	3	2	0	3	1	2	3	2	2	106		
- De Risco	5	3	3	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	4	2	2	0	2	1	0	0	1	1	0	2	0	1	0	0	29		
❖ À Puérpera:	21	16	20	9	-	-	-	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	7	4	5	5	5	6	6	3	3	3	3	1	3	3	2	4	2	2	138		
- Normal	18	12	14	9	-	-	-	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	6	3	3	5	4	5	5	3	3	3	3	0	3	1	2	3	0	2	112		
- De Risco	3	4	6	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	2	0	1	2	0	26		
Vigilância de Saúde Materna e Fetal	-	-	-	-	-	-	-	28	24	29	14	7	29	6	7	-	-	-	7	4	5	5	5	6	6	3	3	3	3	1	3	3	2	4	2	2	211		
Outras Atividades																																							

**PARTE II – RELATÓRIO DA COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: A INFLUÊNCIA DA
MASSAGEM PERINEAL A PARTIR DAS 34 SEMANAS DE GESTAÇÃO PARA A
PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL**

Resumo

Introdução: A redução das lesões perineais causadas pelo parto é fundamental para melhorar a saúde física e mental das mulheres. A manutenção da integridade perineal e a probabilidade da existência de uma dispareunia, caso o primeiro ponto referido não seja cumprido, deve ser uma preocupação frequente das parturientes e do Enfermeiro Especialista e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica durante o exercício da sua prática, tendo como objetivo proporcionar uma experiência de parto positiva, indo de encontro às expetativas idealizadas pela mulher/casal.

Objetivos: Reunir, analisar e sintetizar a evidência científica sobre a influência da massagem perineal realizada a partir das 34 semanas de gestação, para a prevenção do trauma perineal no parto eutócico.

Métodos: Revisão sistemática da literatura, orientada pela estratégia de pesquisa PI[C]OD, com extração dos artigos apoiada pelo software Rayyan, com revisores independentes, que procederam à avaliação da relevância dos artigos. Foram tidos em conta os artigos escritos em inglês e/ou português e/ou espanhol, com friso temporal entre 2018-2023, pesquisados nas bases de dados PubMed, CINAHL complete, B-On e MEDLINE Complete.

Resultados: A análise das evidências dos quatro estudos demonstrou que as grávidas que realizaram massagem perineal pré-natal tiveram uma incidência significativamente mais baixa de incidência de episiotomias e de lacerações perineais, particularmente o risco de lacerações perineais de terceiro e quarto graus. Uma melhor cicatrização da ferida e menos dor perineal foram evidentes no grupo da massagem perineal pré-natal. A massagem perineal pré-natal está associada a um menor risco de traumatismo perineal grave e de complicações pós-parto.

Conclusões: As evidências dos estudos mostram que a massagem perineal pré-natal a partir das 34 semanas de gestação, reduz a probabilidade de episiotomia e de lacerações perineais, aumentando, assim, a incidência de um períneo intacto após o parto. Por conseguinte, as grávidas devem ser informadas dos prováveis benefícios desta técnica e devem receber informações sobre a melhor forma de a efetuar. A técnica também deve ser considerada uma rotina nos cuidados pré-natais para reduzir a incidência de traumatismo perineal.

Palavras-chave: Massagem perineal; trauma perineal; Gravidez; Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; preparação para o parto.

1. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Durante a realização do estágio de enfermagem no Bloco de Partos, uma das temáticas que mais me suscitou interesse foi a massagem perineal realizada durante a gravidez para a prevenção do trauma perineal durante o parto. O traumatismo perineal e a probabilidade da existência de uma dispareunia caso a integridade perineal fosse afetada foram uma preocupação frequente das parturientes e do EEESMO durante o exercício da sua prática, tendo como objetivo proporcionar uma experiência de parto positiva, indo ao encontro das expectativas idealizadas pela mulher/casal.

A redução das lesões perineais causadas pelo parto é fundamental para melhorar a saúde física e mental das mulheres (Aquino et al., 2020). De acordo com as evidências, a massagem perineal pré-natal pode reduzir o risco de laceração perineal, especialmente o risco de laceração perineal de 3.º a 4.º grau. Também pode reduzir o risco de incisão perineal durante o parto e a dor perineal 3 meses após o parto (Che net al., 2022). Estudos anteriores confirmaram que a massagem perineal pré-natal pode beneficiar as mulheres grávidas (Belihu et al., 2017). No entanto, fatores como a autoestima materna, a obesidade, entre outros, dificultam a implementação da massagem perineal pré-natal (Shoko & Shigeko, 2016).

A elaboração de uma RSL surge da necessidade de explorar a relação entre a massagem perineal e a redução da taxa de trauma perineal. Esta teve como objetivo reunir, analisar e sintetizar a evidência científica sobre a influência da massagem perineal realizada a partir das 34 semanas de gestação, para a prevenção do trauma perineal no parto eutócico.

Com a realização desta investigação vai-se ao encontro das recomendações da *International Confederation of Midwives* (ICM competencies Wyatt, 2019), onde se destaca o papel importante que os EEESMO desempenham, nomeadamente pelos conhecimentos e competências que possuem, aspetos necessários para a prestação de cuidados apropriados, culturalmente importantes e de elevada qualidade. Deste modo prioriza-se também intervenções como a educação para a saúde e a utilização da evidência científica no planeamento e execução e avaliação dos cuidados prestados à mulher.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As complicações do parto vaginal são frequentes, especialmente nas mulheres nulíparas. Entre 30 a 85% das mulheres com parto vaginal sofrem de diferentes graus de traumatismo perineal, com incidência de traumatismo perineal grave, que envolve lacerações perineais de terceiro e quarto grau, a rondar os 0,5 a 10%. A episiotomia é um dos fatores de risco implicados nas lacerações perineais, especialmente as lacerações perineais de terceiro e quarto grau (Leirós-Rodríguez et al., 2017). Outros fatores de risco para o traumatismo perineal incluem mau posicionamento, indução do trabalho de parto, trabalho de parto precipitado, macrossomia fetal, obesidade materna e nuliparidade (Hage-Fransen et al., 2021).

O trauma perineal diz respeito a qualquer lesão genital ocorrida durante o parto, podendo acontecer espontaneamente, sendo exemplo, o caso das lacerações, ou em decorrência da execução de uma incisão perineal por um profissional de saúde, a episiotomia. Na prática clínica, este evento é frequente no período expulsivo, ocorrendo em aproximadamente 50% a 80% das mulheres que têm um parto vaginal. A taxa anteriormente mencionada varia de acordo com as características da parturiente, com as práticas implementadas no local do parto e de acordo com alguns fatores de risco, designadamente a primiparidade, a macrossomia fetal, o parto instrumentado com fórceps ou ventosa, idade materna, indução do trabalho de parto, uso de ocitocina, índice de massa corporal materno e posição materna durante o parto. Tradicionalmente, a episiotomia tem sido usada para evitar lesões perineais de terceiro e quarto grau (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, ACOG, 2016).

Em 2018, o ACOG forneceu uma atualização das *guidelines* de gestão clínica para lacerações perineais que ocorrem durante o parto vaginal. As lacerações mais graves, de terceiro e quarto grau, incluem o envolvimento do complexo do esfíncter anal e são referidas como lesões obstétricas do esfíncter anal. O tratamento atual das lacerações de terceiro e quarto grau pode requerer cirurgia sob anestesia nas primeiras 12 horas após o parto vaginal para suturar o complexo anal e o períneo. As lacerações de segundo grau também podem requerer sutura para ajudar na cicatrização adequada dos músculos perineais e tecidos moles.

De acordo com Nikmah et al. (2022) a evidência indica que a rotura perineal ocorre em 85% das mulheres durante o parto, dos quais 60-70% requerem sutura. A rotura perineal ocorre em quase todos os primeiros partos e não é invulgar nos partos seguintes. O tecido mole do canal de parto e as estruturas circundantes serão danificados em cada parto. Os

danos são normalmente mais pronunciados em mulheres nulíparas porque o tecido nas nulíparas é mais denso e mais resistente do que nas mulheres múltiparas.

O trauma perineal é caracterizado por alterações na integridade do períneo ou do trato genital feminino, que podem ocorrer de forma cirúrgica ou espontânea (Silva et al., 2023). Esta lesão é classificada por graus: primeiro grau, envolvimento da pele e mucosas; segundo grau, musculatura perineal; terceiro grau, musculatura perineal afetando também o esfíncter anal e quarto grau, musculatura perineal que se estende ao esfíncter anal, tanto ao esfíncter anal externo como ao esfíncter anal interno, bem como ao epitélio anorretal (Silva et al., 2023). Os mesmos autores referem que há estudos que demonstram a ocorrência de episiotomia em 68,3% dos partos vaginais, enquanto em 16% ocorreu algum grau de laceração perineal, gerando uma incidência global de trauma perineal de 84,3%. A laceração perineal ocorreu em 3,5% das múltiparas e 27,5% das primíparas. Quanto à incidência de trauma perineal, no grupo das primíparas, foi de 98,5% e de 71,4% para as múltiparas (Silva et al., 2023).

Rodrigues et al. (2019) realizou uma investigação acerca dos fatores preditores de um períneo intacto no parto vaginal espontâneo, com registo de uma percentagem de 74,8% de mulheres com lesões do períneo, entre as quais 4,2% apresentavam lesões de terceiro e quarto graus e 43,8% foram sujeitas a episiotomia. Entre as causas registadas para a realização da episiotomia encontravam-se a necessidade de aplicação de ventosa (54,84%), aplicação de fórceps (6,45%), aplicação de fórceps e de ventosa (12,90%) e sem especificação (25,81%).

Sabendo-se que diferentes fatores que podem influenciar o processo fisiológico de parturição, as intervenções especializadas desenvolvidas pelo EEESMO, na segunda etapa do trabalho de parto, devem ser escolhidas de forma muito criteriosa. Ao decidir quando e como intervir, é importante ter em conta a duração do período expulsivo, a paridade, os efeitos da analgesia por via epidural, a eficácia do puxo materno, o bem-estar materno e fetal, o progresso da descida e a rotação fetal, bem como a vontade expressa das mulheres. Para prestar cuidados durante a segunda etapa do trabalho de parto, o EEESMO deve guiar-se pela sua capacidade de análise crítica, baseada em evidência científica. A massagem é uma técnica terapêutica histórica que aumenta o relaxamento dos músculos e a vasodilatação dos vasos sanguíneos (Álvarez-González et al., 2022). A massagem perineal pré-natal é uma técnica que pode ser realizada em mulheres grávidas durante 4 a 6 semanas antes do parto (Hage-Fransen et al., 2021). Esta técnica aumenta o fluxo sanguíneo para o períneo, melhorando a circulação e estica os tecidos para alargar a abertura vaginal para a passagem do feto. Adicionalmente imita o efeito da cabeça da criança durante o parto, facilitando assim o trabalho de parto (Abdelhakim et al., 2020;

Álvarez-González et al., 2022).

A massagem perineal pode ser efetuada por um ginecologista/obstetra, EESMO ou pela própria gestante e/ou pessoa significativa. O objetivo da massagem perineal é distender a abertura vaginal e os músculos perineais circundantes utilizando a pressão manual externa (Hajela et al., 2021). A massagem perineal autónoma consiste em inserir um ou dois dedos 3-5 cm dentro da vagina, utilizando um lubrificante (óleo de amêndoas ou de calêndula) e aplicar um movimento constante de varrimento para baixo ou manter uma pressão estática e constante ao longo das regiões inferior e lateral do períneo. Os parâmetros para a massagem perineal variam entre 5-10 minutos diários e são frequentemente monitorizados pelo nível de dor. As mulheres são instruídas a aplicar pressão suficiente para sentirem uma ligeira sensação de ardor para garantir que o períneo está a ser sujeito a tensão suficiente para provocar alterações fisiológicas no tecido. As mãos devem ser lavadas para evitar quaisquer infeções (Hajela et al., 2021).

Têm sido utilizados vários métodos para reduzir a rutura perineal tanto durante a gravidez como durante o parto. A rutura perineal pode ser prevenida de uma forma muito simples e pode ser feita por qualquer pessoa, massajando a zona perineal ou a zona perineal da vagina. Desta forma, tona-se relevante determinar a eficácia da massagem perineal nas maternidades com o objetivo de prevenir a rutura do períneo nas mulheres grávidas (Nikmah et al., 2022). Os mesmos autores referem que as mulheres que efetuam massagem perineal a partir das 35 semanas de gestação têm um menor risco de trauma do canal de parto, em parto normal, e em 16% pode reduzir a incidência de rutura perineal. As mulheres que fazem massagem perineal, numa média de duas vezes por semana, registaram uma diminuição de 16%. Comprovaram que há um efeito da massagem perineal em primigestas sobre a incidência de rutura perineal (Nikmah et al., 2022).

A massagem perineal foi estudada no passado, particularmente por parteiras, que realizavam massagem perineal em mulheres durante o trabalho de parto ativo. De acordo com a literatura, esta prática durante o trabalho de parto é eficaz na redução do trauma perineal (Demirel & Golbasi, 2015). Um estudo controlado randomizado realizado em 2017 com uma amostra de 195 mulheres nulíparas determinou que a massagem perineal durante o trabalho de parto ativo reduziu significativamente a frequência de episiotomia e a gravidade da laceração perineal (Shahoei et al., 2017).

Se a massagem perineal durante o trabalho de parto ativo pode prevenir o trauma perineal, então a massagem perineal preparatória durante o período pré-parto pode ter efeitos ainda maiores. Tal facto baseia-se na noção de que as alterações dos tecidos moles demoram 4-6 semanas a ocorrer (Shah et al., 2023). De acordo com os mesmos autores, o

início da massagem perineal 4-6 semanas antes da data prevista para o parto, é suficiente para que ocorram verdadeiras alterações nos tecidos moles, o que pode levar a uma redução ainda maior do trauma perineal quando comparado com a massagem perineal realizada apenas durante o trabalho de parto ativo. A massagem perineal durante o terceiro trimestre de gravidez tem sido objeto de investigação, embora os resultados sejam ainda inconclusivos (Shah et al., 2023). Os mesmos autores realizaram um estudo sobre a massagem perineal e os seus efeitos na incidência de episiotomia e traumatismo perineal durante a segunda fase do trabalho de parto. Este consistiu num estudo observacional realizado com 150 mulheres primigestas internadas no Hospital Gandhi (Brasil). No início da segunda fase do trabalho de parto, as participantes foram divididas aleatoriamente em grupos de massagem e de controlo, 75 cada, e a frequência da episiotomia, lacerações perineais e duração da segunda fase do trabalho de parto foram comparadas. A incidência de episiotomia foi de 80 e 93,3% no grupo de massagem e no grupo de controlo, respetivamente, indicando uma maior necessidade de episiotomia no grupo posterior. O tempo de duração da segunda fase do trabalho de parto foi reduzido no grupo da massagem. Nos grupos de massagem e de controlo, a incidência de lacerações perineais perineal foi semelhante. As evidências deste estudo mostram que a massagem perineal reduziu consideravelmente as taxas de episiotomia e o tempo de duração da segunda fase do trabalho de parto (Shah et al., 2023).

Um estudo recente avaliou a adesão de gestantes e acompanhantes à realização da massagem perineal, via *on-line*, durante a gestação e seu efeito na prevenção do trauma perineal no parto e na redução de morbilidade associada nos 45 e 90 dias pós-parto (Monguilhott et al., 2022). Tratou-se de um ensaio clínico randomizado com 153 gestantes de risco habitual, 78 mulheres no grupo de intervenção realizaram a massagem perineal digital e 75 mulheres do grupo controlo receberam os cuidados habituais. Para a análise do *outcome* principal (trauma perineal) e dos *outcomes* secundários, ficaram em cada grupo 44 mulheres que tiveram parto vaginal. A intervenção foi realizada pela gestante ou acompanhante de acordo com a sua opção, diariamente, a partir de 34 semanas de gestação, por 5 a 10 minutos. Os resultados indicam que a massagem perineal foi fator protetor de edema nos primeiros 10 dias pós-parto e perda involuntária de gases nos 45 dias pós-parto. O ajuste residual ≥ 2 registado na análise das condições do períneo pós-parto apresentou a tendência das mulheres do grupo intervenção terem períneo íntegro. As mulheres e os acompanhantes que efetuaram a massagem perineal aceitaram bem a prática, relatando que a recomendariam e a fariam novamente numa futura gestação. Monguilhott et al. (2022) concluíram que a massagem perineal digital executada diariamente, a partir de 34 semanas de gestação, assumiu-se como uma prática bem aceite

pelas mulheres e acompanhante. Embora não tenha protegido a mulher de trauma perineal, reduziu o risco de edema 10 dias pós-parto e incontinência de gases 45 dias pós-parto.

Hajela et al. (2021) referem que a lesão perineal nos EUA ocorre em 85% de todas as mulheres que passam por um parto vaginal e que envolve uma episiotomia e/ou uma laceração. A incontinência urinária é a morbidade mais frequentemente relatada após uma lesão perineal. Por conseguinte, realizaram uma revisão da literatura para sintetizar as evidências existente para determinar se a massagem perineal deve ser realizada em mulheres grávidas como preparação para o parto vaginal para reduzir a probabilidade e a gravidade do trauma perineal. Dos sete ensaios clínicos controlados que preencheram os critérios de inclusão e foram incluídos na análise, o resultado mais importante da meta-análise foi que a massagem perineal reduziu a gravidade da lesão perineal durante o parto vaginal. As mulheres que praticavam massagem perineal no terceiro trimestre tinham 21% menos probabilidades de ter lacerações perineais de terceiro e quarto graus. Além disso, a massagem perineal dinâmica reduziu o risco de lacerações de terceiro e quarto graus em 16% e de episiotomia em 13%. Em termos de frequência da massagem perineal, ou seja, diariamente versus 3-4 vezes por semana, os resultados sugerem que a massagem perineal diária tem um efeito estatisticamente significativo na redução do risco de laceração de primeiro grau em 41%. Hajela et al. (2021) concluíram que a massagem perineal reduz a gravidade da lesão perineal, o que permitirá que as mulheres regressem ao seu nível anterior de função a um ritmo mais elevado e reduzirá a probabilidade de morbidade secundária.

A maioria dos partos vaginais está associada a traumas no períneo. A morbidade associada ao traumatismo perineal pode ser significativa, especialmente quando conduz a lacerações perineais de terceiro e quarto graus (Abdelhakim et al., 2020). Tendo por base esta realidade, os autores realizaram um estudo de revisão sistemática da literatura para avaliar o efeito da massagem perineal pré-natal (grupo de intervenção) *versus* grupo de controlo (sem massagem perineal pré-natal) em mulheres com trauma perineal. Os resultados primários foram o risco de episiotomias e lacerações perineais. Os resultados secundários foram a dor perineal, a duração da segunda fase do trabalho de parto, a cicatrização da ferida, a incontinência anal e as pontuações de Apgar a 1 e 5 minutos. Foram analisados onze ensaios clínicos randomizados com 3467 mulheres. Os resultados evidenciam que as mulheres que receberam massagem perineal pré-natal tiveram uma incidência significativamente menor de episiotomias e lacerações perineais, particularmente o risco de lacerações perineais de terceiro e quarto graus. Uma melhor cicatrização da ferida e menos dor perineal foram evidentes no grupo da massagem perineal pré-natal. A massagem perineal pré-natal reduziu a duração da segunda fase do trabalho de parto e a

incontinência anal, com uma melhoria significativa na pontuação de Apgar ao 1 e 5 minutos. As evidências deste estudo mostram que a massagem perineal pré-natal está associada a um menor risco de traumatismo perineal grave e de complicações pós-parto. A massagem perineal difundiu-se como uma técnica profilática para tratar complicações durante o parto. Os efeitos reconhecidos da massagem perineal são a redução da incidência e da gravidade da laceração perineal e o uso de equipamento diretamente relacionado com o trauma perineal intraparto (Abdelhakim et al., 2020; Hage-Fransen et al., 2021; Álvarez-González et al., 2022).

Durante o trabalho de parto é frequente o traumatismo do períneo e como referem Lopes et al. (2021, p. 509), “a massagem perineal é considerada uma técnica que promove a integridade do períneo”. Com o objetivo de identificar os efeitos da massagem perineal durante o trabalho de parto, os mesmos autores realizaram uma revisão integrativa da literatura, cujos resultados demonstraram que existem benefícios no uso da massagem perineal durante o trabalho de parto. Concluíram que “a realização de massagem perineal durante o trabalho de parto reduz o número de lacerações no períneo, a necessidade de episiotomia, a duração do trabalho de parto, bem como, a dor após o parto” (Lopes et al., 2021, pp. 509-510). Todavia, os mesmos autores reforçam a necessidade de realização de mais estudos.

Existe um consenso entre os investigadores sobre os efeitos positivos da massagem perineal no período pré-natal como protetor contra o trauma perineal consequente da distensão dos tecidos perineais, estimulante do relaxamento perineal e potenciador de uma melhor circulação sanguínea nos tecidos (Ugwu et al., 2018). Trata-se de uma técnica que possibilita preparar os tecidos do assoalho pélvico para o processo de estiramento que irão sofrer durante o parto, uma vez que possibilita um estiramento suave e, de acordo com a tolerância da mulher, da pele e dos músculos e tecidos que se encontram no períneo. Por conseguinte, a sua prática aumenta a elasticidade dos músculos e da pele perineal, com redução do risco de laceração perineal durante o parto. Pode ser executada autonomamente ou com ajuda de pessoa significativa ou de uma profissional de saúde (Thomas & Mathias, 2015). A *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2016) recomenda às grávidas a realização da massagem com a utilizando de dois dedos, para a distensão dos tecidos, uma ou duas vezes por semana, nas últimas seis a quatro semanas da gravidez e por cerca de 10 minutos diários, introduzindo os polegares lubrificados no introito vaginal, fazendo movimentos laterais e descendentes em direção ao ânus até sentirem os tecidos a distender, podendo até sentir um ligeiro ardor. A posição de distensão deverá ser mantida durante um a dois minutos. Seguidamente, a porção inferior da vagina deverá ser massajada com movimentos em “U” durante dois a três minutos. Os lubrificantes

utilizados deverão ser de origem vegetal, designadamente azeite, óleo de coco, de amêndoa ou óleo de vitamina E, não devendo ser utilizados óleos minerais ou vaselina. Álvarez-González et al. (2022) referem que o período ideal para iniciar a implementação da massagem perineal se situa entre as 34 e 35 semanas de gestação e, a maioria das evidências, até à data, documentam que a massagem perineal no período pré-natal não provoca efeitos nefastos no períneo.

A infeção é uma das causas importantes de mortalidade e morbilidade maternas. Um dos fatores de risco para a infeção puerperal é causado por ações durante o parto, como a episiotomia e a rutura perineal, que podem evoluir para infeções mais graves, como abscessos, eviscerações e tromboflebite (da Silva et al., 2023). Como tal, a manutenção da integridade perineal é uma preocupação frequente das mulheres e do EEESMO durante o exercício da sua prática, objetivando proporcionar uma experiência de parto positiva. É recorrente, na prática clínica, ocorrer desafios que levam à procura de mais conhecimentos científicos, não só para fundamentar as decisões clínicas e as intervenções implementadas, mas também para promover uma melhoria contínua dos cuidados. Assim, surgiu a necessidade de explorar a relação entre a massagem perineal e a redução da taxa de trauma perineal, através de uma RSL.

3. MÉTODOS

Esta revisão sistemática de efetividade sem meta-análise foi conduzida tendo por base o método proposto pelo Instituto *Joanna Briggs* (Tufanaru et al., 2020) e redigida de acordo com o Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA) (Page et al., 2021).

Localização dos estudos

Foi conduzida uma estratégia de pesquisa em três etapas. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa inicial limitada na MEDLINE (PubMed) e CINAHL (EBSCO) para identificar artigos sobre o tema. As palavras de texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes, e os termos indexados utilizados para descrever os artigos foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa preliminar. Posteriormente foi formalmente proposta uma estratégia definitiva para cada uma das bases de dados incluídas, sendo a mesma ajustada tendo por base os léxicos e especificidades de cada uma. A realização da pesquisa ocorreu no dia 16 de fevereiro de 2024, na Escola Superior de Saúde de Viseu e as bases de dados incluídas foram PubMed, B-on, CINAHL Complete e MEDLINE

Complete. Optou-se pela terminologia dos descritores Mesh (Medical Subject Headings) em ciências da saúde. Desta forma, foram definidos os descritores Mesh para a pesquisa, conjugados com os operadores booleanos AND e OR, nas diferentes bases de dados, como demonstra a tabela 1. Por último, numa terceira fase, as listas de referência dos artigos incluídos na revisão foram analisadas para eventual seleção de estudos potencialmente relevantes. Apenas foram incluídos estudos realizados em português, inglês e espanhol e foi aplicado um limitador temporal (2018-2023) por se pretender ter uma visão integrada da evidência disponível e recente sobre o tema em apreço.

Tabela 1. Fórmula de pesquisa nas bases de dados científicas

Bases de Dados	Fórmula de Pesquisa
B-on	perineum or perineal AND massage OR perineal massage N=56
PubMed	("perineum"[MeSH Terms] OR "perineum"[Title/Abstract] OR "perineal"[Title/Abstract]) AND ("massage"[MeSH Terms] OR "massage"[Title/Abstract] OR "perineal massage"[Title/Abstract]) N=60
CINAHL Complete	perineum or perineal AND massage OR perineal massage N=45
MEDLINE Complete	perineum or perineal AND massage OR perineal massage N=49
Total	N=210

Formulação da questão de investigação

Tendo em consideração o conhecimento que se pretende analisar e aprofundar, esta RSL terá como ponto de partida a seguinte questão de investigação: *“Qual a influência da massagem perineal realizada a partir das 34 semanas de gestação, para a prevenção do trauma perineal no parto eutócico?”*

Decorrente da questão de pesquisa, objetiva-se, assim, reunir, analisar e sintetizar a evidência científica sobre a influência da massagem perineal realizada a partir das 34 semanas de gestação, para a prevenção do trauma perineal no parto eutócico.

Seleção dos estudos e critérios de Elegibilidade

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram transferidas para o Endnote V7.7.1 (Clarivate Analytics, PA, EUA) e os duplicados removidos. A fim de avaliar a sua elegibilidade, os títulos e resumos foram analisados por dois revisores independentes. Os artigos completos foram analisados com base nos seguintes critérios de inclusão que

seguem a mnemónica **PICO** (Participantes, Intervenção, Comparador e Outcome/Resultados).

- **PARTICIPANTES:** Serão considerados todos os estudos que incluam grávidas que realizaram massagem perineal;
- **INTERVENÇÃO:** Serão considerados todos os estudos que incluam massagem perineal a partir das 34 semanas de gestação;
- **COMPARADOR:** Serão considerados todos os estudos que incluam grávidas que não realizam massagem perineal a partir das 34 semanas de gestação com as que realizaram;
- **OUTCOME:** Serão considerados todos os estudos que incluam diminuição da taxa de incidência de trauma perineal durante o parto eutócico, decorrentes da massagem perineal.

Foram incluídos estudos primários, com exclusão de estudos secundários (revisões sistemáticas da literatura, revisões integrativas da literatura, *Scoping Review*), literatura cinzenta.

A análise do texto integral foi realizada por dois revisores independentes. Caso existissem quaisquer desacordos entre os revisores, em cada fase do processo de seleção, poderiam ser resolvidos com recurso a um terceiro revisor. O processo de seleção e revisão dos estudos será operacionalizado com recurso ao Rayyan®. Os resultados da pesquisa foram comunicados na sua totalidade e apresentados sob a forma de fluxograma (Page et al., 2021).

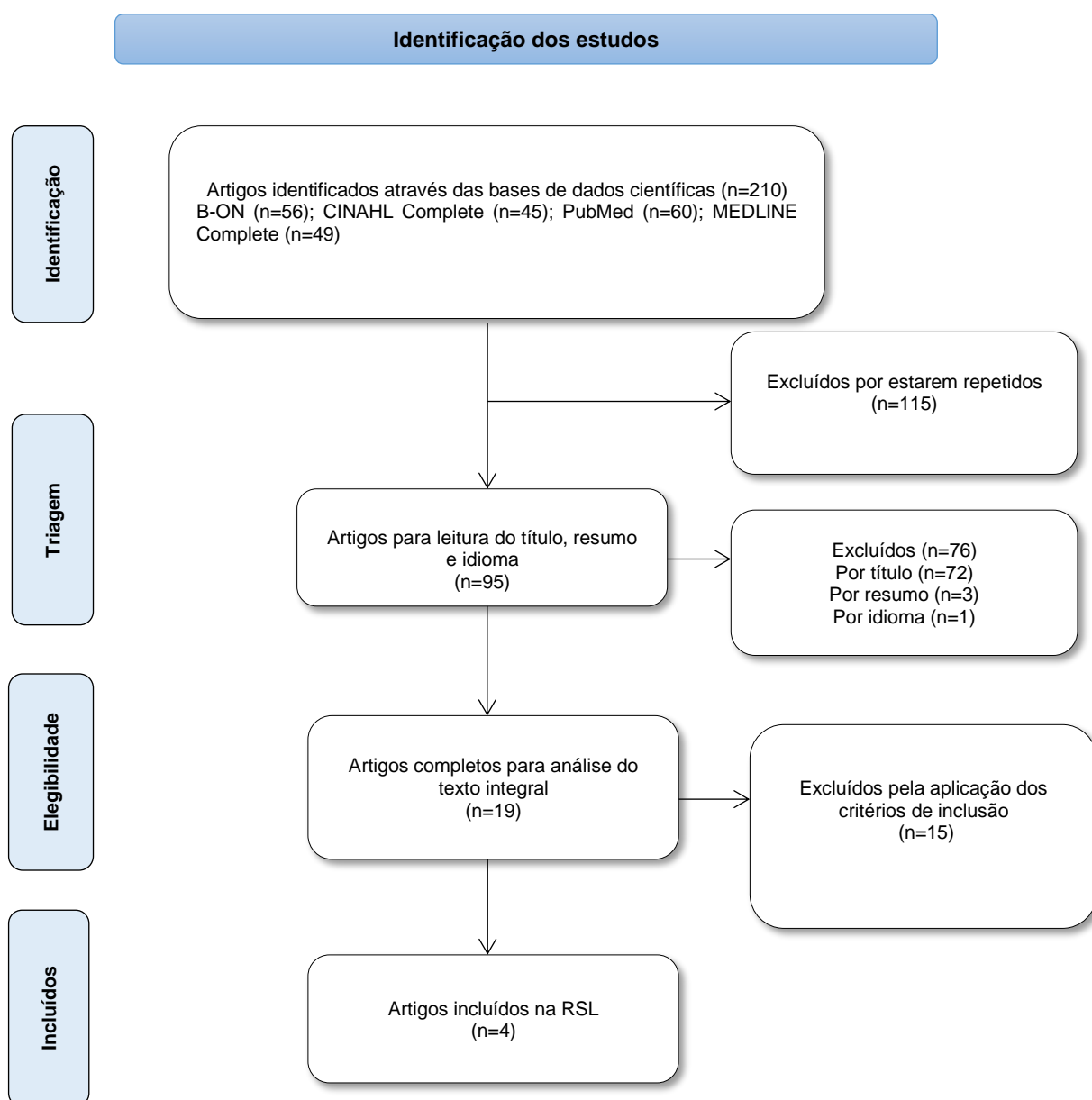
Avaliação da qualidade dos estudos

A avaliação da qualidade dos estudos foi realizada por dois revisores independentes através do instrumento “JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials” tendo por base o tipo de estudo a avaliar (Tufanaru et al., 2020). Após a avaliação crítica, todos os estudos foram incluídos independentemente dos resultados. No entanto, os resultados da avaliação crítica foram considerados na síntese dos dados e relatados sob forma narrativa e tabelar.

Extração e síntese dos dados

Depois da pesquisa nas bases de dados, o total de registos a serem obtidos (N=210) foram exportados para o *software* de gestão de seleção Rayyan, possibilitando, anteriormente à triagem, a eliminação de registos duplicados (n=115), seguindo-se a leitura dos títulos dos artigos e dos resumos por dois revisores independentes, com exclusão de 76

artigos e, por fim, a leitura integral de 19 artigos e averiguar a sua inclusão na revisão, entre os quais se excluíram 15, tendo sido incluídos 4 estudos que deram resposta à questão de pesquisa. Todo este processo está espelhado em fluxograma, consoante as diretrizes do PRISMA (Page et al., 2021).



Fonte: Page et al. (2021)

Apresentação dos resultados

Na tabela seguinte, apresentam-se os resultados das evidências dos estudos incluídos na presente RSL e que deram resposta à questão de investigação.

Tabela 2. Síntese descritiva dos estudos

Identificação	Métodos	Resultados	Conclusões	Qualidade
<p>E1. Monguilhott JJ, Brüggemann OM, Velho MB, Knobel R, Costa R. Massagem perineal pré-natal para prevenção do trauma: piloto de ensaio clínico randomizado. Acta Paul Enferm. 2022; 35:eAPE0381345. DOI http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0381345 Brasil</p>	<p>Tipo de estudo - Estudo piloto de ensaio clínico randomizado</p> <p>Participantes - 153 grávidas, 78 mulheres no grupo de intervenção realizaram a massagem perineal digital e 75 mulheres do grupo controlo receberam os cuidados habituais. A análise do desfecho principal (trauma perineal) e dos desfechos secundários, permaneceram em cada grupo 44 mulheres que tiveram parto vaginal. A intervenção foi realizada pela grávida ou acompanhante de sua escolha, diariamente, a partir de 34 semanas de gestação, por 5 a 10 minutos</p> <p>Objetivos - Avaliar a adesão de grávidas e acompanhantes para a realização da massagem perineal, via digital, a partir das 34 semanas de gestação, durante o processo gravídico e o seu efeito na prevenção do trauma perineal no parto e na redução de morbilidade associada nos 45 e 90 dias pós-parto</p>	<p>A massagem perineal, a partir das 34 semanas de gestão, foi um fator de proteção do trauma perineal no parto eutócico (RR 0,64 IC95%0,41-0,99). O ajuste residual ≥ 2 observado na análise das condições do períneo pós-parto apresentou uma tendência das mulheres do grupo intervenção terem períneo íntegro.</p>	<p>A massagem perineal digital realizada diariamente, a partir de 34 semanas de gestação, foi uma prática muito aceite pelas grávidas e acompanhantes. Apesar de não garantir a proteção total da mulher do trauma perineal, esta prática reduziu o risco de edema 10 dias pós-parto e incontinência de gases 45 dias pós-parto.</p>	<p>Nível de evidência – 3B Grau de recomendação - B Qualidade metodológica JBI – 88% (Score 22/25)</p>

E2. Cabral, A.L., Freitas, S.S. de, Pinto, R.M.C. de, Resende, A.P.M., & Pereira-Baldon, V.S. (2022), Are Perineal Massage and Instrument-Assisted Perineal Stretching With Short Protocol Effective for Increasing Pelvic Floor Muscle Extensibility? A Randomized Controlled Trial, *Physical Therapy*, Vol. 102, 3, p2ab305, <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab305> Brasil

Tipo de estudo: ensaio clínico controlado randomizado.

Participantes: 96 grávidas (18-40 anos de idade), com 34 semanas de gestação foram alocadas em 4 grupos: grupo massagem perineal (PnM) (protocolo PnM por 10 minutos); alongamento perineal assistido por instrumento com um protocolo estático longo por 15 minutos [grupo IStrLS]; grupo PnM + IStrLS (ambas as técnicas aplicadas nos 2 grupos anteriores); e grupo PnM + IStrSR (as mesmas técnicas usadas no grupo PnM + IStrLS, mas com um protocolo curto repetido; 4 séries com duração de 30 segundos cada).

Objetivos: (1) comparar os efeitos da técnica de alongamento perineal assistida por instrumentos com diferentes protocolos de aplicação em combinação com massagem perineal e (2) os efeitos das técnicas isoladas na extensibilidade e força dos músculos do pavimento pélvico.

Foram observadas mudanças diferentes ao longo do tempo entre os grupos ($F_{3,88}=3,212$; $p=0,005$). O teste post hoc de Tukey não mostrou diferenças nas variáveis no início e após 4 sessões entre os grupos. Após 8 sessões, houve um aumento significativo da força da força dos músculos do pavimento pélvico no grupo PnM em comparação com os demais.

Não houve diferenças na via de parto ($p=0,840$) ou no grau de laceração perineal ($p=0,160$) entre os grupos; não foi observado trauma perineal de terceiro ou quarto grau devido a laceração em nenhum dos grupos.

E3. Dieb, A. S., Shoab, A. Y., Nabil, H., Gabr, A., Abdallah, A. A., Shaban, M. M., & Attia, A. H. (2019). Perineal massage and training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*. doi:10.1007/s00192-019-03937-6 Egito

Tipo de estudo: ensaio clínico controlado randomizado.

Participantes: Grupo de intervenção (n=200): instruído a fazer massagem perineal digital e treino dos músculos do pavimento pélvico e recebeu um programa educativo de prevenção de trauma perineal; grupo de controlo (n=200): recebeu apenas o programa educativo de prevenção de trauma perineal.

Objetivo: Avaliar a eficácia da massagem perineal, do treino dos músculos do pavimento pélvico (TMAP) e de um programa educativo de prevenção da disfunção do mesmo em grávidas com idade superior a 35 anos para prevenir a laceração perineal e a episiotomia. A ocorrência de laceração perineal foi registada no momento do parto eutócico, como resultado primário.

No grupo de intenção, ocorreu uma diluição significativa de lacerações perineais, episiotomia e dor no pós-parto, em comparação com o grupo de controlo ($p<0,05$). Os graus de laceração perineal foram maioritariamente de primeiro e segundo graus no grupo experimental em comparação com o grupo de controlo. Foi registada menor necessidade de analgesia durante o internamento no primeiro grupo ($p<0,001$). Em comparação com o grupo de controlo, a massagem perineal pré-natal reduziu o risco de ressecção perineal lateral ($p=0,001$).

Nível de evidência – 3B
Grau de recomendação - B
Qualidade metodológica JBI – 88% (Score 22/25)

Fortes evidências de que a massagem perineal afeta positivamente as variáveis pós-parto e sua eficácia traduziu-se na diminuição do trauma perineal e das taxas de episiotomia. Este estudo piloto mostrou que esse método é capaz de aumentar a extensibilidade dos músculos do pavimento pélvico em primíparas após 8 sessões, devendo ser abordada durante a preparação para o parto e nascimento pelos Enfermeiros Obstetras.

Nível de evidência – 3B
Grau de recomendação - B
Qualidade metodológica JBI – 88% (Score 22/25)

Os Enfermeiros Obstetras devem recomendar a realização de massagem perineal pré-natal, para além da educação para a saúde, para prevenção do trauma perineal no parto eutócico. A massagem perineal reduziu a incidência de rutura perineal, a incidência de episiotomia, bem como reduziu a dor perineal 3 meses pós-parto.

E4. Ugwu, E. O., Iferikigwe, E. S., Obi, S. N., Eleje, G. U., & Ozumba, B. C. (2018). Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 44(7), 1252–1258. doi:10.1111/jog.13640
Nigéria

Tipo de estudo: Ensaio controlado randomizado

Participantes: 108 primigestas, entre 34^a-36^a semanas de gestação (média de idade 28,02±4,35)

Grupo experimental: (n=53 com massagem perineal;

Grupo de controlo: (n= 55) sem massagem perineal

Objetivo: Avaliar a eficácia da massagem perineal pré-natal na redução do trauma perineal e das morbilidades pós-parto.

As mulheres que com massagem perineal pré-natal tiveram probabilidade significativamente maior de ter um períneo intacto após o parto (27/53 (50,9%) vs 16/55 (29,1%); FR: 1,75; IC 95%: 1,07-2,86; p=0,02). Não houve diferença significativa entre os dois grupos quanto à incidência de laceração perineal. A incidência de episiotomia foi menor no grupo de intervenção (20/53 (37,7%) versus 32/55 (58,2%); RR: 0,65; IC 95%: 0,43-0,98; p=0,03). Todavia, as incidências de rutura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro e asfixia ao nascer foram semelhantes entre os dois grupos (p> 0,05)

A massagem perineal pré-natal reduz a incidência de episiotomia e aumenta a incidência de mulheres com um períneo intacto após o parto eutócico. Reduz o risco de complicações maternas ou neonatais. Por conseguinte, as mulheres devem ser aconselhadas pelos Enfermeiros Obstetras sobre os prováveis benefícios e devem-lhes oferecer informações concretas durante a preparação para o parto e nascimento. Os Enfermeiros Obstetras devem considerar a técnica como rotina de cuidados pré-natais, de modo a reduzir a incidência de traumatismo perineal no parto eutócico.

Nível de evidência – 3B
Grau de recomendação - B
Qualidade metodológica JBI – 88% (Score 22/25)

4. DISCUSSÃO

A lesão perineal, que se refere à lesão que ocorre na área genital associada à laceração durante o parto, tem uma elevada incidência de 30-85% no parto eutócico. Pode causar dor perineal, dificuldade nas relações sexuais, incontinência urinária e outras complicações que têm grande impacto na saúde física e mental da gestante.

Embora a incisão perineal seja muitas vezes oferecida preventivamente para evitar lesões mais significativas no períneo, as evidências que sustentam a sua eficácia são ainda reduzidas. Por outro lado, a utilidade da incisão perineal também é limitada pelas potenciais complicações associadas a este método, havendo também implicações do foro psicológico, contribuindo por exemplo para a diminuição do desejo sexual e da autoestima da mulher. Atualmente, a incisão perineal de rotina já não é recomendada (Chen et al., 2022). Assim, este estudo permitiu reunir, analisar e sintetizar sistematicamente evidências científicas recentes (2018-2024) sobre a influência da massagem perineal realizada a partir das 34 semanas de gestação, para a prevenção do trauma perineal no parto eutócico.

Pesquisámos em quatro bases de dados diferentes, desde 2018 a 2023, os ensaios disponíveis. Incluíram-se ensaios clínicos controlados randomizados que avaliaram o efeito da massagem perineal pré-natal (grupo de intervenção) *versus* grupo controlo (sem massagem perineal pré-natal) em grávidas a partir das 34 semanas de gestação. As grávidas que realizaram massagem perineal pré-natal tiveram uma incidência significativamente mais baixa de incidência de episiotomias e de lacerações perineais, particularmente o risco de lacerações perineais de terceiro e quarto grau. Uma melhor cicatrização da ferida e menos dor perineal foram evidentes no grupo da massagem perineal pré-natal. A massagem perineal pré-natal está associada a um menor risco de traumatismo perineal grave e de complicações pós-parto (Monguilhott et al., 2022; E1; Cabral et al., 2022 E2; Dieb et al., 2022 E3; Ugwu et al., 2018 E4). Estes resultados são concordantes com outras RSL, cujas evidências mostram que a massagem perineal a partir das 34 semanas de gestação é uma modalidade de tratamento bem conhecida, estimula as terminações nervosas na pele, melhora a pele, a circulação sanguínea perineal, a elasticidade e a ductilidade do tecido perineal, alarga a abertura vaginal, reduz a probabilidade de incisão perineal e reduz a laceração perineal. Além disso, facilita o parto eutócico e reduz o risco de lesão perineal ao estimular a cabeça da criança durante o parto (Abdelhakim et al., 2020).

Estes resultados devem-se ao facto de a massagem ser uma técnica terapêutica histórica que aumenta o relaxamento dos músculos e a vasodilatação dos vasos

sanguíneos. A massagem perineal pré-natal é uma técnica que pode ser realizada por mulheres grávidas ou pelos seus companheiros entre 4 a 6 semanas antes do parto (Ibrahim, 2018). Postula-se que aumenta o fluxo sanguíneo para o períneo, melhorando a circulação e estica os tecidos para alargar a abertura vaginal para a passagem do bebé. Além disso, imita o efeito da cabeça da criança durante o parto, facilitando, assim, o trabalho de parto eutócico (Saccone et al., 2017).

O trauma perineal durante o parto pode afetar as parturientes com diferentes morbidades, como dor e problemas a longo prazo. Por isso, têm sido sugeridas diferentes técnicas para reduzir o trauma perineal e a duração do trabalho de parto para melhorar os resultados obstétricos (Ciardulli et al., 2017; Abdelhakim et al., 2020), e esta RSL demonstrou tais benefícios na redução da duração do trabalho e do risco de traumatismo perineal com a massagem perineal pré-natal. A redução das lacerações perineais tem sido considerada muito importante para melhorar a saúde da mulher pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists'* (2016) e pela OMS (2018), e o presente estudo confirma que a massagem perineal pré-natal a partir das 34 semanas de gestação previne significativamente as lacerações perineais de terceiro e quarto graus, que estão associadas à maior morbidade.

No estudo de Cabral et al. (2022, E2), a combinação de técnicas de massagem perineal e de alongamento perineal assistido por instrumentos com um protocolo curto e repetido de curta duração conduziu a melhores resultados de extensibilidade dos músculos do assoalhado pélvico do que a aplicação das técnicas isoladamente em mulheres grávidas. De acordo com os mesmos autores, o parto eutócico é um fator de risco para o trauma perineal nos músculos do assoalho pélvico, pois esses músculos sofrem um estiramento intenso (aproximadamente 2,5 vezes o seu tamanho original) durante a fase de expulsão e precisam de se esticar em resposta a esses estímulos. Nessa região podem surgir lesões e levar a alterações morfológicas em casos de extensibilidade insuficiente dos músculos do assoalho pélvico. Segundo Zanetti et al. (2015), a extensibilidade dos músculos do assoalho pélvico em circunferência do dilatador vaginal $>20,8$ cm é um preditor de integridade perineal em mulheres em trabalho de parto. No estudo de Cabral et al. (2022, E2), as grávidas foram instruídas a realizar as técnicas em cursos de preparação para o parto e nascimento ministrados por um Enfermeiro Obstetra. Deve ter-se em consideração que as grávidas que realizam os métodos sem supervisão não podem ter a certeza se estão a executar a técnica corretamente ou se a executam com a regularidade e o tempo indicados pelos Enfermeiros Obstetras. Assim, este profissional de saúde, com conhecimentos sobre a anatomia e a função dos músculos do assoalho pélvico, pode garantir, num acompanhamento, que a grávida está a realizar a técnica corretamente. Importa referir que,

segundo Cabral et al. (2022, E2), o seu estudo foi pioneiro, pois analisou os efeitos de intervenções combinadas e com realização de alongamento perineal assistido por instrumentos para um determinado tempo e número de repetições, recomendados para o alongamento de outros músculos.

Em suma, todos os estudos analisados nesta RSL mostram que a massagem perineal pré-natal está relacionada com a proteção da integridade do períneo, podendo reduzir o número e a gravidade das lacerações. A partir da 34.^a semana de gestação, a massagem perineal é efetuada pela mulher grávida ou pelo seu companheiro durante 4 minutos 3-4 vezes por semana ou 10 minutos uma vez por semana. Esta massagem ajuda a aumentar a elasticidade e a reduzir o risco de traumatismo perineal, episiotomia ou lacerações espontâneas. Também ajuda a preparar a grávida face à sensação de ardor perineal e à dor durante o trabalho de parto, o que corrobora evidências anteriores (Dönmez & Kavlak, 2015; Masoumi et al., 2016; Betrán et al., 2016). Neste sentido, refira-se que Dieb et al. (2020, E3) constaram que a avaliação verbal da dor durante as primeiras 24 horas denotou uma dor mais ligeira no grupo de intervenção do que no grupo de controlo, enquanto nos 15 dias seguintes, não foi referida qualquer dor em 92,5% e 86% dos grupos de intervenção e de controlo, respetivamente. Este resultado é consistente com a base de dados Cochrane sobre gravidez e parto sobre a massagem perineal no período pré-natal (Beckmann & Stock, 2013). De igual modo, no estudo de Donmez et al. (2015), verificou-se que a massagem perineal pré-natal reduziu a dor perineal durante as primeiras 24 horas e 15 dias após o parto vaginal.

No estudo de Ugwu et al. (2018, E4), o grupo de intervenção realizou a primeira massagem perineal pré-natal sob supervisão de um Enfermeiro Obstetra, sendo posteriormente solicitado à própria grávida ou ao seu companheiro que mantivesse a intervenção diariamente. O procedimento deveria ser realizado com lubrificante, inserindo o polegar e o dedo indicador 3 a 5 cm dentro da vagina deslizando para baixo e para os lados até a sensação de queimação, formigamento ou ardor, em seguida deveria tracionar com o polegar o seu períneo até que a área pareça dormente. Além disso, foi solicitado que mantivessem os registos diários da realização da massagem perineal pré-natal, o protocolo foi reforçado nas consultas pré-natais e as participantes foram contactadas, via telefone, com intervalo de uma semana para incentivar a adesão. As grávidas realizaram a técnica por um tempo de 10 minutos diários a partir das 34.^a ou 36.^a semanas de gestação até ao parto. De igual modo, os resultados deste estudo demonstraram que a massagem perineal pré-natal pode prevenir o trauma perineal durante o trabalho de parto, diminuindo a incidência de episiotomia em mulheres nulíparas. A incidência de episiotomia no grupo de massagem perineal pré-natal foi significativamente menor do que a incidência no grupo de

controle. Esta redução significativa da taxa de episiotomia pode provavelmente reduzir a dor materna pós-parto e, assim, melhorar a ligação materna com os recém-nascidos, também mostra que a necessidade de analgesia pós-parto diminuiu (Ugwu et al., 2018, E4).

Neste sentido, o EEESMO tem competências para apoiar a grávida e o seu companheiro num período de transição tão importante das suas vidas, o caminhar em direção à parentalidade, sendo indispensável que o processo gravídico, o parto e pós-parto sejam vivenciados como momentos de positividade. Como tal, a Teoria das Transições de Meleis, que aborda um problema central na enfermagem, em que a pessoa é, às vezes, descontextualizada em muitos momentos da prestação de cuidados, pode ser um guia para o EEESMO poder apoiar a mulher/grávida/casal em transições salutares. É que a racionalidade técnica centra-se normalmente em momentos congelados no tempo e produz um presentismo não planeado, ignorando as mudanças na situação e ao longo do tempo. Assim, esta teoria oferece uma abordagem corretiva que pode enriquecer a nossa compreensão do desenvolvimento, da formação, bem como das respostas stressantes às mudanças previsíveis e imprevisíveis da vida da grávida/casal. A enfermagem preocupa-se com o crescimento e o desenvolvimento, a promoção da saúde, a capacidade de lidar com as exigências da experiência humana de doença e recuperação. A Teoria das Transições de Meleis introduz uma visão mais alargada da racionalidade que inclui as relações, a mudança ao longo do tempo e a pessoa em situações e contextos específicos. Parir; tornar-se pai ou mãe; crescer; lidar com situações complexas; recuperação das mesmas; mudanças na estrutura familiar, entre outras (Meleis et al., 2000). Tudo isto exige o estudo da grávida nas suas relações sociais, no seu contexto e na sua experiência de transição para novos entendimentos de si própria e novos mundos de vida, como a parentalidade.

Como implicações para a prática de cuidados especializados autónomos e interdependentes, este estudo veio reforçar que se deve proporcionar às grávidas os benefícios de realizarem massagem perineal pré-natal, uma vez que esta prática reduz a incidência de episiotomias e de lacerações perineais, particularmente o risco de lacerações perineais de terceiro e quarto grau, bem como contribui para uma melhor recuperação pós-parto, diminuindo o risco de complicações do mesmo e uma melhor adaptação à parentalidade. A introdução desta temática durante a gravidez, nomeadamente nos programas de preparação para o parto e para a parentalidade, deve ser realizada de forma consistente, objetiva e rotineira pelo EEESMO, uma vez que estando associada a um menor risco de traumatismo perineal, conseqüentemente está ligada à concretização das expectativas idealizadas pela mulher/casal, proporcionando experiências de partos mais positivas.

CONCLUSÃO

As evidências dos estudos mostram que a massagem perineal pré-natal reduz a necessidade de episiotomia e a probabilidade de lacerações perineais, principalmente de terceiro e quarto graus. A massagem perineal melhora a elasticidade dos tecidos e aumenta a flexibilidade perineal durante o parto, contribuindo desta forma para a diminuição da taxa de incidência de trauma perineal durante o parto eutócico. A melhoria da integridade perineal, no parto eutócico, resultante da massagem perineal realizada pelas grávidas durante o período pré-natal, contribuiu ainda para uma melhor recuperação pós-parto e melhor adaptação à parentalidade, influenciada por um menor nível de dor sentido pelas puérperas.

Os vários estudos analisados confirmam a capacitação da mulher e/ou do seu companheiro na realização da massagem perineal durante a gravidez como estratégia de prevenção do trauma perineal. Por conseguinte, as grávidas devem ser informadas dos benefícios desta técnica e devem receber informações sobre a melhor forma de a efetuar.

O trauma perineal e a manutenção da integridade do períneo durante o parto é um tema delicado, pelo que cabe ao EEESMO debruçar-se sobre esta técnica e muitas mais que possam existir, de forma a poder fazer recomendações baseadas na evidência científica e a ajustar a sua prática clínica obstétrica.

Assim, compreende-se a relevância desta temática, devendo ser considerada uma rotina nos cuidados pré-natais para reduzir a incidência de traumatismo perineal e proporcionar experiências de parto positivas.

Apesar do desenho aleatório randomizado dos quatro estudos que integram esta RSL, houve algumas limitações. A massagem perineal pré-natal é um procedimento cego e, portanto, o nível em que o dedo é introduzido na vagina não pôde ser padronizado, apesar das especificações, tal facto pode ter afetado os resultados obtidos. Para além disso, como a massagem foi realizada em casa, a consistência e o tempo de duração de realização da técnica podem não ter sido as desejadas. As frequências muito pequenas e os intervalos de confiança alargados obtidos em algumas das medidas de resultado de interesse nos estudos sugerem que uma dimensão de amostras maiores poderia ter melhorado a precisão e a validade externa dos seus resultados. Todavia, a importância deste estudo reside no facto de ser robusto, pois contou com estudos controlados randomizados de natureza prospetiva, com reduzida probabilidade de enviesamento. Desta forma, conclui-se que foi

possível dar resposta à nossa questão de investigação definida, mas ainda assim, faz-se referência à necessidade da realização de mais estudos e mais completos e específicos sobre a massagem perineal na gravidez, nomeadamente de ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais retrospectivos e estudos qualitativos que explorem as experiências das parturientes e as consequências clínicas.

Atualmente, cada vez mais as mulheres/casais procuram informação pertinente e fidedigna em relação à maternidade, e a forma como manter a integridade perineal é um assunto frequentemente abordado. Desta forma, compete ao EEESMO criar uma relação terapêutica com a mulher de forma a dar a resposta mais adequada às necessidades e desejos da mulher/casal, ensinando, instruindo e conseqüentemente, empoderando os indivíduos para este processo de transição para a parentalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelhakim, A. M., Eldesouky, E., Elmagd, I. A., Mohammed, A., Farag, E. A., Mohammed, A. E., ... Abdel-Latif, A. A. (2020). *Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. International Urogynecology Journal, 31(9), 1735–1745.* doi:10.1007/s00192-020-04302-8
- ACOG Practice Bulletin No. 198. Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol* 132 (2018): e87-e102.
- Alvarenga, A.,N., Visgueira, C.,L. & Araújo, R.,V. (2021). A vivência da mulher no período do climatério: revisão integrativa. *Research, Society and Development, 10, nº13.* ISSN 2525-3409. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21093>
- Álvarez-González, M., Leirós-Rodríguez, R., Álvarez-Barrio, L., & López-Rodríguez, A. F. (2022). Perineal Massage during Pregnancy for the Prevention of Postpartum Urinary Incontinence: Controlled Clinical Trial. *Medicina, 58(10), 1485.* MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/medicina58101485>
- Alves, I., D., O., L., Freitas, A., P., B., Abreu, A., C., O., Coêlho, M., B., & Peres, T., C. (2017). Abortamento Espontâneo: Vivência e Significado em Psicologia Hospitalar. *Revista Científica Semana Acadêmica, 105, ano MMXVII, 17 mar.* <https://semanaacademica.org.br/artigo/abortamento-espontaneo-vivencia-e-significado-em-psicologia-hospitala>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Practice Bulletin number 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics & Gynecology, 128 (1), 1-15.* doi: 10.1097/AOG.0000000000001523
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion summary no. 687: approaches to limit intervention during labor and birth. 2017. https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth?utm_source=redirect&utm_medium=web&utm_campaign=otn.
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice bulletin no. 165: prevention and Management of Obstetric Lacerations at vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2016;128:e1–e15.

- Aquino C. I., Guida M., Saccone G., et al. Perineal massage during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* . 2020;33(6):1051–1063. doi: 10.1080/14767058.2018.1512574.
- Areia, A., Almeida, M., Braga, A., Pereira, N., Macedo, C., & Nogueira-Silva, C. (2018). Corticoterapia para maturação pulmonar fetal. Normas de Orientação Clínica. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal, 12(4), 311–313.
- Ayres, L.F.A., Cnossen, R., E., Passos, C.,M., Lima, V.,D., Prado, M.,R.,M.,C. & Beirigo, B.,A. (2021). Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. Esc. Anna. Nery 25 (2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0116>
- Barradas, A., Torgal, A., Gaudêncio, A., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., Santos, E., Salgueiro, E., Varela, J., Leite, L., Fernandes, M., Ferreira, M., Rodrigues, S., Santos, S., Rocha, V. & Varela, V. (2015). Livro de Bolso – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia / Parteiras. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Baseggio, D.,B., Dias, M.,P.,S., Brusque, S.,R., Donelli, T.,M.,S. & Mendes, P. (2017). Vivências de Mães e Bebês Prematuros durante a Internação Neonatal. Trends in Psychology / Temas em Psicologia – Vol. 25, nº 1, 153-167. DOI: 10.9788/TP2017.1-10
- Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2013). *Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd00512
- Belihu F. B., Small R., Davey M.-A. Episiotomy and severe perineal trauma among Eastern African immigrant women giving birth in public maternity care: a population based study in Victoria, Australia. *Women and Birth* . 2017;30(4):282–290. doi: 10.1016/j.wombi.2016.11.008.
- Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2): e0148343.
- Bigelow AE, Power M. Mother-Infant Skin-to-Skin Contact: Short- and Long-Term Effects for Mothers and Their Children Born Full-Term. *Front Psychol*. 2020 Aug 28;11:1921. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01921.

- Borer, H., Dubovi, I. Fostering childbirth education on upright positions and mobility during labor in nulliparous women. *BMC Pregnancy Childbirth* 23, 870 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06166-4>
- Broca, P. V., & Ferreira, M. de A. (2014). A Equipe de Enfermagem e a comunicação não verbal. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 18(3), 697–702. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140051>
- Carvalho, N., S., Silva, R., J., C., Val, I., C., Bazzo, M., L., & Silveira, M., F. (2021). Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo papilomavírus humano (HPV). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30(esp1), e2020790. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/s1679-4974202100014.esp1>
- Cerejeira, I., Cardoso, A., & Portugal, J. (2022). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Saúde Materna e Obstétrica. Em Ordem dos Enfermeiros. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/padr-es-de-qualidade-mceesmo/full-view.html>
- Cetin, F., & Birge, Ö. (2023). Squamous Cell Carcinoma of the Vagina. *IntechOpen*. doi: 10.5772/intechopen.102514
- Chen Q, Qiu X, Fu A, Han Y. Effect of Prenatal Perineal Massage on Postpartum Perineal Injury and Postpartum Complications: A Meta-Analysis. *Comput Math Methods Med*. 2022 Jul 14;2022:3315638. doi: 10.1155/2022/3315638.
- Choudhary, A., & Tanwa, M. (2019). Partogram and its relevance in modern obstetrics. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 8 (4), 1500-1504. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20191207
- Ciardulli A, Saccone G, Anastasio H, Berghella V. Less-restrictive food intake during labor in low-risk singleton pregnancies: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2017;129:473– 80.
- Circular Normativa DGS nº 22/DSCS/DPCD. Programa Nacional de Vacinação (PNV) Introdução da vacina contra infecções por Vírus do Papiloma Humano
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*.
- Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés. (2018). Dez medidas para ser considerado um Hospital Amigo dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/3315/iab-10-medidas-hospitais-2018-02-16.pdf>

- Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés. (2019). Entidades Amigas dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/2323/lista-entidades-amigas-dos-bebes-2019-01-23.pdf>
- Consensos da Secção Portuguesa de Neonatologia. (2016). Consenso Clínico “Limite da Viabilidade”. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Viabilidade.pdf>
- Cunha, M., & Santos, E. (2021). *Revisão sistemática da literatura com meta-análise: um guia prático para iniciantes*. Lisboa, Porto, Viseu Aveiro: Edições Esgotadas.
- Dani C, Ciarcia M, Barone V, Di Tommaso M, Mecacci F, Pasquini L, Pratesi S. Neonatal Outcomes of Term Infants Born with Meconium-Stained Amniotic Fluid. *Children* (Basel). 2023 Apr 26;10(5):780. doi: 10.3390/children10050780.
- Davim R M, Torres G V, Dantas J C, Melo E S, Paiva C P, Vieira D. [Showering as a non-pharmacological strategy to relief the parturients pain] *Rev Eletrônica Enferm*. 2008;10(03):600–609. doi: 10.5216/ree.v10.46588.
- Demirel G, Golbasi Z. Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 131 (2015): 183-186.
- DGS. (2008). Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar.
- DGS. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.
- DGS. (2019). Programas de Saúde Prioritários Metas de Saúde 2020.
- DGS. (2020). Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e cursos de
- Diário da República, 2.^a série, N.º 85 de 3 de Maio de 2019. Regulamento n.º391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Dieb A. S., Shoab A. Y., Hala N., et al. Perineal massage and training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal* . 2020;31(3):613–619. doi: 10.1007/s00192-019-03937-6.
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Stages for Undertaking a Systematic Review. *Acta Med Port* [Internet]. 2019 Mar. 29 6];32(3):227-35. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/11923>
- Dönmez S, Kavlak O. Effects of prenatal perineal massage and Kegel exercises on the integrity of postnatal perine. *Health*. 2015;7(04):495.

- Graça, L. M. (2018). *Medicina Materno-fetal* (5ª Ed.). Lidel.
- Guia Orientador dos Estágios do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (CMESMOG). (2023). Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu
- Guimarães, M., Gouveia, A., & Pereira, J. (2014). Tocólise. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (30/83-84). 3ª ed. Lisboa: Lidel.
- Hage-Fransen, M.A.; Wiezer, M.; Otto, A.; Wieffer-Platvoet, M.S.; Slotman, M.H.; Nijhuis, M.W.G.; Pool-Goudzwaard, A.L. Pregnancy-and obstetric-related risk factors for urinary incontinence, fecal incontinence, or pelvic organ prolapse later in life: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2021, 100, 373–382.
- Ibrahim Elsebeiy F. Comparison of the effects of prenatal perineal massage versus Kegel exercise on labor outcome. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 2018;7:43–53.
- ICM competencies Wyatt. (2019). *Essential Competencies*. Em *People & Strategy* (Vol. 32, Número 2).
<http://w3.bgu.ac.il/lib/customproxy.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=43594828&site=eds-live&auth-type=ip,uid&custid=s4309548&groupid=main&profile=eds>
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;8:CD003934.
- Leirós-Rodríguez, R.; Romo-Pérez, V.; García-Soidán, J. Prevalence of urinary incontinence and its relation with sedentarism in Spain. *Act. Urol. Esp.* 2017, 41, 624–630
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012) *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés.
<https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Li, N., Shen, C., Wang, R., & Chu, Z. (2023). The real experience with women's hysterectomy: A meta-synthesis of qualitative research evidence. *Nursing Open*; 10, 435–449. DOI: 10.1002/nop2.1348
- Lopes, M.F., Coutinho, E.C., Santos, M.J., Ferreira, M., & Dias, H. (2021). Efeitos da massagem perineal durante o trabalho de parto. *International Journal of*

Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología, Nº1 - Volumen 2, 2021. ISSN: 0214-9877. pp:509-520

- Lucena da Silva M, Andressa Bastos Primo de Sousa Santos T, Wane Carvalho Leite L, Emanuel Chaves da Silva C, Oliveira do Nascimento A, Teixeira Alves A, Driusso P, da Costa Cunha K. The effectiveness of interventions in the prevention of perineal trauma in parturients: A systematic review with meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2023 Apr;283:100-111. doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.02.008.
- Mariano, M., M., Moreira, B., A., M., B. & Costa, V., H., C. (2022). Cardiotocografia intraparto: Sua importância e repercussões. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 16, e78111637627, 2022 (CC BY 4.0). ISSN 2525-3409. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i16.37627>
- Marín, Gabriel, M., Martín, L., Escobar, A., Villalba, E., Blanco, R. & Pol, P. (2010). *Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. Acta Paediatrica*, pp. 1630-1634
- Masoumi SZ, Kazemi F, Oshvandi K, Jalali M, EsmaeiliVardanjani A, Rafiei H. Effect of training preparation for childbirth on fear of normal vaginal delivery and choosing the type of delivery among pregnant women in Hamadan, Iran: a randomized controlled trial. *J Family Reprod Health.* 2016;10(3):115.
- Matos, T.,A., Souza, M.,S., Santos, E.,K.,A., Velho, M.,B., Seibert, E.,R.,C. & Martins, N.,M. (2010). Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 63 (6). <https://doi.org/10.1590/S003471672010000600020>
- Medeiros, R., M., K., Figueiredo, G., Correa, A., C., P. & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Mendes, M.,G. (2012) Organização dos cuidados e a parceria com os pais em pediatria. Escola Superior da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/1822/19940>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A., & PRISMA-P Group (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*, 4(1), 1. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>

- Monguilhott JJ, Brüggemann OM, Velho MB, Knobel R, Costa R. Massagem perineal pré-natal para prevenção do trauma: piloto de ensaio clínico randomizado. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE0381345.
- Nelas, J.,C., Melo, E.,C.,O.,T.,D., Reis, G.,M.,R., Apóstolo, J.,M.,A., Carvalho, L.,M.,F.,M. & Silva, L.,D. (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-26-4
- Nené, M., Marques, R. & Batista, M., A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.* Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Nikmah, K. Riski, A. & Erisnawati, A. (2022). Effectiveness of Perineum Massage in Primigravida Pregnant Women on Perineum Rupture in Materials. *Jornal of Health Science*; Vol. 15, 1, 9-14. E-ISSN: 2477-3948
- Nori W, Kassim MAK, Helmi ZR, Pantazi AC, Brezeanu D, Brezeanu AM, Penciu RC, Serbanescu L. Non-Pharmacological Pain Management in Labor: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine.* 2023; 12(23):7203. <https://doi.org/10.3390/jcm12237203>
- Norma DGS nº 016/2014. Programa Nacional de Vacinação - Alteração do esquema da vacina contra infeções por vírus do Papiloma humano (HPV)
- Norma DGS nº 018/2020. Programa Nacional de Vacinação 2020
- Nupur Hajela, Kari Anne Turner, Jennifer Roos, Monica Rivera. Effectiveness of Prenatal Perineal Massage in Reducing the Risk of Perineal Trauma during Vaginal Delivery in Nulliparous Women: A Meta-Analysis and Evidence Based Review. *Journal of Women's Health and Development* 4 (2021): 136-150.
- OE & APEO. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf
- Oliveira, M., T., S., Oliveira, C., N., T., Marques, L., M., Souza, C., L. & Oliveira, M., V. (2020). Fatores associados ao aborto espontâneo: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife,* 20 (2): 373-384. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200003>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Parecer N.o 275/2010 - Realização de cardiocografia.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 391/2019 Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e

obstétrica. *Diário da República*, 2.^a série, nº 85, 13560-13565.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>

Organização Mundial da Saúde (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

Organização Mundial de Saúde. 2022. *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva : sumário executivo*. ISBN 978-92-4-004851-5

Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Paiva, T.G.S, Leal, M.S.M., Silva, V.V. da., & Silva, Y.M.R.S. (2023). O papel do acompanhante no trabalho de parto. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 5, e9712541547, 2023 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i5.41547>

Pascoal, I., F. (2002). Hipertensão e gravidez. *Rev Bras Hipertens* vol 9: 256-261

Pereira, R., P., G., Cardoso, M., J., S., P., O. & Martins, M., A., C., S., C. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, III(7), 55-62.

Pereira, T.,S., Silva, P.,F., Pacheco, S.,T.,A., Marta, C.,B., Silva, L.,J. & Araújo, B.,B.,M. (2022). Métodos não farmacológicos no alívio da dor em neonatos prematuros. *Glob Acad Nurs*; v. 3 n. Sup.3. ISSN 2675-5602 DOI 10.5935/2675-5602

Pilio, T., P., S., Hoffmann, A., C., Camargos, A., R., Silveira, A., P., O., Borges, A., T., S., R., Oliveira, A., V., O., B., Dias, B., L., Fernandes, B., Fonseca, M., A., L., S. & Godoy, J., T. (2021). Cerclagem uterina: técnica, eficácia, indicações - Revisão narrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v.4, n.2, p. 4647-4660. ISSN: 2595-6825. DOI:10.34119/bjhrv4n2-052

- Ribeiro, G. G., & Sousa, P. C. P. (2010). Diretrizes Assistenciais da Cardiotocografia. Maternidade –Escola Assis Chatobriand, Versão eletrônica atualizada em maio de 2010.
- Saccone G, Ciardulli A, Baxter JK, et al. Discontinuing oxytocin infusion in the active phase of labor: a systematic review and metaanalysis. *Obstet Gynecol.* 2017;130:1090–6.
- Santo, S. (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto – resumo do novo consenso da FIGO de 2015. *Acta Obstet Ginecol Port*, 10(1), 8–11. http://www.fspog.com/fotos/editor2/04_012016--ao_16-00012.pdf
- Santos, E., Cardoso, D., & Apóstolo, J. (2022). Como medir e explorar a heterogeneidade de uma meta-análise: Estratégias metodológicas fundamentais. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21077. <https://doi.org/10.12707/RV210077>
- Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C., F. (2020). Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Shahoei R, Zaheri F, Nasab L, et al. The effect of perineal massage during the second stage of birth on nulliparous women perineal: A randomization clinical trial. *Electronic Physician* 9 (2017): 5588-5595.
- Shoko T., Shigeko H. Randomised controlled trial using smartphone website vs leaflet to support antenatal perineal massage practice for pregnant women. *Women Birth* . 2016;29(5):430–435. doi: 10.1016/j.wombi.2016.01.010.
- Silva CBO, Rodrigues KMD, Zoldan C, Nomura RMY, Araujo Júnior E, Peixoto AB. Nonpharmacological Methods to Reduce Pain During Active Labor in A Real-life Setting. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2023 Jan;45(1):3-10. doi: 10.1055/s-0042-1759629. Epub 2023 Mar 6. PMID: 36878247
- Smith C A, Levett K M, Collins C T, Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(02):CD009290. doi: 10.1002/14651858.CD009290.pub2.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2021). Consenso Nacional sobre Menopausa. ISBN 978-989-53489-1-6
- Souza, D., A. & Costa, M., O. (2021). O papel do enfermeiro na prevenção do câncer no colo de útero. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 13. ISSN 2525-3409. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21040>
- Thomas, T., & Mathias, A. (2015). A Quasi Experimental Study on The Prevention of Perineal Trauma by Perineal Massage Among Multigravid Women in A Selected

Hospital at Mangalore. Indian Journal of Research, 4 (5), 495-496. Recuperado de https://www.worldwidejournals.com/paripex/recent_issues_pdf/2015/May/May_2015_1432185794__165.pdf

Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp, L. (2020). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z., editors. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-03>

Ugwu, E. O., Iferikigwe, E. S., Obi, S. N., Eleje, G. U., & Ozumba, B. C. (2018). Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: A randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 44 (7), 1252-1258. doi: 10.1111/jog.13640

World Health Organization and UNICEF. (2003). *Global strategy for infants and young child feeding*. Geneva: World Health Organization

World Health Organization. *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>

Zanetti MRD, Petricelli CD, Alexandre SM, Paschoal A, Araujo Júnior E, Nakamura MU. Determination of a cutoff value for pelvic floor distensibility using the epi-no balloon to predict perineal integrity in vaginal delivery: ROC curve analysis. Prospective observational single cohort study. *Sao Paulo Med J*. 2015;134: 97–102.

ANEXOS

Anexo I

Sessão Prática – Programa de Preparação para o Parto e para a Parentalidade

“Dor em Trabalho de Parto – Medidas Não Farmacológicas para alívio da dor em TP”

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ARSC
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO-L

UCC
AVEIRO

Publicidade da Saúde
Unidade Operativa de Saúde da Várzea

BEM-VINDOS!



Programa de Preparação para o Parto e para a Parentalidade
Autor: Patrícia Martins

Dor em Trabalho de Parto

Medidas Não Farmacológicas para alívio da dor em TP

Sessão Prática de Preparação para o Parto e Parentalidade



GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ARSC
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO-L

UCC
AVEIRO

Publicidade da Saúde
Unidade Operativa de Saúde da Várzea

O que é o Trabalho de Parto?

Processo **fisiológico** onde acontece a expulsão:

- Feto;
- Cordão umbilical;
- Placenta;
- Membranas placentárias;
- Líquido amniótico.



•Ocorre geralmente **entre as 37 e 42 semanas de gestação**.

Já estou em Trabalho de Parto?

• Sinais e Sintomas antes do início do TP

Sensação de queda do abdómen 2 a 3 semanas antes do parto

Aparecimento de contrações irregulares e de pouca intensidade

Perda do rolhão mucoso

Rotura espontânea da bolsa de águas (RPM)

Aumento da secreção vaginal

Lombálgias persistentes

Já estou em Trabalho de Parto?

Sinais e Sintomas no início do TP

- Contrações uterinas regular e rítmica;
- Contrações mais dolorosas;
- Percepção da dor intermitente na região lombar e/ou abdominopélvica;
- À palpação o abdómen está mais duro;
- Dilatação e apagamento do colo (observação feita por profissionais de saúde).



O que pode influenciar o meu Trabalho de Parto?

- ✓ A resposta psicológica (RELAXAMENTO);
- ✓ As forças (contrações voluntárias e involuntárias);
- ✓ O Trajeto (canal de parto);
- ✓ O produto (feto e placenta);
- ✓ A posição da parturiente (POSTURA CORPORAL).

Capacidade de RELAXAR, ficar ZEN...



O objetivo é aprender a relaxar os músculos que não estão envolvidos no parto, enquanto o útero contrai.



Capacidade de auto-controlo



Diminuição da dor

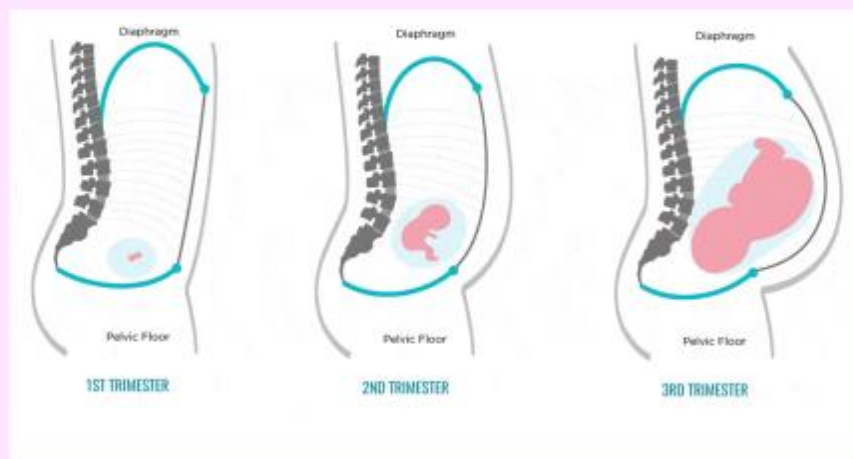
Contrações Uterinas



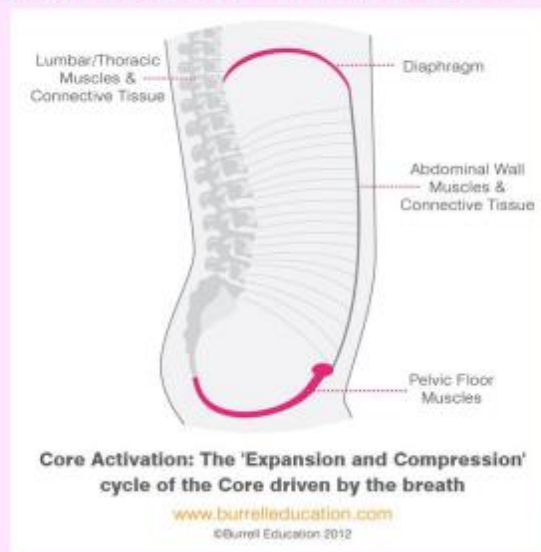
E ainda contribui,

- Saída da placenta e anexos;
- Fazer hemóstase.

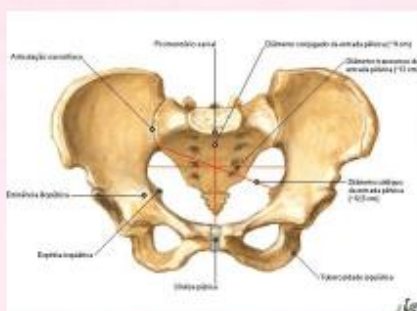
Importância dos músculos “CORE”



Importância dos músculos “CORE”



Mobilidade da bacia



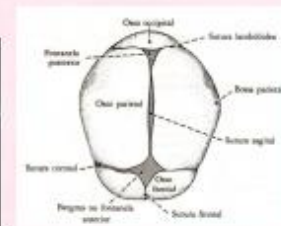
RELAXINA

Facilita a mobilidade da bacia, tornando as articulações mais elásticas e flexíveis.

Mobilidade da bacia

A coordenação de todos os movimentos da bacia contribuem para mover e orientar a cabeça do feto até a sua expulsão.

Cabeça do feto → Suturas membranosas → Moldagem ao canal de parto



Posições que favorecem o Trabalho de Parto

Posições VERTICALIZADAS com liberdade de movimentos

- ✓ Melhoram a oxigenação materno-fetal;
- ✓ Maior eficiência das contrações uterinas durante o trabalho de parto e o período da expulsão do feto;
- ✓ A ação da gravidade favorece o encaixe e a descida do feto;
- ✓ Aumento dos diâmetros da bacia;
- ✓ Esforços expulsivos mais eficientes;
- ✓ O Trabalho de parto é vivenciado de forma menos dolorosa e com menos desconforto;
- ✓ Permite à mulher uma maior participação no nascimento do seu filho;
- ✓ Diminuição de partos instrumentados.

Posições que favorecem o Trabalho de Parto

Posições verticais e liberdade de movimento
como:

- Andar de pé;
- Dançar;
- Estar sentada;
- Uso da bola de pilates;
- Cócoras.



Posições que favorecem o Trabalho de Parto



Posições que favorecem o Trabalho de Parto



- Dançar na gravidez...
- Dançar em trabalho de parto...
- Promove o Relaxamento e aumenta ocitocina fisiológica...
- AJUDA A ADOTAR POSTURAS QUE AJUDEM O PROGRESSO DO TRABALHO DE PARTO...
- O COMPANHEIRO DE BAILE...

Posições que favorecem o Trabalho de Parto

- E PROMOVEM A DESCIDA DO FETO!



E a dor em trabalho de parto?

É possível não ter dor?

Que tipo de dor posso esperar?

Será que vou aguentar?

Vou conseguir relaxar durante o TP?

Como posso aliviar a minha dor no TP?

DOR no Trabalho de Parto

- ❖ A dor durante o trabalho de parto é considerada uma experiência subjetiva e pessoal.
- ❖ É uma dor diferente das outras dores, no sentido em que não é causada por um traumatismo, doença ou lesão.



DOR no Trabalho de Parto

A dor durante o trabalho de parto acontece:

1. Contrações uterinas;
2. Dilatação do colo do útero;
3. Estiramento da vagina e do pavimento pélvico;
4. Descida da apresentação fetal.



DOR no Trabalho de Parto

A DOR varia:

- De gestação para gestação;
- TP espontâneo ou induzido;
- Tolerância à dor de cada mulher;
- Grau de relaxamento;
- Intimidade com o ambiente;
- Apoio familiar;
- Apoio dos profissionais de saúde;
- Preparação para o parto.



Medidas não farmacológicas para alívio da dor

- 1 Técnicas de RESPIRAÇÃO;
- 2 Musicoterapia;
- 3 Hidroterapia;
- 4 Aromoterapia;
- 5 Rebozo;
- 6 Massagem;
- 7 Técnicas de pressão e contrapressão.

Medidas para alívio da dor

- 1 Técnicas de RESPIRAÇÃO;
- 2 Musicoterapia;
- 3 Hidroterapia;
- 4 Aromoterapia;
- 5 Rebozo
- 6 Massagem;
- 7 Técnicas de pressão e contrapressão.



Métodos farmacológicos

Analgesia epidural, opióides,
raquianestesia

E...
vocalizem o vosso Trabalho de Parto, se for
essa a vossa vontade!!



ESCOLHA da maternidade



4 - Controlo da dor

Pretendo usar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como:

- | | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Liberdade de movimentos | Sim <input type="radio"/> | Não <input type="radio"/> | Indiferente <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Respiração e técnica de relaxamento | Sim <input type="radio"/> | Não <input type="radio"/> | Indiferente <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Musicoterapia | Sim <input type="radio"/> | Não <input type="radio"/> | Indiferente <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Bola de pilates | Sim <input type="radio"/> | Não <input type="radio"/> | Indiferente <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Massagens | Sim <input type="radio"/> | Não <input type="radio"/> | Indiferente <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Banho de relaxamento (apenas disponível na enfermaria) | Sim <input type="radio"/> | Não <input type="radio"/> | Indiferente <input type="radio"/> |

Pretendo analgesia epidural, por minha solicitação, no momento desejado e se tiver condições clínicas para tal (apenas na sala de partos). Sim Não

Observações: {}

CENTRO HOSPITALAR BAIXO VOUGA

PLANO DE NASCIMENTO



Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

PLANO DE NASCIMENTO

A equipa multidisciplinar do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do CHBV, tem como principal objetivo a promoção de uma experiência positiva e o mais natural possível do trabalho de parto e parto, tornando-a harmoniosa, bem-sucedida e gratificante, não descurando a prevenção de complicações.

Importa salientar a natureza imprevisível do trabalho de parto, mesmo em condições de baixo risco, pelo que pode ser necessário adaptar o plano em conformidade com a avaliação da situação clínica. Esta situação será acompanhada por profissionais de saúde especializados.

Importa salientar a natureza imprevisível do trabalho de parto, mesmo em condições de baixo risco, pelo que pode ser necessário adaptar o plano em conformidade com a avaliação da situação clínica. Esta situação será acompanhada por profissionais de saúde especializados.

Importantes assim o plano de nascimento para que o casal/família após reflexão e esclarecimento das suas dúvidas/questões o preencha e entregue à equipa no dia do seu nascimento.

1- Acompanhamento, participação de futuro pai/ou outros pessoas significativas

Durante o trabalho de parto pretende estar acompanhada? Sim Não Indiferente

Em situações de cesárea, de acordo com as condições no momento, deseja ter acompanhada? Sim Não Indiferente

2- Privacidade

Considerando o direito à privacidade da mulher poderia estar presente estudantes em formação. Vamos garantir que esteja presente o número mínimo de pessoas. A segurança da grávida e do bebé serão sempre a prioridade e todos os atos realizados por profissionais em formação serão sempre supervisionados.

Aceito a presença de estudantes em formação? Sim Não Indiferente

3- Observações

4- Informação

Durante o trabalho de parto, por uma questão de garantir a segurança e de modo a assegurar a saúde da mulher e do bebé existem algumas práticas sistemáticas, entre as quais:

- Colocação de um acesso venoso periférico (cateter no braço) e soro
- Na enfermaria monitorização intermitente dos batimentos cardíacos do bebé e centralidade uterina (cardiotocografia)
- Na sala de partos monitorização contínua dos batimentos cardíacos do bebé e centralidade uterina (cardiotocografia)
- O uso de medicação tal como analgésicos, indutores do trabalho de parto e outros, será determinada de acordo com a condição clínica. A medicação será devidamente explicada
- Administração de oxitocina se necessário durante o trabalho de parto e por rotina após o parto para prevenção de hemorragia
- Administração da vitamina K ao bebé imediatamente após o nascimento, conforme protocolo pediátrico.

IDENTIFICAÇÃO DA MULHER/CASAL

NOME

Nº CC VALIDADE N'UTENTE


DATA PROVÁVEL DO PARTO:

LOCAL DE VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ:

VISITA AO BLOCO DE PARTOS: SIM NÃO

LOCAL DE CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO:

ACOMPANHANTE CONTACTO



Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

Formulário
Plano de Nascimento

Neste documento, ficando expressas as preferências e vontade do casal relativamente ao parto, devendo ser previamente acordado e discutido com profissionais de saúde da instituição, não obstante, devido à natureza imprevisível do trabalho de parto, mesmo em condições de baixo risco, poderá ser necessário adaptar o plano de acordo com a situação clínica, mantendo por base princípios cientificamente validados. O preenchimento do mesmo, preenche-se a leitura grávida do "Informação - Plano de Nascimento" e o consentimento das práticas detalhadas como acima e ali expostas.

IDENTIFICAÇÃO DA GRÁVIDA (E ACOMPANHANTE, SE APLICÁVEL)

Nome Mãe

Nº Processo Nº CC Nº Utente

A- ACOMPANHAMENTO DA GRÁVIDA/ PARTICIPAÇÃO DO PAI/OU OUTRAS PESSOAS SIGNIFICATIVAS

Durante o trabalho de parto, pretende estar acompanhada? Sim Não

Caso tenha respondido **Sim**,
 Sempre
 Apenas em alguns momentos (Especificar:)

Em situações de cesárea, de acordo com condições objetivas no momento, deseja ter acompanhada? Sim Não

Se **Sim**, identificação de acompanhante:

B- Privacidade

A formação pós-graduada em procedimentos diferenciados permite a continuação de cuidados de saúde de excelência à gestante futura. A segurança da grávida e do bebé serão sempre a prioridade e todos os atos realizados por profissionais (médicos ou enfermeiros) em formação especializada serão sempre supervisionados e tutelados.

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos (Hospital Pedro Hispano) aceita alunos das várias áreas dos cuidados em saúde. Considerando o direito à privacidade da utente, pode acontecer estarem presentes estudantes em formação. Vamos garantir que esteja presente o número mínimo de pessoas adequado à situação clínica.

aceito a presença **observação** de estudantes em formação? Sim Não Indiferente

C- Informação

Durante o trabalho de parto, por uma questão de garantir a segurança e de modo a assegurar a saúde da mulher e do bebé existem algumas práticas sistemáticas, entre as quais:

• Pretendo a administração de microrretor	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Indiferente
• Pretendo a realização de riscotomia perineal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pretendo usar roupa pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pretendo ter liberdade de movimentos, dentro do que for clinicamente possível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pretendo usar materiais de apoio (p.e. bola de pilates)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pretendo ingerir água, chá aquecido ou/ou líquidos isotónicos, gelatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pretendo estar deitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aceito ser observada com número mínimo possível de toques vaginais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aceito uma ritina artificial de toques de água, se clinicamente indicado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aceito a administração de oxitocina para stimulação da evolução do trabalho de parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D- Comunicação Oral

Pretendo usar métodos não farmacológicos de alívio da dor (ex. liberdade de movimentos, técnicas de relaxamento e respiração, massagem, musicoterapia, fomentos quentes - uso livre de chuveiro -, bola de pilates, aplicação de calor local, uso de TENS) (Monitorização Estrita Transcutânea da dor por via oral).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Indiferente
--------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

Pretendo análise epidural, por minha solicitação, se tiver condições clínicas para tal.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
--------------------------	------------------------------	------------------------------

E- Preencho de Esquemas

Em determinadas situações, com avaliações médicas prévias, poderá ser necessário recorrer ao parto instrumental (com ventosa ou fórceps) ou a uma cesariana. A episiorrafia só será realizada quando se prevê que a lesão decorrente da sua não realização poderá provocar perda de qualidade de vida para a mãe ou para o feto. Será sempre informado destes procedimentos pelo profissional de saúde que o acompanha.

Dentro das condições avaliadas no momento, pretendo escolher a posição durante o período expulsivo, adotando, no entanto, uma posição sempre ventral em posição ginecológica para o nascimento.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Indiferente
--------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------------------


Pretendo iniciar encolhas expulsivas apenas quando sentir necessidade, caso não haja contraindicação.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Indiferente
--------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

Aceito a realização de episiorrafia, se clinicamente justificada.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
--------------------------	------------------------------	------------------------------

Observações:



Plano de Parto

O Plano de Parto (PP) é um documento elaborado em conjunto com a mulher no 2º trimestre da gravidez.

Tem como objetivo assegurar a segurança da mulher e do feto, permitindo a realização de procedimentos de emergência de forma adequada, bem como a realização de procedimentos de rotina de forma adequada, bem como a realização de procedimentos de rotina de forma adequada.

Este plano de parto é um documento que pode ser atualizado a qualquer momento durante a gravidez, desde que seja feito em conjunto com a mulher e o profissional de saúde responsável pelo cuidado.

I. Acompanhamento da gravidez, participação do futuro pai e/ou outra pessoa significativa

	Sim	Não	Indiferente
Quanto ao trabalho de parto, pretende estar acompanhada, acompanhada ou não de outra pessoa (Esposo(a) e/ou outro familiar, de 16 anos ou mais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quanto ao parto, pretende estar acompanhada, acompanhada ou não de outra pessoa (Esposo(a) e/ou outro familiar, de 16 anos ou mais)

Quanto ao parto, pretende estar acompanhada, acompanhada ou não de outra pessoa (Esposo(a) e/ou outro familiar, de 16 anos ou mais)


II. Privacidade

O CHUC disponibiliza ambientes, onde a mulher pode permanecer acompanhada ou não de outra pessoa significativa durante o trabalho de parto, parto e parto cesáreo.

	Sim	Não	Indiferente
Quanto ao parto, pretende estar acompanhada, acompanhada ou não de outra pessoa (Esposo(a) e/ou outro familiar, de 16 anos ou mais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Informação

	Sim	Não	Indiferente
De acordo com o conhecimento informado, pretende estar acompanhada, acompanhada ou não de outra pessoa (Esposo(a) e/ou outro familiar, de 16 anos ou mais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Plano de Parto (cont.)

IV. Alinhamento de expectativas

Pretende administrar o parto com:

sem medicação	<input type="checkbox"/>
com medicação	<input type="checkbox"/>

V. Quem serão os profissionais de saúde

	Sim	Não	Indiferente
Pretende iniciar a amamentação na primeira hora de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pretende apoiar a estimulação e a direção precoce do bebê recém-nascido, com foco na necessidade de alinhamento das expectativas da mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pretende, em caso de necessidade de intervenção cirúrgica, realizar o parto cesáreo com técnica aberta, por meio da técnica por laparoscopia ou por meio da técnica por laparoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pretende, em caso de necessidade de intervenção cirúrgica, realizar o parto cesáreo com técnica fechada, por meio da técnica por laparoscopia ou por meio da técnica por laparoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. Apoio e suporte emocional

	Sim	Não	Indiferente
Pretende receber informação e apoio psicológico nos períodos antes e durante o parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pretende participar no processo de trabalho de parto, parto e parto cesáreo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. Outras expectativas ou necessidades

Este documento de trabalho de parto, parto e parto cesáreo é um plano de parto. Não é um documento de trabalho de parto, parto e parto cesáreo. Este documento de trabalho de parto, parto e parto cesáreo é um plano de parto. Não é um documento de trabalho de parto, parto e parto cesáreo.

Data: _____

C INFORMAÇÃO

No sentido de exercer o consentimento informado, esclarecido e livre, desejo ser informada da evolução do trabalho de parto e participar nas decisões acerca do mesmo, depois de esclarecidas as alternativas possíveis e o motivo da decisão tomada.

Sim Não Indiferente

Observações:

Durante o trabalho de parto, por uma questão de garantir a segurança e de modo a assegurar a saúde da mulher e do feto, existem algumas práticas sistemáticas, entre as quais:

- Colocação de um cateter venoso periférico;
- Na enfermaria: monitorização ininterrupta dos batimentos cardíacos fetais e contratilidade uterina;
- Na sala de parto: monitorização contínua ou intermitente sempre que possível, dos batimentos cardíacos fetais e contratilidade uterina;
- O uso de medicação tal como antibiótico ou outros será determinado por indicação médica e de acordo com as condições e necessidades avaliadas individualmente. A medicação será sempre devidamente explicada;
- Administração de oxitocina com indicação médica e por rotina após o parto para prevenção da hemorragia.

Observações:

Pretendo anagressão epidural por meio de cateter, no momento desejado, se tiver condições clínicas para tal.

Sim Não Indiferente

Observações:

D CONTROLO DA DOR

Pretendo usar métodos não farmacológicos de alívio da dor (ex: liberdade de movimentos, técnicas de relaxamento e respiração, massagens, musicoterapia, uso de TENS (Neuroestimulação elétrica Transcutânea) ou próprio útero, duches (apenas disponíveis na enfermaria), toka de pilates, aplicação de calor local, ventilações).

Sim Não Indiferente

E PERÍODO DE DILATAÇÃO

O período de dilatação poderá ser realizado em parte na enfermaria e em parte na sala de parto. Dentro do possível, o ambiente será calmo e tranquilo.

Durante este período, o toque vaginal é um meio fundamental de obter informação sobre a evolução do trabalho de parto e de tomada de decisão no decorrer do processo. É reduzido ao estritamente necessário e o seu realce ocorre após o esclarecimento prévio da parturiente.

A rutura de bolsa de águas acontece, por norma, de forma espontânea. Pode ser necessário, por razões médicas (devidamente esclarecidas no momento), proceder à rutura artificial. Este procedimento é simples, não doloroso e seguro, realçando-se o bem-estar do bebé.

De acordo com as condições clinicamente disponíveis e em função da técnica de controlo de dor utilizada, a liberdade de movimentos na sala de parto pode estar limitada.

Nesta fase do trabalho de parto:

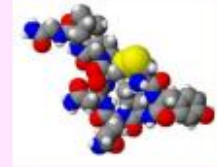
Apoio administração de micoclaxol	Sim	Não	Indiferente
Apoio realização de micotomia	Sim	Não	Indiferente
Pretendo usar roupa pessoal	Sim	Não	Indiferente
Pretendo ter liberdade de movimento como caminhar e mover-me	Sim	Não	Indiferente
Pretendo usar muletas de apoio (ex: caixa de Planel/ amoladas)	Sim	Não	Indiferente

Preparar o ambiente!

O ambiente certo vai ajudar as vossas hormonas a fazerem o seu trabalho e ajudar o trabalho de parto a desenrolar-se.



REDUZIR A
LUMINOSIDADE



OCITOCINA

Preciso de estar em jejum durante o TP?

A organização mundial de saúde recomenda a ingestão de água e líquidos claros durante o trabalho de parto, de forma a melhorar a capacidade da mulher em ter um parto natural.



Depois de todo este conhecimento e
poder,
VAMOS CONECTARMO-NOS COM NOSSO
CORPO E APRENDER A CONTROLÁ-LO?

EXERCÍCIOS

01

- Tipo de respiração;
- Alongamentos.

02

- Pavimento Pélvico**
- De pé;
 - Bola de pilates;
 - Colchão (Gata assanhada).

03**Alívio da dor**

- Baloço apoiado ou bola de pilates;
- Massagem;
- Rebozo (2 exercícios);
- Double hip squeeze.

04

- Relaxamento.

EXERCÍCIOS

01 | - Tipo de respiração;



EXERCÍCIOS

01 | - Alongamentos.



EXERCÍCIOS

**02**

Pavimento Pélvico

- De pé;
- Bola de pilates;



EXERCÍCIOS

02

Pavimento Pélvico

- Colchão (Gata assanhada).



EXERCÍCIOS

- 03** | Alívio da dor
- Baloço apoiado ou bola de pilates;



EXERCÍCIOS

- 03** | Alívio da dor
- Massagem;



EXERCÍCIOS

03 | Alívio da dor
- Rebozo;



EXERCÍCIOS

03 | Alívio da dor
- Rebozo;



EXERCÍCIOS

03 | Alívio da dor
- Double hip squeeze.



EXERCÍCIOS

04 | - Relaxamento.



BIBLIOGRAFIA

- Organização Mundial de Saúde. 2015. Recomendações para o aumento do trabalho de parto.
- Organização Mundial de Saúde. 2022. Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva : sumário executivo. ISBN 978-92- 4-004851-5
- Nené, M., Marques, R. & Batista, M., A. (2016). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C.,F. (2020). Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. Lidel- Edições Técnicas, Lda.



Obrigada
pela
vossa
presença!

