



Escola Superior de Saúde de Santarém

**O IMPACTO DA MASSAGEM PERINEAL PARA UMA EXPERIÊNCIA DE
PARTO POSITIVA**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Catarina Alexandra Coelho Paulino

Orientação:

Professora Açucena de Jesus Galhanas Guerra

Santarém, dezembro de 2024

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar
seria menor se lhe faltasse uma gota”
Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

O percurso que agora termina não teria sido possível sem o apoio, a compreensão, a cedência e a ajuda dos que me rodeiam e dos que fizeram parte deste percurso.

Às minhas filhas, que todos os dias me incentivam a ser a melhor versão de mim mesma, que sorriram e compreenderam todas as ausências, que incentivaram nos momentos em que estava em baixo e que todos os dias me mostram o poder do amor incondicional.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, por estarem sempre presentes, por dizerem sempre que sim, e por terem sido o meu maior exemplo de resiliência e perseverança, aqueles que sempre me encorajaram a nunca me conformar e a querer sempre mais.

À minha irmã, pelas horas de psicologia gratuita, pelas revisões dos trabalhos, por ter sido uma tia espetacular e presente que colmatou várias ausências ao longo deste percurso.

Aos meus amigos, que compreenderam as ausências, que incentivaram sempre a continuar, que enviaram mensagens nos momentos certos.

À minha equipa, principalmente os colegas que acederam a trocas impossíveis para que não perdesse horas de estágio, pela compreensão nos dias em que o cansaço e a irritação falavam mais alto, pelo apoio e incentivo na reta final e por celebrarem as vitórias como se fossem deles.

A todos os orientadores de estágio, pela paciência, por todo o conhecimento passado, por todos os incentivos nos momentos certos, foram essenciais para o sucesso deste percurso.

À professora Açucena, que esteve sempre presente, que incentivou nos momentos em que a vontade faltava, que teve sempre uma palavra amiga, que nunca se exasperou quando percebia o desespero, e que se tornou uma pessoa chave para que este percurso acabasse.

À Mónica e à Cláudia, só poderia ter partilhado este percurso convosco, com mensagens nos momentos certos, apoio certo, pequenos-almoços quando a força faltava. São para a vida.

À minha avó Matilde, que sempre me ensinou que desistir não era opção porque não tinha hipótese de falhar, que me encorajou sempre, que celebrou sempre as minhas vitórias, e que não estando no final no plano físico é a estrela mais brilhante a torcer por mim, algures lá no céu.

Por fim, por ser aquele a quem me falham as palavras, ao Pedro. Obrigada por acreditares em mim, quando eu própria não o fazia, pela paciência e compreensão, pelas cedências dos últimos 2 anos, por teres sido muito mais pai quando eu não tive tempo para ser mãe, por me mostrares que é efetivamente amor para a vida toda.

Obrigada a todos!

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

- ACOG** - American College of Obstetricians and Gynecologists
- APPT** - Ameaça de Parto Pré-Termo
- BP**- Bloco de Partos
- BSG**- Boletim de Saúde da Grávida
- CTG** - Cardiotocografia
- FCF** - Frequência Cardíaca Fetal
- DG** - Diabetes Gestacional
- DGS** - Direção Geral de Saúde
- EEESMO** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- ERC**- Estudo Randomizado de Controlo
- FIGO** - Internacional Federation of Gynecology and Obstetrics
- HPV**- Vírus do Papiloma Humano
- ICM** - International Confederation of Midwives
- IG** - Idade Gestacional
- IMC**- Índice de Massa Corporal
- ITP**- Indução do Trabalho de Parto
- JBI** - Joana Briggs Institute
- OE** - Ordem dos Enfermeiros
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- PE**- Pré-Eclâmpsia
- RCIU** - Restrição de Crescimento Intra Uterino
- RCT**- Randomised Controlled Trial
- RN** - Recém-nascido
- ScR** - Scoping Review
- SPSS**- Statistical Package for the Social Science
- TP** - Trabalho de Parto
- UC** - Unidade Curricular
- UCC**- Unidade de Cuidados na Comunidade
- USF**- Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

O trauma perineal ocorre em cerca de 85% dos partos vaginais, podendo ter um impacto significativo na percepção da experiência de parto das mulheres. A aplicação da massagem perineal no 2º estágio do trabalho de parto, como prática de cuidado do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, aparenta reduzir a probabilidade de trauma perineal e impactar positivamente a experiência de parto das mulheres.

O presente relatório pretende descrever as atividades desenvolvidas ao longo da unidade curricular estágio e relatório e responder à questão “Qual o impacto para a mulher da realização de massagem perineal no segundo estágio do trabalho de parto?”, através do mapeamento da evidência científica e da realização de um estudo randomizado de controle, com recurso à análise estatística dos dados através do SPSS®.

Da análise da síntese de evidência verifica-se que a massagem perineal se revela como uma técnica de baixo custo e de fácil aplicação pelas equipas, com resultados demonstrados na redução da incidência da taxa de episiotomias/lacerações severas, garantindo um aumento da satisfação das mulheres em relação à sua experiência de parto, por oposição aos resultados obtidos no trabalho de campo, que não demonstraram resultados com relevância estatística favoráveis à aplicação da massagem perineal no estágio em estudo, para a amostra estudada.

Palavras-chave: Cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Experiência de parto positiva; Massagem Perineal; Trabalho de Parto

ABSTRACT

Perineal trauma happens in about 85% of the vaginal delivery, and it can have a major impact in the women's labor perception. The use of perineal massage on the second stage of labor, as a standard practice from midwifery care, seems to reduce the likelihood of perineal trauma and to positively impact women's labor experience.

This report intends to describe the activities developed through the academic subject "Internship and Report" and to answer the question "Does the use of perineal massage in the second stage of labor impacts women's labor experience?" through the mapping of the most recent scientifically evidence and the development of a randomized controlled trial, using statistical analysis with SPSS®.

The analysis of the evidence shows that perineal massage it's a low cost technique and an easy one to be applied from the midwifery teams, with shown results in reducing the percentage of severe tearing or episiotomies, ensuring an increase in women's satisfaction in regards to their labor experience, although that being the opposite obtained in the RCT, not showing statistically relevant results which favor the use of perineal massage during the second stage of labor, for the sample being studied.

Key-words: Labor; Midwifery Care; Perineal Massage; Positive Birth Experience;

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	13
1.1. O IMPACTO DA MASSAGEM PERINEAL PARA UMA EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA .	13
1.2. MODELO TEÓRICO DO CUIDAR DE SWANSON	15
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	17
2.1 SCOPING REVIEW	17
2.1.1. Objetivo e questão de investigação	17
2.1.2. Critérios de inclusão	17
2.1.3. Estratégia de pesquisa e seleção de dados	18
2.1.4. Extração dos dados	19
2.1.5. Resultados da Pesquisa	19
2.2 ESTUDO RANDOMIZADO DE CONTROLO	20
2.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	22
2.4 RESULTADOS	24
2.4.1 Caracterização sociodemográfica e obstétrica	24
2.4.2 Análise estatística do questionário	27
2.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	34
3.1. CUIDAR DA MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR, PERÍODO PRÉ-CONCEPCIONAL E PERÍODO PRÉ-NATAL	36
3.2. CUIDAR DA MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O TRABALHO DE PARTO	45
3.3. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL	54
3.4. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE EM PROCESSO DE SAÚDE/DOENÇA GINECOLÓGICA NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR E CLIMATÉRIO	58
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
APÊNDICES	73

APÊNDICE I- PROTOCOLO DE REVISÃO SCR.....	74
APÊNDICE II- INSTRUMENTO <i>JBI – DATA EXTRACTION INSTRUMENT</i>	85
APÊNDICE III- QUESTIONÁRIO ERC	94
APÊNDICE IV- PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	97
APÊNDICE V - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	124
APÊNDICE VI- PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO	127
APÊNDICE VII - CARACTERIZAÇÃO UCC [REDACTED] E USF [REDACTED]	181
APÊNDICE VIII- CARACTERIZAÇÃO HOSPITAL [REDACTED]	187
APÊNDICE IX - FOLHETO "Massagem Perineal"	190
APÊNDICE X- E-BOOK "Massagem Perineal"	192
ANEXOS.....	206
ANEXO I- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA	207
ANEXO II- REGISTO DE ATIVIDADES.....	211

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Critérios de Inclusão.....	20
Quadro 2- Categorias Emergentes ScR.....	22
Quadro 3- Frequências PPPN e MP.....	29
Quadro 4 – Normalidade da distribuição da amostra.....	30
Quadro 5 – Resultado das relações entre as variáveis.....	30
Quadro 6 – Correlação de Variáveis.....	31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Frequência de Idades da Amostra.....	27
Figura 2- Percentagem de Nacionalidades.....	27
Figura 3- Percentagem de Nível de Escolaridade.....	27
Figura 4- Percentagem Estado Civil.....	28
Figura 5- Frequência Idade Gestacional.....	28
Figura 6- Frequência Participação nos Programas de Preparação para o Nascimento.....	29

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, integrada no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, encontra-se a elaboração do presente relatório, que se pretende que seja um documento de reflexão e análise das diversas atividades desenvolvidas ao longo do ano letivo e nos diferentes contextos que fizeram parte da UC, visando a obtenção de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

A obtenção do grau de mestre EEESMO depende da aquisição de competências, nomeadamente as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019) e as Competências Específicas do EEESMO (Regulamento nº 391/2019), ambas reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), sendo que as últimas são também definidas pela International Confederation of Midwives (ICM), 2019). Contudo, é também essencial o desenvolvimento das competências académicas e científicas que visam a obtenção de conhecimentos mais profundos do domínio da área de especialidade assim como, a aplicação destes mesmo conhecimentos na vertente de investigação, com respetiva comunicação de resultados à comunidade científica e/ou da área de especialização, sempre com atuação e reflexão nas questões éticas e sociais, garantindo uma aprendizagem contínua e autónoma ao longo da carreira (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006), culminando na apresentação e discussão pública, do presente relatório de Estágio (Decreto-Lei nº65/2018).

O percurso académico, bem como o relatório que o reflete, têm por base os requisitos estipulados pelos descritores de Dublin, e que propõem a caracterização das expectativas dos resultados e aptidões que representam a conclusão do 2º ciclo. Estes requisitos fundamentam-se em cinco domínios: o conhecimento e capacidade de compreensão, a aplicação de conhecimentos e compreensão, a realização de julgamento/tomada de decisões, a comunicação e as competências de autoaprendizagem (Joint Quality Initiative, 2004).

A temática abordada foi *“O impacto da Massagem Perineal para uma Experiência de Parto Positiva”*, e pretende-se, através da prática reflexiva e com base na evidência científica atual, com recurso a um estudo de controlo randomizado, desenvolver os conhecimentos e competências para

futuramente melhorar a prestação de cuidados ao grupo-alvo. A Teoria do Cuidar de Swanson surge como o referencial teórico orientador, e tem por base um processo de cuidar assente numa relação com o outro, em que é possível *estar com* isto é, está-se emocionalmente presente e existe partilha de sentimentos entre quem cuida e quem é cuidado (Swanson, 1993).

A temática escolhida é de grande interesse pessoal uma vez que, uma experiência de parto positiva pode ser obtida através de um maior conforto proporcionado pela aplicação de massagem perineal e futura prevenção de trauma perineal.

A massagem perineal é uma técnica simples de aplicar, e que pode impactar positivamente a experiência de parto da mulher e trazer ganhos em saúde, em concordância com os padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2018) onde consta que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EESMO previne complicações para a saúde (...) ao longo do ciclo reprodutivo, em todos os contextos de vida” (p. 6). Considero, também, que é uma temática transversal a todo o processo gravídico-puerperal pois, apesar de o estudo incidir especificamente no trabalho de parto, o que de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento nº 391/2019) culmina no cuidado à mulher “inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (p.13561), a temática é transversal a outras etapas do ciclo, seja no “âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional” (p.13561) tal como, no “período pré-natal” (p.13561), através da capacitação e educação para a saúde sobre a prevenção do trauma perineal.

Tendo em conta o explicitado, este relatório tem como **objetivo geral** a análise e reflexão crítica das atividades desenvolvidas ao longo da UC, tendo por base as competências específicas do EEESMO, e como **objetivos específicos**: aprofundar conhecimentos teóricos e mapear a evidência que fundamenta e suporta as intervenções do EEESMO na aplicação de massagem perineal para uma experiência de parto positiva; refletir sobre o impacto do EEESMO na experiência de parto da mulher/família; analisar o impacto da massagem perineal para uma experiência de parto positiva; adquirir competências específicas para a promoção de uma experiência positiva de parto.

Em termos organizacionais, este relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. O capítulo 1 é relativo ao enquadramento conceptual, onde se encontra a revisão da literatura que sustenta a temática e o referencial teórico que sustenta o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem. O capítulo 2 diz respeito aos procedimentos metodológicos, nomeadamente o processo de Scoping Review (ScR), o estudo randomizado de controlo (ERC), as considerações éticas inerentes e a discussão de resultados global (mapeamento de informação e resultados do ERC). O capítulo 3 contempla o percurso formativo ao longo da UC nos diversos contextos clínicos que

fizeram parte do mesmo, com reflexão nas competências adquiridas ao longo desse mesmo percurso. O relatório termina com o capítulo 4, onde se dá uma reflexão sobre todo o processo formativo, bem como, da realização deste relatório. Segue-se as referências bibliográficas de todas as fontes de informação mobilizadas ao longo deste processo de ensino-aprendizagem.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

1.1. O IMPACTO DA MASSAGEM PERINEAL PARA UMA EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA

De acordo com a OMS (2018), as experiências positivas das mulheres durante o parto podem constituir a base de uma maternidade saudável, sendo que esta inclui o apoio constante de uma equipa multidisciplinar especializada e resulta no nascimento de um bebé saudável, com as mulheres a desempenharem um papel ativo nas decisões tomadas, ao longo do trabalho de parto, e inseridas num ambiente físico e psicológico que transmite segurança.

O **Trabalho de Parto** (TP) é um conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez iniciados, conduzem à contratilidade uterina regular, à dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior. Este é constituído por quatro estádios, sendo que o primeiro estágio (apagamento/dilatação) se divide em duas fases principais, a fase latente e a ativa, e decorre desde o início das contrações uterinas regulares até à dilatação completa do colo (Machado & Graça, 2018). Nas suas novas orientações, a OMS (2018) considera que a fase latente do TP se caracteriza por alterações do colo do útero, incluindo o apagamento e a progressão mais lenta da dilatação até aos 5 cm.

A dilatação cervical completa (10cms) e o total apagamento do colo uterino marcam o início do segundo estadio do TP, que termina com o nascimento do RN. O parto normal é de “início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez” (OE, 2012), sendo que a concretização de um parto vaginal resulta do mecanismo de parto, através de uma sequência de movimentos passivos da apresentação fetal que permitem a passagem através do canal de parto (Fatia & Tinoco, 2016). A duração deste estágio é condicionada por diversos fatores, tais como a eficácia das contrações, a analgesia, a condição física e emocional da mulher, a posição de parir, a paridade, o tamanho do Recém- Nascido (RN), a apresentação e situação do feto, assim como o apoio prestado pelos profissionais de saúde (Fatia & Tinoco, 2016), e pode durar até 3 horas nas primíparas e 2 horas na múltíparas, sendo essencial que o EEESMO oriente a mulher para esforços expulsivos eficazes, evitando esforços prolongados com progressos nulos (OMS, 2018).

Por sua vez, o parto é também um evento psico-socio-emocional, sendo uma experiência transformadora na vida de uma mulher e também da sua família, ao ponto de, durante anos, o evento e os sentimentos experienciados durante o nascimento do bebé serem lembrados nos mínimos detalhes (Nogueira et al., 2020).

Assim, existem fatores internos e externos que condicionam uma **experiência de parto positiva**, sendo os internos aqueles que incluem a capacidade e força da mulher durante o parto, e

os externos aqueles que incluem a relação de confiança e respeito com os profissionais de saúde, uma abordagem holística no cuidar, diminuição das intervenções obstétricas, satisfação com o alívio da dor (farmacológica e não- farmacológica), preparação para o parto e cumprimento das expectativas das mulheres (Dahlberg, et al., 2017).

As experiências positivas das mulheres durante o parto podem constituir a base de uma maternidade saudável, sendo que esta inclui o apoio constante de uma equipa multidisciplinar especializada e resulta no nascimento de um bebé saudável, com as mulheres a desempenharem um papel ativo nas decisões tomadas ao longo do trabalho de parto, e inseridas num ambiente físico e psicológico que transmite segurança. A implementação de algumas rotinas de carácter mais medicalizado tais como, a realização de episiotomia de rotina, vieram diminuir o lado natural do processo de nascimento, aumentando os riscos para a mãe e bebé, resultando em internamentos mais prolongados e em custos em saúde mais elevados, tendo também um outcome negativo a nível psicológico para a mãe em relação à sua experiência de parto (Calik, Karabulutlu & Yavuz 2018; OMS, 2018).

Estima-se que cerca de 85% dos partos vaginais estão associados a algum tipo de trauma perineal, sendo que o mesmo pode causar uma elevada taxa de morbilidade nas mulheres (Begley et al., 2019). A literatura mostra-nos que mulheres que mantêm a integridade perineal durante o trabalho de parto apresentam uma diminuição da dor no pós-parto, maior satisfação sexual e níveis mais elevados de orgasmos 6 meses pós-parto, assim como, menores níveis de trauma nos músculos do pavimento pélvico e da zona esfinteriana, quando em comparação com mulheres que desenvolveram trauma perineal durante o parto (Ellington et al., 2017).

O **pavimento pélvico** é composto por três camadas de músculo e tecido conectivo, que garantem o suporte estrutural dos órgãos pélvicos, auxiliam a manutenção da continência urinária e fecal (Flusberg et al., 2021), que contribuem para a função sexual (Hadizadeh-Talasz et al., 2019), e que servem de suporte ao feto durante a gravidez, assim como, ajudam na passagem da cintura pélvica durante o parto (Yates, 2019). Este é atravessado pela uretra, vagina e reto numa região denominada de hiato do músculo levantador do ânus, sendo que esta é a zona mais frágil do pavimento pélvico (Alegra, 2013). É também na zona inferior do pavimento pélvico que se encontra o períneo, sendo esta região formada pelo triângulo urogenital, onde se encontram os órgãos genitais externos, e pelo triângulo anal, que contém o orifício anal; o centro fibroso do períneo encontra-se entre a vagina e o ânus (Seeley et al., 2011).

O **trauma perineal** define-se como a perda de integridade dos tecidos resultante de um dano na região genital durante o parto (Beleza, 2019), sendo que as consequências para a mulher, são diversas, sendo a sua gravidade diretamente relacionada com o nível de gravidade do trauma

perineal. Os estudos descrevem níveis de dor passados 10 dias pós-parto e de dispareunia 6 meses pós-parto entre a 4 a 5 vezes superiores, respetivamente em mulheres com laceração de 3º e 4º grau, em comparação com mulheres com períneos íntegros ou lacerações de 1º grau (Manresa et al., 2020); no caso de laceração de 4º grau, ou realização de episiotomia rotineira, as mulheres referiram uma experiência de parto pior e menos positiva em comparação com aquelas com laceração de 1º e 2º grau (Molyneux et al., 2021), sendo que no caso da laceração de 4º grau as mulheres demonstraram apreensão e preocupação com uma futura gravidez (Rodaki et al., 2022).

Assim, nas suas recomendações para uma experiência de parto positiva, a OMS sugere a massagem perineal como uma das técnicas a serem implementadas durante o parto, para uma experiência positiva (OMS, 2018), com o objetivo de diminuir a probabilidade de trauma perineal e que o parto seja o mais natural possível. Alguns estudos demonstram, a redução de incidência de laceração de 4º grau, e a prevenção dos restantes níveis de trauma perineal, quando aplicada a massagem perineal no 2º estágio do trabalho de parto (Aasheim et al., 2017; Zang et al., 2022).

Deste modo, a **massagem perineal** consiste na aplicação de massagem no períneo de uma mulher grávida, na região do orifício vaginal (Beckmann & Stock, 2013), através da inserção dos polegares lubrificados fazendo movimentos laterais e descendentes em direção ao ânus até a grávida sentir os tecidos a distender, sendo que é possível que até sintam um ligeiro ardor, mas não dor. A posição de distensão deverá ser mantida durante um a dois minutos. De seguida, a porção inferior da vagina deverá ser massajada com movimentos em “U” durante dois a três minutos (ACOG, 2016). Esta técnica permite a preparação dos tecidos do pavimento pélvico para o processo de estiramento durante o trabalho de parto, permitindo um alongamento, suave e adequado da pele, músculos e tecidos que se encontram no períneo, ao nível de tolerância da grávida. Consequentemente, esta prática aumenta a elasticidade dos músculos e da pele perineal, reduzindo o risco de laceração perineal durante o parto (Thomas & Mathias, 2015).

Como referido anteriormente, a massagem deve ser realizada com a lubrificação dos dedos. Os lubrificantes utilizados deverão ser de origem vegetal, nomeadamente azeite, óleo de coco, de amêndoa ou óleo de vitamina E, não devendo ser utilizados óleos minerais ou vaselina (ACOG, 2016).

1.2. MODELO TEÓRICO DO CUIDAR DE SWANSON

A prática de enfermagem, no seu desenvolvimento avançado, é norteadada por teorias, que promovem uma maior competência para o desempenho centrado numa lógica conceptual com base na inter-relação pessoal, estabelecendo diagnósticos e respondendo às necessidades e transições humanas, conferindo uma maior competência na tomada de decisão (Silva, 2007).

O trabalho desenvolvido e a prestação de cuidados no contexto clínico, ao longo da UC, teve por base o **Modelo Teórico do Cuidar de Swanson (1993)**, sendo que este modelo é orientado na prática para a filosofia de cuidados. Proveniente da investigação fenomenológica na temática da saúde materna, explica claramente o papel do enfermeiro na prática do cuidar, defendendo que na prestação de cuidados deve ser promovida a dignidade, o respeito e a capacitação da pessoa, privilegiando o cuidado informado para alcançar o bem-estar desejado (Alligood & Marriner Tomey, 2018; Swanson, 1993).

À luz deste modelo teórico, a mulher/parturiente (**pessoa**) é considerada um ser único e dinâmico com vivências influenciadas pela interação entre a genética, a espiritualidade e a capacidade e liberdade de escolha no seu caminho e na definição dos processos de cuidado que lhe são inerentes. Este centra-se nos processos de cuidar enquanto intervenções de enfermagem, sendo a **Enfermagem**, definida pelo cuidado fundamento no bem-estar da pessoa; a **Saúde**, experiência que tal como o bem-estar é considerada subjetiva, com um significado associado à integridade do ser e a capacidade de expressão a vários níveis (físico, mental, psicossocial e espiritual); e, o **Ambiente**, o contexto que influencia ou é influenciado pela pessoa, ou seja, os locais de prestação de cuidados, a um nível mais específico a sala de parto (Swanson, 1993).

O processo de cuidar assenta em cinco pressupostos na relação com o outro, em que é possível *estar com*, isto é, está-se emocionalmente presente e existe partilha de sentimentos entre quem cuida e quem é cuidado (Swanson, 1993); procura-se *conhecer* a pessoa cuidada, através da compreensão um processo de compromisso entre quem cuida e quem é cuidado; o enfermeiro procura *fazer por*, antecipando e confortando, com habilidade e competência, as necessidades da pessoa cuidada, respeitando a sua dignidade; procura-se *possibilitar* com informação, apoio e validação de sentimentos os eventos desconhecidos e as transições da pessoa cuidada, *mantendo a crença* na capacidade dessa mesma pessoa conseguir enfrentar estes mesmos acontecimentos, com uma atitude de positivismo e esperança (Alligood & Marriner Tomey, 2018).

Na área específica da obstetrícia, e com uma prestação de cuidados assente nestes conceitos metaparadigmáticos, promove-se a capacitação, o respeito e a dignidade da mulher, empoderando-a e mantendo a crença, de que, esta será capaz de superar quaisquer dificuldades e atingir as suas expectativas, resultando numa experiência de parto positiva e numa transição para a parentalidade mais tranquila e encorajadora.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Com este capítulo pretende-se descrever o percurso metodológico para o desenvolvimento de competências de EEESMO e da obtenção do grau de Mestre. Este teve por base a pesquisa, da mais atual evidência científica e a prática reflexiva, através do desenvolvimento de uma scoping review com o objetivo de mapear a evidência científica existente sobre o impacto da massagem perineal para uma experiência de parto positiva, bem como a realização de um pequeno estudo randomizado de controlo com o objetivo de compreender o impacto da massagem perineal para uma experiência de parto positiva,

Nos subcapítulos seguintes são descritos os métodos que me permitiram o desenvolvimento da temática ao longo da UC e que contribuíram para a aquisição de competências de EEESMO, de acordo com o Regulamento no 391/2019 e a ICM (2019), assim como, a divulgação dos conhecimentos alcançados, tendo por base as questões éticas pelas quais me regi durante todo o processo.

2.1 SCOPING REVIEW

A *ScR* consiste numa metodologia que possibilita o mapeamento da evidência científica sobre uma determinada temática, esclarecendo as definições de trabalho e/ou os limites conceptuais de um tema (Peters et al., 2020). Para a compreensão do fenómeno, desenvolveu-se, uma revisão scoping em abril de 2024, de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute® (JBI®) intitulada “O impacto da massagem perineal para uma experiência de parto positiva: uma Scoping Review” guiada pelo respetivo protocolo (Apêndice 1).

2.1.1. Objetivo e questão de investigação

O objetivo desta revisão foi mapear a evidência existente sobre o impacto da massagem perineal para uma experiência de parto positiva sob a questão de revisão: **“Qual o impacto da massagem perineal para uma experiência de parto positiva?”**.

2.1.2. Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram desenvolvidos de acordo com a mnemónica PCC (Participantes, Conceitos e Contexto). Deste modo, para a presente revisão foram incluídos: Parturientes (Participantes), que tenham sido cuidadas por EEESMO e tenham recebido a massagem

perineal durante o trabalho de parto (Conceitos), durante o segundo estadio do trabalho de parto, no local de nascimento escolhido (Contexto) (Quadro 1), estudos quantitativos, qualitativos e mistos. Foi aplicado um limitador temporal na pesquisa para só conter artigos publicados a partir de 1 de junho de 2021, uma vez que, durante a pesquisa surgiu uma revisão da temática em estudo, dessa mesma data e delimitados limitadores genéricos a serem aplicados nas bases de dados: free full text, texto integral em PDF, idiomas: língua inglesa, portuguesa e espanhol.

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Parturientes sob cuidados de EESMO	Parturientes cuidadas por outros profissionais de saúde
Conceitos	Massagem perineal Trabalho de parto	Aplicação de massagem perineal noutro contexto que não o trabalho de parto
Contexto	Local de parto	
Idioma	Inglês, Português e Espanhol	Estudos de outros idiomas

Quadro 1 – Critérios de Inclusão

2.1.3. Estratégia de pesquisa e seleção de dados

A ScR pretende ser o mais abrangente possível, mapeando toda a evidência científica publicada, quer em revistas indexadas, quer nas não publicadas, sobre a temática em estudo (Peters et al, 2020). Assim, tendo por base a metodologia JBI®, numa primeira fase foi elaborada uma pesquisa de palavras-chave contidas nos títulos e resumos dos artigos, através da plataforma EBSCOHost, nas bases de dados MedLine, CINAHL, MedicLatina e Nursing & Allied Health Collection, e também na plataforma PubMed, sendo que posteriormente foram definidos os termos naturais, descritores MeSH, headings e descritores de saúde (Apêndice 1). Na etapa seguinte foi realizada uma pesquisa contendo todas as palavras-chave e os termos indexados, nas plataformas supracitadas, sendo que inicialmente a pesquisa foi feita com cada termo individualmente, de seguida nos termos com significância semelhante foi aplicado o boleano OR, e posteriormente deu-se a junção de todos os elementos do PCC através do designador boleano AND, o que resultou na expressão de pesquisa final:

Massage AND Perineum AND Labor (OR Labor Stage, Second OR Parturition OR Birth OR Childbirth) AND Nursing care (OR Nurse Midwife OR Midwife)

O termo natural Experiência de Parto Positiva não foi incluído na expressão de pesquisa por não ser descritor de saúde, sendo que não foi possível encontrar quaisquer resultados associados

a esse termo natural. Contudo, através da expressão de pesquisa supracitada obteve-se informação que permita na mesma responder à questão de revisão de forma implícita.

Na terceira fase foram verificadas as referências contidas nos artigos selecionados foram verificados, numa tentativa de obter fontes adicionais em caso de as mesmas serem pertinentes para o mapeamento da informação.

Após a pesquisa procedeu-se à análise dos títulos e resumos, por forma a responder à questão de investigação; neste processo foram também removidos os artigos duplicados, seguindo-se a leitura integral dos artigos que preencheram os critérios de elegibilidade, sendo que 2 foram excluídos (um por não se enquadrar na temática a ser mapeada, e outro por não apresentar objetivos nem desenho de estudo definido); este processo encontra-se representado no Prisma Flow Diagram, ferramenta utilizada para representar de forma objetiva a processo de seleção dos estudos obtidos na pesquisa (Apêndice 1).

2.1.4. Extração dos dados

Para a organização e interação dos investigadores foi utilizado o gestor de bibliografia Mendeley®. Foi posteriormente desenvolvido um instrumento de extração de dados, tendo por base as recomendações da JBI® (Apêndice 2), tabela essa que consiste numa síntese do resumo dos artigos, por forma a responder ao objetivo e à questão de investigação.

2.1.5. Resultados da Pesquisa

Dos artigos selecionados procedeu-se à análise do conteúdo. Dessa análise emergiram 6 categorias, que dão resposta à questão de investigação, como se pode ver no quadro abaixo (Quadro 2).

Resultados da Aplicabilidade da Massagem Perineal	
Categorias	Artigos
Diminuição da incidência de episiotomia	A1; A2; A3; A4; A5
Diminuição da incidência de lacerações perineais	A1; A2; A3; A4; A5; A6
Diminuição da duração do 2º estágio do TP	A2; A3; A5

Redução da dor perineal no puerpério	A3; A5
Satisfação da mulher	A1; A4; A6
Satisfação e aplicabilidade da técnica por EESMOS	A4; A5; A6

Quadro 2 – Categorias Emergentes ScR

2.2 ESTUDO RANDOMIZADO DE CONTROLO

Após a realização da ScR tornou-se evidente a necessidade de continuação da pesquisa da temática, uma vez que existem poucos estudos realizados acerca da temática, demonstrando ser essencial o desenvolvimento de ensaios clínicos randomizados de alta qualidade, estudos observacionais retrospectivos e estudos qualitativos, que analisem as consequências clínicas bem como as experiências das mulheres acerca da massagem perineal para se poder compilar orientações/recomendações baseadas na evidência e que influenciem a futura prática obstétrica (Petrocnik et al. 2015).

Face ao exposto, tornou-se relevante o desenvolvimento de um estudo primário, no contexto clínico, com o **objetivo principal** de compreender o impacto da massagem perineal para uma experiência de parto positiva, e com **objetivos secundários**: comparar a intensidade da dor perineal entre os dois grupos em estudo, compreender como a aplicação da massagem perineal afeta a dor perineal, identificar o impacto da MP na integridade perineal e conhecer o impacto da MP na satisfação da mulher com o parto e o uso da mesma em partos futuros, tentando assim, responder à questão de investigação “Qual o impacto da massagem perineal para uma experiência de parto positiva?”.

Dada a natureza da questão, desenvolveu-se um estudo randomizado controlado (Randomised Controlled Trial- RCT), que se insere no paradigma quantitativo da investigação, ou seja, tem por base a colheita e análise de dados quantitativos sobre variáveis. Este tipo de pesquisa identifica a natureza profunda das realidades, os seus sistemas de relações e as suas estruturas dinâmicas, sendo que também pode determinar a força de associação/correlação entre variáveis, a generalização e a objetivação dos resultados através de uma amostra que é generalizada para a população ou, no futuro, realizar inferências causais que explicam porque é que as coisas acontecem ou não de determinada maneira (Fernandez, 2002).

Devido ao método escolhido para o estudo, dividiu-se os participantes em dois grupos (grupo de intervenção e grupo de controlo), sendo que no grupo de intervenção foi aplicada a

técnica de massagem perineal no 2º estágio do TP, e no grupo de controlo foi aplicada a técnica protocolada na instituição (Hands Off).

Foram definidos como critérios de inclusão: Mulheres com mais de 18 anos; Gravidez de baixo risco; Gravidez de termo; Fale português fluentemente; desejo de parto eutócico com feto em apresentação cefálica; concordem em participar no estudo; parturiente cujo parto seja apoiado do EESMO.

Por oposição, definiu-se como critérios de exclusão: Parturientes que desenvolvam complicações no decorrer do TP; Parturientes com partos distócicos; Que não cumpram os critérios anteriormente exposto; desistam de participar.

As participantes são parturientes no 2º estágio do trabalho de parto, num hospital de nível 2 da região de Lisboa e Vale do Tejo. Foi realizado um cálculo amostral, com recurso ao aplicativo estatístico GPower®, para o estudo em questão, sendo que a amostra mínima a considerar é de 54 participantes (tendo por base um intervalo de confiança de 95% e um $p < 0,005$). Tendo por base a proporção dos partos realizados por EESMO para o mês de abril de 2024, a amostra necessária para a aplicação do estudo durante o período de 1 mês, mais especificamente o mês de junho de 2024, devido a limitações temporais inerentes ao ensino clínico e tendo em conta a amostra calculada previamente, foram aceites para participação no estudo 20 participantes, 10 elementos do grupo de intervenção e 10 elementos do grupo de controlo.

As participantes tiveram uma distribuição aleatória em um dos dois grupos, ou seja, conforme a alocação por enfermeiro nesse turno e após verificados os critérios de inclusão e consentimento da mulher estas eram selecionadas e alocadas a um grupo, sendo que só o EESMO responsável pela utente foi informado em que grupo é que esta se encontrava e, em caso de necessidade, a equipa médica responsável pela utente.

Depois da dequitação, o períneo foi avaliado pelo EESMO responsável, no que se refere à sua integridade (resultado primário); para a obtenção dos resultados relacionados com a satisfação da mulher em relação ao processo e se pensaria em voltar a usar a técnica de massagem perineal, foi aplicado um breve questionário a cada uma das participantes acerca da sua experiência de parto, antes da transferência para o serviço de internamento (Apêndice 3).

Colheita de dados:

Para a colheita de dados foi realizado um questionário composto por 4 questões, sendo que na primeira questão se pretende obter a caracterização demográfica e obstétrica das parturientes com recurso a 12 questões de resposta rápida, e nas questões 2 a 4 se pretende, através do recurso à escala numérica e escalas tipo Lickert avaliar a satisfação das mulheres com o

procedimento realizado e se as mesmas voltariam a recomendar o uso do mesmo numa situação de futura gravidez. Estes questionários foram respondidos por ambos os grupos integrantes na investigação.

Foi realizado também um questionário direcionado para os EESMOS, composto por duas questões, que visa avaliar a integridade perineal e qual a técnica utilizada em cada mulher, também aplicados a ambos os grupos integrantes na investigação (Apêndice 3).

Análise dos dados

Para o tratamento e análise dos dados recorreu-se ao software IBM SPSS™ (versão 29). Foi realizada a caracterização demográfica e obstétrica da amostra, aplicados testes estatísticos e realizada a respetiva análise dos mesmos.

Para a caracterização da amostra, nomeadamente as variáveis sociodemográficas e dados obstétricos, utilizou-se métodos de estatística descritiva através da utilização de tabelas de frequência absolutas e relativas, tendo esta caracterização por base a análise os dados sociodemográficos e obstétricos recolhidos através do questionário implementando.

Tendo em conta os objetivos, geral e específicos deste estudo, supracitados, e a diferente natureza das variáveis: escalares – Nível de dor com o procedimento usado durante o TP, avaliação da satisfação com procedimento e probabilidade de voltar a usar o mesmo; e nominais - Avaliação da integridade perineal, foram utilizadas respetivamente, a escala numérica da dor (0 a 10) e escalas tipo Lickert na avaliação da satisfação e probabilidade de voltar a usar o procedimento, sendo que para a variável nominal foi utilizada resposta aberta.

Por forma a realizar a relação entre as variáveis nos dois grupos calculou-se a normalidade da distribuição da amostra para cada uma das variáveis supracitadas, recorrendo ao teste de Shapiro-Wilks, uma vez que a amostra total é de 20 mulheres.

Verificou-se que em todas as variáveis testadas o valor de significância é inferior a 0,05, sendo que se recorreu à análise através do teste não paramétrico de Man-Whitney U, selecionado devido ao facto de não existir normalidade na distribuição desta amostra e pelo tamanho da mesma (n=20), por forma a inferir das relações entre as variáveis estudadas e os grupos da amostra.

2.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No desempenho da sua prática profissional, o enfermeiro especialista deve desenvolver a sua prestação de cuidados de acordo com as normas legais e os princípios éticos e deontológicos, por forma a garantir e respeitar os direitos humanos, e tendo por base o regulamento 140/2019 que remete para o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (artigo 5º), tendo sempre

por base o respeito pelos direitos humanos e pelos princípios éticos do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015a), bem como do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015b). Desta forma, a condição de mestranda foi sempre explicitada no início de todas as interações, ao longo dos diferentes contextos da UC, sendo que a prestação de cuidados só tinha início após o consentimento verbal para a prestação de cuidados.

Em relação à investigação científica, esta é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes: rigor, isenção, persistência e humildade. A investigação em enfermagem também obedece a estes requisitos, assim como aos princípios éticos nacionais e internacionais (Martins, 2008), nomeadamente aos expressos na Declaração de Helsínquia.

De acordo com o International Council of Nurses (ICN), os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações, e está obrigado a assegurar que os doentes recebem informação apropriada para consentirem no tratamento ou procedimentos, incluindo a participação em investigação. Por sua vez, a investigação tem então de ser guiada por 6 princípios éticos: Beneficência, Não-maleficência, Fidelidade, Justiça, Veracidade e Confidencialidade (Nunes, 2013).

Desta forma, foi realizado um projeto de investigação, que foi submetido à Comissão de Ética do hospital onde se pretendia desenvolver o estudo tendo esta emitido parecer positivo à realização do estudo (Apêndice 4 e Anexo 1, respetivamente).

De forma a cumprir os princípios éticos supracitados, os participantes foram selecionados de forma aleatória, ou seja, conforme a alocação por enfermeiro nesse turno e após verificados os critérios de inclusão e consentimento da mulher estas eram selecionadas e alocadas a um grupo, sendo que só o EESMO responsável pela utente foi informado em que grupo é que esta se encontrava e, em caso de necessidade, a equipa médica responsável pela utente. As participantes selecionadas foram informadas no que consiste o estudo, qual o objetivo do mesmo e que compreendiam a essência do consentimento voluntário a que se prestam, estando salvaguardado que poderiam desistir a qualquer momento, sem perjúrio para os seus cuidados de saúde tendo preenchido e assinado um consentimento informado e esclarecido (Apêndice 5).

A confidencialidade das participantes foi garantida através da codificação dos nomes por números, isto é, cada participante teve um número atribuído (ex.: P1, P2, P3...Px), sendo que os dados foram apenas partilhados com a docente orientadora, sem qualquer identificação pessoal da participante.

Os questionários foram entregues às participantes em envelope selado, e devolvidos à investigadora principal em envelope selado; os consentimentos informados serão também

preservados durante 5 anos, e posteriormente destruídos; o acesso aos documentos em formato papel durante este período de tempo será exclusivo da investigadora, da docente orientadora, sendo que os mesmos ficarão guardados em armário fechado, apenas acessível pela investigadora e pela docente orientadora.

Os dados analisados serão guardados em suporte informático, nomeadamente num disco externo, encriptado e protegido com password, sendo que após a publicação do relatório da UC os dados serão guardados durante 5 anos e posteriormente eliminados do disco externo, assim como os dados em suporte de papel serão eliminados com recurso a trituradora de papel.

Em relação aos princípios éticos, importa ressaltar que o estudo salvaguardou os princípios da Beneficência/Não-maleficência uma vez que, com o estudo se pretende compreender se a aplicação da massagem perineal no segundo estágio do TP pode melhorar e impactar positivamente o processo de parto, através da diminuição das lesões perineais, trazendo assim benefícios para a preservação da integridade perineal e consequente saúde da mulher; por sua vez, o grupo de controlo também se encontra salvaguardado uma vez que, a técnica protocolada na instituição não provoca dano na zona perineal, e também promove a sua proteção durante o segundo estágio do TP; em relação ao princípio da Justiça, este também se encontra salvaguardado, uma vez que todos os participantes foram tratados de igual forma, de acordo com as suas necessidades, e garantindo sempre o melhor cuidado de enfermagem durante a aplicação do estudo.

2.4 RESULTADOS

A análise estatística dos dados realizou-se com recurso ao programa estatístico SPSS® (versão 29), por forma a responder à questão de investigação e desta forma compreender qual o impacto da massagem perineal para uma experiência de parto positiva.

2.4.1 Caracterização sociodemográfica e obstétrica

Para a caracterização da amostra, nomeadamente as variáveis sociodemográficas e dados obstétricos, utilizou-se a métodos de estatística descritiva com a utilização de tabelas de frequência absolutas e relativas, tendo esta caracterização por base a análise os dados sociodemográficos e obstétricos recolhidos através do questionário implementando. Para a análise demográfica e obstétrica foi analisada a totalidade da amostra, não tendo sido realizada a análise de cada grupo em separado.

As participantes do estudo têm uma média de idades de 31,10 anos, com idades compreendidas entre os 21 e os 43 anos (Figura 1), na sua maioria de nacionalidade portuguesa

(60%), nacionalidade angolana (15%), 10% nacionalidade santomense, e 5% nacionalidade brasileira, indiana e Bangladesh (Figura 2); com a maior frequência no ensino secundário (40%); 25% tem o 3º ciclo, 20% possui uma licenciatura e 15% possui um mestrado (Figura 3). Em relação ao estado civil, 60% das participantes são solteiras, enquanto 35% são casadas e 5% vivem em união de facto (Figura 4).

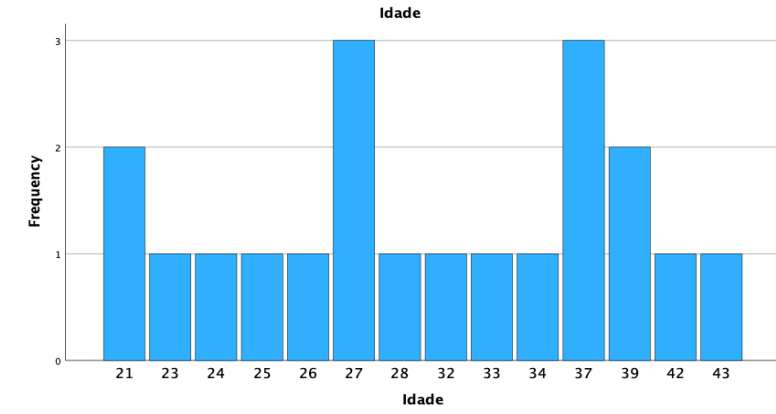


Figura 1 – Frequência de Idades da Amostra

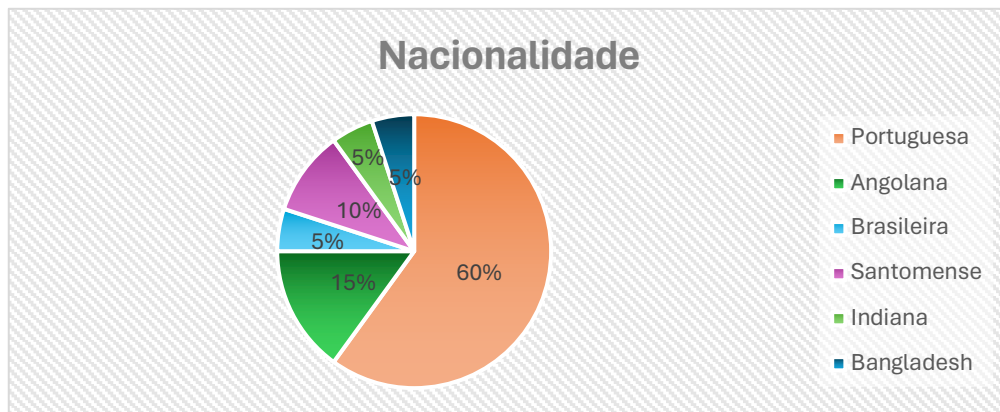


Figura 2 – Nacionalidades (Percentagem)

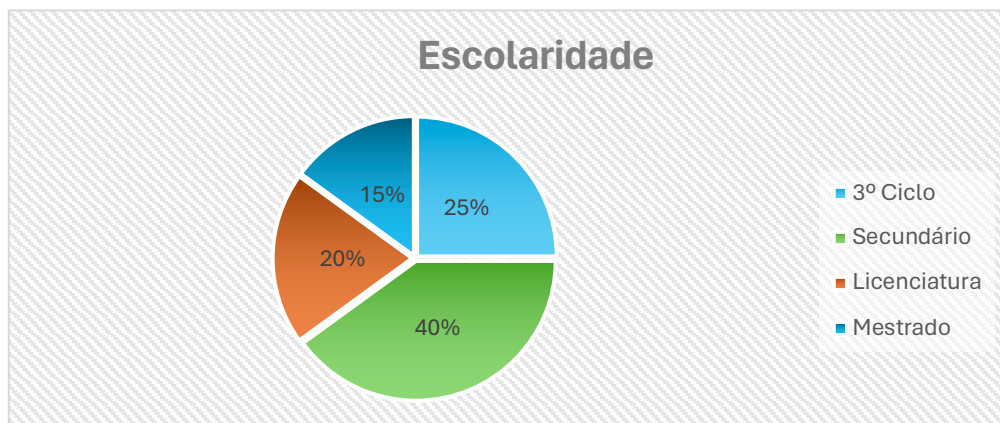


Figura 3 – Nível de Escolaridade (Percentagem)

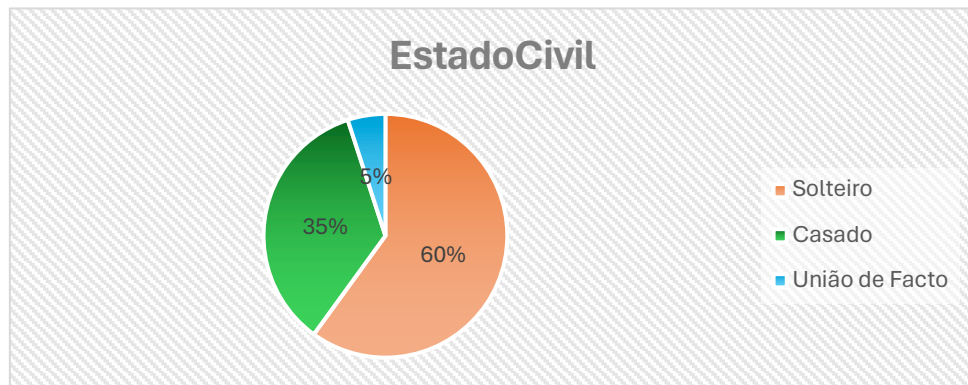


Figura 4- Estado Civil (Percentagem)

Em relação à informação obstétrica, no que à idade gestacional (IG), verificou-se que a média da IG foi de 39,30 semanas, compreendidas entre as 37 e as 42 semanas (Figura 5).

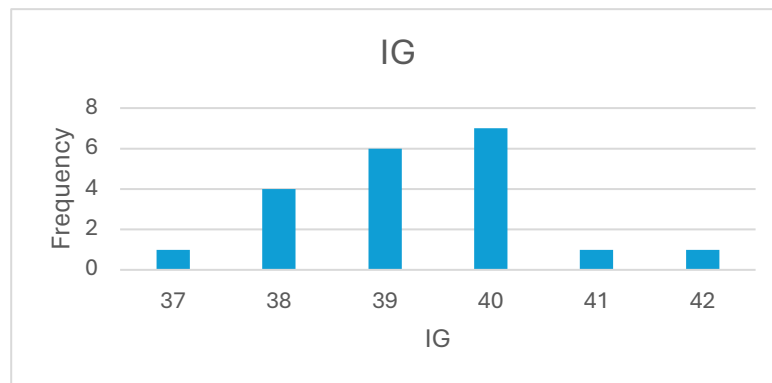


Figura 5 – Frequência Idade Gestacional

No que respeita à caracterização obstétrica, em relação à paridade, das 20 participantes inquiridas, 7 são primíparas (35%), enquanto as restantes 13 são múltíparas (65%). No caso da serem múltíparas, foi questionada qual o tipo de parto anterior, tendo obtido 100% de partos eutócicos como resposta.

Procurou-se também saber se as participantes tinham participado em programas de Preparação para a Parentalidade e Nascimento (PPPN), verificando-se que 25% frequentaram o mesmo, por oposição à maioria da amostra (75%) que não frequentou qualquer tipo de PPPN, conforme ilustrado na figura abaixo (Figura 6).

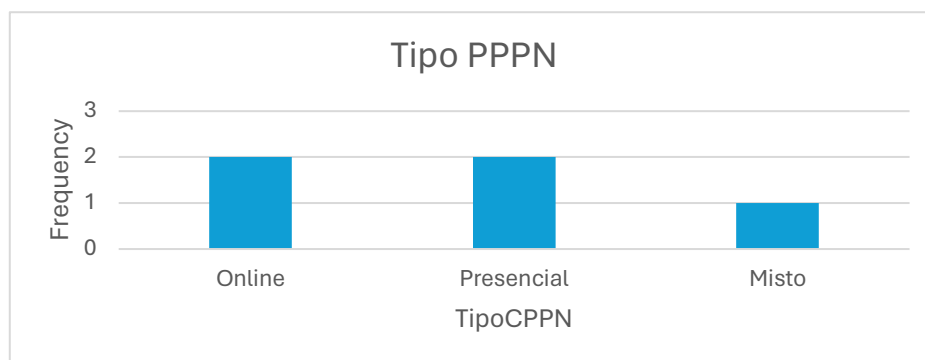


Figura 6 – Frequência de Participação nos Programas de Preparação para o Nascimento

No caso de terem realizado PPPN foi questionado qual a modalidade do mesmo, sendo que duas participantes realizaram em formato presencial (40%), 2 participantes em formato online (40%) e 1 participante em formato misto, aulas práticas presenciais e aulas teóricas online (20%), conforme se verifica no quadro em baixo (Quadro 3).

Tentou-se também compreender a abordagem da temática da massagem perineal nos programas de preparação para o parto, tendo-se obtido em 60% das respostas que esta não foi abordada.

Em relação à realização da massagem perineal no período pré-natal, verifica-se que nenhuma das participantes a realizou, conforme ilustrado no quadro abaixo (Quadro 3), independentemente de algumas terem conhecimento da mesma.

		Grupo intervenção	Grupo Controlo	
		Frequência (n)		Percentagem (%)
PPPN	Sim	3	2	25.0
	Não	7	8	75.0
Temática MP no PPPN	Sim	0	2	10.0
	Não	10	8	90.0
Realização de MP	Sim	0	0	0
	Não	10	10	100.0

Quadro 3 – Frequências Programas de Preparação para o Nascimento e Massagem Perineal

2.4.2 Análise estatística do questionário

Após a análise demográfica e obstétrica da amostra, do subcapítulo anterior, procedeu-se à análise das restantes variáveis em estudo.

Por forma a realizar a relação entre as variáveis nos dois grupos calculou-se a normalidade da distribuição da amostra para cada uma das variáveis supracitadas, recorrendo ao teste de

Shapiro-Wilks, devido à dimensão da amostra, uma vez que o $n=20$, tendo obtido os resultados descritos no quadro abaixo (Quadro 4):

	Shapiro-Wilk		
	Estatísticas	df	Sig.
Avaliação Dor	.750	20	<.001
Avaliação satisfação com Técnica	.632	20	<.001
Avaliação Probabilidade de usar novamente a técnica	.675	20	<.001
Avaliação Périneo	.840	20	.004

Quadro 4 – Normalidade da Distribuição da Amostra

Verifica-se que em todas as variáveis testadas o valor de significância é inferior a 0,05, o que permite concluir que, para esta amostra em estudo, que não existe normalidade na distribuição da mesma. Tendo em conta estes resultados, e tendo em conta também o tamanho da amostra, foi utilizado o teste de Man-Whitney U (Não- paramétrico) para inferir das relações entre as variáveis estudadas e os grupos da amostra, conforme se apresenta no quadro 6.

	Avaliação Dor	Avaliação satisfação com Técnica	Avaliação Probabilidade de usar novamente a técnica	Avaliação Périneo
Mann-Whitney U	48.000	39.000	33.000	29.500
Wilcoxon W	103.000	94.000	88.000	84.500
Z	-.155	-1.037	-1.525	-1.664
Asymp. Sig. (2-tailed)	.876	.300	.127	.096
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.912 ^b	.436 ^b	.218 ^b	.123 ^b

Quadro 5 – Resultados das Relações entre as Variáveis

Em relação à **dor**, pretendia-se avaliar se a MP está associada ou não à diminuição da dor do périneo, sendo que o resultado da significância obtido foi de 0,912, ou seja, é maior que 0,05, portanto não existem diferenças estatísticas entre os grupos, para a amostra em estudo.

Para a avaliação da **satisfação das participantes com o parto** recorreu-se a duas questões, nomeadamente a satisfação das participantes com a técnica utilizada e qual a probabilidade de voltarem a usar a mesma técnica num parto futuro, sendo que os resultados da significância obtidos foram, respetivamente, de 0,436 e 0,218, ou seja, ambos maiores que 0,05, portanto não existem diferenças estatísticas entre os grupos, para a amostra em estudo.

Em relação ao **trauma perineal**, pretendia-se com base na avaliação do períneo pós-parto compreender se a MP está associada ou não à diminuição do trauma perineal, sendo que o resultado da significância obtido foi de 0,123, ou seja, é maior que 0,05, portanto não existem diferenças estatísticas entre os grupos para a amostra em estudo.

O quadro 6 resume a análise estatística em cada grupo para cada uma das variáveis em estudo, correlacionado as suas medianas e *p* values.

Variáveis		Grupo de intervenção		Grupo controlo		P
		N = 10	Mediana	N = 10	Mediana	
Avaliação Dor	(Escala numérica dor)		8.00		8.00	0,912
Avaliação Períneo	Integro	1	3	3	2,5	0,213
	Lac. I	6		5		
	Lac. II	2		0		
	Lac. III	0		0		
	Lac. IV	1		0		
	Episiotomia	0		3		
Avaliação satisfação	Likert (1-5)		5		5	0,436
Avaliação Probabilidade de usar novamente a técnica	Likert (1-5)		5		4,5	0,218

Quadro 6- Correlação de variáveis

2.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se confrontar os resultados obtidos na ScR com os resultados obtidos após a realização do ERC.

A OMS (2018) recomenda a massagem perineal como uma das técnicas a serem aplicadas durante o parto para uma experiência positiva, com o objetivo de diminuir a probabilidade de desenvolver trauma perineal, possibilitando que este se desenrole de forma mais natural e menos medicalizada.

Os principais resultados da ScR salientam que a aplicação da MP no 2º estágio do TP tem um impacto significativo na redução de episiotomia e/ou lacerações perineais, diminuição da duração do 2º estágio do TP, redução da dor perineal no puerpério com consequente aumento da satisfação da mulher e satisfação da equipa/aplicabilidade da técnica por parte dos EESMO.

Com vista à **redução de episiotomia e/ou de lacerações perineais**, foram sendo combinadas técnicas, sendo a mais frequente a aplicação de massagem perineal com compressas quentes, não sendo essa combinação de todo clara em termos de eficácia. No estudo desenvolvido por Hong et al. (2022), não foram encontradas diferenças significativas na percentagem de perineorrafias entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo, verificando-se também que a técnica combinada não diminuiu o risco de trauma perineal major ou da necessidade de realização de episiotomia. Por oposição, no estudo realizado por Rodrigues et al. (2023), verificou-se que a aplicação de massagem perineal e compressas quentes no segundo estágio do TP tem um efeito protetor no períneo, quando comparado com o grupo de controlo, principalmente com um aumento na incidência de períneos íntegros e na diminuição significativa nas lacerações de grau II e realização de episiotomia.

Quando se fala da massagem perineal como técnica isolada a ser aplicada no segundo estágio do TP verifica-se uma redução da incidência de episiotomia (Kiremitli et al., 2022; Yetismis & Derya 2023), estando em concordância com a revisão realizada por Marcos-Rodriguez et al (2022), que incluiu 9 estudos de controlo randomizados (ECR), e que verificou a diminuição da incidência de episiotomias aquando da aplicação da massagem perineal durante o segundo estágio do TP; com base na análise combinada de todos os artigos, a aplicação da massagem perineal no segundo estágio do TP aparenta ser eficaz na redução da incidência de episiotomias.

Contudo, esta técnica não diminui significativamente a incidência e a severidade das lacerações perineais, indo ao encontro dos resultados obtidos da revisão sistemática realizada por Zang et al. (2022), que incluiu 18 artigos, dos quais 8 relativos a técnicas perineais, sendo destes 1 revisão sistemática da Cochrane com 22 ECR com 15181 mulheres, 6 ECR's e 1 revisão sistemática da literatura com 7 ECR's, e que concluiu que a massagem perineal aplicada no 2º estágio do TP é eficaz na redução da incidência de lacerações de Grau III e IV, ao mesmo tempo que não aumenta a incidência de lacerações de Grau I e II, ou seja, a massagem perineal aplicada neste estágio do TP apresenta-se como uma das técnicas mais promissoras de futura aplicação para prevenir as lacerações perineais mais severas.

Em relação à **diminuição da duração do 2º estágio do TP**, os estudos realizados por Kiremitli et al (2022) e por Yetismis & Derya (2023) demonstram uma diminuição da duração deste estágio, apesar de no primeiro estudo citado não existir significância estatística nesse resultado.

Por sua vez, na revisão sistemática realizada por Marcos-Rodriguez et al (2022), verificou-se em vários estudos incluídos (Akhlaghi et al., 2019; Geranmayeh et al., 2012; Demirel et al., 2015; Raja et al., 2019) uma diminuição significativa do tempo de duração do segundo estágio do TP aquando da aplicação da massagem perineal.

Na temática referente à **redução da dor perineal no puerpério** e consequentemente a **satisfação da mulher**, no estudo de Yetismis & Derya (2023) que avaliou a dor perineal e o conforto, verificaram-se médias elevadas no grupo de intervenção nas questões ambientais, físicas e psicoespirituais, o que demonstra que a massagem perineal aplicada durante o 2º estágio do TP aumenta significativamente o conforto durante o TP. No mesmo estudo, verificou-se que no grupo de controlo existiram níveis significativamente mais elevados de dor perineal no puerpério, assim como, níveis mais elevados de edema, rubor e equimose perineal, confirmando a hipótese de que a aplicação de massagem perineal no 2º estágio do TP diminui a dor perineal no puerpério, resultados esses que vão de encontro aos obtidos por Marcos-Rodriguez et al (2022), em que se verifica que a diminuição associada à duração do 2º estágio do TP se reflete na diminuição das complicações materno-fetais e influencia positivamente a sensação de dor das parturientes.

Também no estudo realizado por Hong et al (2022), se verificou que as participantes do grupo de técnica combinada têm uma maior probabilidade de recomendar esta técnica a conhecidos, em comparação com aquelas a quem foi aplicada exclusivamente a massagem perineal, demonstrando assim, algum nível de satisfação com a técnica.

Alguns estudos também avaliaram a **satisfação da equipa e aplicabilidade da técnica por parte dos EESMO**, nomeadamente Rodrigues et al. (2023), em que o feedback da equipa foi positivo e todos os EESMO da equipa passaram a adotar a técnica combinada (massagem perineal e compressas quentes no segundo estágio do TP, não só pela **satisfação das mulheres** a quem foi aplicado, mas também por ser uma técnica fazível, sem custos elevados associados e facilmente reprodutível, indo de encontro ao anteriormente concluído por Marcos-Rodriguez et al (2022), que concluíram que a massagem perineal se revela como uma técnica de baixo custo e de fácil aplicação pelas equipas, com resultados demonstrados na redução da incidência da taxa de episiotomias e, consequentemente, com influência na **satisfação das mulheres**.

Também a revisão sistemática realizada por Zang et al. (2022), conclui que é essencial no futuro ter em conta as experiências e preferências das mulheres em TP, treinando os profissionais para potenciar a **satisfação** das mesmas, garantindo cuidados de qualidade vanguardistas.

Com base nas temáticas obtidas, e também com vista aos resultados primários e secundários que se pretendia alcançar com a realização do RCT, analisaram-se as questões do questionário que se focam nas perceções das participantes em relação ao nível de dor com o procedimento usado durante o TP, com a satisfação em relação ao mesmo, e com a probabilidade de voltar a utilizar o mesmo numa futura gravidez, seguida da questão feita aos EESMO em relação à integridade perineal de cada participante do questionário.

Em relação à **dor**, pretendia-se avaliar se a MP está associada ou não à diminuição da dor do períneo, sendo que o resultado da significância obtido foi de 0,912, ou seja, é maior que 0,05, portanto não existem diferenças estatísticas entre os grupos.

Assim, para esta amostra, conclui-se que a massagem perineal não está associada à diminuição da dor no períneo. Este resultados são opostos aos obtidos no mapeamento da evidência científica mais recente, uma vez que no estudo de Yetismis & Derya (2023) se verificaram médias elevadas no grupo de intervenção nas questões ambientais, físicas e psicoespirituais, concluindo que a aplicação da massagem perineal aplicada durante o 2º estágio do TP aumenta significativamente o conforto durante o trabalho de parto, e que no grupo de controlo existiram níveis significativamente mais elevados de dor perineal no puerpério, assim como níveis mais elevados de edema, rubor e equimose perineal, confirmando a hipótese de que a aplicação de massagem perineal no 2º estágio do TP diminui a dor perineal no puerpério, resultados esses que também vão de encontro aos obtidos por Marcos-Rodriguez et al (2022), em que se verifica que a diminuição associada à duração do 2º estágio do TP se reflete na diminuição das complicações materno-fetais e influencia positivamente a sensação de dor das parturientes.

É, no entanto, de ressaltar que os questionários foram todos aplicados enquanto as participantes se encontravam no puerpério imediato, o que pode ter influenciado a sua percepção em relação à dor vivenciada por ainda ser bastante recente, e que não foram avaliados os níveis de dor no puerpério, não podendo então inferir se a aplicação da MP possa ter algum impacto no conforto sentido no puerpério.

Para avaliar a **satisfação das participantes com o parto** recorreu-se a duas questões, nomeadamente a satisfação das participantes com a técnica utilizada, e também qual a probabilidade de voltarem a usar a mesma técnica num parto futuro, sendo que os resultados da significância obtidos foram, respetivamente, de 0,436 e 0,218, ou seja, ambos maiores que 0,05, portanto não existem diferenças estatísticas entre os grupos, para a amostra em estudo.

Tal resultado conclui, para a amostra em estudo, que a massagem perineal não está associada à satisfação da mulher com o parto, sendo que tais resultados vão de encontro aos encontrados no estudo por Kiremitli et al. (2022), onde também não se aferiu significância estatística no resultado relacionado com a satisfação com o parto.

Por oposição, a maioria dos resultados obtidos no conhecimento mapeado demonstram que a aplicação da massagem perineal no 2º estágio do TP está associada a uma maior satisfação em relação ao parto, apesar de ser uma técnica combinada de massagem perineal e compressas quentes, pois no estudo realizado por Rodrigues et al. (2023) verificou-se que as participantes do grupo de técnica combinada têm uma maior probabilidade de recomendar esta técnica a

conhecidos, em comparação com aquelas a quem foi aplicada a técnica hands-on, estando em concordância com o estudo de Hong et al. (2022), onde as participantes do grupo de técnica combinada têm uma maior probabilidade de recomendar esta técnica a conhecidos, em comparação com aquelas a quem foi aplicada exclusivamente a massagem perineal.

Em relação ao **trauma perineal**, pretendia-se com base na avaliação do períneo pós-parto compreender se a MP está associada ou não à diminuição do trauma perineal, sendo que o resultado da significância obtido foi de 0,123, ou seja, é maior que 0,05, portanto não existem diferenças estatísticas entre os grupos, levando à conclusão de que a massagem perineal não está associada à diminuição do trauma perineal, quando aplicada no segundo estadió do TP, para a amostra em estudo.

Estes resultados, apesar de serem só relativos à aplicação de MP e não de uma técnica combinada, vão de encontro aos resultados obtidos no estudo realizado por Hong et al (2022), em que existiu a aplicação combinada de massagem perineal e compressas quentes no 2º estadió do TP, e não foram encontradas diferenças significativas na percentagem de perineorrafias entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo, verificando-se também que a técnica combinada não diminuiu o risco de trauma perineal major ou da necessidade de realização de episiotomia.

Tais resultados são, no entanto, contraditórios com a evidência científica mapeada, uma vez que no estudo realizado por Rodrigues et al. (2023) se verificou que a aplicação de massagem perineal e compressas quentes no 2º estadió do TP tem um efeito protetor no períneo, quando comparado com o grupo de controlo, principalmente com um aumento na incidência de períneos íntegros e na diminuição significativa nas lacerações de grau II e realização de episiotomia;

É de salientar que no ERC se verificou que no grupo de controlo três participantes foram sujeitas a episiotomia, enquanto no grupo de intervenção nenhuma foi sujeita à realização da mesma, demonstrando uma redução na incidência da realização de episiotomia com a aplicação da MP, contudo este resultado não tem significância estatística para a amostra em estudo, para poder ser tido em consideração.

Verifica-se assim que os resultados obtidos para a amostra em estudo são opostos aos mapeados nos estudos em que a MP foi a única técnica a ser aplicada, e não uma técnica combinada, pois nos estudos realizados por Kiremitli, et al (2022) e por Yetismis & Derya (2023), a massagem perineal aplicada no segundo estadió do TP reduziu a incidência de realização de episiotomia, estando em concordância com a revisão sistemática realizada por *Marcos-Rodriguez et al (2022)*, que verificou uma diminuição da incidência de episiotomias aquando da aplicação da massagem perineal neste estadió.

3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A UC Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, com um cariz profissional e que visou a aquisição de conhecimentos especializados em diversas áreas integrantes da saúde materna e obstétrica, decorreu entre setembro de 2023 e junho de 2024. O mesmo foi assente numa dinâmica modular que visou a passagem por diferentes contextos da prática clínica: ginecologia, gravidez de baixo risco (contexto hospitalar e comunitário), gravidez de risco/patológica, puerpério (contexto hospitalar e comunitário) e bloco de partos.

A sua realização ocorreu em contextos diferentes, cada qual com as suas especificidades particulares. Contudo, em todos eles foram potenciadas as atividades e experiências ao máximo por forma a que se pudesse desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitiram a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/mãe/casal/recém-nascido/família a vivenciarem processos de saúde-doença durante o ciclo sexual e reprodutivo, tendo por base os conhecimentos adquiridos com base na evidência científica e que foram guiados pelos princípios éticos e deontológicos da profissão, evidenciado por projeto individual realizado no início da UC e que foi sendo ajustado ao longo do desenvolvimento do mesmo (Apêndice 6).

Este é um capítulo descrito e reflexivo do processo formativo ao longo da UC, com base nos objetivos e estratégias delineadas para a mesma.

Para a UC preconiza-se como objetivo geral de aprendizagem a “prestação de cuidados especializados de saúde materna e obstétrica”, sendo os eixos estruturantes da praxis clínica:

- “A prestação de cuidados especializados de ESMO à grávida/parturiente/puérpera/feto/recém-nascido e mulher durante o climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, inserida na família e comunidade, integrando todas as atividades que se realizam em cada contexto de estágio e que permitam um conjunto de experiências mínimas obrigatórias para o reconhecimento das qualificações profissionais”,
- “A mobilização de conhecimentos sólidos sustentados na evidência científica, com assertividade, valores éticos e responsabilidades profissionais”
- “A capacitação da pessoa, cliente de cuidados, a mulher/casal/grupo/família nas decisões no quotidiano sobre os cuidados de saúde

competências parentais, promoção da saúde e da qualidade de vida, no que se relaciona com a saúde sexual e reprodutiva com ênfase durante o ciclo gravídico- puerperal e ao longo do ciclo reprodutivo”.

Ao longo de toda a UC foram tidas em conta as competências do EEESMO, sendo que estas se demonstraram essenciais no processo reflexivo da prática. O regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) distingue três tipos de competências: as comuns, que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas e demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria; as específicas, que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde decorrentes do campo de intervenção definido para cada área de especialidade e demonstrado através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas; as acrescidas, que dizem respeito aos conhecimentos, habilidades e atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico- científico da profissão, levando a novos campos de atuação do exercício profissional autónomo (OE, 2019).

Por sua vez o regulamento de competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019), assim como o International Confederation of Midwives (ICM, 2019), descrevem as competências que o enfermeiro precisa de adquirir/desenvolver para uma adequada prestação de cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica, com a responsabilidade de atuação nas áreas do planeamento familiar, preconceção, gravidez, puerpério, climatério, ginecologia, saúde sexual e reprodutiva. Está assim explícito que o EEESMO tem a capacidade para desempenhar intervenções autónomas nas áreas supracitadas, em todas as situações de baixo risco no ciclo reprodutivo da mulher, sendo que nas situações patológicas e/ou de médio e alto risco este desempenha intervenções autónomas interdependentes com a equipa multidisciplinar.

Como tal, em todos os contextos de prática foi tida uma preocupação na validação das ações realizadas, não só em relação aos conhecimentos previamente adquiridos, mas também na procura contínua de novos conhecimentos, atualizados e com base na evidência científica, por forma a fundamentar a prática, isto quer no domínio da enfermagem, mas também nos domínios biomédicos e das ciências sociais, uma vez que, a integração das diversas áreas do saber possibilita a prestação de cuidados individualizados e holísticos à mulher/mãe/casal/recém-nascido/família. Em simultâneo, foram tidos em conta os protocolos de atuação/instruções de trabalho dos diversos contextos, para que os cuidados prestados fossem os mais uniformizados possíveis.

Nos capítulos subsequentes contextualiza-se as atividades desenvolvidas ao longo da UC, nos diferentes contextos da prática clínica, enfatizando os conhecimentos e a teoria adquiridos durante o mesmo, com base nas experiências vividas, enquanto em simultâneo se reflete nas competências e recursos mobilizados para atingir os objetivos propostos para cada contexto, e quais os ganhos em termos de conhecimento e competências específicas.

3.1. CUIDAR DA MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR, PERÍODO PRÉ-CONCECIONAL E PERÍODO PRÉ-NATAL

A aquisição de competências que visam cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concecional e período pré-natal decorreu em dois momentos distintos da UC, nomeadamente entre 18 de setembro de 2023 e 27 de outubro de 2023, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e numa Unidade de Saúde Familiar (USF) (Apêndice 7), sob a supervisão de uma EEESMO, com grau de mestre, e também no período compreendido entre 31 de Outubro a 18 de Dezembro, na consulta externa de Gravidez Patológica e Ginecologia de um Hospital Nível 2 da região de Lisboa e Vale do Tejo (Apêndice 8).

Em ambos os contextos, foi possível desenvolver diversas atividades que permitiram a aquisição de novas competências nas áreas do planeamento familiar e saúde pré-concecional, na área da fecundidade/fertilidade e na área pré-natal e da vigilância da gravidez de baixo risco.

No contexto de comunidade, e no âmbito do planeamento familiar (PF) foram realizadas consultas de enfermagem; estas visam intervenções que podem ser aplicadas desde o início da idade fértil até à entrada da mulher no período de climatério, e dão resposta às solicitações sobre contraceção, pré conceção, infertilidade ou fertilidade (Circular nº 37/2011/UOFC de 28/12/2011). Nestas consultas realizava-se a avaliação dos dados biométricos (peso, altura e cálculo do índice de Massa Corporal (IMC)), assim como, a avaliação de sinais vitais; posteriormente era realizada uma entrevista para obtenção da história familiar, antecedentes pessoais e obstétricos e dados pré concecionais; no seguimento eram abordados os métodos contraceptivos e realizada uma avaliação dos mesmos, com base na eficácia do método e na satisfação da utente, sendo que posteriormente eram ou realizados ensinamentos de reforço acerca do método em utilização ou sugeridos métodos contraceptivos alternativos (em caso de insatisfação da utente) que fossem adequados aos desejos/necessidades da utente, sendo que no caso destes estarem disponíveis gratuitamente na USF, os mesmos eram disponibilizados às utentes, cumprindo assim, o preconizado na alínea a), nº2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, que visa a disponibilização de contraceptivos gratuitos no Sistema Nacional de Saúde com o objetivo de assegurar a diversidade de métodos,

com uma escolha adaptada a um maior número de utentes, garantindo a liberdade de escolha sobre o mesmo; no caso de ser disponibilizado um método que iria ser usado pela utente pela primeira vez ficava então, uma nova consulta de planeamento familiar agendada para se proceder à avaliação do uso do mesmo pela utente.

As consultas de PF permitiram também que abordasse temáticas com as utentes para além dos métodos contraceptivos, nomeadamente na área da sexualidade, acerca de comportamentos de risco e infeções sexualmente transmissíveis (sintomatologia e possíveis formas de tratamento), bem como, realizasse promoção para a saúde através da divulgação da importância do rastreio do cancro da mama, e da importância do auto- teste, uma vez que o cancro da mama é uma das doenças com maior mortalidade para o sexo feminino, sendo que o rastreio é fundamental para o diagnóstico precoce da doença, uma vez que identifica as fases iniciais do processo de desenvolvimento neoplásico (American Cancer Society, 2021); o autoexame deve ser realizado na semana seguinte à menstruação, ou no caso de ausência de fluxo menstrual, num dia fixo do mês, sendo o seu objetivo a identificação de nódulos ou qualquer alteração anormal da mama, seja no formato ou na tonalidade (Vieira, 2019). Estas consultas devem ser realizadas uma vez por ano, no entanto podem ocorrer mais caso se verifique a necessidade de reforçar ensinamentos ou de avaliar o método de contraceção em uso, ou que seja preciso abordar alguma outra temática pertinente para estas consultas.

É de salientar que as consultas foram momentos muito importantes de aquisição de competências, que permitiram o contacto com diversas faixas etárias (desde adolescentes com 14 anos até mulheres com mais de 55 anos), motivo que inicialmente foi promotor de ansiedade, pois as temáticas e as abordagens de acordo com as idades são diferentes, contudo com o desenrolar das semanas esta interação ficou mais natural; foi necessário uma grande consolidação de conhecimentos, principalmente nas temáticas da contraceção e da menopausa, considerando-se que no fim deste contexto os ganhos em conhecimento foram enormes e que foi possível dar apoio individualizado a cada mulher quando estas precisaram. Conclui-se assim que as consultas de PF são um pilar essencial do trabalho dos EEESMOS na comunidade, não só pela diversidade de temáticas que podem ser abrangidas na mesma, mas também pelo impacto que têm na vida das mulheres, promovendo uma sexualidade saudável ao mesmo tempo que se promove também um estilo de vida saudável e consequentemente se pode impactar tão positivamente a vida das mulheres, diminuindo desconfortos e facilitando a gestão do dia a dia nas áreas decorrentes da sexualidade feminina.

Na área da fecundidade/fertilidade, onde se incluem as consultas pré-concepcionais, foram também realizadas consultas de enfermagem; estas consultas são essenciais para corrigir

potenciais comportamentos de risco de forma a proporcionar um princípio de gravidez mais equilibrado, já que as primeiras oito semanas de desenvolvimento embrionário são as mais suscetíveis aos efeitos nefastos de agentes externos (Guerreiro & Dias, 2016); nestas consultas, para além da avaliação dos dados biométricos e de sinais vitais, e da colheita de dados familiares e antecedentes pessoais e obstétricos, era abordada a importância da realização do rastreio do cancro do colo do útero e da realização de análises pré-concepcionais, assim como se abordava a sexualidade do casal, tendo em conta as necessidades físicas e emocionais destes, por forma a ajudar à gestão de expectativas. Nestas consultas eram também realizados ensinamentos acerca do ciclo menstrual, estilos de vida saudáveis, suplementação pré-concepcional, entre outros, assim como planeadas, implementadas e avaliadas intervenções sobre rastreios, formas de prevenção e identificação de problemas, informando e disponibilizando à mulher/casal os recursos disponíveis na comunidade, de acordo com a circular normativa nº 02/DSMIA de 16/01/06, que reforça as atividades de promoção da saúde e os cuidados dirigidos para o período pré-concepcional, reconhecendo os ganhos em saúde baseados numa intervenção sistemática e programada para esta fase.

Na área pré-natal e da vigilância da gravidez de baixo risco foi possível realizar consultas de saúde materna, em grávidas com diferentes idades gestacionais. Nestas consultas realizava-se inicialmente a colheita de dados familiares, antecedentes pessoais e obstétricos, levantamento de hábitos e consumos; posteriormente era realizada a avaliação física das grávidas (peso, altura, cálculo do IMC) e a avaliação de sinais vitais, sendo que foi possível realizar a algumas grávidas no 3º trimestre de gravidez manobras de Leopoldo para verificação da apresentação fetal e auscultação dos batimentos cardíacos fetais através do doppler, para verificação do bem-estar fetal; numa fase final da consulta eram realizados ensinamentos, adequados à idade gestacional, acerca de estilos de vida saudáveis (alimentação, exercício físico, cuidados de higiene, promoção do sono saudável), estadio da gravidez e o que esperar em termos de desenvolvimento anatómico e do feto, sinais de alarme (adequados à idade gestacional), e direitos parentais. Em situações específicas foi possível realizar a administração da vacina combinada contra a tosse convulsa, tétano e difteria (Tdpa), sendo que esta é recomendada na gravidez entre as 20 e as 36 semanas de gestação, idealmente até às 32 semanas (Alínea a) do nº2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro), assim como tive a oportunidade de administrar a uma grávida a profilaxia da isoimunização Rh, que visa a prevenção da doença hemolítica perinatal, reduzindo o risco de isoimunização, quando administrada até às 28 semanas de gestação em mulheres com Rh⁻ (Circular normativa nº2, DSMIA, de 15/01/07).

Foi também possível encaminhar as grávidas a partir das 28 semanas para o programa de preparação para o nascimento e parentalidade, que eram desenvolvidas por uma EEESMO, sendo que nestas aulas eram abordadas temáticas específicas da gravidez, preparação para o parto (componente teórica e prática) e para a parentalidade, que visa a preparação psicológica, pedagógica e física e que tem um efeito redutor na ansiedade e no medo por vezes associado a esta fase da vida, incentivando-se a participação do casal nestes cursos. O programa tinha por base o método psicoprofilático, que consiste num processo educativo para a aquisição de conhecimentos sobre as várias formas de experienciar o trabalho de parto (Frias, 2011), desenvolvendo a confiança e competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, enquanto incentivava o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho (DGS, 2015). É de salientar que as recomendações mais atuais relacionadas com estes programas visam um modelo assistencial, centrado na mulher/casal, no entanto a aquisição de conhecimentos foi adequada ao modelo utilizado no contexto onde foi desenvolvida a UC.

Ao longo da UC foi tido sempre em consideração que é essencial discutir a enfermagem como disciplina do conhecimento nas suas várias dimensões, mobilizando também a dimensão da interprofissionalidade emergente pela complexidade em saúde (Amendoeira, 2006). A enfermagem enquanto ciência pressupõe a aplicação de teoria, método e evidência científica. O processo de enfermagem exige uma abordagem sistemática e metodológica própria, que permite cuidar do outro em todas as suas dimensões (Costa, 2021). O enfermeiro utiliza o seu raciocínio lógico, científico e as suas competências afetivas, estéticas e reflexivas, aliando a arte do cuidar à ciência do cuidar, num ciclo simbiótico, sendo que cuidar o corpo e a alma, e não só o corpo ou só a alma, é um exclusivo da ciência e da arte em que consiste a Enfermagem (Costa, 2021).

No contexto de prestação de cuidados na comunidade percebeu-se informalmente com a equipa de EEESMOS e de enfermeiros em prestação de cuidados a grávidas se a temática da massagem perineal era abordada em alguma das consultas, concluindo-se que raramente acontecia, e que quando acontecia era por a mulher apresentar dúvidas acerca da temática; desta forma, foi elaborado um panfleto sobre a importância da massagem perineal (Apêndice 9) e de como e quando realizar a técnica, tendo sido explicado informalmente à equipa a importância de abordar a temática e os aspetos abordados no folheto, para que pudessem esclarecer as mulheres no caso de existência de dúvidas, e para que todas as mulheres grávidas no futuro pudessem ter conhecimento da temática.

No âmbito deste contexto, e após a EEESMO cooperante ter lançado o desafio, foi possível a participação na 12ª Reunião Nacional da Sociedade Portuguesa de Contraceção, entre os dias 22

e 23 Setembro de 2023, que visou diversas temáticas relacionadas não só com a contraceção mas também acerca da interrupção voluntária da gravidez em Portugal, a importância da consulta de PF, o impacto da multiculturalidade e a importância da linguagem inclusiva, qual o papel da contraceção no pós- parto, entre outras temáticas, que permitiram consolidar competências específicas das áreas abordadas.

Considera-se que este contexto permitiu desenvolver diversas competências específicas do EESMO, e que permite uma multiplicidade de experiências transversais a diversas áreas de intervenção, sendo que permitiu cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré concecional, cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré- natal, pós- natal e do climatério, e de cuidar o grupo- alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade; ao longo deste estágio foram prestados cuidados a 11 grávidas com vigilância de baixo risco, 11 puérperas, 14 recém-nascidos e 28 senhoras em contexto de planeamento familiar e/ou rastreio ginecológico.

No contexto de consulta de Gravidez Patológica e Ginecologia foi possível “conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez” e “cooperar com outros profissionais nos cuidados à mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e ou concomitante” (OE, 2019).

Como este bloco da UC foi realizado em dois contextos tão diferentes, foi possível vivenciar uma grande variedade de experiências, e prestar cuidados a grávidas com patologias e/ou complicações obstétricas tais como diabetes gestacional (DG), hipertensão na gravidez, pré-eclâmpsia (PE), ameaça de parto pré-termo (APTT), restrição de crescimento intrauterino (RCIU), infeções urinárias/ pielonefrites, entre outras. Em todas estas situações, para além da aplicação técnica dos cuidados de enfermagem específicos do EESMO (monitorização da grávida e do bem-estar fetal), tornou-se essencial a educação para a saúde, a escuta ativa, a comunicação eficaz e o apoio emocional, uma vez que uma situação aguda durante a gravidez podem incapacitar a mulher na preparação para a maternidade, quer física quer psicologicamente, com consequências também na dinâmica familiar.

Nos turnos realizados no âmbito da consulta de Gravidez Patológica, nomeadamente na consulta de alto risco e de baixo risco, procurou-se sempre estabelecer uma relação terapêutica com a mulher desde o início da consulta, com a colheita de dados, quer através da consulta do BSG e do processo clínico, quer através da entrevista, por forma a depois direcionar e delinear um plano de cuidados individualizado, mas dentro das rotinas do serviço.

Após obter o consentimento informado por parte da mulher procedia-se à avaliação do bem-estar materno-fetal através da monitorização de sinais vitais e evolução ponderal, sendo que

de seguida, e atendendo à idade gestacional, ora se procedia à avaliação dos batimentos cardíacos fetais (BCF) durante aproximadamente 1 minuto (IG compreendida entre as 12 e 35 semanas), ora se procedia à avaliação da estática fetal pelas Manobras de Leopold, para compreender a dimensão, apresentação, posição e situação fetal, bem como a relação entre a apresentação fetal e a bacia materna (Sequeira, Henriques, Seabra, Pousa, Sousa & Sobral, 2020), sendo que de seguida se efetuava a monitorização cardiotocográfica (CTG), que permitia um registo contínuo da frequência cardíaca fetal (FCF) em relação com os movimentos fetais e as contrações uterinas, sendo que a sua interpretação permitia uma apreciação do estado oxigenativo fetal (Graça & Carvalho, 2017).

É de salientar que a realização de CTG e de avaliação dos BCF foi, inicialmente, geradora de sentimentos de ansiedade e insegurança, nomeadamente pela dificuldade no domínio da técnica de colocação do doppler e/ou toco, quer pela incerteza na diferenciação dos sons (BCF ou fluxos do cordão umbilical); este assunto foi debatido com a EEESMO cooperante, e as dúvidas foram sempre esclarecidas, e estes sentimentos foram-se dissipando com o desenrolar das semanas, sendo que nas últimas semanas neste contexto a realização destes procedimentos se dava de forma autónoma por parte da mestranda; a análise dos CTG foi sempre realizada em conjunto com a EEESMO cooperante, e contribui bastante para a aquisição de competências de interpretação e de identificação de situações de risco, fomentando o desenvolvimento de competências de resolução de problemas, nomeadamente o que fazer quando existia baixa variabilidade no CTG, entre outras.

As intervenções supracitadas, para além de permitirem avaliar o estado fetal, tornam-se momentos muito desejados pelas grávidas, dado que proporcionam “ouvir o coração do bebé”, fortalecendo o vínculo mãe-bebé e fomentando a comunicação entre a díade, enquanto promove a tranquilização acerca do bem-estar fetal (Sequeira et al., 2020).

Um outro meio de comunicação essencial na díade, promotora da vinculação e indicadora da vitalidade fetal, são os movimentos fetais (Sequeira et al., 2020), o que me levou a questionar acerca do padrão de movimentos diários, orientando as grávidas para terem a perceção de mudanças no padrão de movimentos.

Nas consultas prestaram-se cuidados a uma grande variedade de mulheres, provenientes de múltiplas nacionalidades, e com crenças e hábitos específicos relacionados com a sua nacionalidade em relação à gravidez; em muitas situações existiu barreira linguística, pois apesar do domínio fluente do inglês, muitas das mulheres não o faziam, tendo existido a necessidade de recorrer a estratégias como o uso de aplicações nos telemóveis que permitiam a tradução para diferentes línguas, ou o recurso a tradutores, fossem eles os acompanhantes ou mesmo outras mulheres que estavam na consulta e que compreendiam o português/inglês e que traduziam para aquelas que não compreendiam, após o devido consentimento informado.

A multiculturalidade presente nas consultas foi objeto de reflexão, não só da mestranda, mas também em conjunto com a EEESMO cooperante. Verificou-se que muitas destas mulheres tinham gravidezes não vigiadas nos países de origem (muitas com fatores de risco), e que a língua se tornou uma barreira muitas vezes difícil de ultrapassar na prestação de cuidados de qualidade; foi possível compreender que muitas mulheres chegavam a Portugal para ser seguidas já no 3º trimestre de gestação, levando a que houvesse uma grande urgência na realização de análises laboratoriais e exames complementares para se avaliar a gravidez e garantir que quer a mulher quer o feto estavam saudáveis, bem como a que por vezes fosse difícil implementar medidas de promoção de saúde, quer pela barreira linguística, quer pelas crenças enraizadas inerentes às diferentes culturas e que nem sempre são compatíveis com a manutenção de uma gravidez saudável; as estratégias utilizadas, para além dos tradutores já referidos, foi muitas vezes tentar adaptar as crenças e hábitos destas mulheres o melhor possível, fazendo ver as vantagens e desvantagens e salientando a importância de seguir as indicações (que se tentava que fossem o mais individualizadas a cada situação), por forma a promover uma gravidez o mais saudável possível.

Na consulta verificou-se a existência de diversas situações de diabetes gestacionais, muitas com diagnóstico no próprio dia, sendo que também aqui, a promoção da saúde foi culturalmente adequada, uma vez que, conforme a nacionalidade o padrão alimentar difere bastante. Desta forma, houve necessidade de pesquisa de vários hábitos alimentares das mulheres e ajustar os mesmos para a sua nova realidade, enquanto se explicava a importância da monitorização glicémica e da obtenção de normoglicémia, potenciando uma gravidez que tem como desfecho um RN de termo com peso adequado, e sem distúrbios respiratórios e malformações estruturais. Desenvolveu-se também intervenções sobre como usar o material que era fornecido para a monitorização, nomeadamente o glicosímetro e a agulha, bem como ensinamentos acerca do tratamento farmacológico (quando aplicável) e de como tomar os antidiabéticos orais e/ou a insulina, assim como os cuidados a ter com a administração da mesma (Almeida, Dores, & Ruas, 2017; The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), 2015).

Neste contexto foi desenvolvido um E-book sobre “Massagem Perineal” (Apêndice 10), que ficou de ser disponibilizado às grávidas com IG >32 semanas, para que estas pudessem explorar a temática e a técnica, se assim o pretendessem. De salientar que a promoção da saúde acerca do tema foi muito bem aceite pelas mulheres, tendo sido possível encontrar algumas destas mulheres em contexto de sala de partos que referiram ter aplicado a técnica e consequentemente estarem mais otimistas em relação ao seu parto pois, sentiam-se mais preparadas, com a crença que conseguiriam de uma forma mais calma e cientificamente comprovada ter um outcome positivo na

sua integridade perineal. Tal facto demonstra a importância do EESMO de referência ao longo da gravidez, pois estas mulheres estavam visivelmente mais calmas e confiantes por terem uma cara conhecida num momento de maior stress, o que foi promotor de sentimentos de confiança, possibilitando o estabelecimento mais rápido de uma relação terapêutica e também a promoção da crença das mesmas que teriam um outcome positivo ao longo do seu TP, indo de encontro ao preconizado nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica (OE, 2021).

Houve ainda oportunidade de prestar cuidados às mulheres no internamento de medicina materno-fetal. Neste contexto foi possível prestar cuidados a grávidas em processo de indução do trabalho de parto (ITP).

A ITP está indicada por situação materna, nomeadamente IG > 41 semanas, rutura prematura de membranas, patologia materna, corioamnionite, gestação gemelar; e por situação fetal, nomeadamente restrição de crescimento fetal (RCF), feto morto ou suspeita de macrosomia fetal (Fonseca, 2016; Graça, 2017b).

O acolhimento à mulher/família, é essencial para o estabelecimento da relação terapêutica com a mesma, inicia-se com a apresentação do serviço e do quarto onde iriam ficar seguido da explicação das regras de permanência no mesmo; de seguida tentava compreender a sua perceção sobre o processo de ITP, esclarecendo dúvidas existentes; após a colheita do consentimento informado realizava a entrevista para a colheita de dados do processo e após avaliação médica procedia ao início da ITP, com a administração prostaglandinas via oral ou vaginal.

A ITP é um processo multidisciplinar protocolado, sendo que no caso de administração oral de prostaglandinas a indicação é para a realização de $\frac{1}{4}$ de comprimido a cada 2 horas, e no caso de administração vaginal a indicação é para a administração de $\frac{1}{2}$ comprimido a cada 4 horas. A monitorização CTG é fundamental neste período, para a garantia do bem-estar fetal. Nos restantes períodos a deambulação, a adoção de posições verticalizadas, a dança com o parceiro(a), eram incentivadas para facilitar o processo.

A avaliação das características do colo uterino, através da cervicometria, é um procedimento comum, mas apenas quando estritamente necessário e mediante autorização da mulher. A compreensão da fase do TP em que a mulher se encontrava (latente ou ativa), era determinante para a tomada de decisão da transferência para o BP. Esta ocorria apenas quando se estava perante a fase ativa lado TP, isto é, a partir dos 4cms de dilatação (protocolo do serviço, de acordo com as antigas recomendações da OMS).

No caso específico de situações urgentes, nomeadamente de desacelerações prolongadas da FCF, o EESMO tem um papel bastante ativo através de não só controlo de sintomatologia, pois

o mesmo tem autonomia para iniciar manobras de reversão, nomeadamente colocar a mulher em decúbito lateral esquerdo ou mesmo de cócoras, e iniciar fluidoterapia com expansores de volume (Lactato de Ringer), enquanto aguarda por avaliação médica; nestas situações o EEESMO é também determinante pois pode encaminhar a mulher diretamente para o Bloco de Partos sem ter de aguardar por revisão médica, o que se revelou muitas vezes essencial uma vez que nem sempre existiam médicos no internamento (por terem sido chamados a situações de urgência no BP).

Houve ainda oportunidade de prestar cuidados a mulheres internadas por situação de pré-eclâmpsia. A hipertensão associada à gravidez é uma das causas mais importantes de morbidade e mortalidade materna e perinatal, referindo-se também à resolução do problema, o desencadear do parto (FIGO, 2016). A hipertensão gestacional surge pela primeira vez após as 20 semanas de IG e normaliza até às 12 semanas pós-parto. Este tipo de patologia pode progredir para pré-eclâmpsia.

A pré-eclâmpsia é definida por hipertensão gestacional com proteinúria e/ou lesão de órgãos-alvo com sintomas de gravidez, como cefaleia, distúrbios visuais, eclâmpsia, RCIU, entre outros (Brown, et al., 2018; Druzin, Shields, Peterson, & Cape, 2013; FIGO, 2016; OMS, 2017). Assim, nas situações mais estáveis a administração de terapêutica anti-hipertensiva como a nifedipina era eficaz, sendo estas as mulheres que se encontravam no internamento, uma vez que as situações mais graves e que requeriam a administração de sulfato de magnésio as grávidas eram transferidas para o BP.

Num dos turnos de internamento foi vivenciada uma situação de morte fetal no segundo trimestre, IG 20 semanas. Nesta situação a grávida recorreu ao serviço de urgência por sensação de perda de líquido amniótico, sendo que se veio a confirmar rutura de bolsa após realização de ecografia. A grávida foi encaminhada para o internamento para processo de interrupção médica da gravidez, tendo o TP iniciado num dos turnos em que estava presente. Emocionalmente foi uma situação muito difícil, sendo que se tentou sempre demonstrar que estava presente e disponível, ficando de mão dada com a grávida durante o período expulsivo, recorrendo à escuta ativa e ao toque e fornecendo apoio emocional respeitando a individualidade da mulher. Percecionou-se que a mulher tinha presente sentimentos de profunda tristeza e angústia, sentimentos estes que são comuns nestas situações, pela confrontação da perda do filho imaginário que se demonstra incompatível com a vida (Patrício et al., 2019), ou seja, tentou-se simultaneamente *estar com* a mulher neste momento difícil ao mesmo tempo que se tentava *conhecer* a mesma (Swanson, 1993), nomeadamente os seus sentimentos e a sua individualidade enquanto pessoa. Após o período expulsivo compreendeu-se que, para além da tristeza, a mulher apresentava dúvidas acerca do que tinha acontecido e do que iria acontecer ao feto após a expulsão, e tentou-se com recurso a uma linguagem clara e precisa explicar o que tinha acontecido e qual o protocolo da instituição para

estas situações, uma vez que é fundamental que a mulher se sinta acolhida e tratada com cuidado e respeito, ao mesmo tempo que recebe informações detalhadas sobre o diagnóstico do feto e sobre o procedimento de interrupção da gravidez quando desejado (Patrício et al., 2019). Algumas horas depois informei também acerca da possibilidade de acompanhamento psicológico na instituição hospitalar, caso exista interesse.

3.2. CUIDAR DA MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O TRABALHO DE PARTO

O contexto clínico de Bloco de Partos decorreu num hospital de nível 2 da região de Lisboa e Vale do Tejo (Apêndice 8), sendo que neste contexto o EEESMO presta cuidados em todas as suas áreas de intervenção, o que permitiu não só consolidar as competências adquiridas anteriormente mas também o desenvolvimento de novas competências técnicas, científicas e relacionais no cuidar “ da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina” (Regulamento nº 391/2019, p. 13562).

É essencial que o EEESMO promova e preste cuidados de elevada qualidade técnica e científica, culturalmente adequados, num ambiente seguro e que potencie o mais possível a saúde da mulher/família e do RN uma vez que, o parto é considerado um momento determinante no processo de vinculação com o RN e na transição para a maternidade, com impacto positivo ou negativo a longo prazo, dependendo da experiência vivenciada, sendo assim essencial que o EEESMO proporcione às parturientes e respetivos acompanhantes a melhor experiência possível (OE, 2015a).

Com base no supracitado, sempre presente durante a prestação de cuidados, foram prestados cuidados de enfermagem especializados, holísticos e culturalmente adequados, e o mais humanizados possíveis, de forma a potenciar uma experiência de parto positiva. Como tal, verificou-se que na apresentação/acolhimento à mulher/casal, era essencial estabelecer uma relação terapêutica de confiança, assim como de parceria nos cuidados, sendo que para tal tentou-se aplicar sempre a empatia, escuta ativa, o estar presente e focada naquele momento. Verificou-se ao longo dos meses neste contexto que a humanização dos cuidados de enfermagem é essencial, e que esta engloba um conjunto de atitudes, práticas e conhecimentos, regulados no desenvolvimento saudável do processo de nascimento, respeitando a individualidade e valorizando as mulheres, deixando para trás procedimentos intervencionistas e com maior risco para a saúde

materno-fetal, garantindo que um momento tão singular como o parto seja vivido de forma positiva e enriquecedora (Possati et al., 2017).

A admissão das parturientes ao bloco de partos tanto podia ser através da Urgência Obstétrica, como do serviço de internamento, ou mesmo em situações de marcação eletiva de indução do trabalho de parto (ITP), tais como gestações superiores a 41 semanas ou condições obstétricas como restrição de crescimento fetal e pré-eclâmpsia, de acordo com as indicações da DGS (2015b).

Desde a admissão que se requer que a equipa seja concisa e objetiva, mas também hospitaleira. Inicialmente realiza-se o acolhimento físico ao serviço, onde se apresentava a equipa presente no turno, passando de seguida à apresentação do espaço físico e da explicação das regras de funcionamento e permanência no serviço; quando a mulher/casal estavam instalados procedia-se à anamnese (no caso de não ter sido realizada no serviço de urgência obstétrica, como é prática do serviço) e depois de esta obtida colocava-se no processo da mulher e no quadro do serviço, quadro esse onde constava informação das mulheres/famílias internadas no momento no serviço, nomeadamente nome, idade, idade gestacional, índice obstétrico, antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos, grupo sanguíneo, rastreios analíticos e ecográficos (Serologias, pesquisa de *Streptococcus β*, percentil estimado do RN, existência de malformações), assim como procedimentos realizados ao longo do turno; para a obtenção desta informação recorria-se também ao Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e à consulta do processo informático, em complemento da informação oral obtida; de salientar que na anamnese também se procurava conhecer as expectativas da mulher/casal para o TP e para o momento do nascimento, por forma a que os cuidados fossem o mais personalizados possíveis e que se trabalhasse em parceria. Após toda esta recolha de informação procedia-se à monitorização dos parâmetros vitais da mulher e do feto, nomeadamente através da avaliação de sinais vitais maternos e da monitorização do bem-estar fetal através da monitorização cardiotocográfica (CTG); por fim, preenchia-se o processo informático da mulher e iniciava-se o preenchimento do partograma.

Desde a admissão que, em concordância com a legislação nacional, se incentivou a presença de acompanhante durante o TP, encarando sempre este(a) como um parceiro(a) nos cuidados, envolvendo(a) o(a) mesmo(a) no apoio prestado à mulher ou mesmo nas atividades como as massagens, deambulação, no fornecimento de snacks ou água à mulher, e também na tomada de decisões que dizem respeito ao casal, diminuindo assim a sensação de solidão e vulnerabilidade da mulher e diminuindo o nervosismo associado ao parto e ao ambiente hospitalar (Rosa et al., 2020). Verificou-se que esta presença da pessoa de referência foi essencial em quase todas as situações, pois as mulheres ficavam mais calmas e muitas vezes mais confiantes, pois existia partilha

de sentimentos e muitas vezes de encorajamento, fomentando a capacidade da mulher para o momento do TP. É de salientar que esta presença também se torna essencial para o homem, que se torna mais ativo no exercício da sua parentalidade, bem como para a família, proporcionado que se torne um momento do casal/família e não só da mulher, indo de encontro ao preconizado pela OMS (2007), promovendo assim um maior envolvimento do homens nos cuidados de saúde materna e infantil, e assumindo que estes devem ter um papel mais ativo durante o nascimento, para que não surjam sentimentos de ansiedade e medo do parto em ambos.

Na interação inicial com a mulher/casal também se abordava sempre, para além de expectativas e desejos para este momento, se tinham elaborado um plano de parto, salvaguardando que no caso da existência do mesmo se tentaria ao máximo que a prestação fosse o mais possível ao encontro do desejado, mas também tendo em conta as especificidades e limitações do serviço.

O plano de parto é um documento que expressa as preferências e expectativas da mulher/casal em relação aos cuidados que gostariam de ter durante o TP e parto, considerando os seus desejos, valores cultura e necessidades individuais, tratando-se de uma ferramenta de grande valor para o EEESMO, principalmente quando não conhece previamente a mulher/casal a quem presta cuidados (Medeiros et al., 2019; Silva & Lopes, 2020).

O parto é um evento de natureza imprevisível e onde tudo pode mudar rapidamente, sendo importante que a mulher encare o seu plano de parto como um conjunto de desejos e não como um conjunto de regras a serem seguidas de forma inflexível (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2017)- Desta forma, informou-se clara e objetivamente todas as mulheres/casais dos recursos hospitalares disponíveis, dos métodos de alívio da dor (farmacológicos e não-farmacológicos) e esclareceu-se as dúvidas e receios que tivessem. Posto isto, nas situações em que não existia um plano de parto formal encorajou-se a mulher/casal a expressar as suas expectativas, desejos em relação à presença de acompanhante, alívio da dor, posições ao longo do TP, corte do cordão umbilical, contacto pele a pele e aleitamento materno, estabelecendo assim uma parceria de cuidados e promovendo um ambiente de confiança e valorização das competências da mulher/casal, empoderando os mesmo nas tomadas de decisão sobre si e o parto, contribuindo assim para uma experiência de parto positiva (OE, 2015a).

Após a mulher/casal estar confortável e ambientado ao serviço, era solicitado o consentimento e realizado o exame vaginal inicial, por forma a compreender em que estágio do TP a mulher se encontrava. Apesar de atualmente a realização do exame vaginal não ser recomendada de forma rotineira e a realizar o menos possível, na fase ativa do 1º estágio do TP é recomendada a sua realização de em intervalos de 4 horas, como forma de prevenir o risco infeccioso na mãe e no

bebé (OMS, 2018); este permite avaliar as características do colo uterino, a integridade das membranas, a estática fetal (em conjunto com as manobras de Leopoldo), a apresentação fetal (de acordo com os Planos de Lee) e as características do assoalhado pélvico e da bacia (Sequeira et al., 2020). Na cervicometria adotou-se uma postura de Hands-Off sendo que o mesmo só era realizado perante alterações no comportamento da mulher e da existência de queixas, tentando sempre colmatar-se a ansiedade natural sentida pela mulher durante o procedimento com o uso de linguagem positiva, incentivando e mantendo a crença na capacidade do seu corpo experienciar o TP.

O primeiro estágio do TP divide-se em duas fases, a fase latente, que compreende o apagamento do colo e o início da dilatação entre os 0 e os 5cm e pode demorar mais de 6 horas na primípara, e na fase ativa, que compreende a dilatação entre os 5cm e os 10cm (OMS, 2018). Contudo, no contexto onde foi realizado o estágio os profissionais (médico e enfermagem) reconhecem a fase ativa do TP a partir dos 4 cm de dilatação (antigas recomendações da OMS). Neste primeiro estágio promoveu-se e desenvolveu-se junto da mulher/casal intervenções que facilitassem a dilatação e a progressão da apresentação, nomeadamente através da promoção do movimento e da deambulação, do uso da bola de pilates, promoção da calma e relaxamento e encorajamento do parceiro(a) a envolver-se na realização de massagens à mulher. Incentivar a mulher a deambular e alternar posições durante o TP promove o desenvolvimento fisiológico do mesmo, uma vez que a gravidade torna as contrações uterinas mais eficazes, favorece o alimento do feto no canal de parto e aumenta os diâmetros da pelve (Amaro et al., 2021).

Conforme o TP avançava verificava-se que muitas mulheres solicitavam analgesia regional, a qual foi sempre proporcionada, desde que o estado clínico permitisse. Após a analgesia regional, e continuando a conjugar as medidas não farmacológicas supracitadas anteriormente, verificou-se que a tolerância da dor era muito superior, e as mulheres referiram em diversas ocasiões sentir-se bastante satisfeitas com a progressão do seu TP, isto em comparação com aquelas que optavam ou que por algum motivo médico não podiam realizar analgesia regional

A analgesia regional é uma técnica médica realizada com o apoio da EESMO que promove o apoio no posicionamento da parturiente e se auxiliava a equipa médica. A anestesia regional requer um período de repouso de 15 minutos (pela dormência dos membros inferiores) após a administração da terapêutica, sendo que no término desse intervalo se auxiliava as mulheres a retomarem o movimento, incentivando a que alternassem entre períodos de descanso e de posições verticalizadas. A dor ao longo do TP, e conseqüentemente a satisfação da mulher com este, é influenciada por inúmeros fatores tais como a história clínica, a idade e o ambiente envolvente, assim como a comunicação eficaz, o respeito pela privacidade da mulher e a liberdade

de movimentos (Lança, 2017), sendo que tal foi sempre tido em consideração ao longo da prestação de cuidados.

O ambiente, sendo o físico a sala de partos e que é influenciado pela pessoa que nele está (Swanson, 1993) também influencia este estágio, devendo ser calmo e respeitador das necessidades da mulher/casal, simultaneamente protetor e vigilante do bem-estar fetal, sendo que o menor número possível de intervenções neste estágio contribui para uma experiência de parto positiva.

Em todos os partos, mas principalmente naqueles com participação ativa enquanto mestranda tentou-se sempre atender a estes princípios, estabelecendo uma excelente relação terapêutica com a mulher/casal (na maioria das vezes já se tinha realizado o acompanhamento ao longo do 1º estágio do TP), possibilitando trabalhar e gerir as expectativas para este momento; tentou-se transmitir calma enquanto de forma assertiva se guiavam os esforços expulsivos, e envolveu-se sempre que havia interesse o parceiro(a) no momento. O serviço incentiva a realização do parto em posição sentada, no entanto naquelas senhoras que assim o desejam podem adotar outra posição durante o período expulsivo; o controle da luz e do ambiente (silêncio ou música por exemplo) eram da opção da mulher/casal, e ajustados de acordo sempre que possível.

No período expulsivo foi sempre uma preocupação a proteção do períneo dado interesse pessoal pela temática e por ser o foco de estudo. De acordo com as *guidelines* mais recentes (OMS, 2018), as práticas mais comuns aplicadas no serviço são a “Hands-Off” e a Manobra de Ritgen modificada, sendo que na maioria dos casos se realizava a proteção com a aplicação de compressas na zona perineal e se aplicava lidocaína gel para favorecer a distensão dos tecidos (não existe evidência científica comprovada sobre a sua eficácia).

Esta gestão e a técnica usadas neste estágio estão diretamente relacionadas com a temática do ERC, sendo que no grupo de intervenção foi aplicada a 10 mulheres a massagem perineal durante o período expulsivo, nomeadamente quando tinham uma contração e realizavam esforços expulsivos (com o devido consentimento das participantes e da EEESMO orientadora); tentou-se sempre que o momento expulsivo fosse lento e controlado, para reduzir a incidência de traumatismo perineal; os resultados obtidos foram explicitados no capítulo anterior.

Após a rotação externa da cabeça fetal verificou-se sempre a presença de circulares cervicais ou de proclividade da mão, sendo que existiram algumas situações em que estando tudo confirmado e seguro se incentivou e apoiou a mulher a puxar o seu RN, para que estas se sentissem envolvidas no processo, fomentando precocemente o vínculo mãe-bebé e aumentando a satisfação com a experiência de parto. A maioria das circulares pode ser resolvida com a passagem do cordão pela cabeça do RN, no entanto quando tal não é possível pode ser necessário o corte prematuro do

cordão umbilical ou a realização da manobra de *Somersault* (Oppenheimer & Black, 2014). No decorrer da UC verificaram-se 2 situações de circulares apertadas, em que se teve de proceder à laqueação do cordão assim que a mesma foi detetada, para garantir a segurança do RN, apesar de este procedimento estar associado ao risco acrescido de hipovolémia, hipoxia e anemia (Camargo et al., 2020). Em ambas as situações após análise, verificou-se não existirem condições de segurança materno-fetais para realizar a manobra de *Somersault*, daí a não aplicação da técnica.

O contato pele-a-pele, apresenta, como é sabido, bastantes benefícios para ambos os intervenientes pelo que, a sua promoção era imediata ao nascimento (OMS, 2018; Ayres et al., 2021). A clampagem tardia do cordão umbilical, na grande maioria das situações até que este parasse de pulsar, mas sempre mais do que 2 minutos após a expulsão do RN, sendo que numa grande maioria de situações foi dada a oportunidade ao parceiro(a) para que fosse este(a) a realizar a clampagem do mesmo; a clampagem tardia do cordão deve ser realizada entre o primeiro e o terceiro minuto após o nascimento, por forma a reduzir a deficiência de ferro, anemia e outras complicações futuras (OMS, 2013). Este procedimento não foi realizado com uma família que pretendia colheita de células estaminais do cordão, sendo que nesta situação a colheita tem de ser realizada o mais precocemente possível, seguindo a *guideline* do laboratório para onde as células seriam enviadas posteriormente. Por fim, e quando havia esse desejo, promovia-se a amamentação precoce de modo a iniciar a amamentação durante a *golden hour*.

É de salientar que ao longo dos dois primeiros estádios do TP a mulher se encontra monitorizada com CTG contínuo, independentemente da classificação de risco da gravidez. A monitorização era colocada durante a admissão, só sendo interrompida para idas à casa de banho. Apesar de as recomendações mais recentes apontarem para auscultação periódica da FCF em casos de gravidez de baixo risco como forma de avaliar e garantir o bem-estar materno-fetal (Santana & Figueiredo, 2016; OMS, 2018), devido às condicionantes do próprio serviço (generalização de analgesia epidural, falta de recursos humanos e materiais, entre outros) a adoção desta orientação fica impossibilitada.

No serviço os cardiotocógrafos estão ligados a uma central de monitorização, que permite a monitorização do bem-estar materno-fetal sem necessidade de estar continuamente no quarto (garantindo privacidade), e todos têm fios compridos o suficiente para permitir a deambulação e a liberdade de movimentos. Esta monitorização assume importância uma vez que as contrações uterinas podem interromper o fluxo sanguíneo materno-fetal, ocorrendo períodos intermitentes de redução de oxigenação fetal (Santana & Figueiredo, 2016).

Com a monitorização central foi possível, em tempo real, vigiar o bem-estar materno-fetal e identificar situações de bradicardia, taquicardia, desacelerações, variabilidade reduzida ou

taquissistolia, o que permitiu planejar intervenções atempadamente para prevenir/corriger efeitos adversos no feto; no período expulsivo foi sempre considerado que desacelerações precoces de rápida recuperação, e com a variabilidade mantida entre as contrações, são fisiológicas (Graça, 2018; OE, 2015a), o que evitou intervenções desnecessárias.

O terceiro estágio do TP inicia-se com a expulsão do feto e termina na expulsão da placenta (Graça, 2018). No serviço existe uma conduta ativa, efetua-se tração controlada do cordão umbilical e inicia-se a administração de uterotónicos para diminuir o risco de hemorragia pós-parto (OMS, 2014), sendo a literatura controversa quanto à duração deste estágio, esperando-se que na conduta ativa a dequitação demore até 30 minutos (Sequeira et al., 2019), apesar de no serviço ser aceitável aguardar até 45 minutos. Desta forma, realizou-se tração controlada do cordão, e após a observação da hemorragia de separação, elevação do fundo uterino 2-3cms acima do umbigo e prolongamento evidente do cordão (Sequeira et al., 2019), realizou-se a manobra de Brandt-Andrews, apoiando a expulsão da placenta com o próprio peso e vigiando as perdas hemáticas, seguida pela verificação da formação do Globo de Segurança de Pinard; por fim observavam-se as características da placenta e o tipo de descolamento (cotilédones, membranas, inserção do cordão, número de vasos do cordão).

Numa etapa posterior, e de acordo com o procedimento do serviço, administrava-se uterotónicos protocolados no serviço- 20U de ocitocina por via endovenosa em perfusão, para melhoria do tónus uterino e prevenção da hemorragia pós-parto, minimizando o risco de complicações (OMS, 2014). Em situações específicas de paridade superior a 4, administrava-se em conjunto com a perfusão supracitada misoprostol retal, para facilitar a contração uterina e garantir que o útero não descontraí nas horas seguintes.

De seguida, avaliava-se a integridade do canal de parto e aplicavam-se técnicas de reparação (Regulamento nº 391/2019), com vista a melhorar a condição pós-parto da mulher e a prevenir problemas físicos, psicológicos e sexuais, uma vez que, o traumatismo perineal é um fenómeno recorrente, que consiste na lesão dos tecidos da região perineal, podendo ocorrer espontaneamente durante o parto ou ser induzido cirurgicamente, através da realização da episiotomia (Sequeira et al., 2019). Ao longo da UC, e tendo em conta as orientações mais recentes, evitou-se sempre que possível a realização de episiotomia, sendo que dos 43 partos realizados se efetuou o procedimento supracitado em 4 mulheres (9,3% dos partos realizados, e com objetivo de encurtar o segundo estágio do TP por sofrimento fetal, confirmado por CTG), tendo sido realizada a correção de 29 lacerações (22 de Grau I e 7 de Grau II). Esta competência foi geradora de vários momentos de ansiedade por parte da mestranda ao longo da UC, contudo considera-se que existiu uma evolução gradual, nomeadamente na identificação autónoma das estruturas anatómicas e

tecniculares, bem como, desenvolvimento da capacidade de realizar a técnica de sutura independentemente, embora com supervisão, com a devida gestão da dor da puérpera.

No fim de todos os procedimentos de correção perineal eram prestados cuidados de higiene e conforto à mulher, sendo que no caso de existir episio/perineorrafia se procedia à aplicação de crioterapia, aproveitando o momento para realização de promoção da saúde, acerca de cuidados de higiene perineal, características dos lóquios, métodos de alívio da dor (farmacológicos e não farmacológicos) e prevenção de complicações pós-parto. Após o término da prestação de cuidados à díade/tríade procedia-se aos registos informáticos e ao preenchimento do partograma.

Ao longo da UC foram também prestados cuidados imediatos aos RN, quer aqueles onde existiu participação ativa no parto, quer naqueles em que os partos culminaram em distócias, uma vez que, a avaliação imediata do RN bem como, a implementação de medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina é uma competência específica do EEESMO (OE, 2019). Durante os cuidados imediatos ao RN procedeu-se à avaliação do índice de Apgar ao primeiro, quinto e décimo minuto, avaliação ponderal, exame físico e neurológico e administração de vitamina K por via intramuscular (Alden, 2008), bem como de iniciar a vacinação de acordo com o PNV, após ter consentimento verbal dos pais para a administração das vacinas, de acordo com o PNV e protocolo do serviço.

O último estágio do TP, o puerpério imediato, é referente às primeiras duas horas após o parto e onde se iniciam os processos hemostáticos maternos e a adaptação do RN à vida extrauterina, sendo crucial uma vigilância cuidadosa da díade (Graça, 2018; Fatia & Tinoco, 2016). Assim, duas horas após o parto procedia-se a uma nova avaliação da puérpera, nomeadamente avaliação hemodinâmica, observação do períneo, confirmação da contração uterina e da formação do globo de segurança de Pinard, cuidados de higiene e conforto, observação de mamas e mamilos e observação da alimentação do RN à mama, sendo que de seguida se garantia que a puérpera retomava a alimentação. Por fim realizava-se a passagem de informação seguindo a metodologia ISBAR às colegas do internamento e procedia-se à transferência da díade para lá.

Em alguns turnos foi possível experienciar situações de internamento no BP por ameaça de parto pré-termo (APPT), sendo que tal implicou não só apoio à mulher e à família, como a preparação de todos os envolvidos para o risco inerente de um parto prematuro e tudo o que isso acarreta. Assim, tentou-se sempre estabelecer uma relação terapêutica de confiança, permitindo a que a mulher pudesse expressar os seus sentimentos, mas mantendo a crença que a mesma tinha capacidade para, em conjunto com a equipa, lidar com a situação e adaptar-se, explicando todo o processo de internamento e desmistificando dúvidas.

Perante uma APTT a conduta passa por evitar o início do parto pré-termo através da administração tocolítica, nomeadamente através da administração de corticóides para a maturação pulmonar, em situações de IG < 34 semanas (Magro, Guerreiro & Fidalgo, 2016). Durante este processo, para além do apoio emocional já supracitado, realizou-se promoção da saúde e promoveu-se o descanso relativo e a exploração de atividades lúdicas que causassem distração, como a musicoterapia e leitura e fomentando a rede de suporte familiar (Lowdermilk, 2006b).

Ao longo deste contexto foram prestados cuidados a uma população bastante diversificada culturalmente, quer pelas diferentes nacionalidades quer pelo próprio contexto social e educacional, sendo que se tentou sempre adequar culturalmente os cuidados prestados, por forma a que estes fossem os mais individualizados para cada mulher/família, e que se sentissem envolvidos nos cuidados prestados, priorizando a autonomia e a participação ao longo de todas as fases do TP, o que por consequência aumentava a satisfação de todos os envolvidos neste momento (OMS, 2018). Tentou-se também estabelecer com todas as mulheres/casais a quem foram prestados cuidados uma relação terapêutica, e solicitado sempre o consentimento dos mesmos para as intervenções realizadas durante o TP, quer de forma genérica e escrita na admissão, quer de forma verbal ao longo das diversas interações que iam ocorrendo.

É essencial referir que todas estas intervenções se foram desenvolvendo de forma gradual, uma vez que, havia um receio inicial de realizar as intervenções de forma menos correta, por exemplo, as avaliações cervicais ao início suscitavam mais receio, assim como qual a medida de força correta a aplicar no momento de expulsão da cabeça do RN; Ao longo da UC os receios e as inseguranças foram partilhadas e discutidas com a EEESMO cooperante, ficando gradualmente mais confiante na prestação de cuidados; considera-se que o apoio dado pela EEESMO cooperante, a sua atitude de abertura e total compromisso para com o ensino e aprendizagem, aliados ao estudo individual ao longo da UC, bem como, da discussão de dúvidas entre colegas e com a professora orientadora, contribuíram grandemente para a confiança e autonomia nos cuidados prestados, o que permitiu desenvolver as diversas competências e objetivos que eram esperados para este contexto.

Ao longo do contexto de Bloco de Partos foram realizados 43 partos eutócicos, como referido anteriormente, presenciados 4 partos distócicos (3 partos distócicos por ventosa e 1 parto distócico por fórceps), observadas 2 cesarianas; foram prestados cuidados imediatos a 61 puérperas e a 62 RN na adaptação à vida extrauterina, permitindo obter competências no âmbito de “Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina” (Regulamento nº 391/2019, OE).

3.3. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL

O contexto clínico de Puerpério decorreu num hospital de nível 2 da região de Lisboa e Vale do Tejo (Anexo 8), no internamento de obstetrícia assim como, nos cuidados de saúde primários (Anexo 7), sendo que neste período o EEESMO "cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade" (Regulamento nº 391/2019).

O puerpério define-se como o período de 6 semanas após o parto no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez (Centeno, 2018). Nesta fase, além do retorno físico ao estado não gravídico, ocorrem mudanças psicológicas, emocionais e sociais, que implicam a adaptação a uma nova identidade, adoção de um novo papel com grande responsabilidade, aceitação da nova imagem corporal e a reorganização das relações familiares e sociais (Leitão, 2016).

O EEESMO tem um papel crucial para a vivência deste período, desde a admissão no serviço de internamento, na prestação de cuidados rigorosos à tríade, com intervenções focadas na promoção do conforto da mulher e do RN, na prevenção de complicações, promoção da amamentação/lactação, promoção da autonomia da mulher/família no autocuidado e cuidado ao RN (facilitando a transição à parentalidade) e na preparação para a alta domiciliar e , posteriormente no seguimento dos cuidados na comunidade permitindo assim, a prestação de cuidados holísticos, individualizados e culturalmente adequados, através do estabelecimento de uma parceria de cuidados e de uma relação de confiança, potenciando o empoderamento da mulher/família, mantendo a crença que conseguiriam de forma adequada desempenhar o seu novo papel, ao mesmo tempo que presta cuidados á tríade na prevenção de complicações pós-parto, suporte na amamentação/lactação, promoção dos cuidados ao RN, entre outros.

No internamento de obstetrícia estão definidos protocolos de atuação definidos para cada turno, adaptados às famílias, sendo um dos mais recorrentes a avaliação céfalo-caudal da puérpera e do RN, prevenindo e antecipando assim, o aparecimento de complicações.

A avaliação obstétrica requer um conhecimento profundo sobre a anatomia e fisiologia dos órgãos reprodutores femininos e das alterações esperadas neste período, para que sejam identificadas precocemente alterações à normalidade (Santos & Batista, 2016). Desta forma, a avaliação deve iniciar-se com a monitorização do estado de consciência e sinais vitais, de seguida avaliação da pele e mucosas, mamas e mamilos, involução uterina, lóquios (quantidade, cheiro e cor), avaliação do períneo (presença de edema, hematomas, evolução cicatricial) e ferida cirúrgica (no caso de cesariana), eliminações e características dos membros inferiores (Sequeira et al., 2020). Durante esta fase do processo de enfermagem, a relação terapêutica estabelecida é fundamental

para monitorização do estado emocional da puérpera e a promoção da saúde, com a avaliação de conhecimentos acerca do autocuidado e da prevenção de complicações após a alta.

As principais complicações obstétricas neste período são as hemorragias pós-parto, infeções puerperais, mastites, fenómenos tromboembólicos e alterações psiquiátricas, que podem surgir em qualquer fase do puerpério (Centeno, 2018), sendo que no internamento se implementavam intervenções que visavam a sua prevenção, nomeadamente o levante precoce (4 horas para parto eutócico e 6 horas para parto distócico/cesariana), estimulação da micção espontânea precoce, manutenção de um ambiente limpo e educação para a saúde acerca dos sinais de alarme.

A avaliação do RN, por sua vez, compreende a observação do aspeto geral e do comportamento, seguido de um exame físico ordenado no sentido céfalo-caudal para detetar variações à normalidade ou achados anormais, sendo que os conhecimentos dos resultados normais esperados durante a avaliação ajudam a reconhecer alterações que possam impedir o desenvolvimento normal do mesmo no período pós-natal (Wheeler, 2014), permitindo atuar atempadamente. Por este motivo, avaliação rigorosa dos RN foi sempre realizada de forma meticulosa e rigorosa, nomeadamente avaliação de pele e mucosas, reflexos, características do choro, eliminações, avaliação do peso e avaliação do coto umbilical, fomentando aqui também a promoção da saúde com a avaliação de conhecimentos acerca dos cuidados ao RN pós-alta, sendo que através deste apoio o EEESMO promove as competências parentais (Cardoso & Néné, 2016). No caso de achados anormais na avaliação ao RN existe articulação com a equipa médica, enquanto se esclarece as dúvidas e os anseios causadas pelo stress da situação, fornecendo apoio emocional e orientando acerca do que esperar para cada situação específica.

Uma vez que os internamentos são relativamente curtos, e que a literatura confirma que nas primeiras 24 horas após o parto as mulheres possuem pouca disponibilidade para assimilar informação (Manning, 2008), torna-se essencial o papel do EEESMO na comunidade, nos cuidados pós parto à tríade, reforçando os ensinamentos e promovendo novos ensinamentos, avaliando a adaptação da família na sua transição para a parentalidade, ou seja, é indispensável a transição e continuidade de cuidados entre EEESMO's para garantir a prestação dos melhores cuidados de saúde à tríade, promovendo a vivência de uma parentalidade positiva e suportada.

A promoção da saúde que leva a puérpera a estar atenta aos sinais de alerta minimiza os seus desconfortos (Santos & Batista, 2016), fomentando a vivência de uma experiência positiva, que contribuirá para uma transição saudável para a paternidade, além de, proporcionar bem-estar emocional a toda a família.

Tendo em conta a temática trabalhada ao longo da UC, desenvolveu-se junto das mulheres ensinamentos e promoção da recuperação perineal/muscular e prevenção da dispareunia, através da exemplificação de exercícios básicos de recuperação do pavimento pélvico.

A massagem perineal foi abordada na perspetiva do impacto do pós-parto na vivência da sexualidade, não só pelos motivos supracitados da zona pélvica, mas também pela influência hormonal, distúrbios emocionais, exigências parentais, que podem levar a uma diminuição da libido e a uma baixa da autoestima, sendo essencial desenvolver estratégias de comunicação e partilha de emoções e medos entre casal, relacionados com a sexualidade (DGS, 2015b), que promovam a partilha de uma sexualidade saudável ajustada à nova realidade parental. Reforçou-se, ainda, a importância da contraceção no pós-parto, sendo que no caso da mulher se encontrar a amamentar em exclusivo era essencial informar que só devem iniciar o método contraceutivo 6 semanas após o parto, normalmente após a consulta de revisão de puerpério (DGS, 2008; SPDC, SPG & SPMR, 2020).

Em relação à alimentação do RN, o serviço promove desde o nascimento o estabelecimento da amamentação e a sua manutenção, devido às inúmeras vantagens quer para o RN quer para a mulher assim, procurou-se avaliar a técnica de amamentação, com vista a corrigir a pega e a aumentar a eficácia e autonomia materna, enquanto se fornecia informação acerca da composição do leite materno, do mecanismo de produção deste e de como se processa a ejeção, frequência e duração das mamadas, importância da livre demanda e da influência hormonal na produção de leite, sinais de fome e saciedade, posição da mulher e do RN e critérios de uma boa pega, enquanto se abordava também as estratégias de prevenção de complicações e os cuidados a ter com as mamas e mamilos (OMS, 2018; Levy & Bértolo, 2012).

O hospital onde decorreu este contexto da UC não é um hospital amigo dos bebés, por decisão da administração hospitalar em conjunto com o corpo clínico, no entanto os profissionais de saúde, principalmente os EEESMO's promovem sempre a amamentação (exceto quando a mulher demonstra não querer, dando aí suporte na lactação), e aderem a algumas das premissas dos hospitais amigos dos bebés, por exemplo, não existe qualquer publicidade a leites adaptados no hospital nem nenhuma marca específica é recomendada aquando da necessidade de suplementação com este.

É também de salientar que no contexto onde foi desenvolvida a UC grande parte do apoio relacionado com a amamentação é realizado por enfermeiras especialista de saúde infantil, nomeadamente da equipa de neonatologia (projeto desenvolvido e implementado pela equipa de neonatologia e com aprovação do corpo clínico e do conselho de administração do hospital). O EEESMO trabalha em equipa multidisciplinar, e no serviço de internamento de puerpério existem poucos EEESMO's (a maioria está alocada ao BP), tendo sido esta a forma de colmatar algumas

falhas verificadas no apoio/ensino relativo à amamentação, uma vez que muitas das colegas da neonatologia são também International Board Certified Lactation Consultant's e que a passagem de informação nas primeiras 48 horas é essencial para a diminuição das dificuldades com a amamentação (Galvão 2006); é de salientar que sempre que estava um EEESMO na prestação de cuidados este era o profissional de excelência para a prestação de cuidados relacionados com a amamentação, pois o seu papel vai muito além da simples explicação de procedimentos, prestando um cuidado holístico da mulher/casal, e apreendendo todos os fatores que interferem com o estabelecimento da amamentação.

Nas situações em que a mulher expressou não querer amamentar forneceu-se informação acerca da evolução da quantidade de leite ao longo das semanas, sinais de fome e saciedade, importância da erupção e cuidados a ter com as mamas e mamilos, sendo que a opção de cada mulher foi sempre suportada e acolhida, após se ter a certeza de que estavam a tomar uma decisão informada e fundamentada.

No momento da alta, que se verificou como um dia bastante desejado pelas mulheres/famílias, reforçou-se os ensinamentos realizados ao longo do internamento, esclarecendo novas dúvidas que tivessem surgido, e enfatizando a importância de temáticas como os sinais de alarme na puérpera e RN, prevenção de acidentes, segurança rodoviária, marcação de consultas de seguimento, com ênfase na importância do teste de Guthrie dentro do período recomendado; nas situações que se justificava foram fornecidos folhetos informativos, para que a informação pudesse ser consultada à posteriori.

Durante a presença neste contexto clínico, partilharam-se os resultados preliminares da ScR à equipa de forma informal, tendo por base a prática baseada na evidência.

Já no contexto de comunidade foi possível receber as puérperas encaminhadas pelo hospital de referência, realizar consultas de enfermagem às mesmas, sendo que nestas a intervenção era tanto para a puérpera, como para o recém-nascido, e também para a família no seu todo.

Na consulta de enfermagem, em relação ao recém-nascido, era realizada a colheita de dados do parto, a avaliação do peso, do comprimento, do perímetro cefálico e, nos casos em que se aplicava, era realizado o rastreio do diagnóstico precoce, sendo que o mesmo tem como objetivo identificar as crianças que sofrem de doenças genéticas específicas, tais como a fenilcetonúria, a leucínose, a citrulinemia, o hipotiroidismo congénito, algumas acidúrias, entre outros, e que beneficiam de tratamento precoce, e deve ser realizado entre o terceiro e o sétimo dia de vida do RN (Norma 12/2017). Na puérpera era realizada a avaliação dos dados biométricos e de sinais vitais,

assim como uma avaliação física das mamas/mamilos e dos lóquios, bem como, do bem-estar materno a nível psicológico e emocional.

Para promoção da saúde nesta fase da vida da tríade torna-se essencial, nomeadamente na abordagem às variadas alterações físicas e psicológicas da fase puerperal, do autocuidado da mulher.

O aleitamento materno, causa de angústia e dúvidas das puérperas, nos casos em que se aplicava, era uma temática sempre abordada, através da avaliação da amamentação, com apoio e correção da pega, posicionamento durante a mamada, explicação de sinais de fome por parte do RN e cuidados inerentes à amamentação, existindo no serviço um “cantinho de amamentação” que as puérperas poderiam recorrer sempre que necessitassem dentro de horário de funcionamento da unidade de saúde.

Os cuidados ao RN eram abordadas sempre, nomeadamente, as questões básicas de higiene e conforto, prevenção do síndrome de morte súbita do lactente, promoção de segurança rodoviária, vigilância da saúde infantil e promoção da vacinação ao longo do ciclo de vida, ao mesmo tempo que promovia a vinculação precoce entre a díade/tríade, sendo que em relação a esta última era avaliada a aceitação de todos os membros da nova realidade, assim como se trabalhavam dúvidas, medos e incertezas, fomentando a vinculação e a adaptação aos novos papéis que todos desempenham na família, respeitando sempre a singularidade e individualidade cada família, com base nas suas preferências e necessidades, e promovendo a sua capacitação/adaptação ao novo papel parental e dentro da família.

3.4. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE EM PROCESSO DE SAÚDE/DOENÇA GINECOLÓGICA NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR E CLIMATÉRIO

O contexto clínico que visa a aquisição de novas competências no âmbito da prestação de cuidados do ESMO em Ginecologia foi desenvolvido em dois contextos, na comunidade na USF e UCC no período compreendido entre 18 de setembro de 2023 e 27 de outubro de 2023 (Apêndice 7), e o outro contexto no período compreendido entre 31 de outubro a 13 de novembro de 2023, na consulta de ginecologia de um hospital de nível 2 da região de Lisboa e Vale do Tejo (Anexo 8), sob a supervisão de um EEESMO e com a colaboração de uma enfermeira generalista que exerce funções na respetiva consulta há vários anos na consulta; idealmente a consulta devia ser realizada por EEESMO, uma vez que este é o principal elemento cuja missão de cuidados se centra na promoção da saúde e de transições saudáveis no âmbito da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva, e quem está habilitado para cuidar da mulher de modo a promover uma transição de saúde/doença (ginecológica) saudável (OE, 2021), por oposição ao enfermeiro generalista (que

presta cuidados gerais e não específicos), no entanto devido à escassez de EEESMO na instituição, esta foi a opção adotada pela mesma, uma vez que a enfermeira generalista exerce esta função há vários anos e a mesma é suportada também pela equipa clínica de Ginecologia/Obstetrícia. Nestes contextos foi possível desenvolver diversas atividades que permitiram a aquisição de novas competências nas áreas do planeamento familiar e saúde pré-concepcional, na área da fecundidade/fertilidade, na área da ginecologia e na área do climatério.

A consulta externa de ginecologia funciona em horário semanal, sendo que no período da manhã existe sempre uma enfermeira designada para a realização dos pensos das cirurgias do foro ginecológico; as restantes atividades prendem-se com a realização de consultas pré-operatórias, consultas de preparação para histeroscopia, apoio à consulta de planeamento familiar, apoio à consulta de patologia do colo do útero, e atividades de gestão com agendamento de consultas e realização de teleconsultas de seguimento pós-operatório, sendo que em situações específicas era dado apoio à realização de amniocenteses.

Em relação à consulta de patologia do colo, em que se prestou apoio de enfermagem através da preparação do material e do apoio psicológico à mulher, observou-se a realização de uma colposcopia com biópsia a uma jovem de 24 anos, com 2 filhos, e a quem foi detetada uma lesão causada pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV); nesta situação em específico foi fornecido apoio psicológico e emocional, e explicado todo o procedimento médico realizado, tentando simultaneamente esclarecer dúvidas e dar o máximo apoio possível uma vez que, a jovem se encontrava bastante ansiosa com toda a situação, aplicando-se assim, as demandas da OE cooperando “com outros profissionais no diagnóstico das afeções do aparelho genito-urinário” (OE, 2019), através da preparação antes do exame, e do acompanhamento, apoio e tranquilização durante todo o processo, bem como através da realização de ensinamentos acerca dos cuidados a ter após o exame.

Em relação às histeroscopias foi possível a preparação do material antes da realização das mesmas, compreendendo a importância de ter conhecimento acerca dos materiais que envolvem o procedimento e do quão essencial se torna o papel do EEESMO nesta preparação, uma vez que, a presença de um pêlo e/ou risco na camera, algum tipo de dano nos leds que compõe a mesma, ou a incapacidade do profissional em focar a camera, podem comprometer totalmente a realização do exame ou a obtenção de resultados com qualidade. Neste exame forneceu-se apoio psicológico às senhoras, através da relação terapêutica durante o procedimento como técnica de distração da dor; A crioterapia na zona pélvica, era um dos métodos utilizados para o alívio da dor e do desconforto causado pelo procedimento.

Nas consultas de planeamento familiar foi dado apoio à equipa médica na preparação do material para a colocação de implantes ou dispositivos intrauterinos, sendo que a responsabilidade dos ensinamentos acerca do método contraceptivo escolhido são da equipa de enfermagem, assim como, dos cuidados a ter após o procedimento; nestas consultas estabeleceram-se várias interações com as utentes, possibilitando apoio emocional enquanto simultaneamente se empoderava as mesmas acerca da sua saúde sexual e reprodutiva, sempre com profundo respeito pelas suas crenças, cultura e sobre as suas perceções acerca do seu corpo e sexualidade. Ao longo deste contexto foram prestados cuidados a 30 mulheres com problemas do foro ginecológico.

No contexto de comunidade, a área do climatério foi desenvolvida durante as consultas de planeamento familiar. O climatério é uma fase muito importante no ciclo de vida da mulher, e compreende alterações fisiológicas consequentes de alterações hormonais, assim como perda da capacidade reprodutiva, o que requer que exista uma adaptação e ajustamento por parte da mulher para lidar com a sua nova fase de vida (Alves, Bezerra, Cavalcanti, Costa, Dias & Nakano, 2015). Assim, em contexto de consulta, para além da avaliação dos dados biométricos e de sinais vitais, eram colhidos dados sobre a história familiar e antecedentes pessoais, obstétricos e ginecológicos; posteriormente eram dadas orientações/explicações acerca da saúde no período de climatério, identificando as alterações físicas e fisiológicas do processo, a sintomatologia expectável e formas de lidar com a mesma, quais os fatores de risco associados a este período e formas de prevenção dos mesmos, e alterações na sexualidade (eventuais disfunções sexuais características deste período).

O climatério está altamente relacionado com a diminuição de estrogénios, que se manifesta através de sinais e sintomas tais como a amenorreia, perturbações vasomotoras, perturbações do sono, do humor, alterações cutâneas e problemas genitais e urinários, com um aumento da probabilidade de desenvolvimento de problemas cardiovasculares (Circular Informativa 01/2011). Nestas consultas foram também ajustados métodos contraceptivos (a serem usados erradamente, ou para alívio de sintomatologia hormonal associada a este período), e foi incentivada a adesão a rastreios, nomeadamente a realização do auto-exame mamário, assim como a realização de colpocitologias, essencial para controlo e garantia de qualidade, fornecendo um meio de diagnóstico complementar, tratamento e acompanhamento das utentes neste período (Circular Informativa nº6, de maio de 2010). A consciencialização para a realização destes rastreios é essencial, e realizei-a nas diversas consultas que realizei, uma vez que considero essencial que o EESMO estabeleça uma relação de partilha mútua e proximidade para com as mulheres a quem presta cuidados, de forma que estas se sintam mais recetivas para a adesão aos diversos rastreios disponibilizados no SNS.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório, que resulta do culminar deste percurso de aprendizagem, trabalhoso, mas gratificante, permitiu desenvolver competências comuns, mas também específicas enquanto futura EEESMO, bem como das competências do grau de mestre.

Ao longo dos diferentes contextos integrantes da UC foi possível adquirir novas competências através de experiências e perspetivas de cuidados distintos, que foram, não só, enriquecedoras a nível pessoal, mas especialmente a nível profissional. Ao longo do EC foram prestados cuidados a inúmeras mulheres, díades, tríades, famílias nucleares e alargadas, de uma variedade cultural extensa, o que permitiu prestar cuidados especializados e culturalmente adequados, sempre tendo por base a Teoria do Cuidar de Swanson, sentida desde o início da UC como a que melhor se adequava perante a postura de cuidados da mestranda e para a temática que viria a ser estudada, e que se revelou bastante adequada, de forma transversal nos vários contextos da UC.

Na base da prestação de cuidados esteve sempre presente o raciocínio clínico aplicado à reflexão diária dos cuidados prestados, bem como, a capacidade de tomada de decisão tendo em conta a mais recente evidência acerca das diversas temáticas, em simbiose com o conhecimento e técnicas passados pelos diversos orientadores ao longo dos contextos, e que permitiram que a mestranda crescesse enquanto profissional, mas também pessoalmente, como referido anteriormente. Considera-se assim, que todas as experiências vividas permitiram alcançar os objetivos delineados para a UC, delineados pela mesma no início do contexto.

De acordo com o esperado, foram prestados cuidados à mulher, inserida na família e comunidade, em processo de saúde/doença ginecológica, durante o período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, período pós-natal e climatério, respeitando sempre os princípios éticos e o código deontológico, centrando-se na mulher/recém-nascido/família, mas individualizando os cuidados às realidades pessoais de cada um, e procurando sempre fazer a diferença junto de quem se prestou cuidados.

Em relação à temática proposta a estudo, “O impacto da massagem perineal para uma experiência de parto positiva”, considera-se que a mesma foi desafiante pois, apesar de ser uma temática interessante e apelativa, da qual a sua aplicação poderá vir a trazer ganhos em saúde na área da saúde da mulher e a contribuir positivamente para a experiência de parto, verificou-se ser

também uma temática com escassez de estudos acerca deste mesmo impacto, e devido à sua componente relacionada com a sexualidade, ainda envolta em tabu social, esta é raramente abordada juntos das mulheres ao longo da gravidez, e mais raramente ainda aplicada, quer na fase pré-natal, quer no 2º estágio do TP.

A evidência científica resultante do mapeamento da informação acerca da temática demonstrou que a aplicação da massagem perineal no 2º estágio do TP reduz a incidência de episiotomia e de lacerações (principalmente de grau III e IV), reduz a duração do 2º estágio do TP, o que consequentemente impacta positivamente a perceção de dor (diminui) e aumenta a satisfação da mulher para com o parto, bem como aumenta a satisfação das equipas de EEESMO em relação ao momento do parto.

O pequeno estudo realizado acerca da temática obteve resultados contraditórios com os mapeados na ScR, sugerindo-se assim que no futuro se possa continuar a desenvolver este mesmo estudo, mas com uma amostra mais significativa, por forma a ver se os resultados obtidos vão ao encontro dos mapeados na ScR.

Consideram-se limitações da investigação a amostra reduzida, os processos burocráticos demorados, que condicionaram o tempo de realização do estudo e consequentemente o número de participantes, apesar de ter havido um cálculo prévio da amostra. A inexperiência da investigadora principal, própria de quem se inicia agora na investigação, condicionou também, não só a colheita de dados como o tratamento estatístico dos mesmos, sendo este último bastante desafiador para a mesma. Estas limitações foram colmatadas com o apoio da equipa de enfermagem dos contextos de estágio e o apoio familiar imprescindível em todo o processo.

De futuro pretende-se divulgar publicamente os resultados obtidos quer na ScR quer no ERC, não só a nível local para a equipa do hospital onde os mesmos foram desenvolvidos, mas também a nível público, nacional e internacional, com a publicação dos mesmos sob a forma de poster e publicações, bem como eventualmente, vir a desenvolver com a amostra calculada um novo ERC acerca da temática em estudo.

Considera-se assim, que os objetivos propostos desde o início da UC foram atingidos na sua totalidade, permitindo assim, a prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade ao longo do seu ciclo vital, com a certeza de que a sua experiência e conhecimento são muito maiores em comparação com o início da UC, mas também com a sensação que a aprendizagem nesta área de especialidade ainda agora começou.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aasheim, V. et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database for Systematic Reviews*. 2011, vol. 12, no CD006672.

Abdelhakim, A. M., Eldesouky, E., Elmagd, I. A., Mohammed, A., Farag, E. A., Mohammed, A. E., Hamam, K. M., Hussein, A. S., Ali, A. S., Keshta, N. H. A., Hamza, M., Samy, A., & Abdel-Latif, A. A. (2020). Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: A systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *International Urogynecology Journal*, 31(9), 1735–1745. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04302-8>

Alden, K. R. (2008). Avaliação e Cuidados ao Recém-Nascido. In D. L. Lowdermilk, & S. Perry (Eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7th ed, p. 587-647). Lusodidacta

Alegra, M. S. (2013). *Traumatismo do Pavimento Pélvico Materno*. Obtido de Internacional Urogynecological Association: www.iuga.org

Almeida, M., Dores, J., & Ruas, L. (2017). Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), pp. 24-38.

Alves, E. R. P., Costa, A. M. da, Bezerra, S. M. M. da S., Nakano, A. M. S., Cavalcanti, A. M. T. de S., & Dias, M. D. (2015). Climacteric: intensity of symptoms and sexual performance. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(1), 64–71. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000590014>

Amaro, C., Dias, H., Santos, M., Nelas, P., & Coutinho, E (2021). Benefícios da Verticalização do Parto. *INFAD Revista de Psicologia*, 1(1), 485-502. <http://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2130>

Amendoeira, J. (julho de 2006). ENFERMAGEM, DISCIPLINA DO CONHECIMENTO. *Revista Sinais Vitais*, pp. 19-27. Obtido em novembro de 2020, de Revista Sinais Vitais no 67.

American College of Obstetricians and Gynecologists’ Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. (2016). Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal

Delivery. Obstetrics and Gynecology, 128(1), e1–e15.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001523>

Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2017). Reflexão sobre o trabalho de parto e parto: construção de um plano de preferências de parto. Disponível em: <https://associacaogravidezparto.pt/wpcontent/uploads/2016/08/Reflex%C3%A3o-para-a-constru%C3%A7%C3%A3o-do-plano-de-parto-introducao.pdf>

Ayres, L.; Cnossen, R.; Passos, C.; Lima, V.; Prado, M.; Beirigo, B. (2021). Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. *Escola Anna Nery*, 25(2), 1-8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0116>

Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD005123. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005123.pub3>

Begley, C., Guilliland, K., Dixon, L., et al., 2019. A qualitative exploration of techniques used by expert midwives to preserve the perineum intact. *Women Birth* 32 (1), 87–97. doi:10.1016/j.wombi.2018.04.015.

Brown, M., Magee, L., Kenny, L., Karumanchi, S., McCarthy, F., Saito, S., Ishaku, S. (2018). The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy*, pp. 1-20. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10803

Çalik, K. Y., Karabulutlu, Ö., & Yavuz, C. (2018). First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2054-0>

Centeno, M. (2018). Puerpério e Lactação. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal*, (5th ed, p. 280-287). LIDEL

Costa, M., Gonçalves, D. (2021) O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica, *Lusíadas Scientific Journal*, Vol. 2

Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H., & Aune, I. (2017). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, pp. 2-7. doi:10.1016/j.srhc.2015.08.001.

Decreto de Lei nº 14/2012 de 26 de Janeiro. *Diário da República, Lisboa, Ministério da Saúde*.

Decreto-Lei nº 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Assembleia da República. *Diário da República, I Série (N.º 157 de 16-08- 2018)*, 4147-4148. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Decreto-lei Nº 74 de 24 de março de 2006. Ministério da Ciência, tecnologia e ensino superior. Diário da República, I série-A (N.º60 de 24-03-2006), 2242-2257. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>

Direção Geral da Saúde. (2013). *Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco (Orientação no 37/2011)*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0372011-de-30092011-jpg.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Direção Geral de Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2008). *Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar*. Direção-Geral da Saúde

Druzin, M., Shields, L., Peterson, N., & Cape, V. (2013). Improving Health Care Response to Preeclampsia: A California Quality Improvement Toolkit. *California Maternal Quality Care Collaborative*. https://pqcnc-documents.s3.amazonaws.com/cmop/cmopresources/CMQCC_Preeclampsia_Toolkit_1.17.14.pdf

Ellington JE, Rizk B, Criso S (2017). *Antenatal Perineal Massage Improves Women's Experience of Childbirth and Postpartum Recovery: A Review to Facilitate Provider and Patient Education on the Technique*. *J Womens Health, Issues Care* 6:2.

Fatia, A., Tinoco L. (2016). Trabalho de Parto. In: Batista MA, Marques R, Néné M, Sequeira, C. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel, 2016.

FIGO (2015). *Initiative on Gestational Diabetes Mellitus: A Pragmatic Guide for Diagnosis, Management, and Care* (Vol. 131). London: Elsevier.

FIGO. (2016). *The FIGO Textbook of Pregnancy Hypertension: An evidence-based guide to monitoring, prevention and management*.

Flusberg, M., Kobi, M., Bahrami, S., Glanc, P., Palmer, S., Chernyak, V., Kanmaniraja, D., & El Sayed, R. F. (2021). Multimodality imaging of pelvic floor anatomy. *Abdominal Radiology (New York)*, *46*(4), 1302–1311. <https://doi.org/10.1007/s00261-019-02235-5>

Fonseca, S. (2016). Indução do Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed, p. 353-355). LIDEL

Frias, A. (2011). Preparação Psicoprofilática e a Perceção da Experiência do Nascimento. *International journal of development and educational psychology, INFAD Revista de Psicologia*, *1*(1), 409-416. ISSN Impreso: 0214-9877; ISSN digital: 2603-5987

Graça, L. (2018). Maturidade Fetal. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (5th ed, p. 191-197). LIDEL

Graça, L. M., Carvalho, R., M. (2017). Avaliação do estado biofísico In Graça, L., M. (Coords.). *Medicina Materno Fetal* (pp.167 – 178). Lisboa: Lidel

Guerreiro, C. & Dias, I. (2016). Consulta de enfermagem especializada no pré- concecional. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp.49-52). Lisboa: Lidel.

Hadizadeh-Talasaz, Z., Sadeghi, R., & Khadivzadeh, T. (2019). Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, *58*(6), 737–747. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2019.09.003>

Hong, J. G. S., Abdullah, N., Rajaratnam, R. K., Ahmad Shukri, S., Tan, S. P., Hamdan, M., & Lim, B. K. (2022). Combined perineal massage and warm compress compared to massage alone during active second stage of labour in nulliparas: A randomised trial. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, *270*, 144–150. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.01.011>

International Confederation of Midwives (ICM) (2019). Essential competencies for midwifery practice (2019 update). Disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icmcompetencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf

KİREMİTLİ, Sevil & KİREMİTLİ, Tunay & ULUĞ, Paşa & YILMAZ, Nesrin. (2022). Comparison of obstetric outcomes and morbidity in nulliparous pregnant women who received antenatal and intrapartum perineal massage. *Pelviperineology*. 41. 17-22. 10.34057/PPj.2022.41.01.2022-2-1.

Lança, F. (2017). Analgesia e anestesia no parto. In L.M. Graça, (Coord.). *Medicina materno fetal*. (5aed.). (pp.260-271). Lisboa: Lidel

Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas do Puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed, p.443-454). LIDEL

Levy, L., Bértolo, H. (2012). *Manual do aleitamento materno*. Comité português para a UNICEF

Lowdermilk DL & Perry SE (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7.a ed). Loures: Lusodidacta.

Machado, M., & Graça, L. (2018). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (5th ed, p. 221-228). LIDEL

Magro, C., Guerreiro, E., & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de Parto Pré-termo e Parto Pré-termo. Em M. Néné, & C. Sequeira, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 211- 215). Lisboa: Lidel.

Manning, B. (2008). Transição para a parentalidade. In D. L. Lowdermilk, & S. Perry (Eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7th ed, p. 521-556). Lusodidacta

Manresa, M., Pereda, A., Goberna-Tricas, J., et al., 2020. Postpartum perineal pain and dyspareunia related to each superficial perineal muscle injury: a cohort study. *Int. Urogynecol. J.* 31, 2367–2375. doi:10.1007/s00192-020-04317-1.

Marcos-Rodríguez, Andrea & Leirós-Rodríguez, Raquel & Lucas, Pablo. (2023). Efficacy of perineal massage during the second stage of labor for the prevention of perineal injury: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 162. 10.1002/ijgo.14723.

Martins, José. (2008). Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. 12. 62-66. 10.56732/pensarenf.v12i2.8.

Medeiros, R. M., Figueiredo, G., Correa, A. C., & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>

Molyneux, R., Fowler, G., Slade, P., et al., 2021. The effects of perineal trauma on immediate self-reported birth experience in first-time mothers. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* doi:10.1080/0167482X.2021.1923689.

Nogueira, A., Araújo, C., Correia, L. (2020). Women's perception about patient escort in labor. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 11316-11327. <http://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-377>

Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. (Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal), disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

Oppenheimer, L., & Black, A. (2014). Segundo período do trabalho de parto. In G. D. Posner, J. Dy, A. Y. Black, & G. D. Jones (Eds.), *Trabalho de Parto & Parto* (6th ed, p. 235-241). AMGH Editora

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Documento de Consenso: "Pelo Direito ao Parto Normal - Uma visão partilhada"*. Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro)*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*. Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.o140/2019*. Diário da República n.o26/2019, Série II

Ordem dos Enfermeiros (2019b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica n.º 391/2019*. Diário da República n.º85/2019, Série II

Organização Mundial de Saúde. (2013). *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil*. Organização Mundial de Saúde

Organização Mundial de Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Organização Mundial de Saúde

Patrício, S. de S., Gregório, V. R. P., Pereira, S. M., & Costa, R. (2019). Fetal abnormality with possibility of legal termination: maternal dilemmas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl 3), 125–131. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0234>

PETROCNİK, P.; MARSHALL, J. Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Midwifery*. 2015, vol.31, pp.274– 279.

Pita Fernández S, Pértegas Díaz S. Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cad Aten Primaria*, 2002, vol. 9, p. 76-8. http://fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali2.pdf

Possati, A. B., Prates, L. A., Cremonese, L., Scarton, J., Alves, C. N., & Ressel, L. B. (2017). Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Escola Anna Nery*, 21(4), 1-7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366>

REPE. (2012). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. In (pp. 22). Lisboa: Decreto-Lei nº161/96, de 4 de setembro.

Rodaki, E., Diamanti, A., Sarantaki, A., et al., 2022. The effects of perineal tears during childbirth on women's sex life. *Maedica (Bucur)* 17 (2), 297–305. doi:10. 26574/maedica.2022.17.2.297.

Rodrigues, S., Silva, P., Rocha, F., Monterroso, L., Silva, J.N., de Sousa, N.Q., & Escuriet, R. (2023). Perineal Massage and Warm Compresses – Randomized Controlled Trial for Reduce Perineal Trauma during Labor. *Midwifery*, 124(1), 103763. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103763>

Rosa, S., Lima, P., & Silva, G. (2020). The presence of the companion in labor, delivery and postpartum: understanding of pregnant women. *Revista Pró-Universus*, 11(1), 21-26 - <http://doi.org/10.21727/rpu.v11i1.2099>

Santana, A.; & Figueiredo, M. (2016). Vigilância do Bem-Estar Materno-Fetal. In M. Néné, R. Marques, M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1 st ed, p. 392-399). LIDEL

Santos, M., & Batista, M. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-Nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed, p. 455-472). LIDEL

Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2011). *Anatomia e fisiologia* (8a ed.). Lusociência.

Sequeira, A, Henriques, C., Seabra, A., Pousa, O., Sousa, C., Sobral, M. Avaliação da apresentação fetal e tamanho do bebé: Manobras de Leopold In Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C. (Coords.) (2020), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 36-39). Lisboa: Lidel

Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. LIDEL

Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. LIDEL

Silva, T. M., & Lopes, M. I. (2020). A expectativa do casal sobre o plano de parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), 1-8. <http://doi.org/10.12707/RIV19095>

Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG), Sociedade Portuguesa de Contraceção (SPC) & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR). (2011). Consensos sobre contraceção. Edições Frist News. Acedido a 20/10/2020. Disponível em: http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/consenso_sobre_contracecao_2_011.pdf

Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image--the Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352–357. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>

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.

Vieira, V., Barreto, M., Marquete, V., Souza, R., Fischer, M., & Marcon, S. (2019). Vulnerability of high-risk pregnancy in the perception of pregnant women and their families. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 22, 1-10. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192040207>

Wheeler, B. (2014). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e Família. In M. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *WONG Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed, p. 240- 293). Lusociência

World Health Organization. (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience.

Yaşar Yetişmiş, H., & Aksoy Derya, Y. (2023). The Effects of Perineal Massage Performed During Labor on Childbirth Comfort, Perineal Pain, and Trauma in Nulliparous Women: A Quasi-Experimental Study. *J Clin Obstet Gynecol*, 33(4), 210-220.

Zang, Yu & Hu, Yinchu & Lu, Hong. (2022). Effects of different techniques during the second stage of labour on reducing perineal laceration: An overview of systematic reviews. *Journal of Clinical Nursing*. 32. 10.1111/jocn.16276.

Zhang, L. et al. Efficacy of epidural analgesia with ropivacaine on labor, maternal, and neonatal: a meta-analysis of prospective and retrospective studies, *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2016, vol.9, no5, pp.7896-7907.

APÊNDICES

APÊNDICE I- PROTOCOLO DE REVISÃO SCR

O IMPACTO DA MASSAGEM PERINEAL PARA UMA EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA

AUTORES

Catarina Alexandra Coelho Paulino ¹

Açucena de Jesus Galhanas Guerra²

1. Mestranda do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém; Enfermeira no Hospital de Vila Franca de Xira EPE

2. Professora Adjunta Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Santarém.

DOI: 10.17605/OSF.IO/APKQY

RESUMO

Objetivo: Mapear a evidência científica existente sobre o impacto da massagem perineal para uma experiência de parto positiva

Introdução: O enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica desempenha um papel fulcral no empoderamento das mulheres com vista a uma experiência de parto positiva, através da promoção e aplicação de técnicas como a massagem perineal, que possam vir a garantir a integridade ou a reduzir a probabilidade de laceração perineal, que por sua vez impacta as mulheres a nível físico, psicológico e relacional e inclusive a sua fertilidade, uma vez que pode interferir na decisão de uma futura gravidez.

Crítérios de inclusão: Foram identificados 6 artigos como relevantes e que irão trazer contributos para a compreensão da questão de revisão, após terem sido excluídos 682 artigos que não incluíam a população de interesse ou os conceitos da pergunta de revisão.

Métodos: Scoping Review desenvolvida segundo protocolo do Joanna Briggs Institute, recorrendo ao PRISMA e após pesquisa com os descritores MeSH: Massage, Perineum, Labor, Labor Stage, Second, Parturition, Birth, Childbirth, Nursing care, Nurse Midwife, Midwife

Resultados: Com base na análise combinada de todos os artigos verifica-se que a aplicação da massagem perineal no 2º estadio do trabalho de parto aparenta ser eficaz na redução da incidência de episiotomias, bem como na diminuição de lacerações perineais de Grau III e IV; a aplicação da mesma reflete-se numa diminuição associada da duração do 2º estadio do trabalho de parto e conseqüente diminuição das complicações materno-fetais, influenciando positivamente a sensação de dor das parturientes.

Conclusões: A massagem perineal revela-se uma técnica de baixo custo e de fácil aplicação pelas equipas, com resultados demonstrados na redução da incidência da taxa de

episiotomias/lacerações severas, apresentando-se como uma técnica bastante fazível de ser aplicada num futuro próximo pelos EESMO para garantir um aumento da satisfação das mulheres em relação à sua experiência de parto.

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher é essencial para o enriquecimento dos sistemas de saúde, não sendo apenas da importância das mulheres, mas também da sua família, comunidade e sociedade, uma vez que, melhorando a saúde das mulheres, melhoramos o mundo (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2011).

Cabe ao EESMO informar e empoderar as mulheres, explicando a importância e o porquê de ser essencial ter um parto com o menor trauma perineal possível. As mulheres que mantêm a integridade perineal durante o trabalho de parto apresentam uma diminuição da dor em ambos 1 e 90 dias no pós-parto, maior satisfação sexual e níveis mais elevados de orgasmos 6 meses pós-parto, assim como menores níveis de trauma nos músculos do pavimento pélvico e da zona esfinteriana, quando em comparação com mulheres que desenvolveram trauma perineal durante o parto (Ellington et al., 2017).

De acordo com a OMS (2018), as experiências positivas das mulheres durante o parto podem constituir a base de uma maternidade saudável, sendo que esta inclui o apoio constante de uma equipa multidisciplinar especializada e resulta no nascimento de um bebé saudável, com as mulheres a desempenharem um papel ativo nas decisões tomadas ao longo do trabalho de parto, e inseridas num ambiente físico e psicológico que transmite segurança.

Existem fatores internos e externos que condicionam uma experiência de parto positiva, sendo os internos aqueles que incluem a capacidade e força da mulher durante o parto, e os externos aqueles que incluem a relação de confiança e respeito com os profissionais de saúde, uma abordagem holística no cuidar, diminuição das intervenções obstétricas, satisfação com o alívio da dor (farmacológica e não-farmacológica), preparação para o parto e cumprimento das expectativas das mulheres (Dahlberg, et al., 2017).

Estudos com base na evidência demonstram que a implementação de algumas rotinas de carácter mais medicalizado, tais como a realização de episiotomia de rotina, vieram diminuir o lado natural do processo de nascimento, aumentando os riscos para a mãe e bebé, e que resultam em internamentos mais prolongados e em custos mais elevados, tendo também um outcome negativo a nível psicológico para a mãe em relação à sua experiência de parto (Calik, Karabulutlu & Yavuz 2018; OMS, 2018).

Estima-se que cerca de 85% dos partos vaginais estão associados a algum tipo de trauma perineal, sendo que o mesmo pode causar uma elevada morbidade nas mulheres (Begley et al., 2019).

O **pavimento pélvico** é atravessado pela uretra, vagina e reto numa região denominada de hiato do músculo levantador do ânus, sendo que esta é a zona mais frágil do pavimento pélvico (Alegra, 2013). É também na zona inferior do pavimento pélvico que se encontra o períneo, sendo esta região formada pelo triângulo urogenital, onde se encontram os órgãos genitais externos, e pelo triângulo anal, que contém o orifício anal; o centro fibroso do períneo encontra-se entre a vagina e o ânus (Seeley et al., 2011).

O pavimento pélvico é composto por três camadas de músculo e tecido conectivo, que garantem o suporte estrutural dos órgãos pélvicos, auxiliam a manutenção da continência urinária e fecal (Flusberg et al., 2021), que contribuem para a função sexual (Hadizadeh-Talasaz et al., 2019), e que servem de suporte ao feto durante a gravidez, assim como ajudam na passagem da cintura pélvica durante o parto (Yates, 2019).

As consequências para a mulher, após **trauma perineal**, são diversas, sendo a sua gravidade diretamente relacionada com o nível de gravidade do trauma perineal. Os níveis de dor passados 10 dias pós-parto e de dispareunia 6 meses pós-parto foram entre a 4 a 5 vezes superiores, respetivamente em mulheres com laceração de 3º e 4º grau, em comparação com mulheres com períneos íntegros ou lacerações de 1º grau (Manresa et al., 2020); no caso de laceração de 4º grau, ou realização de episiotomia rotineira, as mulheres referiram uma experiência de parto pior e menos positiva em comparação com aquelas com laceração de 1º e 2º grau (Molyneux et al., 2021), sendo que no caso da laceração de 4º grau as mulheres demonstraram apreensão e preocupação com uma futura gravidez (Rodaki et al., 2022).

Assim, nas suas recomendações para uma experiência de parto positiva, a OMS recomenda a massagem perineal como uma das técnicas a serem aplicadas durante o parto para uma experiência positiva (OMS, 2018), com o objetivo de diminuir a probabilidade de desenvolver trauma perineal e que o parto seja o mais natural possível.

A **massagem perineal** consiste na aplicação de massagem no períneo de uma mulher grávida, na região do orifício vaginal (Beckmann & Stock, 2013). Esta técnica permite a preparação dos tecidos do pavimento pélvico para o processo de estiramento durante o trabalho de parto, uma vez que permite um alongamento, suave e adequado ao nível de tolerância da grávida, da pele e dos músculos e tecidos que se encontram no períneo. Consequentemente, esta prática aumenta a elasticidade dos músculos e da pele perineal, reduzindo o risco de laceração perineal durante o parto (Thomas & Mathias, 2015).

A massagem perineal consiste na inserção dos polegares lubrificados no introito vaginal, fazendo movimentos laterais e descendentes em direção ao ânus até a grávida sentir os tecidos a distender, sendo que é possível que até sintam um ligeiro ardor, mas não dor. A posição de distensão deverá ser mantida durante um a dois minutos. De seguida, a porção inferior da vagina deverá ser massajada com movimentos em “U” durante dois a três minutos (ACOG,2016).

Os lubrificantes utilizados deverão ser de origem vegetal, nomeadamente azeite, óleo de coco, de amêndoa ou óleo de vitamina E, não devendo ser utilizados óleos minerais ou vaselina (ACOG, 2016).

No caso específico do Trabalho de Parto, a massagem perineal demonstrou, reduzir a incidência de laceração de 4º grau, e a prevenir os restantes níveis de trauma perineal, quando aplicada no 2º estágio (Aasheim et al., 2017; Zang et al., 2022).

Questão de revisão

“Qual o impacto da massagem perineal para uma experiência de parto positiva?”

Palavras-chave

Massagem perineal; Experiência de parto positiva; Trabalho de Parto; Cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Critérios de inclusão

População: Parturientes

Conceitos: Massagem perineal; Experiência Positiva de Parto; Trabalho de Parto; Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

Contexto: Local de Nascimento; Segundo Estadio do Trabalho de Parto

Tipos de fontes: Recurso a estudos quantitativos, qualitativos e mistos.

Métodos

Estratégia de pesquisa:

Para a elaboração de uma revisão scoping pretende-se ser o mais abrangente possível, mapeando toda a evidência científica publicada, quer em revistas indexadas, quer nas não publicadas, sobre a temática em estudo. Assim, tendo por base a metodologia JBI para a elaboração de Scoping reviews em 3 etapas, inicialmente numa primeira etapa elaborei uma pesquisa de palavras-chave contidas nos títulos e resumos dos artigos, através da plataforma EBSCOHost, nas bases de dados MedLine, CINAHL, MedicLatina e Nursing & Allied Health Collection, e também na

plataforma PubMed, sendo que posteriormente defini os termos naturais, descritores MeSH, headings e descritores de saúde (Tabela 1).

PCC	Termos Naturais PT	Termos Naturais EM	MeSH (Medline)	Headings (CINAHL)
População	Parturientes	Parturient	Pregnant Woman	Expectant Mother
Conceito	Experiência de Parto Positiva			
	Trabalho de Parto		Parturition	Childbirth Experience
				Childbirth
				Term Birth
	Períneo		Perineum	Perineal care (Iowa NIC)
	Massagem	Massage	Massage	Massage
				Deep Tissue Massage
	Massagem Perineal	Perineal Massage		
Enfermeiro Saúde Materna e Obstétrica		Midwife		
Enfermeiro Obstetra		Nurse Midwife		
Cuidados de Enfermagem		Nursing Care		
Contexto	Local de Nascimento	Birth Place Alternative Birth Centers	Birthing Centers Delivery Rooms	
	2º Estadio Trabalho de Parto	Second Stage	Labor Stage, Second	

Tabela 1. Termos de pesquisa nas bases de dados

Na segunda etapa realizei uma pesquisa contendo todas as palavras-chave e os termos indexados, nas plataformas supracitadas, sendo que inicialmente a pesquisa foi feita com cada termo individualmente, de seguida nos termos com significância semelhante foi aplicado o boleano OR, e posteriormente deu-se a junção de todos os elementos do PCC através do designador boleano AND, o que resultou na expressão de pesquisa final:

Massage AND Perineum AND Labor (OR Labor Stage, Second OR Parturition OR Birth OR
Childbirth) AND Nursing care (OR Nurse Midwife OR Midwife)

O termo natural Experiência de Parto Positiva não foi incluído na expressão de pesquisa por não ter nenhuma MeSH ou Heading referente, sendo que não foi possível encontrar quaisquer resultados associados a esse termo natural, contudo através da expressão de pesquisa supracitada

pretende-se obter informação que permita na mesma responder à questão de revisão de forma implícita.

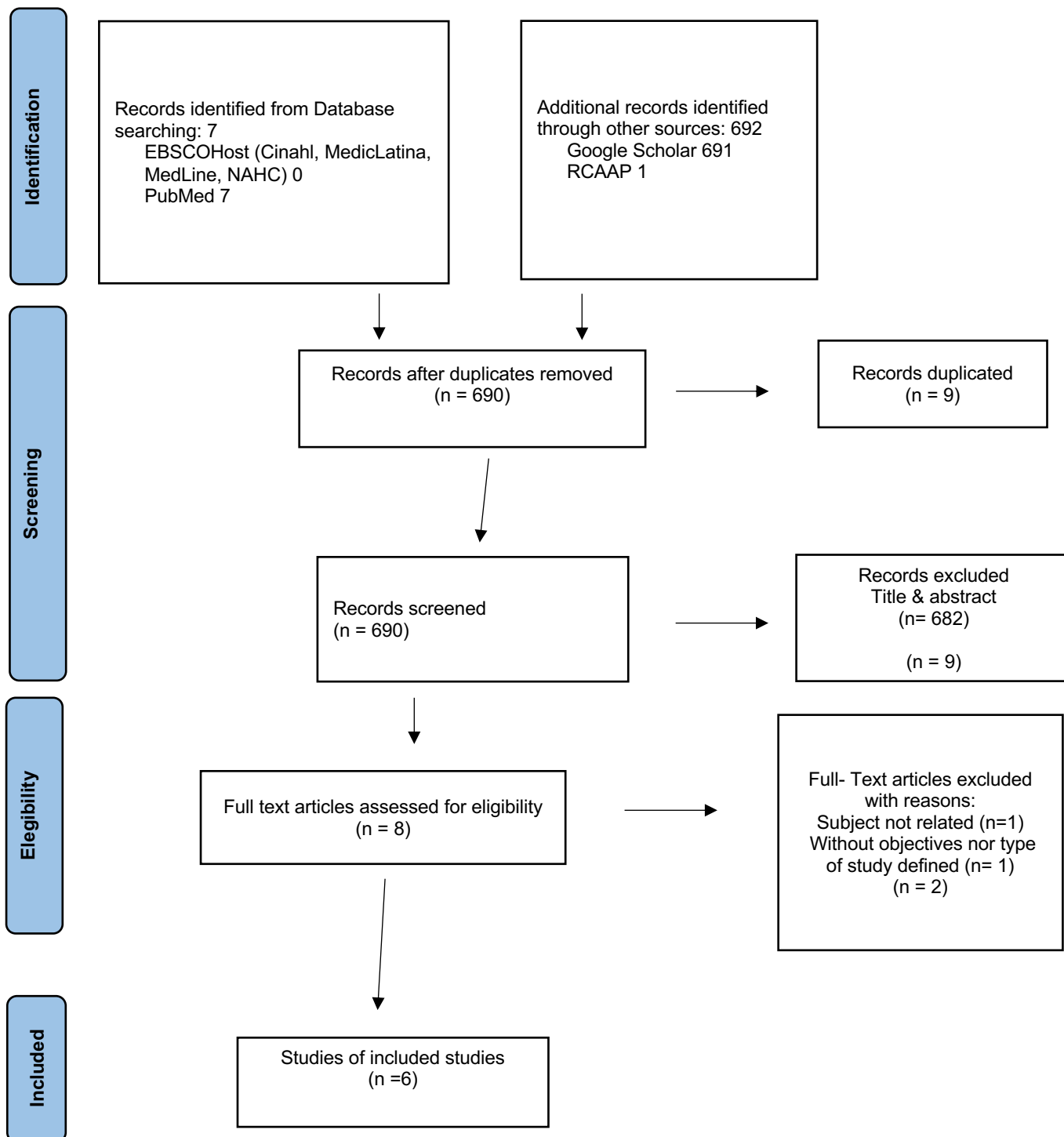
A pesquisa foi realizada no dia 11 de abril de 2024, sendo de salientar que neste dia foi também realizada a pesquisa de artigos não publicados em revistas indexadas com recurso à base de dados Google Scholar, assim como da plataforma RCAAP, sendo que nesta última foi encontrada uma Scoping Review relacionada com a temática em estudo e com a data de publicação de 1 de Junho de 2021, tendo sido então aplicado um limitador temporal na pesquisa para só conter artigos publicados a partir da data anteriormente repetida, uma vez que a informação anterior a essa data já tinha sido mapeada e analisada na referida scoping review. É também de salientar que para a elaboração da pesquisa foi necessário proceder à delimitação de limitadores genéricos a serem aplicados nas bases de dados, sendo os mesmos: free full text, texto integral em PDF, idiomas: língua inglesa, portuguesa e espanhol, tipos de documentos: Revistas académicas, revistas e relatórios, assim como ter o resumo disponível

Seleção dos estudos:

Após a pesquisa realizada procedi à análise dos títulos e resumos, sendo que tendo por base a questão de investigação se procedeu à seleção dos estudos que responderiam à mesma; neste processo foram também removidos os artigos que se encontravam em duplicado. Na fase seguinte procedi à leitura integral dos artigos que preencheram os critérios de elegibilidade, sendo que 2 foram excluídos (um por não se enquadrar na temática a ser mapeada, e outro por não apresentar objetivos nem desenho de estudo definido).

Na figura 1 encontra-se representado o Prisma Flow Diagram, ferramenta utilizada para representar de forma objetiva a processo de seleção dos estudos obtidos na pesquisa.

Figura 1 - Diagrama-resumo da pesquisa desenvolvida.



Extração de dados:

Tendo por base o método proposto pelo JBI recorreu-se à aplicação de um instrumento de extração de dados (Apêndice I).

Financiamento

Não aplicável.

Conflito de interesses

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aasheim, V. et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database for Systematic Reviews*. 2011, vol. 12, no CD006672.

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. (2016). Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 128(1), e1–e15. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001523>

Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD005123. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005123.pub3>

Begley, C., Guilliland, K., Dixon, L., et al., 2019. A qualitative exploration of techniques used by expert midwives to preserve the perineum intact. *Women Birth* 32 (1), 87–97. doi:10.1016/j.wombi.2018.04.015.

Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H., & Aune, I. (2017). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, pp. 2-7. doi:10.1016/j.srhc.2015.08.001. Epub 2015 Aug 12.

Ellington JE, Rizk B, Criso S (2017) Antenatal Perineal Massage Improves Women's Experience of Childbirth and Postpartum Recovery: A Review to Facilitate Provider and Patient Education on the Technique. *J Womens Health, Issues Care* 6:2.

Flusberg, M., Kobi, M., Bahrami, S., Glanc, P., Palmer, S., Chernyak, V., Kanmaniraja, D., & El Sayed, R. F. (2021). Multimodality imaging of pelvic floor anatomy. *Abdominal Radiology (New York)*, 46(4), 1302–1311. <https://doi.org/10.1007/s00261-019-02235-5>

Hadizadeh-Talasaz, Z., Sadeghi, R., & Khadivzadeh, T. (2019). Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 58(6), 737–747. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2019.09.003>

Manresa, M., Pereda, A., Goberna-Tricas, J., et al., 2020. Postpartum perineal pain and dyspareunia related to each superficial perineal muscle injury: a cohort study. *Int. Urogynecol. J.* 31, 2367–2375. doi:10.1007/s00192-020-04317-1.

Molyneux, R., Fowler, G., Slade, P., et al., 2021. The effects of perineal trauma on immediate self-reported birth experience in first-time mothers. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* doi:10.1080/0167482X.2021.1923689.

OMS. (2011). *Mulheres e Saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Obtido em 10/2023, de https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf

Rodaki, E., Diamanti, A., Sarantaki, A., et al., 2022. The effects of perineal tears during childbirth on women's sex life. *Maedica (Bucur)* 17 (2), 297–305. doi:10. 26574/maedica.2022.17.2.297.

Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2011). *Anatomia e fisiologia* (8a ed.). Lusociência.

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.

World Health Organization. (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience.

Yates, A. (2019). Female Pelvic Floor 1: Anatomy and Pathophysiology. *Nursing Times*, pp. 18- 21.

ZHANG, L. et al. Efficacy of epidural analgesia with ropivacaine on labor, maternal, and neonatal: a meta-analysis of prospective and retrospective studies, *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2016, vol.9, no5, pp.7896-7907.

APÊNDICE II- INSTRUMENTO *JBI* – *DATA EXTRACTION INSTRUMENT*

Artigo	Autores/ Ano de Publicação/ Local	Título	Objetivos	Desenho de estudo	População / Tamanho e caracterização da amostra	Contexto	Conceitos Relevantes/ Instrumentos	Resultados Principais
1	Hong, J. et al (2022) Malaysia	“Combined perineal massage and warm compress compared to massage alone during active second stage of labour in nulliparas: A randomized trial”	“To evaluate the effect of combined perineal massage and warm compress to the perineum (MassComp) compared to perineal massage alone during pushing in the second stage of labour in reducing perineal trauma requiring suturing in nulliparas.”	Experimental Ensaio Clínico Randomizado	277 participantes: 140 aplicação de Massagem e compressas quentes; 137 aplicação de massagem perineal. A amostra selecionada consistiu em mulheres com idade superior a 18 anos, nulíparas, em fase ativa de trabalho de parto (contratibilidade regular e dilatação cervical ≥ 3 cms), IG ≥ 37 semanas, gravidez simples, apresentação fetal cefálica.	Departamento de obstetrícia do Hospital Universitário Malaya	Efeitos da aplicação de compressas quentes combinadas com a realização de massagem perineal no período expulsivo, por oposição à aplicação da massagem perineal isoladamente no período expulsivo. As participantes selecionadas foram informadas do estudo, tendo assinado consentimento informado, sendo que a alocação a cada grupo foi aleatória. Os dados sociodemográficos e obstétricos foram recolhidos através da aplicação de um questionário. Tratamento dos dados realizado no SPSS Software.	Não foram encontradas diferenças significativas na percentagem de reparação perineal entre os dois grupos. Verificou-se também que a técnica combinada (massagem e compressas quentes) não diminui o risco de trauma perineal maior ou da necessidade de realização de episiotomia. Em termos de satisfação, verifica-se que as participantes do grupo de técnica combinada têm uma maior probabilidade de recomendar esta técnica a conhecidos, em comparação com aquelas a quem foi aplicada exclusivamente a massagem perineal. Em relação à aplicação da técnica o grupo a quem foi aplicada a massagem perineal de forma independente recebeu massagem de forma mais frequente e contínua (durante e entre contrações) enquanto no grupo combinado a massagem perineal foi só aplicada durante a contração. Em relação aos outcomes secundários (maternos e neonatais), os dois grupos apresentaram resultados semelhantes.
2	Kiremitli, S. et al Fevereiro 2022 Turquia	“Comparison of obstetric outcomes and morbidity in nulliparous	“Compare antepartum and intrapartum perineal massage in nulliparous	Experimental Ensaio Clínico Randomizado	173 participantes: 55 aplicação de massagem perineal pré-natal,	Departamento de ginecologia e obstetrícia do Hospital	Efeitos da massagem perineal pré-natal e intraparto, em relação a complicações durante o parto e no pós-parto.	A aplicação de massagem perineal pré-parto e intraparto combinada revelou-se eficaz na redução da necessidade de episiotomia e diminuiu a duração do 2º estadio do trabalho de parto.

		<p>pregnant women who received antenatal and intrapartum perineal massage”</p>	<p>patients to a control group in terms of reducing the episiotomy necessity, duration of the second stage of labor, obstetric outcomes and perineal injury” “To see if two massages combined were superior to each other”</p>		<p>59 aplicação de massagem perineal intraparto, 59 grupo de controlo. A amostra selecionada consistiu em mulheres com idade compreendida entre os 20-35 anos, e que entraram em trabalho de parto entre as 37-42 semanas; no grupo de massagem perineal pré-natal a técnica foi aplicada desde as 34 semanas, diariamente durante 10 minutos; no grupo de massagem intraparto esta foi aplicada em fase ativa de trabalho de parto (dilatação cervical ≥ 4 cms).</p>	<p>Universitário Erzincan Binali Yildirim</p>	<p>As participantes selecionadas foram informadas do estudo, tendo assinado consentimento informado, sendo que a alocação a cada grupo foi aleatória. Os dados sociodemográficos e obstétricos foram recolhidos através da aplicação de um questionário, e com recurso aos registos clínicos das participantes. Tratamento dos dados realizado no SPSS Software.</p>	<p>Em relação à integridade perineal, a massagem aplicada no pré-parto revelou-se mais eficaz do que apenas durante o trabalho de parto. A massagem perineal aplicada intraparto reduziu a incidência de realização de episiotomia, contudo sem significância estatística. Assim, mesmo nos casos em que não existiu massagem perineal pré-natal, é recomendado que se aplique massagem perineal intraparto para reduzir a incidência de episiotomia e laceração perineal.</p>
--	--	--	--	--	---	---	--	--

3	<p>Yetismis, H.; Derya, Y. 2023 Turquia</p>	<p>“The effects of perineal massaged performed during labor on childbirth comfort, perineal pain, and trauma in nulliparous women: a quasi-experimental study”</p>	<p>“Examine the effects of perineal massage performed during labor on childbirth comfort, perineal pain, and genital tract trauma in nulliparous women.”</p>	<p>Experimental Quase- Experimental</p>	<p>182 participantes: 91 grupo experimental e 91 no grupo de controlo. No grupo de intervenção a massagem perineal 2, 4 e 6 vezes na fase latente, ativa e de transição, respetivamente, e e depois durante cada contração e esforço expulsivo no 2º estadio do trabalho de parto. As participantes são nulíparas, com idades gestacionais compreendidas entre as 38-42 semanas.</p>	<p>Hospital público do sul da Turquia</p>	<p>Efeitos da massagem perineal no 2º estadio do trabalho de parto em relação ao conforto durante o trabalho de parto, ao trauma perineal e à dor perineal. As participantes selecionadas foram informadas do estudo, tendo assinado consentimento informado, sendo que a alocação a cada grupo foi aleatória. Os dados sociodemográficos e obstétricos foram recolhidos através da aplicação de um questionário; a dor foi avaliada com recursos à escala visual analógica (VAS), o trauma perineal foi avaliado com base na escala de REEDA, o conforto durante o trabalho de parto foi avaliado com base no Questionário de Conforto durante o Trabalho de Parto. Tratamento dos dados realizado no SPSS Software.</p>	<p>Os resultados demonstram que a massagem perineal aplicada no 2º estadio do trabalho de parto diminuem a incidência de trauma perineal e dor perineal, e aumenta o conforto durante o trabalho de parto. No grupo de intervenção verificou-se uma diminuição significativa do tempo do 2º estadio do trabalho de parto, assim como uma incidência diminuída de episiotomia e trauma perineal. Também se verificou que, no caso de trauma perineal, a incidência de laceração de grau I foi superior à de laceração de grau II. No grupo de intervenção verificou-se médias elevadas nas questões ambientais, físicas e psicoespirituais, demonstrando que a massagem perineal aplicada durante o 2º estadio do trabalho de parto aumenta significativamente o conforto durante o trabalho de parto. No grupo de controlo verificou-se níveis significativamente mais elevados de dor perineal no puerpério, confirmando a hipótese de que a aplicação de massagem perineal no 2º estadio do trabalho de parto diminui a dor perineal no puerpério. No grupo de controlo observou-se níveis mais elevados de edema, rubor e equimose no puerpério, confirmando a hipótese de que a aplicação da massagem perineal no 2º estadio do trabalho de parto reduz o trauma</p>
---	---	--	--	---	--	---	---	--

								perineal, sendo associada a diminuição da incidência do trauma genital.
4	Rodrigues, S. et al 2023 Portugal	“Perineal massage and warm compresses-randomized controlled trial for reduce perineal trauma during labor”	“To evaluate the effect of perineal massage and warm compresses technique on the perineum integrity during second stage of labor”	Experimental Ensaio Clínico Randomizado	800 participantes: 400 aplicação de Massagem e compressas quentes; 400 grupo de controlo A amostra selecionada consistiu em mulheres com idade superior a 18 anos, com Idade Gestacional entre as 37-41 semanas, gravidez simples, apresentação fetal cefálica, na fase ativa do trabalho de parto.	Hospital de nível terciário, no norte de Portugal	Efeitos da aplicação de compressas quentes combinadas com a realização de massagem perineal no período expulsivo, por oposição à aplicação da técnica hands-on no período expulsivo. As participantes selecionadas foram informadas do estudo, tendo assinado consentimento informado, sendo que a alocação a cada grupo foi aleatória. Os dados sociodemográficos e obstétricos foram recolhidos através da aplicação de um questionário, e os dados relativos à avaliação perineal foram obtidos através dos registos clínicos das participantes. Um novo questionário foi aplicado 24 horas após o parto às participantes para avaliar a satisfação com o procedimento, e se	O estudo demonstrou que a aplicação de massagem perineal e compressas quentes no 2º estadio do trabalho de parto tem um efeito protetor no períneo, quando comparado com o grupo de controlo, principalmente com um aumento na incidência de períneos íntegros e uma diminuição significativa nas lacerações de grau II e da realização de episiotomia. Em termos de satisfação, verifica-se que as participantes do grupo de técnica combinada têm uma maior probabilidade de recomendar esta técnica a conhecidos, em comparação com aquelas a quem foi aplicada a técnica hands-on. Apesar de não ter sido formalmente avaliado, o feedback da equipa foi positivo e todos os EESMO da equipa passaram a adotar a técnica combinada, não só pela satisfação das mulheres a quem foi aplicado, mas também por ser uma técnica factível, sem custos elevados associados e facilmente reproduzível.

							recomendavam a mesma a conhecidos. Tratamento dos dados realizado no SPSS Software.	
5	<p><i>Marcos-Rodriguez, A; Leirós-Rodriguez, R.; Hernandez-Lucas, P. 2022 Espanha</i></p>	<p>“Efficacy of perineal massage during the second stage of labor for the prevention of perineal injury: A systematic review and meta-analysis”</p>	<p>“To determine the efficacy of perineal massage during the second stage of labor to prevent perineal damage.”</p>	<p>Revisão sistemática da literatura e meta- análise</p>	<p>ERC com 99 mulheres (Akhlaghi et al., 2019)</p> <p>ERC com 284 mulheres (Demirel et al., 2015)</p> <p>ECR com 90 mulheres (Geranmayeh et al., 2012)</p> <p>ECR com 119 mulheres (Goh et al., 2021)</p> <p>ECR com 277 mulheres (Hong et al., 2022)</p> <p>ECR com 396 mulheres (Karaçam et al., 2012)</p>			<p>Todos os artigos incluídos na revisão sistemática identificaram uma diminuição da incidência de episiotomias aquando da aplicação da massagem perineal durante o 2º estadio do trabalho de parto. Alguns estudos associaram a diminuição da incidência de episiotomia com o aumento do número de lacerações de Grau I e Grau II (Akhlaghi et al., 2019). A aplicação combinada de massagem perineal com compressas quentes demonstrou uma diminuição significativa na incidência de lacerações mais severas, apesar de o estudo de Hong et al. Não demonstrar diferenças significativas na aplicação isolada da massagem perineal ou na combinação da duas técnicas, o que poderá levar a concluir que a massagem perineal se torna mais eficaz do que a aplicação por si só de compressas quentes na redução da incidência de lacerações mais severas, conclusão que vai de encontro ao estudo de Hong et al. Que demonstrou que a aplicação da técnica combinada não diminuiu o nível de lacerações suturadas.</p>

					<p>ECR com 150 mulheres (Raja et al., 2019)</p> <p>ECR com 77 mulheres (Romina et al., 2020)</p> <p>ECR com 163 mulheres (Shahoei et al., 2017)</p>			<p>Os autores também referem que em nenhum dos estudos são analisados os outcomes secundários relacionados com a produção de hormonas que reduzem a perceção de dor durante o trabalho de parto, e que são libertadas com a aplicação da massagem perineal, ou seja, a massagem perineal no 2º estadio do trabalho de parto funciona como um analgésico natural. Vários estudos incluídos (Akhlaghi et al., 2019; Geranmayeh et al., 2012; Demirel et al., 2015; Raja et al., 2019) demonstraram uma diminuição significativa do tempo de duração do 2º estadio do trabalho de parto aquando da aplicação da massagem perineal. Os autores concluem com base na análise combinada de todos os artigos que a aplicação da massagem perineal no 2º estadio do trabalho de parto aparenta ser eficaz na redução da incidência de episiotomias, contudo não diminui significativamente as lacerações perineais (incidência e severidade das mesmas); a diminuição associada da duração do 2º estadio do trabalho de parto reflete-se na diminuição das complicações materno-fetais e influencia positivamente a sensação de dor das parturientes; a massagem perineal revela-se uma técnica de baixo custo e de fácil aplicação pelas equipas, com resultados demonstrados na redução da incidência da taxa de episiotomias.</p>
--	--	--	--	--	---	--	--	--

6	Zang, Yu; Hu, Yinchu; Lu, Hong 2022 China	“Effects of different techniques during the second stage of labour on reducing perineal laceration: An overview of systematic reviews”	“To summarize the evidence on the effects of different techniques during the second stage of labour on reducing perineal laceration depending on available systematic reviews to provide optimal evidence for decision-making.”	Revisão Sistemática da Literatura	<p>Incluídos 18 artigos, dos quais 8 relativos a técnicas perineais</p> <p>1 revisão sistemática da Cochrane com 22 ECR com 15181 mulheres (Aasheim et al., 2017)</p> <p>ECR com 3374 mulheres (Aquino et al., 2020)</p> <p>ECR com 1589 mulheres (Aquino et al., 2020)</p> <p>ECR com 512 mulheres (Aquino et al., 2019)</p> <p>ECR com 18721 mulheres (Hu et al., 2016)</p> <p>ECR com 7112 mulheres (Huang et al., 2020)</p> <p>1 RSL com 7 ECR num total de 2103 mulheres</p>			<p>Na revisão realizada por Aasheim et al. (2017), as mulheres que receberam massagem perineal demonstravam uma maior probabilidade de manter a integridade perineal; contudo, a evidência é considerada de baixa qualidade devido às limitações da revisão e à grande heterogeneidade estatística; na mesma revisão, em relação às lacerações de grau I, a massagem perineal não demonstrou ter um impacto significativo na incidência, aplicando-se as mesmas questões supra citadas em relação à qualidade da evidência; em relação à incidência de lacerações de grau III ou IV verificou-se que estas podem ser reduzidas de forma significativa com a aplicação de massagem perineal, sendo que neste caso a qualidade da evidência era mediana.</p> <p>Nenhum dos artigos incluídos nesta revisão avaliou os efeitos das técnicas perineais aplicadas no segundo estadió do trabalho de parto em relação com a dor perineal sentida no puerpério.</p> <p>Assim, conclui-se que a massagem perineal aplicada no segundo estadió do trabalho de parto é eficaz na redução da incidência de lacerações de Grau III e IV, ao mesmo tempo que não aumenta a incidência de lacerações de Grau I e II, ou seja, a massagem perineal aplicada neste estadió do trabalho de parto apresenta-se como uma das técnicas mais promissoras de</p>
---	---	--	---	-----------------------------------	---	--	--	--

					(Magoga et al., 2019) ECR com 7287 mulheres (Pierce-Williams et al., 2019)			futura aplicação para prevenir as lacerações perineais mais severas (evidência de qualidade mediana). Os autores concluem também que é essencial de futuro ter em conta as experiências e preferências das mulheres em trabalho de parto, treinando os profissionais a potenciar a satisfação das mesmas, garantindo cuidados de qualidade e vanguardistas.
--	--	--	--	--	---	--	--	--

APÊNDICE III- QUESTIONÁRIO ERC

QUESTIONÁRIO PARTURIENTES

Grupo: _____

1- Caracterização demográfica

Idade: _____

Escolaridade: _____

Estado Civil: _____

Nacionalidade: _____

Idade Gestacional: _____

Paridade: _____

Tipo de Parto Anterior: _____

Realizou Curso de Preparação para a Parentalidade e Nascimento? _____

Se sim, foi online ou presencial? _____

A temática da massagem perineal foi abordada? Sim Não

Realizou Massagem Perineal no período pré-natal? _____

Se sim, a partir de quantas semanas de gravidez? _____

2- De 0 a 10, qual o nível de dor com o procedimento usado durante o trabalho de parto?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nenhuma	Pouca		Razoável			Média		Excessiva		

3- Qual o nível de satisfação com o procedimento usado durante o trabalho de parto?

Insatisfeita	Pouco Satisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita

4- Qual a probabilidade de voltar a utilizar o mesmo procedimento numa futura gravidez com parto vaginal?

Nada Provável	Pouco Provável	Indiferente	Provável	Muito Provável

QUESTIONÁRIO ENFERMEIRA DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Grupo: _____

1- Avaliação do Périneo

Íntegro Sim Não
Episiotomia Sim Não
Laceração Sim Não Qual: _____

2- Qual a técnica de proteção do périneo aplicada durante o 2º estágio do trabalho de parto?

Hands On, Hands Off	
Calor	
Frio	
Massagem Perineal	

APÊNDICE IV- PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA**

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Catarina Alexandra Coelho Paulino

Santarém, outubro de 2023

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA
UC: ESTÁGIO E RELATÓRIO EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

O impacto da massagem perineal para uma experiência de parto positiva

Mestranda:
Catarina Alexandra Coelho Paulino
Nº090408025

Docente:
Mestre Açucena Guerra

Santarém, outubro de 2023

RESUMO

O trauma perineal ocorre em cerca de 85% dos partos vaginais, sendo que tal pode ter um impacto significativo não só na perceção da mulher da sua experiência de parto, como ser promotor de consequências a longo prazo do foro físico, psicológico e relacional, podendo mesmo vir a impactar a decisão de uma futura gravidez. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, através da transmissão de informação e conseqüente empoderamento das mulheres, é o elemento-chave na promoção e aplicação de técnicas que possam garantir a integridade perineal durante o trabalho de parto, tais como a massagem perineal.

A massagem perineal tem sido estudada com bastante enfoque no período pré-natal, contudo a sua aplicação no 2º estágio do trabalho de parto parece reduzir a probabilidade de trauma perineal e impactar positivamente a experiência de parto das mulheres, apesar da escassez de estudos da sua aplicação neste momento específico.

Assim pretende-se responder à questão “Qual o impacto para a mulher da realização de massagem perineal no segundo estágio do trabalho de parto?”, através de um estudo randomizado de controle, inserido no paradigma quantitativo, com recurso à análise estatística dos dados através do SPSS®. Os objetivos do estudo são compreender o impacto da massagem perineal para uma experiência de parto positiva, identificar as vantagens da aplicação da massagem perineal no 2º estágio do TP, relacionar a importância da massagem perineal no 2º estágio do TP com uma experiência de parto positiva e perceber se a aplicação da massagem perineal no 2º estágio do TP tem um impacto positivo na saúde da mulher.

Em termos de metodologia, no grupo de intervenção será aplicada a técnica de massagem perineal no segundo estágio do trabalho de parto, e no grupo de controlo será aplicada a técnica protocolada na instituição, sendo que em relação aos resultados obtidos pretende-se analisar e relacionar os primários (relacionados com a integridade do períneo) e os secundários (relacionados com a experiência de parto das participantes e se estas desejam aplicar novamente a técnica no futuro).

Palavras-chave: Massagem perineal; Experiência de parto positiva; Trabalho de Parto; Cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ÍNDICE

ÍNDICE	101
1.INTRODUÇÃO	102
2.PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	104
3.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	107
4.MÉTODO E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	111
4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	113
5. CONCLUSÃO	116
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
7. APÊNDICES	121
7.1 CRONOGRAMA.....	121
7.2 CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO	122

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher é essencial para o enriquecimento dos sistemas de saúde, não sendo apenas da importância das mulheres, mas também da sua família, comunidade e sociedade uma vez que, melhorando a saúde das mulheres, melhoramos o mundo (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2011).

A gravidez é um processo complexo que envolve várias alterações hormonais e modificações anatómicas e fisiológicas, dentro das quais se incluem alterações ao nível dos músculos do pavimento pélvico e do tecido conectivo (Soave et al., 2019), sendo que a lesão perineal é a morbilidade mais comum associada ao parto vaginal uma vez que, 30% a 85% das mulheres, sujeitas a parto vaginal, sofrem algum tipo de laceração do períneo (Abdelhakim et al., 2020), estando atualmente a ser implementadas algumas técnicas durante o trabalho de parto, de modo a reduzir ou até prevenir as lacerações obstétricas severas, sendo a massagem perineal (MP) uma dessas técnicas mais utilizadas (Elsebeiy, 2018).

Com o intuito de compreender as vantagens *in loco*, da massagem perineal, desenvolve-se este projeto de investigação, que visa estudar o impacto da realização de massagem perineal no segundo estágio do trabalho de parto, para a mulher, com vista a uma experiência de parto positiva. Esta investigação está a ser desenvolvida no âmbito do Estágio Curricular do 9ºCMESMO, sendo que a elaboração do mesmo pretende servir como documento orientador para a investigação que me proponho a realizar, respondendo à questão de investigação e, conseqüentemente, desenvolvendo uma nova perspetiva com fundamentação atual e pertinente para a prática da enfermagem, com ganhos específicos na área da saúde materna e obstétrica. As atividades propostas neste projeto de investigação foram delineadas tendo como base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Nº 140/2019) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Nº 391/2019), assim como as componentes ética e deontológica definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), uma vez que se apresenta como condição *Sine qua non* que as mesmas estejam em concordância com os documentos regentes da profissão.

Em termos organizacionais este projeto irá primariamente explorar a problemática e a importância do estudo, posteriormente irá explicitar todo o enquadramento conceptual que servirá de base ao mesmo assim como, será explanada a metodologia que irá ser usada para a concretização da investigação, discriminando as questões éticas relevantes

para a sua execução, sendo que conclui com uma apresentação dos apêndices essenciais para a elaboração do mesmo.

1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

O trauma perineal durante o parto pode ter um impacto significativo com consequências a longo termo, não só na experiência de parto, mas também na vida mulher e do casal, bem como na morbidade associada e também nos custos em saúde, tornando a sua prevenção uma temática de interesse atual e emergente, principalmente por parte dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica.

O trauma perineal tem um impacto negativo na vida da mulher e do casal, tendo sido associado a dor perineal, incontinência urinária, disfunção sexual e perturbações psicológicas e sociais (Magoga et al., 2019; Matei et al., 2021).

Em termos físicos, o trauma perineal pode refletir-se em dor crónica perineal no pós-parto, aumento da prevalência de disfunção sexual (diminuição do desejo, menor lubrificação, taxas de orgasmo menores) e dispareunia, enfraquecimento dos músculos do pavimento pélvico e incontinência urinária, fecal ou de esfíncter, sendo que em termos psicológicos se pode refletir na diminuição da perceção da qualidade do parto, em dificuldades na vinculação com o recém-nascido (Ellington et al., 2017).

Esta evidência pode então refletir-se num marcador de trauma psicológico, que se reflete maioritariamente no vínculo entre a mãe e o recém-nascido e, conseqüentemente, no desenvolvimento da criança; impacta adversamente os relacionamentos e diminui a qualidade das interações conjugais e sexuais, através de stress pós-traumático relacionado com o parto, sendo a descoberta de sintomas vaginais somáticos inesperados o fator principal de causa de ansiedade na mulher (Skinner et al, 2018).

Por oposição, as mulheres que mantêm a integridade perineal durante o trabalho de parto apresentam uma diminuição da dor no pós-parto, maior satisfação sexual e níveis mais elevados de orgasmos, 6 meses pós-parto assim como, menores níveis de trauma nos músculos do pavimento pélvico e da zona esfíncteriana, quando em comparação com mulheres que desenvolveram trauma perineal durante o parto (Ellington et al., 2017).

Verifica-se assim que o trauma perineal, e o impacto que este tem sobre a mulher e o casal, em consonância com a Recomendação de Cuidados Intraparto para uma Experiência Positiva de Parto (OMS, 2018), têm promovido ativamente a procura de técnicas que possam prevenir o mesmo.

A massagem perineal no período pré-natal é frequentemente associada a um efeito protetor no trauma perineal resultante da distensão dos tecidos perineais pois, promove o relaxamento perineal e melhora a circulação sanguínea nos tecidos (Mei-dan et al., 2008;

Ugwu et al., 2018), contudo o seu impacto durante o trabalho de parto ainda se encontra pouco explorado.

Na revisão sistemática realizada por Beckmann (2013), verificou-se que a realização de MP a partir das 34 semanas de gestação trouxe como benefício a redução geral na incidência de trauma que requer sutura, menos propensão para a realização de episiotomia e uma redução significativa na incidência de dor nos primeiros 90 dias pós-parto, sendo que de acordo com Labreque (2001), a técnica de MP é avaliada como aceitável, quer física quer psicologicamente. Os estudos supracitados demonstram assim, em termos físicos, o impacto positivo da MP, no entanto existem muito poucos estudos focados nos outcomes secundários da mesma, nomeadamente ao nível do impacto psicológico e de como esta pode contribuir para uma experiência de parto positiva, sendo que muitas vezes estes outcomes secundários são aqueles cujas mulheres mais se preocupam (Ellington et al., 2017).

De acordo com a OMS (2018), as experiências positivas das mulheres durante o parto podem constituir a base de uma maternidade saudável, sendo que esta inclui o apoio constante de uma equipa multidisciplinar especializada e resulta no nascimento de um bebé saudável, com as mulheres a desempenharem um papel ativo nas decisões tomadas ao longo do trabalho de parto, e inseridas num ambiente físico e psicológico que transmite segurança. A implementação de algumas rotinas de carácter mais medicalizado tais como, a realização de episiotomia de rotina, vieram diminuir o lado natural do processo de nascimento, aumentando os riscos para a mãe e bebé, resultando em internamentos mais prolongados e em custos em saúde mais elevados, tendo também um outcome negativo a nível psicológico para a mãe em relação à sua experiência de parto (Calik, Karabulutlu & Yavuz 2018; OMS, 2018).

Assim, nas suas Recomendações Para uma Experiência Positiva de Parto (OMS, 2018), recomenda-se a massagem perineal como uma das técnicas a serem aplicadas durante o parto para uma experiência positiva, com o objetivo de diminuir a probabilidade de desenvolver trauma perineal, e que o parto seja o mais natural possível.

Verifica-se então que é de grande interesse compreender a ligação entre a experiência de parto positiva e a manutenção da integridade do períneo (ou o menor trauma perineal possível), sendo que tal pode ser obtido com a aplicação de MP no segundo estágio do trabalho de parto.

A realização de mais pesquisas sobre esta temática em específico também se destaca uma vez que, existem alguns estudos realizados mas com pouco relevo científico, sendo essencial o desenvolvimento de ensaios clínicos randomizados de alta qualidade, estudos observacionais retrospectivos e estudos qualitativos, que analisem as consequências clínicas bem como, as experiências das mulheres acerca da MP para se poder compilar orientações/recomendações baseadas na evidência e que influenciem a futura prática obstétrica (Petrocnik et al. 2015).

É importante também referir que, apesar destas conclusões, e apesar de a técnica em si ser de baixo custo e de fácil realização, com alguns benefícios consideráveis conforme descrito acima, existe também muito pouca informação acerca da efetividade do uso da MP na realidade portuguesa, tornando também assim, uma temática relevante para o contexto da prática obstétrica nacional.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A **experiência do parto** tem implicações a longo prazo para a saúde e bem-estar da mulher, sendo que uma experiência de parto positiva é um desfecho significativo para todas as mulheres (OMS, 2018).

O EESMO tem um papel preponderante no cuidado intraparto, empoderando e capacitando as parturientes para uma experiência de parto positiva. A relação estabelecida entre o EESMO e a parturiente funciona como fator facilitador para o caso de o profissional ter de, durante o parto, vir a realizar procedimentos mais invasivos tais como uma episiotomia, ou outra que vise o benefício da grávida e/ou recém-nascido; com base nesta mesma ligação o EESMO apresenta-se como o profissional mais habilitado para abordar técnicas e métodos que podem diminuir o trauma perineal durante o trabalho de parto (Ellington et al., 2017).

É assim essencial na prática que o EESMO oriente a sua prestação de cuidados com base em princípios como a empatia, a escuta ativa, o diálogo, o respeito pela singularidade e pelas particulares de cada mulher, prestando cuidados que sejam focados na mesma, ou seja, com base em processo que dão significado ao cuidar, do ponto de vista do bem-estar da mulher, com uma base teórica.

Neste sentido aplica-se na prática a **Teoria do Cuidar** de Swanson (1993), que se centra nos processos de cuidar enquanto intervenções de enfermagem, sendo que o mesmo assenta em quatro conceitos essenciais: **Enfermagem**, que se define pelo cuidado fundamento no bem-estar da pessoa; a **Pessoa**, ser único e dinâmico, com vivências influenciadas pela interação entre a genética, a espiritualidade e a liberdade de escolha, que na presente investigação será a parturiente; a **Saúde**, experiência que tal como o bem-estar é considerada subjetiva, com um significado associado á integridade do ser e a capacidade de expressão a vários níveis (físico, mental, psicossocial e espiritual); o **Ambiente**, isto é, o contexto que influencia ou é influenciado pela pessoa, no presente caso a sala de parto (Swanson, 1993).

Desta forma, verifica-se que o processo de cuidar assenta numa relação com o outro, em que é possível *estar com*, isto é, está-se emocionalmente presente e existe partilha de sentimentos entre quem cuida e quem é cuidado (Swanson, 1993), sendo que na área específica da obstetrícia uma prestação de cuidados assente nestes conceitos promove a capacitação, o respeito e a dignidade da mulher, empoderando a mesmo e

mantendo a crença de que esta será capaz superar quaisquer dificuldades e atingir as suas expectativas, resultando numa experiência de parto positiva.

Existem fatores internos e externos que condicionam uma experiência de parto positiva, sendo os internos aqueles que incluem a capacidade e força da mulher durante o parto, e os externos aqueles que incluem a relação de confiança e respeito com os profissionais de saúde, uma abordagem holística no cuidar, diminuição das intervenções obstétricas, satisfação com o alívio da dor (farmacológica e não-farmacológica), preparação para o parto e cumprimento das expectativas das mulheres (Dahlberg, et al., 2017). Ainda assim, estima-se que cerca de 85% dos partos vaginais estão associados a algum tipo de trauma perineal, sendo que o mesmo pode causar uma elevada morbidade nas mulheres (Begley et al., 2019).

O **pavimento pélvico** é composto por três camadas de músculo e tecido conectivo, que garantem o suporte estrutural dos órgãos pélvicos, auxiliam a manutenção da continência urinária e fecal (Flusberg et al., 2021), que contribuem para a função sexual (Hadizadeh-Talasaz et al., 2019), e que servem de suporte ao feto durante a gravidez, assim como ajudam na passagem da cintura pélvica durante o parto (Yates, 2019).

Este é atravessado pela uretra, vagina e reto numa região denominada de hiato do músculo levantador do ânus, sendo que esta é a zona mais frágil do pavimento pélvico (Alegra, 2013). É também na zona inferior do pavimento pélvico que se encontra o períneo, sendo esta região formada pelo triângulo urogenital, onde se encontram os órgãos genitais externos, e pelo triângulo anal, que contém o orifício anal; o centro fibroso do períneo encontra-se entre a vagina e o ânus (Seeley et al., 2011).

O parto vaginal apresenta-se como uma condição fisiológica que perturba o equilíbrio do suporte do pavimento pélvico, levando a diversas alterações anatómicas e funcionais. Contudo, o parto distócico por cesariana não se demonstrou claramente como protetor das disfunções do pavimento pélvico, levando à conclusão que a própria gravidez pode contribuir para o desenvolvimento destas anomalias, nomeadamente através das alterações induzidas na parede vaginal e nos tecidos de suporte, em consonância com a combinação das respostas bioquímicas e biomecânicas dos tecidos conjuntivos com as hormonas esteróides e a relaxina, permitindo a promoção de desequilíbrios (Çetindağ et al., 2021) e levando, eventualmente, a trauma perineal durante o parto.

O **trauma perineal** define-se como a perda de integridade dos tecidos resultante de um dano na região genital durante o parto (Beleza, 2019), sendo que as consequências

para a mulher, após trauma perineal, são diversas, sendo a sua gravidade diretamente relacionada com o nível de gravidade do trauma perineal. Os níveis de dor passados 10 dias pós-parto e de dispareunia 6 meses pós-parto foram entre a 4 a 5 vezes superiores, respetivamente em mulheres com laceração de 3º e 4º grau, em comparação com mulheres com períneos íntegros ou lacerações de 1º grau (Manresa et al., 2020); no caso de laceração de 4º grau, ou realização de episiotomia rotineira, as mulheres referiram uma experiência de parto pior e menos positiva em comparação com aquelas com laceração de 1º e 2º grau (Molyneux et al., 2021), sendo que no caso da laceração de 4º grau as mulheres demonstraram apreensão e preocupação com uma futura gravidez (Rodaki et al., 2022).

Segundo as considerações e recomendações clínicas, existem algumas estratégias que têm sido utilizadas no período pré-parto ou até durante o trabalho de parto, de modo a reduzir ou até prevenir as lacerações obstétricas severas. Entre elas estão a realização de **massagem perineal** (Elsebeiy, 2018), o uso de compressas quentes, adoção de diferentes posições de parto e a restrita realização de episiotomia em vez da sua realização rotineira (Jiang et al., 2017).

A **massagem perineal** consiste na inserção dos polegares lubrificados no introito vaginal, fazendo movimentos laterais e descendentes em direção ao ânus até a grávida sentir os tecidos a distender, sendo que é possível que até sintam um ligeiro ardor, mas não dor. A posição de distensão deverá ser mantida durante um a dois minutos. De seguida, a porção inferior da vagina deverá ser massajada com movimentos em “U” durante dois a três minutos (ACOG, 2016). Os lubrificantes utilizados deverão ser de origem vegetal, nomeadamente azeite, óleo de coco, de amêndoa ou óleo de vitamina E, não devendo ser utilizados óleos minerais ou vaselina (ACOG, 2016).

Esta técnica permite assim, a preparação dos tecidos do pavimento pélvico para o processo de estiramento durante o trabalho de parto uma vez que, permite um alongamento, suave e adequado ao nível de tolerância da grávida, da pele e dos músculos e tecidos que se encontram no períneo, aumentando a elasticidade dos músculos e do perineo, reduzindo o risco de laceração perineal durante o parto (Thomas & Mathias, 2015; Beckmann & Stock, 2013).

No caso específico do Trabalho de Parto, a massagem perineal demonstrou, reduzir a incidência de laceração de 4º grau, e a prevenir os restantes níveis de trauma perineal, quando aplicada no 2º estágio (Aasheim et al., 2017; Zang et al., 2022).

Desta forma, pretende-se compreender, através da realização de um estudo, se a aplicação de massagem perineal no 2º estágio do Trabalho de Parto permite obter melhores resultados ao nível da integridade perineal quando comparado com a utilização das técnicas de “Hands-On”, tentando responder à questão de investigação “Qual o impacto da massagem perineal para uma experiência de parto positiva?”.

O presente estudo tem como objetivos compreender o impacto da massagem perineal para uma experiência de parto positiva, identificar as vantagens da aplicação da massagem perineal no 2º estágio do TP, relacionar a importância da massagem perineal no 2º estágio do TP com uma experiência de parto positiva e perceber se a aplicação da massagem perineal no 2º estágio do TP tem um impacto positivo na saúde da mulher.

3. MÉTODO E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Face ao exposto anteriormente, o presente estudo insere-se no paradigma quantitativo da investigação, e pretende ser um estudo randomizado controlado (Randomised Controlled Trial – RCT). O método quantitativo tem por base a colheita e análise de dados quantitativos sobre variáveis. Este tipo de pesquisa identifica a natureza profunda das realidades, os seus sistemas de relações e as suas estruturas dinâmicas, sendo que também pode determinar a força de associação/correlação entre variáveis, a generalização e a objetivação dos resultados através de uma amostra que é generalizada para a população ou, no futuro, realizar inferências causais que explicam porque é que as coisas acontecem ou não de determinada maneira. Dentro destes estudos destacam-se os que se focam na prática baseada na evidência, uma vez que ajuda a comprovar a eficiência e a eficácia das intervenções seguras de Enfermagem (Pita Fernandez, 2002).

Por sua vez, os RCT são considerados o padrão de ouro na avaliação da eficácia das intervenções na área da saúde e baseiam-se na comparação entre duas ou mais intervenções a serem testadas, as quais são controladas pelos investigadores e aplicadas de forma aleatória num grupo de participantes, em comparação com um grupo de controlo sem intervenção; os grupos devem ser os mais equiparados possível, para que a única diferença entre eles seja a intervenção; a principal vantagem deste tipo de estudo está na possibilidade de eliminar vieses, uma vez que os grupos de intervenção e de controlo são alocados através de técnicas aleatórias e as características são distribuídas de forma semelhante entre os grupos (Barton, 2000; Nedel & Silveira, 2016; Souza, 2009).

Para este estudo em específico, ir-se-á dividir os participantes em dois grupos, sendo que no grupo de intervenção será aplicada a técnica de massagem perineal no 2º estadio do TP, e no grupo de controlo será aplicada a técnica protocolada na instituição; em relação aos resultados obtidos, os resultados primários serão aqueles relacionados com a integridade do períneo, e os resultados secundários os relacionados com a experiência de parto das participantes e se estas desejam aplicar novamente a técnica no futuro.

Com base no estudo que se pretende realizar, e refletindo na questão de investigação e nos objetivos estabelecidos, define-se como critérios de inclusão:

- Mulheres com mais de 18 anos
- Gravidez de baixo risco
- Gravidez de termo
- Fale português fluentemente

- Desejo de parto vaginal, com feto em apresentação cefálica
- Concordem em participar no estudo, após terem assinado o consentimento informado.
- Parturiente cujo parto seja apoiado do EESMO

Por oposição, definiu-se como critérios de exclusão:

- Parturientes que desenvolvam complicações no decorrer do TP;
- Parturientes com partos distócicos;
- Que não cumpram os critérios anteriormente exposto;
- Desistam de participar;

Os participantes serão assim parturientes no 2º estágio do trabalho de parto, no local onde irá decorrer o ensino clínico. Foi realizado um cálculo amostral (com recurso ao aplicativo estatístico G Power); para o estudo em questão, sendo que a amostra mínima a considerar é de 54 participantes (tendo por base um intervalo de confiança de 95% e um $\rho < 0,005$); com base na proporção dos partos realizados por EESMO para o mês de Abril de 2024, a amostra necessária para a aplicação do estudo durante o período de 1 mês (Junho de 2024, por limitações temporais inerentes ao ensino clínico da investigadora principal), tendo em conta a amostra calculada previamente, será de 20 participantes (sendo desses 10 elementos do grupo de intervenção e 10 elementos do grupo de controlo).

Para a colheita de dados pretende-se que existam dois grupos de mulheres, sendo um deles o grupo de intervenção onde será aplicada a técnica de massagem perineal no 2º estágio do TP, e o grupo de controle, onde será aplicada a técnica protocolada na instituição – “Hands On”.

As participantes terão uma distribuição aleatória em um dos dois grupos, sendo que só o EESMO responsável pela utente será informado em que grupo é que esta se encontra e, em caso de necessidade, a equipa médica responsável pela utente.

O óleo utilizado durante a realização da massagem perineal será o óleo de amêndoas doces, que se encontra disponível no hospital onde será realizado o estudo e que consta no formulário de medicamentos da instituição em questão.

Depois da expulsão da placenta, o períneo será avaliado pelo EESMO e este irá classificar a sua integridade (resultado primário); para a obtenção dos resultados relacionados com a satisfação da mulher em relação ao processo e se pensaria em voltar

a usar a técnica de massagem perineal, será aplicado um breve questionário acerca da sua experiência de parto antes da transferência para o serviço de internamento (Apêndice X).

A recolha de dados irá decorrer no mês de junho de 2024, durante as horas de estágio curricular da investigadora.

Em relação à análise estatística dos dados, os mesmos serão trabalhados com recurso ao programa estatístico SPSS®(versão a definir), por forma a obtermos uma correlação entre a aplicação da massagem perineal e a integridade do períneo.

3.1. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes: rigor, isenção, persistência e humildade. A investigação em enfermagem também obedece a estes requisitos, assim como aos princípios éticos nacionais e internacionais (Martins, 2008), nomeadamente aos expressos na Declaração de Helsínquia.

De acordo com o International Council of Nurses (ICN), os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações, e está obrigado a assegurar que os doentes recebem informação apropriada para consentirem no tratamento ou procedimentos, incluindo a participação em investigação. Por sua vez, a investigação tem então de ser guiada por 6 princípios éticos: Beneficência, Não-maleficência, Fidelidade, Justiça, Veracidade e Confidencialidade (Nunes, 2013).

O estudo que se pretende realizar atende às orientações éticas supracitados. Os participantes são selecionados de forma aleatória, tendo em conta os critérios de inclusão/exclusão definidos, sendo que os participantes selecionados serão informados do estudo em si, e terão de preencher um consentimento informado e esclarecido, ou seja, os participantes são informados em que consiste o estudo, qual o objetivo do mesmo e que compreendem a essência do consentimento voluntário a que se presta, estando salvaguardado que pode desistir a qualquer momento, sem perjúrio para os seus cuidados de saúde. Às participantes do estudo será garantido o anonimato, garantia essa assegurada por diversas estratégias, nomeadamente: a investigação vai ser realizada com grupos e não através de investigações particulares, e os nomes serão codificados por números, ou seja, cada participante terá um número atribuído (ex.: P1, P2, P3..Px), sendo que só os dados serão apenas partilhados com o professor orientador e os resultantes do estudo serão divulgados, e nunca os dados pessoais das participantes envolvidas no estudo.

No que à confidencialidade refere, esta fica também salvaguardada através da atribuição numérica dos participantes, sendo que os resultados quer dos outcomes primários, quer dos outcomes secundários (obtidos através de um questionário) serão preservados durante 5 anos e posteriormente destruídos, e os questionários serão entregues às participantes em envelope selado, e devolvidos à investigadora também em envelope selado; os consentimentos informados serão também preservados durante 5 anos, e posteriormente destruídos; o acesso aos dados durante este período de tempo será exclusivo da investigadora, da docente orientadora e da equipa de coordenação do mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém, sendo que os mesmos ficarão guardados em armário fechado, apenas acessível pela investigadora e pela docente orientadora; os dados analisados serão guardados em suporte informático, nomeadamente num disco externo, encriptado e protegido com password, sendo que após a publicação do relatório de estágio os dados serão guardados durante 5 anos e posteriormente eliminados do disco externo, assim como os dados em suporte de papel serão eliminados com recurso a trituradora de papel.

Em relação aos princípios éticos, importa ressaltar que o estudo salvaguarda os princípios da Beneficência/Não-maleficência uma vez que, com o estudo se pretende compreender se a aplicação da massagem perineal no segundo estágio do trabalho de parto pode melhorar e impactar positivamente o processo de parto, através da diminuição das lesões perineais, trazendo assim benefícios para a preservação da integridade perineal e consequente saúde da mulher; por sua vez, o grupo de controlo também se encontra salvaguardado uma vez que a técnica protocolada na instituição não provoca dano na zona perineal, e também promove a sua proteção durante o segundo estágio do trabalho de parto; em relação ao princípio da Justiça, este também se encontra salvaguardado, uma vez que todos os participantes serão tratados de igual forma, de acordo com as suas necessidades, e garantindo sempre o melhor cuidado de enfermagem durante a aplicação do estudo.

A divulgação dos resultados será pública, através da apresentação e publicação do relatório de estágio, no qual se inclui o estudo supracitado, que será também fundamentado teoricamente com a realização de uma Scoping Review relativa à temática em estudo, e posteriormente, através de uma apresentação à equipa de enfermagem do Bloco de Parto onde foi realizado o estudo.

Posteriormente pretende-se divulgar os resultados, articulados com a Scoping Review realizada, em publicações científicas da área e em congressos da área de interesse do estudo.

4. CONCLUSÃO

Numa sociedade em constante mudança, ligada e com exigências cada vez maiores, é essencial que a prestação de cuidados em Enfermagem seja cada vez mais guiada pela mais recente evidência científica, sendo para tal essencial a realização de estudos que sejam relevantes para o exercício diário da mesma.

A área da enfermagem obstétrica não é exceção, sendo essencial que os EESMO fundamentem a sua prática com conhecimento válido e atual.

Considero a temática da experiência de parto positiva essencial para a prática da enfermagem atual, sendo que a prevenção do trauma perineal contribui grandemente para esta experiência positiva, e impacta a decisão de futuras gravidezes, logo é fulcral para a saúde da mulher, sendo que com o estudo da aplicação da massagem perineal no segundo estadio do trabalho de parto pretendo obter informação atual e pertinente que poderá garantir e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, contribuindo para a evolução da disciplina de enfermagem e também para a visibilidade do EESMO como o profissional de excelência para o acompanhamento da mulher/casal/família, ao longo do ciclo de vida reprodutora, e principalmente no momento fulcral do trabalho de parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aasheim, V. et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database for Systematic Reviews*. 2011, vol. 12, no CD006672.

Abdelhakim, A. M., Eldesouky, E., Elmagd, I. A., Mohammed, A., Farag, E. A., Mohammed, A. E., Hamam, K. M., Hussein, A. S., Ali, A. S., Keshta, N. H. A., Hamza, M., Samy, A., & Abdel-Latif, A. A. (2020). Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: A systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *International Urogynecology Journal*, 31(9), 1735–1745. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04302-8>

Agostinho, C. S. G. (2017). *O Trabalho-Projecto como estratégia pedagógica no ensino da História*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa).

Alegria, M. S. (2013). *Traumatismo do Pavimento Pélvico Materno*. Obtido de Internacional Urogynecological Association: www.iuga.org

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. (2016). Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 128(1), e1–e15. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001523>

Barton, S. (2000). Which clinical studies provide the best evidence? *British Medical Journal*, 321(7256), 255–256. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7256.255>.

Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD005123. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005123.pub3>

Begley, C., Guilliland, K., Dixon, L., et al., 2019. A qualitative exploration of techniques used by expert midwives to preserve the perineum intact. *Women Birth* 32 (1), 87–97. doi:10.1016/j.wombi.2018.04.015.

Beleza, A. C. S. (2019). O trauma perineal no parto. *Fisioterapia Brasil*, 5(6), 462-466.

Çetindağ, E. N., Dökmeci, F., Çetinkaya, Ş. E., & Seval, M. M. (2021). Changes of pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction throughout pregnancy in singleton primigravidas: A prospective cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*.

Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H., & Aune, I. (2017). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian

mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, pp. 2-7. doi:10.1016/j.srhc.2015.08.001. Epub 2015 Aug 12.

Ellington JE, Rizk B, Criso S (2017). *Antenatal Perineal Massage Improves Women's Experience of Childbirth and Postpartum Recovery: A Review to Facilitate Provider and Patient Education on the Technique*. *J Womens Health, Issues Care* 6:2.

Elsebeiy, F. I. (2018) "Comparison of The Effects of Prenatal Perineal Massage Versus Kegel Exercise on Labor Outcome". *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSRJNHS)* , vol. 7, no.3, pp. 43-53.

Ferreira, M. (2022). O Respeito pela autonomia e o consentimento informado na investigação com seres humanos. *RJBL*, Nº 2, 1237-1272

Flusberg, M., Kobi, M., Bahrami, S., Glanc, P., Palmer, S., Chernyak, V., Kanmaniraja, D., & El Sayed, R. F. (2021). Multimodality imaging of pelvic floor anatomy. *Abdominal Radiology (New York)*, 46(4), 1302–1311. <https://doi.org/10.1007/s00261-019-02235-5>

Hadizadeh-Talasaz, Z., Sadeghi, R., & Khadivzadeh, T. (2019). Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 58(6), 737–747. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2019.09.003>

Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>

Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. *BJOG*. 2001;108(5):499-504.

Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen, H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 240, 93-98.

Manresa, M., Pereda, A., Goberna-Tricas, J., et al., 2020. Postpartum perineal pain and dyspareunia related to each superficial perineal muscle injury: a cohort study. *Int. Urogynecol. J.* 31, 2367–2375. doi:10.1007/s00192-020-04317-1.

Martins, J. (2008). *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. *Pensar enfermagem*, Vol. 12, nº2

Matei, A., Poenaru, E., Dimitriu, M. C. T., Zaharia, C., Ionescu, C. A., Navolan, D., & Furău, C. G. (2021). Obstetrical Soft Tissue Trauma during Spontaneous Vaginal Birth in the Romanian Adolescent Population—Multicentric Comparative Study with Adult Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11491.

Mateus, M. N. E. (2011). Metodologia de trabalho de projecto: Nova relação entre os saberes escolares e saberes sociais. *EDUSER: revista de educação*, 3 (2), 3-16.

Molyneux, R., Fowler, G., Slade, P., et al., 2021. The effects of perineal trauma on immediate self-reported birth experience in first-time mothers. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* doi:[10.1080/0167482X.2021.1923689](https://doi.org/10.1080/0167482X.2021.1923689).

Nedel, W. L., & Silveira, F. (2016). Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 28(3), 256-260. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160050>

Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. (Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal), disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

OMS. (2011). *Mulheres e Saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Obtido em 10/2023, de https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf

PETROCNIK, P.; MARSHALL, J. Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Midwifery*. 2015, vol.31, pp.274– 279.

Pita Fernández S, Pértegas Díaz S. Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cad Aten Primaria*, 2002, vol. 9, p. 76-8. Obtido em : http://fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali2.pdf

Rodaki, E., Diamanti, A., Sarantaki, A., et al., 2022. The effects of perineal tears during childbirth on women's sex life. *Maedica (Bucur)* 17 (2), 297–305. doi:[10.26574/maedica.2022.17.2.297](https://doi.org/10.26574/maedica.2022.17.2.297).

Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2011). *Anatomia e fisiologia* (8a ed.). Lusociência.

Skinner, E. M., Barnett, B., & Dietz, H. P. (2018). Psychological consequences of pelvic floor trauma following vaginal birth: a qualitative study from two Australian tertiary maternity units. *Archives of women's mental health*, 21(3), 341-351.

Soave, I., Scarani, S., Mallozzi, M., Nobili, F., Marci, R., & Caserta, D. (2019). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary incontinence during pregnancy and after childbirth and its effect on urinary system and supportive structures assessed by objective measurement techniques. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 299(3), 609–623. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-5036-6>

Souza, R. F. (2009). O que é um estudo clínico randomizado? *Medicina (Ribeirão Preto)*, 42(1), 3-8. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v42i1p3-8>

Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image--the Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352–357. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>

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.

World Health Organization. (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience.

ZHANG, L. et al. Efficacy of epidural analgesia with ropivacaine on labor, maternal, and neonatal: a meta-analysis of prospective and retrospective studies, *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2016, vol.9, no5, pp.7896-7907.

1.2. CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

Investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 2022-2024

Autora: Catarina Alexandra Coelho Paulino
Guerra

Docente: Mestre Açucena

O presente estudo, intitulado “O impacto da massagem perineal para uma experiência de parto positiva” insere na Unidade Curricular Estágio I, no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica 2022-2024, da Escola Superior de Saúde de Santarém – Instituto Politécnico de Santarém.

Com este estudo de controlo randomizado, de carácter quantitativo, pretende-se compreender se a aplicação de massagem perineal no segundo estágio do Trabalho de Parto permite obter melhores resultados ao nível da integridade perineal quando comparado com a utilização das técnicas protocoladas, sendo que existem dois grupos (controlo e de intervenção), com distribuição aleatória dos participantes em cada um dos grupos. Ao prevenir possíveis traumas perineais a mulher vivencia uma experiência de parto mais positiva, sendo que tal tem impacto na sua perceção do parto e consequentemente influencia gravidezes futuras; a prevenção do trauma perineal contribui também para a melhoria da saúde da mulher no pós-parto.

A massagem perineal consiste na inserção dos polegares lubrificados na entrada da vagina, com movimentos laterais e descendentes em direção ao ânus até se sentir os tecidos a distender, sendo que é possível que até sintam um ligeiro ardor, mas não dor; a posição de distensão será mantida durante um a dois minutos, sendo que, de seguida, a porção inferior da vagina será massajada com movimentos em “U” durante dois a três minutos. Sendo um estudo que se desenvolve com parturientes no segundo estágio do trabalho de parto, a sua participação/colaboração é fundamental.

O resultado deste estudo será apresentado na Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém, no final de 2024, podendo, se assim o desejar, contactar a sua autora para se inteirar dos resultados obtidos.

Este estudo não acarreta nenhum tipo de despesa ou risco para si ou para o/a seu/sua filho/a. O direito à confidencialidade encontra-se garantido, uma vez que nenhuma informação confidencial (dados pessoais) será revelada a terceiros, ou publicada. A

participação neste estudo é voluntária, pelo que pode retirar-se a qualquer momento ou recusar participar, sem quaisquer consequências ou influência nos cuidados prestados, sendo que em caso de desistência os dados fornecidos serão eliminados imediatamente, e não serão considerados para o estudo em questão.

Em caso de concordar com a sua participação, e com a informação supracitada, declarando que compreende a informação supracitada, queira por favor assinar este documento.

Grata pela sua colaboração

Catarina Alexandra Coelho Paulino
Enfermeira, aluna da especialidade em Saúde Materna e Obstétrica
na Escola Superior de Saúde de Santarém
Email: 090408025@essaude.ipsantarem.pt

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela responsável do estudo, acima supracitada. Desta forma, aceito participar neste estudo, permitindo a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato, que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura: _____

Data: ___/___/_____

Eu, Catarina Alexandra Coelho Paulino, investigadora principal do presente estudo, declaro ter explicitado e esclarecido todas as dúvidas/questões relacionadas com o mesmo. Garanto também o uso exclusivo dos dados coletados para a investigação e posterior análise de resultados, garantindo sempre a confidencialidade e o anonimato de todos os participantes do estudo.

Assinatura: _____ Data: ___/___/_____

APÊNDICE V - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

Investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 2022-2024

Autora: Catarina Alexandra Coelho Paulino
Guerra

Docente: Mestre Açucena

O presente estudo, intitulado “O impacto da massagem perineal para uma experiência de parto positiva” insere na Unidade Curricular Estágio I, no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica 2022-2024, da Escola Superior de Saúde de Santarém – Instituto Politécnico de Santarém.

Com este estudo de controlo randomizado, de carácter quantitativo, pretende-se compreender se a aplicação de massagem perineal no segundo estágio do Trabalho de Parto permite obter melhores resultados ao nível da integridade perineal quando comparado com a utilização das técnicas protocoladas, sendo que existem dois grupos (controlo e de intervenção), com distribuição aleatória dos participantes em cada um dos grupos. Ao prevenir possíveis traumas perineais a mulher vivencia uma experiência de parto mais positiva, sendo que tal tem impacto na sua perceção do parto e consequentemente influencia gravidezes futuras; a prevenção do trauma perineal contribui também para a melhoria da saúde da mulher no pós-parto.

A massagem perineal consiste na inserção dos polegares lubrificados na entrada da vagina, com movimentos laterais e descendentes em direcção ao ânus até se sentir os tecidos a distender, sendo que é possível que até sintam um ligeiro ardor, mas não dor; a posição de distensão será mantida durante um a dois minutos, sendo que, de seguida, a porção inferior da vagina será massajada com movimentos em “U” durante dois a três minutos. Sendo um estudo que se desenvolve com parturientes no segundo estágio do trabalho de parto, a sua participação/colaboração é fundamental.

O resultado deste estudo será apresentado na Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém, no final de 2024, podendo, se assim o desejar, contactar a sua autora para se inteirar dos resultados obtidos.

Este estudo não acarreta nenhum tipo de despesa ou risco para si ou para o/a seu/sua filho/a. O direito à confidencialidade encontra-se garantido, uma vez que nenhuma

informação confidencial (dados pessoais) será revelada a terceiros, ou publicada. A participação neste estudo é voluntária, pelo que pode retirar-se a qualquer momento ou recusar participar, sem quaisquer consequências ou influência nos cuidados prestados, sendo que em caso de desistência os dados fornecidos serão eliminados imediatamente, e não serão considerados para o estudo em questão.

Em caso de concordar com a sua participação, e com a informação supracitada, declarando que compreende a informação supracitada, queira por favor assinar este documento.

Grata pela sua colaboração

Catarina Alexandra Coelho Paulino
Enfermeira, aluna da especialidade em Saúde Materna e Obstétrica
na Escola Superior de Saúde de Santarém
Email: 090408025@essaude.ipsantarem.pt

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela responsável do estudo, acima supracitada. Desta forma, aceito participar neste estudo, permitindo a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato, que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura: _____

Data: ___ / ___ / _____

Eu, Catarina Alexandra Coelho Paulino, investigadora principal do presente estudo, declaro ter explicitado e esclarecido todas as dúvidas/questões relacionadas com o mesmo. Garanto também o uso exclusivo dos dados coletados para a investigação e posterior análise de resultados, garantindo sempre a confidencialidade e o anonimato de todos os participantes do estudo.

Assinatura: _____ Data: ___ / ___ / _____

APÊNDICE VI- PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO



**Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

Catarina Alexandra Coelho Paulino

Santarém, Outubro de 2023

**PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO - ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA
E OBSTÉTRICA**

Discente
Catarina Alexandra Coelho Paulino
Nº090408025

Docente:
Mestre Açucena Guerra

Santarém, Outubro de 2023

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular (UC) “Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”, foi proposta a elaboração de um projeto individual de estágio, estando a UC e o mesmo sob a orientação da professora Açucena Guerra.

O estágio supramencionado engloba 1106 horas, sendo destas 1000 em contexto de ensino clínico, na prestação de cuidados especializados de enfermagem de saúde materna e obstétrica (EESMO) à mulher/pessoa/casal/recém-nascido/família. O ensino clínico será realizado ao longo de diversos contextos, nomeadamente comunidade (150 horas), ginecologia (50 horas), medicina materno- fetal (150 horas), puerpério (150 horas) e sala de partos (500 horas), no período que decorre entre 19 de Setembro de 2023 e 12 de Julho de 2024.

Para a UC preconiza-se como objetivo de aprendizagem a “Prestação de cuidados especializados de saúde materna e obstétrica”, sendo os eixos estruturantes da praxis clínica “A prestação de cuidados especializados de ESMO à grávida/parturiente/puérpera/feto/recém-nascido e mulher durante o climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, inserida na família e comunidade, integrando todas as atividades que se realizam em cada contexto de estágio e que permitam um conjunto de experiências mínimas obrigatórias para o reconhecimento das qualificações profissionais”, “A mobilização de conhecimentos sólidos sustentados na evidência científica, com assertividade, valores éticos e responsabilidades profissionais” e “A capacitação da pessoa, cliente de cuidados, a mulher/casal/grupo/família nas decisões no quotidiano sobre os cuidados de saúde, competências parentais, promoção da saúde e da qualidade de vida, no que se relaciona com a saúde sexual e reprodutiva com ênfase durante o ciclo gravídico-puerperal e ao longo do ciclo reprodutivo”.

Assim, a elaboração do projeto de estágio pretende servir de documento orientador da UC, sendo que neste são definidos os objetivos específicos e as atividades planeadas para dar resposta aos mesmos, explicitando os recursos necessários e qual o tempo para a sua execução.

Os objetivos específicos e as atividades delineadas foram definidos tendo como base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Nº 140/2019) e o

Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Nº 391/2019).

Desta forma, define-se o objetivo geral do projeto como “Estruturar as atividades a desenvolver na UC face aos objetivos específicos preconizados”, sendo que o projeto irá ser constituído pela caracterização breve de cada contexto de ensino clínico, pelo plano de atividades a desenvolver em cada um desses contextos, e por um breve enquadramento teórico e conceptual da temática que será objeto de aprofundamento e pesquisa ao longo da UC e no relatório final da mesma, uma vez que essa mesma temática será uma linha de encadeamento entre os vários contextos de ensino clínico ao longo do desenvolvimento da UC.

O projeto é composto pela introdução no primeiro capítulo, seguido de uma descrição breve de cada contexto e das atividades que pretendo desenvolver em cada um desses contextos, referindo o tempo preconizado para as mesmas e quais os recursos necessários para a realização das mesmas, e termina com as considerações finais acerca da elaboração do mesmo.

1- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em contexto de Comunidade

1.1- Contextualização do Ensino Clínico

1.1.1- Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED]

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED], é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário. Os cuidados prestados destinam-se especialmente às pessoas, e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença, que requeira acompanhamento próximo. Tem como objetivo contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos, e concorrendo de um modo direto para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) [REDACTED] em que se integra.

Iniciou a sua atividade a 08/02/2010, e tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do concelho [REDACTED], visando a obtenção de ganhos em saúde, através da intervenção de cariz comunitário de uma equipa multidisciplinar que atua em parceria com várias entidades do concelho, concorrendo assim de modo direto, para o cumprimento da missão do ACES [REDACTED], sendo a sua visão a pretensão da equipa ser vista como uma referência de boas práticas de prestação de cuidados de proximidade, com respostas integradas, articuladas e diferenciadas aos cidadãos/famílias/grupos mais vulneráveis, em complementaridade com a intervenção das outras Unidades Funcionais do ACES e dos parceiros/ setores da comunidade.

Para que tal seja possível, a UCC tem como valores a articulação com as outras Unidades Funcionais do ACES; parceria com estruturas da comunidade local; autonomia, assente na auto-organização funcional e técnica, cumprindo Plano de Ação e Orientações Técnicas; Cooperação entre todos os profissionais garantindo a continuidade, acessibilidade e globalidade de cuidados de saúde; Garantia da satisfação dos cidadãos/famílias/grupos e profissionais; Gestão participada, assente num sistema de comunicação entre todos; Procura de excelência através de uma avaliação contínua (objetiva e permanente), adotando medidas corretivas aos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do Plano de Ação e qualidade

de cuidados; Trabalho em equipa, com planos de intervenção conjuntos, integrados e articulados, envolvendo cidadãos/famílias/grupos/comunidade alvo da nossa intervenção.

A UCC é responsável pela prestação de cuidados de saúde a utentes residentes de forma permanente ou temporária na área geográfica do concelho ██████████, que abrange utentes de ██████████ (11,19%), ██████████ (6,87%), ██████████ (2,75%), ██████████ (18,45%), União de freguesias ██████████ (53,58%) e União de freguesias ██████████ (7,16%), tendo a data de Junho de 2023 um total de utentes inscritos de 22896, sendo destes 4753 mulheres em período fértil.

Na UCC, a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença é centrada nas diversas fases de vida, nomeadamente saúde do recém-nascido, da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso, sendo para isso disponibilizado consultas para situações agudas e sem marcação prévia, e consultas programadas com marcação para seguimento, estando compreendidos os seguintes programas: Programa de saúde infantil e juvenil; Programa de planeamento familiar; Programa de saúde materna; Programa de prevenção oncológica; Programa de vigilância de diabéticos; Programa de vigilância de hipertensos; Programa de saúde do idoso e cuidados a doentes dependentes crónicos, Programa Nacional de vacinação e programa de cuidados em situações de doença aguda.

Para além disto, a UCC dispõe de uma vasta carteira de serviços, nomeadamente:

- **Classes de Mobilidade** – Fisioterapeuta;
- **Comissão de Proteção de Crianças e Jovens** – Enfermeiras;
- **Equipa Comunitária de Saúde Mental** – Enfermeiras;
- **Equipa de Cuidados Continuados Integrados** – Enfermeiras, Fisioterapeuta e Assistente Social;
- **Equipa Local de Intervenção Precoce na Infância** – Enfermeiras e Fisioterapeuta;
- **Equipa de Saúde Escolar** – Enfermeiras, Higienista Oral, Técnico Saúde Ambiental e Cardiopneumologista;
- **Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco** – Enfermeira e Assistente Social;
- **Equipa para a prevenção de Violência em Adultos** – Enfermeira e Assistente Social;
- **Núcleo Local de Inserção /Rendimento Social de Inserção** – Enfermeira;
- **Parentalidade** – Preparação para o nascimento e Recuperação Pós-parto: Enfermeira;
- **Projeto de Apoio a utentes com Problemas Ligados ao Álcool** – Enfermeiras;

- **Projeto de Intervenção dirigida a utentes com diagnóstico de DPOC/Asma** – Enfermeira e Cardiopneumologista;

- **Rede Social** - Enfermeira.

A equipa de enfermagem é constituída por 10 enfermeiros, sendo que destes 4 possuem a especialidade de enfermagem comunitária, 2 a especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 1 a especialidade saúde infantil e pediátrica, 1 a especialidade de saúde materna e obstétrica (em horário extraordinário) e 2 são enfermeiros de cuidados gerais.

Os restantes recursos humanos da UCC são: 1 secretário clínico, 2 técnicos superiores, 1 cardiopneumologista, 1 fisioterapeuta, 1 higienista oral, 1 técnico de saúde ambiental e 1 médico em regime de part-time, com consultoria média da equipa de cuidados paliativos do ACES.

O horário de funcionamento da UCC é das 08:00 às 18:00 nos dias úteis, sendo das 09:00 às 13:00 aos sábados, domingos e feriados; fora destes horários os utentes são atendidos no Hospital [REDACTED] (SNS, s.d.).

1.1.2- Unidade de Saúde Familiar [REDACTED]

A Unidade de Saúde Familiar (USF) [REDACTED] situa-se em [REDACTED], no concelho [REDACTED], sendo abrangido na área de atuação da unidade a área geográfica compreendida pelas freguesias de [REDACTED], com a sede em [REDACTED] e com duas extensões de saúde [REDACTED].

A USF é uma unidade dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada com outras unidades funcionais do ACES [REDACTED] (conforme os pressupostos do DL n.º 73/2017), tendo iniciado atividades a 8 de fevereiro de 2007 e passado a USF Modelo B em fevereiro de 2009.

A USF [REDACTED] baseia-se nos valores da coesão, entajuda e partilha para cumprir a sua missão, tendo sempre presentes os conceitos de acessibilidade, globalidade, personalização e continuidade, a aplicar na prática clínica diária, através de uma equipa coesa, solidária, organizada e otimizadora dos recursos disponíveis na prestação de cuidados personalizados

e humanizados, em prol da saúde da sua população, com a melhor relação custo-benefício e no menor tempo útil possível.

A USF [REDACTED] funciona todos os dias úteis, não estando vocacionada para receber situações de urgência, sendo estas encaminhadas para o Serviço de Urgência do Hospital Distrital [REDACTED] podendo os utentes em situação de doença aguda não grave, fora desses períodos, recorrer ao Atendimento Complementar das 9h às 14h, nas instalações da unidade [REDACTED]. Por norma, os utentes [REDACTED] são atendidos nas respetivas extensões de saúde, sendo que fora do horário de atendimento nas extensões os utentes são atendidos na sede da USF (o polo de [REDACTED] funciona na segunda e quarta-feira das 8h às 18h, na terça e sexta-feira das 8:30h às 13:30h e na quinta-feira das 9:30 às 17:00h; o polo [REDACTED] funciona apenas às terças e sextas-feiras das 8h às 17:30h).

Face à estrutura física, a unidade é composta por 2 salas de tratamento, 4 gabinetes de enfermagem, 5 gabinetes médicos, 1 sala de “cantinho de amamentação”, 1 sala para realização de copocitologias, 1 copa, 1 sala de refeições e 2 balneários, distribuídas por 2 pisos.

A estrutura organizacional integra na equipa multidisciplinar o seu Coordenador, o Conselho Técnico, composto por um elemento das 3 categorias profissionais existente na micro equipa e o Conselho Geral, que inclui toda a equipa (DL nº73/2017). Em termos de prestação de cuidados à comunidade, a equipa é constituída por 6 médicos, 3 internos de medicina e 5 secretários clínicos, 2 assistentes operacionais, 1 enfermeiro generalista e 5 especialistas (nas áreas de Saúde Materna e Obstétrica, Enfermagem de Reabilitação, Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar e dois em Saúde Comunitária na área de Saúde Pública), sendo que os recursos humanos estão organizados em micro equipas constituídas pelo médico de família, enfermeiro de família e secretário clínico, com funções explícitas no regulamento interno, centrando a sua atividade no ficheiro de famílias atribuído, alcançando-se ganhos em saúde passíveis de serem traduzidos em indicadores.

De acordo com os BI-CSP, em Julho de 2023 a USF contabilizava 11.236 utentes inscritos, todos com médico e enfermeiro família atribuído, organizados por agregado familiar, sendo que destes se incluem 2257 mulheres em período fértil.

Da análise à pirâmide etária dos utentes da USF constata-se que existe uma predominância no topo da pirâmide, tratando-se de uma pirâmide decrescente, evidenciando

uma população mais envelhecida, com uma taxa de renovação reduzida, em simultâneo com uma natalidade baixa, contrastando com a elevada esperança de vida.

Desta forma, a carteira básica dos serviços da Unidade de Saúde Familiar [REDACTED] compreende os seguintes programas: Programa de saúde infantil e juvenil; Programa de planeamento familiar; Programa de saúde materna; Programa de prevenção oncológica; Programa de vigilância de diabéticos; Programa de vigilância de hipertensos; Programa de saúde do idoso e cuidados a doentes dependentes crónicos e o Programa de vacinação e programa de cuidados em situações de doença aguda (USF [REDACTED] 2020).

Segundo o BI-CSP, onde se expressa a Matriz Multidimensional de Desempenho, constata-se um total de 125 indicadores em 23 dimensões para avaliação da USF, obtendo um índice de desempenho global de 85,40%.

Em relação aos indicadores específicos “8 - Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médico/enfermeiro)”, este tem o valor mínimo de 38 e o valor atingido pela unidade foi de 59,056; no indicador “45- Proporção de mulheres entre 25-60 anos com rastreio cancro colo do útero” o valor mínimo é de 41 e o valor atingido pela unidade foi de 63,410; e no indicador “270 – índice de acompanhamento adequado em saúde materna” o valor mínimo era de 0,51 e o valor atingido foi 0,903.

1.2- Plano de Atividades

Objetivo	Atividades	Competências	Recursos	Cronologia
<p>Integrar a equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados na Comunidade do [REDACTED] e da Unidade de Saúde Familiar [REDACTED] conhecendo a sua dinâmica estrutural e funcional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação no serviço, à equipa e membros da equipa multidisciplinar; - Promoção de uma relação empática com a equipa multidisciplinar; - Realização de visita para conhecimento do espaço físico, assim como dos equipamentos e materiais disponíveis; - Conhecimento do espaço físico, estrutura organizacional, dinâmica de horários e rotinas, assim como das instruções de trabalho, normas e protocolos em vigor; - Identificação e reconhecimento dos diferentes papéis dos membros da equipa multidisciplinar; - Articulação com a enfermeira cooperante acerca do horário a realizar durante o estágio, potenciando os momentos mais do domínio das competências específicas a alcançar na UC; - Identificação e conhecimento dos protocolos de articulação entre os cuidados hospitalares e na comunidade; - Identificação dos projetos implementados no serviço, e de quais os que se encontram em desenvolvimento; - Conhecimento e integração nos diversos sistemas informáticos utilizados para registos de enfermagem e prestação de cuidados específicos 	<p>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	<p>De 18 a X/9</p>

<p>Desenvolver competências na área da formação em saúde de acordo com as necessidades identificadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Levantamento das necessidades de formação da equipa de enfermagem e dos utentes, em cada contexto, em conjunto com enfermeira cooperante; - Pesquisa acerca das necessidades identificadas, com posterior definição de grupo-alvo, temáticas, métodos de exposição e recursos; - Elaboração de folheto (s) acerca da temática de interesse a desenvolver ao longo da UC; - Elaboração de Instrução de trabalho para a equipa de enfermagem acerca da abordagem correta ao folheto (s) realizado e quais os ensinamentos a fazer em conjunto com o mesmo; - Elaboração de resumo explicativo acerca da formação em contraceção realizada durante o estágio, por forma a implementar as guidelines mais atuais na prestação de cuidados, numa perspetiva de formação contínua. - Validação com a enfermeira cooperante/professora orientadora do conteúdo a desenvolver/trabalhar; 	<p>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista,</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	
<p>Adquirir competências técnicas e práticas na gestão de recursos materiais, humanos, no âmbito da melhoria contínua da qualidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento da organização de material/equipamentos nos serviços, assim como a sua disposição e rotinas de reposição; - Identificação da metodologia de gestão de recursos humanos e materiais; - Utilização dos recursos materiais de forma eficiente e consciente; - Organização e gestão dos cuidados prestados, com base em prioridades e nas atividades a desenvolver em cada contexto. 	<p>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	
<p>Consolidar conhecimentos técnicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização de conhecimentos específicos relativos ao foco de interesse da área da saúde materna e obstétrica, assim como dos conteúdos dos programas específicos à área, 	<p>Competências Comuns do</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante,</p>	

<p>e científicos referentes aos cuidados enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, numa perspetiva de formação contínua</p>	<p>nomeadamente Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco e do Plano Nacional de Vacinação;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participação e intervenção em situações de cuidados relativas à área da saúde materna e obstétrica, com o objetivo de aumentar o escopo de conhecimento; - Participação em conferências de interesse na área, nomeadamente “XII Reunião de Reflexão sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez por opção da Mulher” e “12ª Reunião nacional da Sociedade Portuguesa da Contraceção” - Aprofundamento de conhecimentos nas diversas áreas da saúde materna e obstétrica, nomeadamente planeamento familiar, cuidados pré- concepcionais, período pré-natal e vivência da gravidez, período pós-natal, climatério e vivência dos processos de saúde/doença ginecológica, em contexto de comunidade; - Orientação dos cuidados com base nas normas legais e de especialidade mais recentes, tendo atenção às alterações que as mesmas possam sofrer ao longo do tempo, com adequação da prática profissional às mesmas; - Esclarecimento de dúvidas com a enfermeira cooperante; - Desenvolvimento de capacidade de tomada de decisão, com base no raciocínio adequado, perante as diversas situações; - Elaboração e discussão do projeto individual de estágio com a Enfermeira Cooperante; 	<p>Enfermeiro Especialista</p>	<p>Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	
<p>Desenvolver competências técnicas,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do acolhimento à mulher/casal e estabelecimento de uma relação de confiança e de partilha mútua; - Identificação de quais as necessidade/desejos e qual o motivo para a consulta; - Realização da avaliação inicial (dados gerais, obstétricos e ginecológicos); 	<p>Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante,</p>	

<p>científicas e relacionais na prestação de cuidados específicos à pessoa/casal inseridos na família/comunidade, no âmbito do planeamento familiar e período pré concecional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verificação/atualização do estado de vacinação mobilizando o Plano Nacional de Vacinação; - Promoção de hábitos de vida saudáveis (alimentação, exercício físico, consumo de álcool, drogas e tabaco, controlo de infeção) - Verificação da lista de elegíveis e posterior convocação de utentes para realização de colpocitologias em atraso; - Verificação da lista de elegíveis e posterior convocação de utentes para substituição e/ou retirada de implante contraceutivo; - Observação, colaboração e realização de Consultas de Planeamento Familiar: <ul style="list-style-type: none"> - Realização de educação para a saúde sobre métodos contraceptivos, aplicabilidade e utilização; - Identificação de qual o método contraceptivo ideal para a mulher/casal, de forma individualizada e tendo em conta o seu contexto pessoal, social e cultural; - Fornecimento de métodos contraceptivos, de forma individualizada, à mulher/casal; - Planeamento de gravidez com a mulher/casal, com discussão em conjunto das expectativas para o momento atual e para o futuro (número de filhos, espaçamento entre os mesmos); - Educação para a saúde sobre infeções sexualmente transmissíveis (comportamentos de riscos, prevenção, complicações); - Promoção de ambiente favorável e culturalmente confortável à expressão de problemas de vivência da sexualidade e fertilidade; - Avaliar a adesão ao rastreio do cancro do colo do útero; 	<p>Saúde Materna e Obstétrica</p> <p>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</p>	<p>Professora Orientadora</p> <p>Equipa Multidisciplinar</p>	
---	--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Observação e colaboração em rastreios de cancro do colo do útero (Colpocitologia) e mama; - Observação, colaboração e realização de consultas de enfermagem pré-concepcionais: <ul style="list-style-type: none"> - Promoção da suplementação; - Gestão e controlo de doenças pré-existentes; - Informação dos exames (análises, rastreio do cancro colo do útero) a realizar, se necessário, enfatizando a importância dos mesmos no período pré-concepcional; - Avaliação dos aspetos psicológicos, familiares, sociais, financeiros e culturais face à preparação para a gravidez e parentalidade; - Prestação de cuidados à mulher/casal com base nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem; - Realização de registos de enfermagem no sistema informático (relativo ao programa de saúde) e boletim de saúde reprodutiva/planeamento familiar. 			
<p>Desenvolver competências técnicas,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do acolhimento à mulher/casal e estabelecimento de uma relação de confiança e de partilha mútua; - Realização da avaliação inicial (dados gerais, obstétricos e ginecológicos); - Determinação da idade gestacional; data provável do parto e data provável de parto corrigida; - Avaliação do bem-estar materno fetal (peso, tensão arterial, altura uterina, análise sumária de urina, edemas, batimentos cardíofetais, manobras de Leopold, estado emocional/psicológico); - Interpretação dos exames complementares de diagnóstico; 	<p>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	

<p>científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa/casal inserida na família/ comunidade durante o período pré-natal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de estilos de vida saudáveis (suplementação, alimentação, exercício físico, saúde oral, consumo de tabaco, álcool e drogas, controlo de infeção, vestuário, cuidados da pele e de higiene); - Promoção de estratégias de alívio dos desconfortos da gravidez de acordo com idade gestacional; - Educação para a saúde: Fisiologia da gravidez, aleitamento materno, fisiologia do trabalho de parto/sinais de parto/plano de parto, cuidados ao recém-nascido adequando à idade gestacional e individualidade da mulher/casal; - Promoção de vinculação precoce entre a mulher/casal durante a gravidez; - Descrição e enumeração dos sinais de alarme durante a gravidez e como atuar perante os mesmos; - Promoção da adesão ao Plano Nacional de Vacinação, nomeadamente à vacina contra tétano e difteria (explicação da necessidade da mesma e qual a altura ideal da sua realização), e à vacina da gripe (sazonal, durante Setembro e Fevereiro); - Promoção e encaminhamento da mulher/casal para o Curso de Preparação para o Parto entre as 22-24 semanas de gestação; - Observação participativa nas aulas online e presenciais do Curso de Preparação para o Parto; - Identificação precoce de complicações e fatores de risco, assim como a identificação da articulação necessária para o encaminhamento destas situações; - Prestação de cuidados à mulher/casal com base nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem; - Articulação com o hospital de preferência da mulher/casal para consultas de seguimento a partir das 36 semanas; 			
---	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de registos de enfermagem no sistema informático e boletim de saúde da grávida. 			
<p>Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados à pessoa/casal inserida na família/comunidade durante o período pós-natal e ao recém-nascido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do acolhimento à puérpera/casal/recém-nascido e estabelecimento de uma relação de confiança e de partilha mútua; - Colheita de dados acerca do parto; - Prestação de cuidados à puérpera/casal/recém-nascido com base nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem; - Realização de exame físico da puérpera (estado da pele, mucosas, mamas e mamilos, involução uterina, características dos lóquios, presença de edemas, observação da sutura/episiotomia); - Identificação e prevenção precoce de complicações pós-parto, com eventual referência para equipa multidisciplinar; - Avaliação da adaptação familiar perante o nascimento, estado emocional e autonomia da puérpera/casal, assim como expressão de sentimentos e emoções dos mesmos; - Observação física do recém-nascido (peso, reflexos, coloração da pele; comportamento, coto umbilical); - Promoção e realização do rastreio das doenças metabólicas no recém-nascido entre o 3º e 6º dia de vida, assim como educação para a saúde acerca da importância do mesmo à puérpera/casal; - Promoção do início da contraceção, de forma individualizada e ajustada à situação atual do casal, assim como educação sobre a sexualidade no puerpério; - Educação para a saúde: aleitamento materno/artificial, cuidados com a pele/mamas/períneo, higiene diária da puérpera e recém-nascido, retorno à atividade 		<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	

	<p>física/sexual, vacinação do recém-nascido, sinais de alarme para puerpera e recém-nascido, periodicidade das consultas de saúde infantil;</p> <p>- Realização de registos de enfermagem no sistema informático, boletim de saúde da grávida e boletim de saúde infantil e juvenil.</p>			
<p>Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados à pessoa inserida na comunidade no período do climatério e/ou a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica</p>	<p>- Promoção do acolhimento à mulher/casal e estabelecimento de relação de confiança e de partilha mútua;</p> <p>- Realização da avaliação inicial (dados gerais, obstétricos e ginecológicos);</p> <p>- Referenciação de situações de doença ginecológica, se adequado, para a equipa multidisciplinar;</p> <p>- Identificação de antecedentes pessoais e cirúrgicos e de complicações anteriores, do foro ginecológico;</p> <p>- Avaliação do estado psicológico e emocional da mulher, através da identificação de alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, com posterior referenciação à equipa multidisciplinar;</p> <p>- Prestação de cuidados à mulher/casal com base nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem;</p> <p>- Identificação de fatores de risco na saúde da mulher;</p> <p>- Discussão acerca de sinais e sintomas característicos no climatério, identificando a existência dos mesmos;</p> <p>- Promoção de estratégias de alívio de desconfortos do climatério;</p> <p>- Prevenção de complicações associadas ao climatério.</p>	<p>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	
	<p>- Desenvolvimento de uma prática reflexiva individual, numa base diária, sobre a minha intervenção enquanto futura enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica, e discussão semanal com o enfermeiro cooperante;</p>	<p>Competências Comuns do</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante,</p>	

<p>Desenvolver competências ao nível da avaliação de ensino-aprendizagem individual ao longo da Unidade Curricular</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização da reunião de avaliação intermédia com a Enfermeira Cooperante e Professora Orientadora, em cada contexto; - Realização da reunião de avaliação final com a Enfermeira Cooperante e com a Professora Orientadora, em cada contexto; - Elaboração e discussão de relatório individual de estágio, com reflexão acerca da prática e qualidade dos cuidados prestados; 	<p>Enfermeiro Especialista</p>	<p>Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora</p>	
--	--	--------------------------------	--	--

2- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em contexto de Ginecologia e Gravidez Patológica

2.1- Contextualização do Ensino Clínico

2.1.1- Serviço de Ginecologia e Serviço de Consulta Materno- Fetal

O Hospital [REDACTED] foi inaugurado em abril de 2013. Esta unidade de saúde faz parte da Unidade Local de Saúde [REDACTED] do Serviço Nacional de Saúde.

Presta cuidados de saúde a cerca de 250 mil pessoas dos concelhos de [REDACTED] e possui valências básicas, intermédias e diferenciadas que são prestadas em regime de internamento e de ambulatório através de equipas clínicas multidisciplinares, altamente qualificadas para a prestação de serviços de saúde de excelência contando com equipamentos tecnológicos de primeira linha.

O Hospital [REDACTED] é ainda certificado pela Entidade Certificadora SGS em Gestão da Qualidade, Ambiente e Saúde e Segurança Ocupacional, sendo considerado um Hospital de nível I (Diário da República, 2014).

Conta com cerca de 1500 colaboradores desde médicos, enfermeiros, assistentes técnicos, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores de saúde, entre outros.

Em termos físicos é constituído por 46 gabinetes de consulta; 313 camas distribuídas por quartos individuais ou duplos com casa de banho privativa; 9 salas de cirurgia no Bloco Operatório e uma sala de cirurgia no Bloco de Partos; Bloco de partos com 5 salas individuais; Unidades de Cuidados Especiais; Heliporto, que permite um rápido e seguro transporte de doentes urgentes; Serviço de Psiquiatria com acesso próprio; Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamentos (vulgarmente designados de exames, análises e tratamentos) de apoio às diversas especialidades médicas e cirúrgicas.

Presta cuidados de urgência diferenciados, nomeadamente Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Urgência de Ginecologia/Obstetrícia.

Destas valências consta também a consulta externa de Ginecologia e Materno-Fetal, situadas no piso 3. Este serviço é composto por 4 salas de consulta e 2 salas de exame. A consulta externa funciona no horário diurno, de 2^a a 6^a feira, sendo que a consulta de Ginecologia decorre das entre as 8h e as 20h e a consulta de Materno- Fetal entre as 8h e as 17h.

Em relação à equipa de enfermagem esta é constituída, na consulta de ginecologia, por 3 enfermeiras generalistas, e na consulta de materno- fetal por 2 EEESMO.

2.2- Plano de Atividades

Objetivo	Atividades	Competências	Recursos	Cronologia
<p>Integrar a equipa multidisciplinar do serviço de Consulta de Ginecologia e de Materno- Fetal do Hospital de ██████████</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação no serviço, à equipa e membros da equipa multidisciplinar; - Promoção de uma relação empática com a equipa multidisciplinar; - Realização de visita para conhecimento do espaço físico, assim como dos equipamentos e materiais disponíveis; - Conhecimento da estrutura organizacional, dinâmica de horários e rotinas, assim como das instruções de trabalho, normas e protocolos em vigor; - Identificação e reconhecimento dos diferentes papéis dos membros da equipa multidisciplinar; - Articulação com a enfermeira cooperante acerca do horário a realizar durante o estágio; - Identificação e conhecimento dos protocolos de articulação entre os cuidados hospitalares e na comunidade; - Identificação dos projetos implementados no serviço, e de quais os que se encontram em desenvolvimento; - Conhecimento e integração nos diversos sistemas informáticos utilizados para registos de enfermagem e prestação de cuidados específicos 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1.1, B3.1, D2.3 (Regulamento N° 140/2019)</p> <p><u>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:</u> 2.1, 4.1, 5.1, 6.1 (Regulamento N° 391/2019)</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	<p>Outubro a Dezembro 2023</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Levantamento das necessidades de formação da equipa de enfermagem e dos utentes, em cada contexto, em conjunto com enfermeira cooperante; - Pesquisa acerca das necessidades identificadas, com posterior definição de grupo-alvo, temáticas, métodos de exposição e recursos; 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> D1 e D2 (Regulamento N° 140/2019)</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante,</p>	<p>Outubro a Dezembro 2023</p>

<p>Desenvolver competências na área da formação em saúde de acordo com as necessidades identificadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de e-book acerca da temática de interesse a desenvolver ao longo da UC; - Elaboração de Instrução de trabalho para a equipa de enfermagem acerca da abordagem correta ao e-book realizado e quais os ensinamentos a fazer em conjunto com o mesmo; - Validação com a enfermeira cooperante/professora orientadora do conteúdo a desenvolver/trabalhar; 	<p><u>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:</u> 7.1, 7.2, 7.3 (Regulamento Nº 391/2019)</p>	<p>Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	
<p>Adquirir competências técnicas e práticas na gestão de recursos materiais, humanos, no âmbito da melhoria contínua da qualidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento da organização de material/equipamentos nos serviços, assim como a sua disposição e rotinas de reposição; - Identificação da metodologia de gestão de recursos humanos e materiais; - Observação de atividades de gestão (recursos humanos e materiais) desempenhadas pela enfermeira chefe do serviço; - Utilização dos recursos materiais de forma eficiente e consciente; - Organização e gestão dos cuidados prestados, com base em prioridades e nas atividades a desenvolver em cada contexto. 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> C1 e C2 (Regulamento Nº 140/2019) <u>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:</u> 4.1, 6.1 (Regulamento Nº 391/2019)</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	<p>Outubro a Dezembro 2023</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização de conhecimentos específicos relativos ao foco de interesse da área da saúde materna e obstétrica, assim como dos conteúdos dos programas específicos à área, nomeadamente Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar e Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco; - Participação e intervenção em situações de cuidados relativas à área da saúde materna e obstétrica, com o objetivo de aumentar o escopo de conhecimento; 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1, D1 e D2 (Regulamento Nº 140/2019)</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora</p>	<p>Outubro a Dezembro 2023</p>

<p>Consolidar conhecimentos técnicos e científicos referentes aos cuidados enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, numa perspetiva de formação contínua</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundamento de conhecimentos nas diversas áreas da saúde materna e obstétrica, nomeadamente planeamento familiar, cuidados pré-concepcionais, período pré-natal e vivência da gravidez, climatério e vivência dos processos de saúde/doença ginecológica, em contexto de comunidade; - Orientação dos cuidados com base nas normas legais e de especialidade mais recentes, tendo atenção às alterações que as mesmas possam sofrer ao longo do tempo, com adequação da prática profissional às mesmas; - Esclarecimento de dúvidas com a enfermeira cooperante; - Desenvolvimento de capacidade de tomada de decisão, com base no raciocínio adequado, perante as diversas situações; - Elaboração e discussão do projeto individual de estágio com a Enfermeira Cooperante; 		<p>Equipa Multidisciplinar</p>	
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no âmbito dos cuidados especializados na mulher inserida na família/ comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do acolhimento à mulher/casal/pessoa significativa e estabelecimento de relação de confiança e de partilha mútua; - Respeito pelos valores, crenças e capacidades da grávida/casal/pessoa significativa tendo em conta a individualidade da mesma; - Mobilização de conhecimentos do Programa Nacional de Vigilância de Baixo Risco; - Proceder à colheita de dados/avaliação inicial: antecedentes pessoais, familiares, obstétricos e ginecológicos, cálculo da idade gestacional, data prevista para o parto, hábitos e estilos de vida, queixas/desconfortos; - Avaliação e interpretação dos exames complementares de diagnóstico; 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> A1, A2, B3, C1, C2 (Regulamento N° 140/2019)</p> <p><u>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde</u></p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Equipa multidisciplinar, Enfermeira Cooperante, Grávida/Tríade</p>	<p>Outubro a Dezembro 2023</p>

<p>durante o período pré-natal enquanto Enfermeiro Especialista</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de exame físico e obstétrico da grávida, nomeadamente peso, observação de mamas e mamilos, varizes e edemas, avaliação de tensão arterial e frequência cardíaca; CTG's; auscultação de batimentos cardíofetais; manobras de Leopold; avaliação da altura de fundo do útero e toque vaginal quando se justifique e segundo a idade gestacional; - Avaliação psicológica da grávida/casal: atitude e perceção da díade face à gravidez, motivação, sistema de apoio familiar e conhecimentos sobre a gravidez, com posterior promoção da saúde mental e uma parentalidade positiva e responsável, com promoção de vinculação precoce na tríade; - Preparação da mulher/casal e colaboração com o médico para a realização de exames clínicos e diagnósticos; - Processo de Enfermagem: formulação de diagnósticos, planeamento de intervenções e prestação de cuidados centrados nas necessidades da mulher/casal/pessoa significativa; - Promoção de estilos de vida saudáveis, estratégias de alívio dos desconfortos da gravidez, identificando sinais de alarme/complicações de acordo com a idade gestacional e a individualidade de cada situação; - Beneficiar um ambiente calmo e favorável à expressão de problemas e sentimentos, promovendo a escuta ativa; - Demonstração de disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas da grávida/pessoa significativa; - Promoção de apoio emocional à grávida/casal/pessoa significativa aquando do surgimento de complicações na gravidez; - Identificação de sinais de alerta na transição para a parentalidade; 	<p><u>Materna e Obstétrica:</u> 2.1, 2.2, 2.3 (Regulamento N° 391/2019)</p>		
---	--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Informação sobre os direitos da grávida e parentais durante a gravidez e pós-parto; - Promoção do aleitamento materno atendendo à individualidade e escolha da mulher, respeitando e apoiando as suas decisões; - Promoção e aconselhamento sobre plano de parto; - Planeamento e prestação de cuidados à mulher com patologia na gravidez, centrados nas necessidades da mesma; - Apoio à grávida/casal/pessoa significativa com necessidade de diagnóstico pré-natal; - Fornecimento de informação sobre os direitos da mulher face à interrupção voluntária da gravidez e interrupção medicamente assistida; - Promoção de uma decisão consciente, informada e esclarecida nesta temática; - Planeamento de intervenções que visem o bem-estar físico e psicológico da mulher na realização de interrupção da gravidez; - Educação para a saúde no âmbito da saúde sexual e reprodutiva sobre métodos contraceptivos e aplicabilidade em situação de interrupção da gravidez; - Execução dos registos de enfermagem no sistema informático e boletim de saúde da grávida. 			
<p>Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do acolhimento à mulher/casal/pessoa significativa e estabelecimento de relação de confiança e de partilha mútua; - Mobilização de conhecimentos do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar; - Proceder à colheita de dados/avaliação inicial: antecedentes obstétricos e ginecológicos, pessoais e familiares, hábitos e estilos de vida; - Identificação de fatores de risco na saúde da mulher; 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> A1, A2, B3, C1, C2</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Equipa multidisciplinar, Enfermeira Cooperante,</p>	<p>Outubro a Dezembro 2023</p>

<p>dos cuidados especializados na mulher inserida na família/comunidade a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica enquanto Enfermeiro Especialista</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Processo de Enfermagem: formulação de diagnósticos, planeamento de intervenções e prestação de cuidados centrados nas necessidades da mulher/casal/pessoa significativa; - Identificação do motivo de presença na consulta/ admissão no internamento de modo a prestar cuidados individualizados e direcionados; - Preparação da utente e colaboração com outros profissionais na realização de citologias, colposcopias, histeroscopias e tratamentos ao colo do útero; - Promoção de educação para a saúde sexual e reprodutiva culturalmente adequados e inclusivos, tendo em conta as necessidades e a individualidade da mulher/casal/pessoa significativa (métodos contraceptivos e sua aplicabilidade e utilização; infeções sexualmente transmissíveis); - Planeamento de gravidez com a mulher/casal, com discussão em conjunto das expectativas para o momento atual e para o futuro (número de filhos, espaçamento entre os mesmos em caso de problema ginecológico); - Favorecer um ambiente benéfico à mulher/casal potenciador da expressão de problemas na vivência da sexualidade e fertilidade; - Observação e cooperação em rastreios de cancro do colo do útero e mama; - Prestação de cuidados à mulher em situação pós-cirúrgica, tendo em vista a identificação e prevenção de complicações; - Avaliação do estado emocional/psicológico identificando sinais de alerta, promovendo a saúde mental na mulher/casal/pessoa significativa. 	<p>(Regulamento Nº 140/2019)</p> <p><u>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:</u> 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3</p> <p>(Regulamento Nº 391/2019)</p>	<p>Mulher/pessoa significativa</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de uma prática reflexiva individual, numa base diária, sobre a minha intervenção enquanto futura enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica, e discussão semanal com o enfermeiro cooperante; 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u></p> <p>A1, A2, B2.2, D1</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante,</p>	<p>Outubro a Dezembro 2023</p>

<p>Desenvolver competências ao nível da avaliação de ensino-aprendizagem individual ao longo da Unidade Curricular</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização da reunião de avaliação intermédia com a Enfermeira Cooperante e Professora Orientadora, no contexto de ginecologia e gravidez patológica; - Realização da reunião de avaliação final com a Enfermeira Cooperante e com a Professora Orientadora, no contexto de ginecologia e gravidez patológica; - Elaboração e discussão de relatório individual de estágio, com reflexão acerca da prática e qualidade dos cuidados prestados. 	<p>(Regulamento N° 140/2019)</p>	<p>Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora</p>	
--	--	----------------------------------	--	--

3- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em contexto de Puerpério

3.1- Contextualização do Ensino Clínico

3.1.1- Serviço de Puerpério do Hospital [REDACTED]

O Hospital [REDACTED] foi inaugurado em abril de 2013. Esta unidade de saúde faz parte da Unidade Local de Saúde [REDACTED] do Serviço Nacional de Saúde.

Presta cuidados de saúde a cerca de 250 mil pessoas dos concelhos de [REDACTED] e possui valências básicas, intermédias e diferenciadas que são prestadas em regime de internamento e de ambulatório através de equipas clínicas multidisciplinares, altamente qualificadas para a prestação de serviços de saúde de excelência contando com equipamentos tecnológicos de primeira linha.

O [REDACTED] é ainda certificado pela Entidade Certificadora SGS em Gestão da Qualidade, Ambiente e Saúde e Segurança Ocupacional, sendo considerado um Hospital de nível I (Diário da República, 2014).

Conta com cerca de 1500 colaboradores desde médicos, enfermeiros, assistentes técnicos, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores de saúde, entre outros.

Em termos físicos é constituído por 46 gabinetes de consulta; 313 camas distribuídas por quartos individuais ou duplos com casa de banho privativa; 9 salas de cirurgia no Bloco Operatório e uma sala de cirurgia no Bloco de Partos; Bloco de partos com 5 salas individuais; Unidades de Cuidados Especiais; Heliporto, que permite um rápido e seguro transporte de doentes urgentes; Serviço de Psiquiatria com acesso próprio; Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamentos (vulgarmente designados de exames, análises e tratamentos) de apoio às diversas especialidades médicas e cirúrgicas.

Presta cuidados de urgência diferenciados, nomeadamente Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Urgência de Ginecologia/Obstetrícia.

Nas valências de internamento dos quais faz parte o serviço de Internamento de Obstetrícia e Ginecologia que está situado no piso 6. Este serviço é composto no total por 21 quartos (601-621), sendo que do 601 ao 603 e do 617 ao 621 são quartos duplos; o 604 trata-se de um quarto de pressão negativa destinado a situações de isolamento e os quartos do 605 ao 616 são quartos individuais. Os quartos são normalmente ocupados por puérperas, grávidas e utentes do foro ginecológico consoante a disponibilidade do serviço não havendo quartos destinados apenas para uma das áreas. O serviço dispõe também de uma sala polivalente destinada a grávidas em situação de indução de trabalho de parto.

3.2- Plano de Atividades

Objetivo	Atividades	Competências	Recursos	Cronologia
Integrar a equipa multidisciplinar do serviço de Internamento de Obstetrícia do Hospital XXXXXXXXXX	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação no serviço, à equipa e membros da equipa multidisciplinar; - Promoção de uma relação empática com a equipa multidisciplinar; - Realização de visita para conhecimento do espaço físico, assim como dos equipamentos e materiais disponíveis; - Conhecimento da estrutura organizacional, dinâmica de horários e rotinas, assim como das instruções de trabalho, normas e protocolos em vigor; - Identificação e reconhecimento dos diferentes papéis dos membros da equipa multidisciplinar; - Articulação com a enfermeira cooperante acerca do horário a realizar durante o estágio; - Identificação e conhecimento dos protocolos de articulação entre os cuidados hospitalares e na comunidade; - Identificação dos projetos implementados no serviço, e de quais os que se encontram em desenvolvimento; - Conhecimento e integração nos diversos sistemas informáticos utilizados para registos de enfermagem e prestação de cuidados específicos 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1.1, B3.1, D2.3 (Regulamento N° 140/2019)</p> <p><u>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:</u> 2.1, 4.1, 5.1, 6.1 (Regulamento N° 391/2019)</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	Janeiro 2024
	<ul style="list-style-type: none"> - Levantamento das necessidades de formação da equipa de enfermagem e dos utentes, em cada contexto, em conjunto com enfermeira cooperante; 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> D1 e D2</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante,</p>	Janeiro 2024

<p>Desenvolver competências na área da formação em saúde de acordo com as necessidades identificadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa acerca das necessidades identificadas, com posterior definição de grupo-alvo, temáticas, métodos de exposição e recursos; - Elaboração de folheto (s) acerca da temática de interesse a desenvolver ao longo da UC; - Elaboração de Instrução de trabalho para a equipa de enfermagem acerca da abordagem correta ao folheto (s) realizado e quais os ensinamentos a fazer em conjunto com o mesmo; - Validação com a enfermeira cooperante/professora orientadora do conteúdo a desenvolver/trabalhar; 	<p>(Regulamento N° 140/2019)</p> <p><u>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: 7.1, 7.2, 7.3</u></p> <p>(Regulamento N° 391/2019)</p>	<p>Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	
<p>Adquirir competências técnicas e práticas na gestão de recursos materiais, humanos, no âmbito da melhoria contínua da qualidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento da organização de material/equipamentos nos serviços, assim como a sua disposição e rotinas de reposição; - Observação de atividades de gestão (recursos humanos e materiais) desempenhadas pela enfermeira chefe do serviço; - Identificação da metodologia de gestão de recursos humanos e materiais; - Utilização dos recursos materiais de forma eficiente e consciente; - Organização e gestão dos cuidados prestados, com base em prioridades e nas atividades a desenvolver em cada contexto. 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: C1 e C2</u></p> <p>(Regulamento N° 140/2019)</p> <p><u>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de</u></p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	<p>Janeiro 2024</p>

		<u>Saúde Materna e Obstétrica:</u> 4.1, 6.1 (Regulamento N ^o 391/2019)		
<p>Consolidar conhecimentos técnicos e científicos referentes aos cuidados enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, numa perspetiva de formação contínua</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização de conhecimentos específicos relativos ao foco de interesse da área da saúde materna e obstétrica, assim como dos conteúdos dos programas específicos à área, nomeadamente Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar. - Participação e intervenção em situações de cuidados relativas à área da saúde materna e obstétrica, com o objetivo de aumentar o escopo de conhecimento; - Aprofundamento de conhecimentos nas diversas áreas da saúde materna e obstétrica, nomeadamente planeamento familiar, cuidados pré- concecionais, período pré-natal e vivência da gravidez patológica, e vivência dos processos de saúde/doença ginecológica, em contexto de consulta hospitalar; - Orientação dos cuidados com base nas normas legais e de especialidade mais recentes, tendo atenção às alterações que as mesmas possam sofrer ao longo do tempo, com adequação da prática profissional às mesmas; - Esclarecimento de dúvidas com a enfermeira cooperante; - Desenvolvimento de capacidade de tomada de decisão, com base no raciocínio adequado, perante as diversas situações; 	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1, D1 e D2 (Regulamento N ^o 140/2019)	<u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar	<p>Janeiro 2024</p>

	<p>- Elaboração e discussão do projeto individual de estágio com a Enfermeira Cooperante;</p>			
	<p>- Promoção do acolhimento à puérpera/casal/pessoa significativa/recém-nascido e estabelecimento de relação de confiança e de partilha mútua;</p> <p>- Respeito pelos valores, crenças e capacidades da puérpera/casal/pessoa significativa;</p> <p>- Entrega de folhetos (Guia do puerpério, folheto da maternidade e prevenção de quedas em recém-nascidos) conforme protocolo de admissão no internamento, acompanhado da devida explicação dos mesmos;</p> <p>- Mobilização de conhecimentos do Programa Nacional de Vigilância de Baixo Risco, Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e do Plano Nacional de Vacinação;</p> <p>- Colheita dos dados da puérpera/casal/recém-nascido através da observação, entrevista e análise dos registos de enfermagem (intercorrências na gravidez atual, caracterização do índice obstétrico, análises laboratoriais, tempo de rotura de membranas, evolução e duração do trabalho de parto, tipo de parto e analgesia/anestesia utilizada, dados do recém-nascido tais como sexo, hora de nascimento, índice de Apgar, peso, eliminação, aleitamento, presença de circulares, resposta da tríade, existência de malformações), acompanhado de realização de avaliação inicial;</p>	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> A1, A2, B3, C1, C2 (Regulamento N° 140/2019)</p> <p><u>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:</u> 4.1, 4.2, 4.3 (Regulamento N° 391/2019)</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Equipa multidisciplinar, Enfermeira Cooperante, Puérpera/Tríade</p>	<p>Janeiro 2024</p>

<p>Desenvolver competências técnicas, cognitivas, e relacionais no âmbito dos cuidados especializados à puérpera/casal/pessoa significativa e recém-nascido enquanto Enfermeiro Especialista no serviço de internamento de Obstetrícia do Hospital de ██████████</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Processo de Enfermagem: formulação de diagnósticos, planeamento de intervenções/attitudes terapêuticas centrados nas necessidades da puérpera/casal/recém-nascido e prestação de cuidados de enfermagem individualizados e concordantes com as necessidades identificadas; - Observação/Avaliação física, obstétrica e psicológica da puérpera: estado emocional, interação da tríade, parâmetros vitais, avaliação da altura uterina, características dos lóquios, formação do globo de segurança de Pinard, períneo, sutura/episiorrafia (quando aplicável), exame mamário (mama, mamilo, auréola, secreção mamária), ferida cirúrgica abdominal (quando aplicável), eliminação vesical e intestinal, desconfortos/dor e membros inferiores. - Identificação precoce de complicações, sinais de alerta e fatores de risco no pós-parto, sensibilizando a puérpera/casal a comunicar aquando do aparecimento dos mesmos; - Avaliação física, comportamental e neurológica do recém-nascido, incluindo malformações, complicações, adaptação à vida extrauterina, interação da tríade, peso e comprimento; - Promoção de apoio emocional à puérpera/casal/pessoa significativa no caso de surgirem complicações no pós-parto e/ou no recém-nascido; - Avaliação da adaptação familiar e do processo de transição para a parentalidade, procedendo ao devido encaminhamento para a equipa multidisciplinar em caso de necessidade; 			
--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">- Identificação enquanto enfermeira especialista as necessidades formativas centradas na puérpera/casal/pessoa significativa e recém-nascido;- Realização de educação para a saúde face às necessidades identificadas: cuidados de higiene e conforto (banho, cuidados ao coto umbilical e sinais de alerta, mudança da fralda, posição no berço, alívio de cólicas); amamentação, cuidados com as mamas e mamilos e eventuais complicações; prevenção de quedas do recém-nascido; vigilância das perdas hemáticas;- Promoção da vinculação familiar da tríade (pele com pele), com abertura para a expressão de problemas/sentimentos/emoções;- Demonstrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas da puérpera/casal/pessoa significativa;- Promoção e capacitação da autonomia da puérpera/casal no autocuidado e no cuidado ao recém-nascido através da validação de conhecimentos e supervisão nos cuidados;- Realização de registos de enfermagem no programa informático, Boletim de Saúde Infantil, Boletim de Saúde da Gravida e Boletim de Vacinação do Recém-nascido;- Apoio na lactação: Esclarecimento sobre a importância das técnicas facilitadoras para o sucesso da amamentação; promoção dos benefícios do aleitamento materno; promoção da autonomia da puérpera no processo da amamentação, mas com disponibilidade para suporte sempre que necessário;			
--	---	--	--	--

	<p>avaliação de pega; esclarecimento sobre suplementação e alimentação com leite adaptado, caso seja esta a vontade da puérpera/casal;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparação de alta clínica desde o início do internamento; - Promoção da saúde da mulher no que se refere à contraceção e vivência da sexualidade no puerpério. 			
<p>Desenvolver competências ao nível da avaliação de ensino-aprendizagem individual ao longo da Unidade Curricular</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de uma prática reflexiva individual, numa base diária, sobre a minha intervenção enquanto futura enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica, e discussão semanal com o enfermeiro cooperante; - Realização da reunião de avaliação intermédia com a Enfermeira Cooperante e Professora Orientadora; - Realização da reunião de avaliação final com a Enfermeira Cooperante e com a Professora Orientadora; - Elaboração e discussão de relatório individual de estágio, com reflexão acerca da prática e qualidade dos cuidados prestados. 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2.2, D1</u> (Regulamento N° 140/2019)</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora</p>	<p>Janeiro 2024</p>

4- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em contexto de Sala de Partos

4.1- Contextualização do Ensino Clínico

O Hospital [REDACTED] foi inaugurado em abril de 2013. Esta unidade de saúde faz parte da Unidade Local de Saúde [REDACTED] do Serviço Nacional de Saúde.

Presta cuidados de saúde a cerca de 250 mil pessoas dos concelhos de [REDACTED] e possui valências básicas, intermédias e diferenciadas que são prestadas em regime de internamento e de ambulatório através de equipas clínicas multidisciplinares, altamente qualificadas para a prestação de serviços de saúde de excelência contando com equipamentos tecnológicos de primeira linha.

O Hospital [REDACTED] é ainda certificado pela Entidade Certificadora SGS em Gestão da Qualidade, Ambiente e Saúde e Segurança Ocupacional, sendo considerado um Hospital de nível I (Diário da República, 2014).

Conta com cerca de 1500 colaboradores desde médicos, enfermeiros, assistentes técnicos, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores de saúde, entre outros.

Em termos físicos é constituído por 46 gabinetes de consulta; 313 camas distribuídas por quartos individuais ou duplos com casa de banho privativa; 9 salas de cirurgia no Bloco Operatório e uma sala de cirurgia no Bloco de Partos; Bloco de partos com 5 salas individuais; Unidades de Cuidados Especiais; Heliporto, que permite um rápido e seguro transporte de doentes urgentes; Serviço de Psiquiatria com acesso próprio; Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamentos (vulgarmente designados de exames, análises e tratamentos) de apoio às diversas especialidades médicas e cirúrgicas.

Presta cuidados de urgência diferenciados, nomeadamente Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Urgência de Ginecologia/Obstetrícia.

A valência do BP fica situada no mesmo piso da urgência de Ginecologia/Obstetrícia e articulam diretamente. O BP é constituído por 5 salas de parto individuais, e 1 sala de bloco operatório para a realização de cesarianas. Este inclui também uma sala de tratamento de enfermagem, 1 sala de limpos e 1 sala de sujos, e uma sala de recobro com capacidade para 2 camas.

Em relação à equipa de enfermagem, no turno da manhã estão presentes 4 EEESMO, no turno da tarde 4 EEESMO, sendo que existe a presença de um enfermeiro generalista extra que dá apoio à equipa de anestesia das 12h às 20h; no turno da noite estão presentes 4 EEESMO.

4.2- Plano de Atividades

Objetivo	Atividades	Competências	Recursos	Cronologia
<p>Integrar a equipa multidisciplinar do serviço de bloco de partos do Hospital ██████████</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação no serviço, à equipa e membros da equipa multidisciplinar; - Promoção de uma relação empática com a equipa multidisciplinar; - Realização de visita para conhecimento do espaço físico, assim como dos equipamentos e materiais disponíveis; - Conhecimento da estrutura organizacional, dinâmica de horários e rotinas, assim como das instruções de trabalho, normas e protocolos em vigor; - Identificação e reconhecimento dos diferentes papéis dos membros da equipa multidisciplinar; - Articulação com a enfermeira cooperante acerca do horário a realizar durante o estágio; - Identificação e conhecimento dos protocolos de articulação entre os diferentes níveis de cuidados hospitalares à mulher/casal em trabalho de parto; - Identificação dos projetos implementados no serviço, e de quais os que se encontram em desenvolvimento; - Conhecimento e integração nos diversos sistemas informáticos utilizados para registos de enfermagem e prestação de cuidados específicos 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1.1, B3.1, D2.3 (Regulamento N° 140/2019)</p> <p><u>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:</u> 2.1, 4.1, 5.1, 6.1 (Regulamento N° 391/2019)</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	<p>Fevereiro a Julho 2024</p>

<p>Desenvolver competências na área da formação em saúde de acordo com as necessidades identificadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Levantamento das necessidades de formação da equipa de enfermagem e dos utentes, em conjunto com enfermeira cooperante; - Pesquisa acerca das necessidades identificadas, com posterior definição de grupo-alvo, temáticas, métodos de exposição e recursos; - Elaboração de questionário a 6 mulheres em TP por forma a colher dados para a temática em estudo durante a UC; - Realização de Scoping Review sobre a temática em estudo, e posterior análise conjunta dos resultados desta e dos questionários obtidos, sob a forma de relatório da UC; - Participação na elaboração de protocolos e/ou instruções de trabalho em desenvolvimento no bloco de partos; - Validação com a enfermeira cooperante/professora orientadora do conteúdo a desenvolver/trabalhar; 	<p><u>Competências</u> <u>Comuns do</u> <u>Enfermeiro</u> <u>Especialista: D1 e</u> <u>D2</u> (Regulamento N° 140/2019)</p> <p><u>Competências</u> <u>Específicas do</u> <u>Enfermeiro</u> <u>Especialista em</u> <u>Enfermagem de</u> <u>Saúde Materna e</u> <u>Obstétrica: 7.1, 7.2,</u> <u>7.3</u> (Regulamento N° 391/2019)</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	<p>Fevereiro a Julho 2024</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento da organização de material/equipamentos no serviço, assim como a sua disposição e rotinas de reposição; - Observação de atividades de gestão (recursos humanos e materiais) desempenhados pela enfermeira chefe do serviço; 	<p><u>Competências</u> <u>Comuns do</u> <u>Enfermeiro</u></p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante,</p>	<p>Fevereiro a Julho 2024</p>

<p>Adquirir competências técnicas e práticas na gestão de recursos materiais, humanos, no âmbito da melhoria contínua da qualidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação da metodologia de gestão de recursos humanos e materiais; - Utilização dos recursos materiais de forma eficiente e consciente; - Organização e gestão dos cuidados prestados, com base em prioridades e nas atividades a desenvolver em cada contexto. 	<p><u>Especialista:</u> C1 e C2 (Regulamento N° 140/2019) <u>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:</u> 4.1, 6.1 (Regulamento N° 391/2019)</p>	<p>Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	
<p>Desenvolver competências técnicas, científicas, cognitivas e relacionais no</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do acolhimento à grávida/parturiente/casal no bloco de partos e estabelecimento de relação de confiança, empática, terapêutica e de partilha mútua; - Apresentação do espaço físico, equipa multidisciplinar, informações a reter, normas e rotinas do serviço, potenciando a adaptação ao novo ambiente; - Identificação da grávida/parturiente e do motivo de internamento no Bloco de partos; 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1, D1 e D2 (Regulamento N° 140/2019)</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	<p>Fevereiro a Julho 2024</p>

<p>acolhimento da grávida/parturiente/casal no Bloco de Partos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação psicoemocional da grávida/parturiente/casal face ao parto e ao trabalho de parto; - Comunicação clara, adequada, inclusiva e culturalmente adequada para com a grávida/parturiente/casal; - Orientação dos cuidados com base nas normas legais e de especialidade mais recentes, assim como éticas e deontológicas, tendo atenção às alterações que as mesmas possam sofrer ao longo do tempo, com adequação da prática profissional às mesmas; - Realização de avaliação inicial: colheita de dados através de informação transmitida pela equipa de enfermagem, entrevista à grávida/parturiente/casal, observação física e consulta de informação nos registos informáticos e no Boletim de Saúde da Grávida (BSG), assim como análises e exames realizados. Colheita de dados relativos aos antecedentes obstétricos e ginecológicos, pessoais e familiares; gravidez atual, hábitos e estilos de vida, dados demográficos e socioeconómicos; - Processo de Enfermagem: formulação de diagnósticos, planeamento de intervenções/attitudes terapêuticas centrados nas necessidades da grávida/parturiente/casal e prestação de cuidados de enfermagem especializados, individualizados e concordantes com as necessidades identificadas; - Verificação da participação em sessões/curso de preparação para o nascimento e parentalidade; - Conhecimento do plano de parto (caso exista) e expectativas para o TP e parto, 			
--	--	--	--	--

	<p>permitindo a participação ativa da mulher/casal e caso necessário, negociação de cuidados de forma a garantir intervenções de qualidade e risco controlado;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do bem-estar materno e fetal através da observação física e recurso à realização de CTG; - Avaliação física da grávida de acordo com a situação clínica, de forma a identificar a evolução do TP com recurso à realização de manobras de Leopold para determinação da posição, apresentação, encravamento e tamanho fetal, e realização do toque vaginal (avaliando as condições da bacia, integridade das membranas, índice de Bishop e variedade da apresentação); 			
<p>Desenvolver competências técnicas, científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados especializados à</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento à grávida/parturiente/casal e estabelecimento de relação de confiança, empática, terapêutica e de partilha mútua; - Promoção da privacidade, dignidade, apoio contínuo e prestação de cuidados de enfermagem individualizados, culturalmente adequados, seguros e de qualidade; - Informação de todos os procedimentos e esclarecimento de dúvidas acerca da evolução do TP, promovendo a participação ativa da parturiente e do acompanhante; - Avaliação e distinção entre verdadeiro e falso TP; - Identificação das fases do 1º estadio do TP: fase latente e fase ativa; - Avaliação física/hemodinâmica da grávida: avaliação de sinais vitais e realização de manobras de Leopold para determinação da posição, apresentação, encravamento e tamanho fetal; - Avaliação do bem-estar materno e fetal: 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1, D1 e D2 (Regulamento N° 140/2019)</p> <p><u>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de</u></p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante, Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	<p>Fevereiro a Julho 2024</p>

<p>parturiente/casal ao longo do TP</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização de CTG para monitorização da frequência cardíaca fetal e sua variabilidade, contratilidade e dinâmica uterina avaliando a sua frequência, duração e intensidade; ➤ Aplicação de monitorização interna fetal, em situações de monitorização externa ineficaz a utentes com rotura de bolsa; ➤ Realização do exame vaginal sempre que se justifique (avaliação das condições da bacia, das características do colo, da integridade das membranas e determinação da apresentação, posição, variedade da posição e altura da apresentação); <p>- Incentivo e suporte na liberdade de movimentos, promovendo a posição vertical;</p> <p>- Avaliação e respeito pelo ritmo do TP;</p> <p>- Promoção do conforto: ingestão de líquidos claros; incentivo á micção frequente;</p> <p>- Realização de amniotomia (se necessário) e caracterização do líquido amniótico;</p> <p>- Avaliação e controlo da dor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Utilização e realização de ensinios sobre medidas não farmacológicas para alívio da dor (hidroterapia, bola de pilates, 	<p><u>Saúde Materna e</u> <u>Obstétrica</u> (Regulamento Nº 391/2019)</p>		
---	---	---	--	--

	<p>movimento, posicionamento no leito, musicoterapia, cromoterapia...);</p> <ul style="list-style-type: none">○ Inclusão do acompanhante/pessoa significativa na participação das medidas não farmacológicas para o alívio da dor;○ Administração de medicação endovenosa na fase latente do TP (prévia à analgesia epidural);○ Conhecimento do protocolo de analgesia epidural existente no BP, bem como a medicação a administrar e cuidados a ter na administração de medicação via epidural;○ Cooperação com a equipa médica na realização de analgesia epidural: posicionar a parturiente, preparar material necessário ao posicionamento, vigilância adequada;○ Administração de medicação via epidural, avaliando a evolução do TP, colocação correta do cateter epidural e avaliação de sinais vitais por risco de hipotensão, eficácia da intervenção e frequência cardíaca fetal. <p>- Administração de terapêutica inerente ao TP e gravidez: soroterapia, antibioticoterapia, uterotónicos, entre outros;</p> <p>- Identificação de sinais de alarme/ desvios à normalidade que coloquem em risco o bem-estar materno e fetal;</p> <p>- Registo e interpretação da evolução do TP no partograma, após início da fase ativa;</p>			
--	---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">- Reconhecimento dos sinais eminentes da transição para o 2º estadio do TP: inexistência do colo, dilatação completa e apagamento completo do colo, aumento do introito vaginal, abaulamento do períneo e coroamento do polo cefálico, necessidade involuntária de “fazer força”;- Verificação se disponível e em funcionamento todos os materiais e equipamento (mesa de reanimação neonatal, monitor cardíaco fetal, fármacos de urgência entre outros), necessário de forma a dar resposta imediata às necessidades que possam surgir durante o segundo estadio de trabalho de parto;- Permissão da presença do acompanhante, informando o mesmo das normas e procedimentos e como pode colaborar com a parturiente e com a equipa profissional;- Promoção de medidas de conforto e bem-estar da parturiente;- Posicionamento da parturiente na posição mais confortável para si, facilitando a descida do feto, permitindo a intervenção da equipa de saúde na colaboração durante o momento do nascimento de uma forma segura;- Reconhecimento da altura ideal para a parturiente realizar esforços expulsivos, com indicações verbais claras e concisas para a realização de esforços expulsivos eficazes;- Ensinos sobre o controlo da respiração durante os esforços expulsivos, e sobre o descanso e relaxamento entre as contrações de forma a preservar energia para utilizar no momento das contrações em que tem de realizar maior força;			
--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">- Identificação da apresentação, variedade, situação, grau de descida da apresentação e confirmação das condições da bacia, através do toque vaginal;- Observação da eficácia da contração uterina;- Administração de perfusão de oxitocina de acordo com prescrição ou protocolo do serviço;- Proceder a desinfecção do períneo;- Disposição da mesa de parto: abertura do kit de partos, compressas, linhas de sutura, seringa de 5 ml e agulha endovenosa, no caso de ser necessária a colheita de sangue do cordão umbilical, e seringa de 20 ml, agulha de diluição e agulha intramuscular quando necessária a anestesia local, com posterior colocação de toca, bata cirúrgica e luvas esterilizadas;- Quando necessário realizar esvaziamento vesical;- Avaliação contínua da frequência cardíaca fetal em todo o processo, e, em caso de CTG não tranquilizador, adotar medidas: administração de oxigénio, soroterapia, posicionamento lateral esquerdo e informar médico;- Perceção da necessidade de episiotomia, informando sempre a parturiente;- Realização de manobra de proteção do períneo e de extração fetal:<ul style="list-style-type: none">• aplicação de pressão ligeira na cabeça do feto em direção à vagina, prevenindo o nascimento demasiado rápido;• confirmação de que não existem circulares cervicais;• apoio da cabeça do bebé enquanto efetua a rotação externa;			
--	---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">• na extração dos ombros puxar a cabeça do feto de forma suave, para baixo e para a frente, de forma a soltar o ombro anterior;• na extração do ombro posterior, elevar a cabeça fetal para a sínfise púbica para evitar traumatismo do períneo;• após a extração dos ombros, segurar firmemente o recém-nascido para evitar que deslize durante o nascimento da restante superfície corporal;• realização da expressão manual das vias aéreas superiores (no sentido do tórax para a cabeça) para libertação de mucosidades;• colocação do recém-nascido sobre o abdómen da mãe logo após o nascimento;• questionamento se a mãe ou acompanhante querem cortar o cordão umbilical, e permitir esse momento, caso contrário, cortar o cordão umbilical; <p>- Determinação da hora do nascimento;</p> <p>- Colaboração com equipa médica em partos distócicos;</p> <p>- Reconhecimento dos sinais de descolamento da placenta: cordão firme, súbita saída de sangue pelo introito vaginal, aumento aparente do cordão umbilical devido à descida da placenta pelo introito vaginal, aumento do volume da vagina ou observação no introito vaginal de placenta e membranas fetais;</p> <p>- Execução da dequitação: Pinça do cordão próximo do períneo; Realização da tração controlada do cordão; Apoio da placenta à medida que vai exteriorizando, segurar com as duas mãos e rodar lentamente e cuidadosamente; Realização de</p>			
--	--	--	--	--

	<p>massagem uterina após a expulsão da placenta; Identificação do mecanismo de expulsão da placenta (Shultz ou Duncan);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observação criteriosa da placenta: forma, integridade, percepção de retenção de alguma membrana ou de falta de algum lóbulo (cotilédone), presença de âmnios e córion; - Observação do cordão umbilical (2 artérias e uma veia); - Se mãe com fator sanguíneo Rh-, colheita de sangue do cordão após clampagem; - Em caso de retenção da placenta: Comunicação com equipa médica; Avaliação das perdas sanguíneas; Avaliação dos sinais vitais; Soroterapia (Lactato de Ringer ou Soro fisiológico); Administração de antibioterapia, analgésicos e uterotónicos de acordo com prescrição; Realização de Massagem uterina; - Confirmação da formação do globo de segurança de Pinard; - Administração de ocitócicos de acordo com prescrição ou protocolo; - Em caso de laceração, identificar o tipo de acordo com os tecidos lesados; - Administração de anestesia local, em utente sem analgesia epidural; - Reparação do períneo por planos, identificando os tecidos a serem suturados; - Após realização da reparação perineal, revisão final do colo, vagina, períneo e útero, repetição do toque retal em suturas profundas; - Crioterapia; - Realização de promoção para a saúde através de ensinios sobre higiene perineal e prevenção de infeção local e sobre os lóquios (quantidade, cor, cheiro, presença de coágulos); 			
--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">- Promoção do contacto pele a pele, facilitador da vinculação;- Demonstração de apoio para a amamentação, caso seja o desejo da puérpera;- Vigilância e identificação precoce de complicações, intervindo de forma eficaz como chamar ajuda, contactar de imediato o obstetra, realizar massagem uterina, avaliação de sinais vitais administração de terapêutica prescrita;- Duas horas após o parto, realizar observação completa da puérpera e recém-nascido e prestar cuidados de enfermagem: Observação da pele e mucosas; Observação das características das mamas e mamilos; Promoção do esvaziamento vesical na arrastadeira, se presença de globo vesical, ou se puérpera com vontade de urinar; Realização de esvaziamento vesical na presença de globo vesical e caso a puérpera não consiga urinar espontaneamente; Verificação da altura do fundo uterino, atestar se se encontra contraído, e exercer pressão, verificando se existe a presença de coágulos na cavidade uterina; Observação do períneo, e sutura perineal para despiste de hematomas, lacerações ou edema; Realização da higiene perineal da puérpera; Observação da existência de hemorroidas; Observação dos lóquios, quanto à quantidade, cor, odor e presença de coágulos; Remoção do cateter epidural; Avaliação dos sinais vitais; Fornecimento de alimentação e hidratação à puérpera; Avaliação da mamada; Observação da pele, mucosas e vitalidade do RN; Observação de dejeções e micções do RN; Promoção de medidas de conforto para a díade/tríade;- Contacto com o serviço de internamento para realização da transferência da puérpera e RN			
--	---	--	--	--

	- Realização de registos claros e concisos no sistema informático e processo da utente.			
Desenvolver competências técnicas, científicas, cognitivas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido nas primeiras duas horas de vida	<p>- Promoção de um ambiente acolhedor, calmo e tranquilo para receber o RN;</p> <p>- Verificação do material necessário e se acessível para ser usado de forma rápida e eficaz, bem como atestar o funcionamento da mesa de reanimação neonatal;</p> <p>- Aquecimento e preparação do pano para receber o RN, bem como toalha e roupa do RN, para estar quente aquando do nascimento;</p> <p>- Confirmação da hora do nascimento;</p> <p>- Prestação de cuidados imediatos ao RN, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspiração secreções • Manter a permeabilidade das vias aéreas; • Quando presença de mecónio, aspirar conteúdo gástrico; • Contacto pele com a mãe e/ou pai/companheiro assim que possível; • Observação física, neurológica e comportamental do RN, no sentido céfalo-caudal, despistando malformações; • Avaliação do índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto de vida; • Realização da pesagem do RN; • Administração da vitamina K e da vacina VHB, após autorização parental; • Identificação do RN e colocação de pulseira com nome da mãe; • Promoção da vinculação do RN com os pais, assim que possível; 		<p><u>Humanos:</u></p> <p>Estudante, Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora Equipa Multidisciplinar</p>	Fevereiro a Julho 2024

	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto com pediatra sempre que ocorrerem partos distócicos, nascimento de RN prematuros, risco infeccioso, CTG não tranquilizador, intercorrência na gravidez e parto, patologia materna ou fetal; • Colaboração com o pediatra na reanimação neonatal, em caso de necessidade; • Em caso de necessidade transferência do RN para serviço de neonatologia, e passagem de informação sobre gravidez, momento do parto e RN presencialmente a colega da neonatologia; <p>- Realização de registos: intervenções realizadas e diagnósticos de enfermagem no programa informático existente no serviço, no boletim de saúde Infantil e Juvenil, no boletim de vacinas e preenchimento da notícia de nascimento.</p>			
<p>Desenvolver competências ao nível da avaliação de ensino-aprendizagem individual ao longo da Unidade Curricular</p>	<p>- Desenvolvimento de uma prática reflexiva individual, numa base diária, sobre a minha intervenção enquanto futura enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica, e discussão semanal com o enfermeiro cooperante;</p> <p>- Realização da reunião de avaliação intermédia com a Enfermeira Cooperante e Professora Orientadora;</p> <p>- Realização da reunião de avaliação final com a Enfermeira Cooperante e com a Professora Orientadora;</p> <p>- Elaboração e discussão de relatório individual de estágio, com reflexão acerca da prática e qualidade dos cuidados prestados.</p> <p>- Elaboração e realização de Scoping Review com temática a seleccionar, com posterior divulgação científica da mesma na comunidade;</p>	<p><u>Competências</u></p> <p><u>Comuns do</u></p> <p><u>Enfermeiro</u></p> <p><u>Especialista:</u> A1, A2, B2.2, D1</p> <p>(Regulamento N^o 140/2019)</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>Estudante,</p> <p>Enfermeira</p> <p>Cooperante,</p> <p>Professora</p> <p>Orientadora</p>	<p>Fevereiro a</p> <p>Julho 2024</p>

	<ul style="list-style-type: none">- Elaboração e realização de trabalho de campo (Tipo de estudo a definir), com temática a selecionar, com posterior divulgação científica da mesma no hospital em que for desenvolvida e posteriormente na comunidade- Participação em congressos e jornadas relacionadas com a área da Saúde Materna e Obstétrica.			
--	--	--	--	--

5- Considerações Finais

A elaboração do presente projeto de estágio permitiu sistematizar e enquadrar em cada contexto as atividades que se pretendem desenvolver ao longo do ano letivo. Este projeto permitiu a definição de metas temporais e de objetivos a serem alcançados, com atividades específicas para cada um deles que permitam o sucesso da mestranda ao longo dos diversos contextos.

Este projeto favorece também a reflexão, não só das competências já adquiridas, mas também daquelas que faltam ainda alcançar para a obtenção do grau de mestre na área da Saúde Materna e Obstétrica.

A formulação deste projeto teve por base os regulamentos inerentes à profissão bem como do Código Deontológico e do plano de estudos do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

É de salientar que este projeto é de carácter fluido e evolutivo, podendo ser adaptado e alterado consoante as necessidades da mestranda e dos próprios contextos, das experiências a desenvolver e das necessidades específicas de aprendizagem, não obstante a vontade do cumprimento integral das atividades projetadas neste documento.

Referências Bibliográficas

Carta de Compromisso 2023 – Unidade Funcional UCC [REDACTED]

USF [REDACTED]. (2020). Manual de Acolhimento.

Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. Lisboa.

Regulamento nº 391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03. Lisboa.

SNS. (2021). Bilhete de identidade dos Cuidados de Saúde Primários, acesso em Outubro 2023 em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30032/3140671/Pages/default.aspx>

Apêndice VII- Caracterização 

Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED]

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED] é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário. Os cuidados prestados destinam-se especialmente às pessoas, e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença, que requeira acompanhamento próximo. Tem como objetivo contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos, e concorrendo de um modo direto para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) [REDACTED] em que se integra.

Iniciou a sua atividade a 08/02/2010, e tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do concelho do [REDACTED], visando a obtenção de ganhos em saúde, através da intervenção de cariz comunitário de uma equipa multidisciplinar que atua em parceria com várias entidades do concelho, concorrendo assim de modo direto, para o cumprimento da missão do ACES [REDACTED] sendo a sua visão a pretensão da equipa ser vista como uma referência de boas práticas de prestação de cuidados de proximidade, com respostas integradas, articuladas e diferenciadas aos cidadãos/famílias/grupos mais vulneráveis, em complementaridade com a intervenção das outras Unidades Funcionais do ACES e dos parceiros/ setores da comunidade.

Para que tal seja possível, a UCC tem como valores a articulação com as outras Unidades Funcionais do ACES; parceria com estruturas da comunidade local; autonomia, assente na auto-organização funcional e técnica, cumprindo Plano de Ação e Orientações Técnicas; Cooperação entre todos os profissionais garantindo a continuidade, acessibilidade e globalidade de cuidados de saúde; Garantia da satisfação dos cidadãos/famílias/grupos e profissionais; Gestão participada, assente num sistema de comunicação entre todos; Procura de excelência através de uma avaliação contínua (objetiva e permanente), adotando medidas corretivas aos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do Plano de Ação e qualidade de cuidados; Trabalho em equipa, com planos de intervenção conjuntos, integrados e articulados, envolvendo cidadãos/famílias/grupos/comunidade alvo da nossa intervenção.

A UCC é responsável pela prestação de cuidados de saúde a utentes residentes de forma permanente ou temporária na área geográfica do concelho do [REDACTED], que abrange utentes de [REDACTED] (11,19%), [REDACTED] (6,87%), [REDACTED] (2,75%), [REDACTED] (18,45%), União de freguesias do [REDACTED] (53,58%) e União de freguesias de [REDACTED] (7,16%), tendo a data de

junho de 2023 um total de utentes inscritos de 22896, sendo destes 4753 mulheres em período fértil

Na UCC, a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença é centrada nas diversas fases de vida, nomeadamente saúde do recém-nascido, da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso, sendo para isso disponibilizado consultas para situações agudas e sem marcação prévia, e consultas programadas com marcação para seguimento, estando compreendidos os seguintes programas: Programa de saúde infantil e juvenil; Programa de planeamento familiar; Programa de saúde materna; Programa de prevenção oncológica; Programa de vigilância de diabéticos; Programa de vigilância de hipertensos; Programa de saúde do idoso e cuidados a doentes dependentes crónicos, Programa Nacional de vacinação e programa de cuidados em situações de doença aguda.

Para além disto, a UCC dispõe de uma vasta carteira de serviços, nomeadamente:

- **Classes de Mobilidade** – Fisioterapeuta;
- **Comissão de Proteção de Crianças e Jovens** – Enfermeiras;
- **Equipa Comunitária de Saúde Mental** – Enfermeiras;
- **Equipa de Cuidados Continuados Integrados** – Enfermeiras, Fisioterapeuta e Assistente Social;
- **Equipa Local de Intervenção Precoce na Infância** – Enfermeiras e Fisioterapeuta;
- **Equipa de Saúde Escolar** – Enfermeiras, Higienista Oral, Técnico Saúde Ambiental e Cardiopneumologista;
- **Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco** – Enfermeira e Assistente Social;
- **Equipa para a prevenção de Violência em Adultos** – Enfermeira e Assistente Social;
- **Núcleo Local de Inserção /Rendimento Social de Inserção** – Enfermeira;
- **Parentalidade** – Preparação para o nascimento e Recuperação Pós-parto: Enfermeira;
- **Projeto de Apoio a utentes com Problemas Ligados ao Álcool** – Enfermeiras;
- **Projeto de Intervenção dirigida a utentes com diagnóstico de DPOC/Asma** – Enfermeira e Cardiopneumologista;
- **Rede Social** - Enfermeira.

A equipa de enfermagem é constituída por 10 enfermeiros, sendo que destes 4 possuem a especialidade de enfermagem comunitária, 2 a especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 1 a especialidade saúde infantil e pediátrica, 1 a especialidade de saúde materna e obstétrica (em horário extraordinário) e 2 são enfermeiros de cuidados gerais.

Os restantes recursos humanos da UCC são: 1 secretário clínico, 2 técnicos superiores, 1 cardiopneumologista, 1 fisioterapeuta, 1 higienista oral, 1 técnico de saúde ambiental e 1 médico em regime de part-time, com consultoria média da equipa de cuidados paliativos do ACES.

O horário de funcionamento da UCC é das 08:00 às 18:00 nos dias úteis, sendo das 09:00 às 13:00 aos sábados, domingos e feriados; fora destes horários os utentes são atendidos no Hospital Distrital [REDACTED]

Unidade de Saúde Familiar D [REDACTED]

A Unidade de Saúde Familiar (USF) [REDACTED] situa-se em [REDACTED], no concelho do [REDACTED] sendo abrangido na área de atuação da unidade a área geográfica compreendida pelas freguesias de [REDACTED], com a sede em [REDACTED] e com duas extensões de saúde em [REDACTED].

A USF é uma unidade dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada com outras unidades funcionais do ACES Lezíria (conforme os pressupostos do DL nº 73/2017), tendo iniciado atividades a 8 de fevereiro de 2007 e passado a USF Modelo B em fevereiro de 2009.

A USF [REDACTED] baseia-se nos valores da coesão, entajuda e partilha para cumprir a sua missão, tendo sempre presentes os conceitos de acessibilidade, globalidade, personalização e continuidade, a aplicar na prática clínica diária, através de uma equipa coesa, solidária, organizada e otimizadora dos recursos disponíveis na prestação de cuidados personalizados e humanizados, em prol da saúde da sua população, com a melhor relação custo-benefício e no menor tempo útil possível.

A USF [REDACTED] funciona todos os dias úteis, não estando vocacionada para receber situações de urgência, sendo estas encaminhadas para o Serviço de Urgência do Hospital Distrital [REDACTED] podendo os utentes em situação de doença aguda não grave, fora desses períodos, recorrer ao Atendimento Complementar das 9h às 14h, nas instalações da unidade [REDACTED] Por norma, os utentes de [REDACTED] são atendidos nas respetivas extensões de saúde, sendo que fora do horário de atendimento nas extensões os utentes são atendidos na sede da USF (o polo de [REDACTED] funciona na segunda e quarta-feira das 8h às 18h, na terça e sexta-feira das 8:30h às 13:30h e na quinta-feira das 9:30 às 17:00h; o polo de [REDACTED] funciona apenas às terças e sextas-feiras das 8h às 17:30h).

Face à estrutura física, a unidade é composta por 2 salas de tratamento, 4 gabinetes de enfermagem, 5 gabinetes médicos, 1 sala de “cantinho de amamentação”, 1 sala para realização de copocitologias, 1 copa, 1 sala de refeições e 2 balneários, distribuídas por 2 pisos.

A estrutura organizacional integra na equipa multidisciplinar o seu Coordenador, o Conselho Técnico, composto por um elemento das 3 categorias profissionais existente na micro equipa e o Conselho Geral, que inclui toda a equipa (DL nº73/2017). Em termos de prestação de cuidados à comunidade, a equipa é constituída por 6 médicos, 3 internos de medicina e 5 secretários clínicos, 2 assistentes operacionais, 1 enfermeiro generalista e 5 especialistas (nas áreas de Saúde Materna e Obstétrica, Enfermagem de Reabilitação, Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar e dois em Saúde Comunitária na área de Saúde Pública), sendo que os recursos humanos estão organizados em micro equipas constituídas pelo médico de família, enfermeiro de família e secretário clínico, com funções explícitas no regulamento interno, centrando a sua atividade no ficheiro de famílias atribuído, alcançando-se ganhos em saúde passíveis de serem traduzidos em indicadores.

De acordo com os BI-CSP, em Julho de 2023 a USF contabilizava 11.236 utentes inscritos, todos com médico e enfermeiro família atribuído, organizados por agregado familiar, sendo que destes se incluem 2257 mulheres em período fértil.

Da análise à pirâmide etária dos utentes da USF constata-se que existe uma predominância no topo da pirâmide, tratando-se de uma pirâmide decrescente, evidenciando uma população mais envelhecida, com uma taxa de renovação reduzida, em simultâneo com uma natalidade baixa, contrastando com a elevada esperança de vida.

Desta forma, a carteira básica dos serviços da Unidade de Saúde Familiar [REDACTED] compreende os seguintes programas: Programa de saúde infantil e juvenil; Programa de planeamento familiar; Programa de saúde materna; Programa de prevenção oncológica; Programa de vigilância de diabéticos; Programa de vigilância de hipertensos; Programa de saúde do idoso e cuidados a doentes dependentes crónicos e o Programa de vacinação e programa de cuidados em situações de doença aguda (USF [REDACTED] 2020).

Segundo o BI-CSP, onde se expressa a Matriz Multidimensional de Desempenho, constata-se um total de 125 indicadores em 23 dimensões para avaliação da USF, obtendo um índice de desempenho global de 85,40%.

Em relação aos indicadores específicos “8 - Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médico/enfermeiro)”, este tem o valor mínimo de 38 e o valor atingido pela unidade foi de

59,056; no indicador “45- Proporção de mulheres entre 25-60 anos com rastreio cancro colo do útero” o valor mínimo é de 41 e o valor atingido pela unidade foi de 63,410; e no indicador “270 – índice de acompanhamento adequado em saúde materna” o valor mínimo era de 0,51 e o valor atingido foi 0,903.

Apêndice VIII- Caracterização Hospital

O Hospital [REDACTED] foi inaugurado em abril de 2013. Esta unidade de saúde faz parte da Unidade Local de Saúde [REDACTED] do Serviço Nacional de Saúde. Presta cuidados de saúde a cerca de 250 mil pessoas dos concelhos de [REDACTED] e possui valências básicas, intermédias e diferenciadas que são prestadas em regime de internamento e de ambulatório através de equipas clínicas multidisciplinares, altamente qualificadas para a prestação de serviços de saúde de excelência contando com equipamentos tecnológicos de primeira linha.

O Hospital [REDACTED] é ainda certificado pela Entidade Certificadora SGS em Gestão da Qualidade, Ambiente e Saúde e Segurança Ocupacional, sendo considerado um Hospital de nível I (Diário da República, 2014).

Conta com cerca de 1500 colaboradores desde médicos, enfermeiros, assistentes técnicos, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores de saúde, entre outros.

Em termos físicos é constituído por 46 gabinetes de consulta; 313 camas distribuídas por quartos individuais ou duplos com casa de banho privativa; 9 salas de cirurgia no Bloco Operatório e uma sala de cirurgia no Bloco de Partos; Bloco de partos com 5 salas individuais; Unidades de Cuidados Especiais; Heliporto, que permite um rápido e seguro transporte de doentes urgentes; Serviço de Psiquiatria com acesso próprio; Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamentos (vulgarmente designados de exames, análises e tratamentos) de apoio às diversas especialidades médicas e cirúrgicas.

Presta cuidados de urgência diferenciados, nomeadamente Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Urgência de Ginecologia/Obstetrícia.

Nas valências de internamento dos quais faz parte o serviço de Internamento de Obstetrícia e Ginecologia que está situado no piso 6. Este serviço é composto no total por 21 quartos (601-621), sendo que do 601 ao 603 e do 617 ao 621 são quartos duplos; o 604 trata-se de um quarto de pressão negativa destinado a situações de isolamento e os quartos do 605 ao 616 são quartos individuais. Os quartos são normalmente ocupados por puérperas, grávidas e utentes do foro ginecológico consoante a disponibilidade do serviço não havendo quartos destinados apenas para uma das áreas. O serviço dispõe também de uma sala polivalente destinada a grávidas em situação de indução de trabalho de parto.

No que se refere à equipa de enfermagem, no turno da manhã estão presentes 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e 3 Enfermeiros de Cuidados Gerais; no turno da tarde 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna

e Obstétrica e 2 Enfermeiros de Cuidados Gerais e no turno da noite, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e 1 Enfermeiro de Cuidados Gerais.

Destas valências consta também a consulta externa de Ginecologia e Materno-Fetal, situadas no piso 3. Este serviço é composto por 4 salas de consulta e 2 salas de exame. A consulta externa funciona no horário diurno, de 2^a a 6^a feira, sendo que a consulta de Ginecologia decorre das entre as 8h e as 20h e a consulta de Materno- Fetal entre as 8h e as 17h.

Em relação à equipa de enfermagem esta é constituída, na consulta de ginecologia, por 3 enfermeiras generalistas, e na consulta de materno- fetal por 2 EEESMO.

A valência do BP fica situada no mesmo piso da urgência de Ginecologia/Obstetrícia e articulam diretamente. O BP é constituído por 5 salas de parto individuais, e 1 sala de bloco operatório para a realização de cesarianas. Este inclui também uma sala de tratamento de enfermagem, 1 sala de limpos e 1 sala de sujios, e uma sala de recobro com capacidade para 2 camas.

Em relação à equipa de enfermagem, no turno da manhã estão presentes 4 EEESMO, no turno da tarde 4 EEESMO, sendo que existe a presença de um enfermeiro generalista extra que dá apoio à equipa de anestesia das 12h às 20h; no turno da noite estão presentes 4 EEESMO.

Apêndice IX- Panfleto “Massagem Perineal”

A importância da massagem Perineal

A massagem perineal é uma técnica essencial do 3º trimestre da gravidez, pois permite o alongamento e o aumento da elasticidade dos músculos do períneo, e promove a manutenção da flexibilidade dos tecidos da vulva.

A massagem perineal ajuda a preparar o períneo para o trabalho de parto e o parto, sendo que pode facilitar o momento expulsivo, e também contribuir para a recuperação no pós-parto.

A massagem perineal ajuda a diminuir o risco de:

- Necessidade de episiotomia
- Ruptura natural dos tecidos vulvares/perineais
- Necessidade de pontos

A massagem perineal permite aumentar a consciência corporal, o que pode implicar uma experiência de parto mais positiva.

É aconselhado que se inicie por volta das 34 semanas de gestação, 1 a 2 vezes por semana, em períodos de cerca de 5 a 10 minutos.

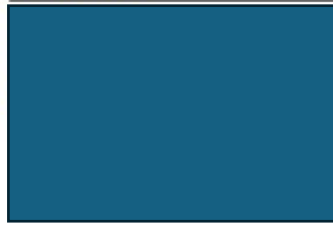


E quando é que a massagem não é recomendada?

Apesar dos seus benefícios, existem algumas situações em que a massagem perineal não está recomendada:

- ⇒ A mulher não se sente confortável com a realização da mesma;
- ⇒ Varizes Vaginais;
- ⇒ Ameaça de Parto Pré-Termo;

Saúde Materna



Massagem Perineal



Tel. Geral: 243 700 810



Conhecer o Períneo

O períneo é a zona de pele e músculo entre a vagina e o ânus.

Durante o trabalho de parto esta zona, de forma natural, fica mais flexível e esticada para permitir que a cabeça do bebé se adapte ao canal vaginal, possibilitando o nascimento.



Preparar o ambiente

O ambiente deve ser sereno, acolhedor e potenciador do relaxamento da grávida.



Deve ser um ambiente que proporcione privacidade e que permita que a grávida não seja interrompida.

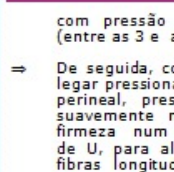
MASSAGEM PERINEAL

Como realizar a massagem perineal?

- ⇒ Lavar as mãos e garantir que as unhas não estão muito compridas para não arranhar;
- ⇒ Aplicar óleo de origem vegetal e espalhar pelos dedos, esfregando para aquecer;
- ⇒ Adotar a melhor posição: agachar, ficar de pé com uma perna apoiada, ou deitada;



⇒ Identificar a zona do períneo (perceber a textura da pele) e marcar 4 pontos: 12h (junto ao meato urinário), 9h, 6h (junto ao reto) e 3h, sendo que a massagem vai correr na zona entre as 3, 6 e 9h;



⇒ Inserir o polegar cerca de 4cms dentro da vagina e massajar suavemente mas com pressão da esquerda para a direita (entre as 3 e as 6h e entre as 6 e as 9h);

- ⇒ De seguida, com o polegar pressionar a zona perineal, pressionando suavemente mas com firmeza num formato de U, para alongar as fibras longitudinalmente.



E se for o companheiro a aplicar a técnica?

No 3º trimestre aumentam os desconfortos, sendo para muitas grávidas difícil realizar a massagem perineal de forma autónoma.

A massagem perineal é também uma forma de aumentar a confiança e intimidade entre o casal.

A realização da técnica pelo companheiro é bastante semelhante, sendo que neste caso o procedimento deve ser realizado com o dedo indicador em substituição do polegar.



Apêndice X- E-Book “Massagem Perineal”



— — — — —
♡ ♡ ♡
— — — — —

Massagem Perineal





Índice

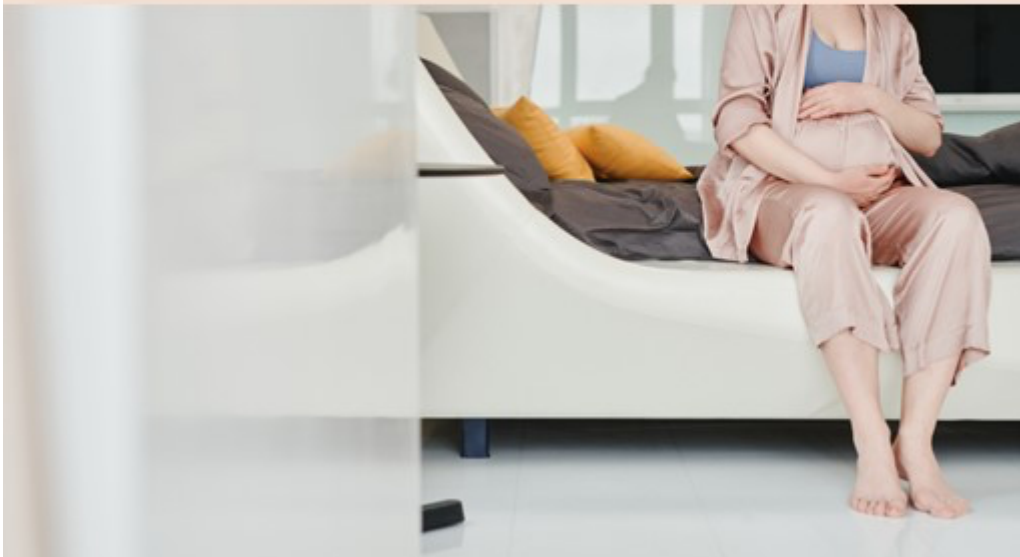
1. O que é a massagem perineal?
2. Conhecer o períneo
3. Massagem perineal

Vantagens

Contra- Indicações

Preparação do ambiente

Técnica da massagem





O ser humano tende a contrair-se em situações causadoras de dor.

A resposta natural do organismo à dor perineal é a mesma: contrair.

O objetivo da massagem perineal, mais do que aumentar a flexibilidade dos tecidos, é a prática do relaxamento na contração.



O que é a massagem perineal?



- A massagem perineal pré-natal consiste na aplicação de massagem no períneo de uma mulher grávida, na região do orifício vaginal.
- A mesma é normalmente realizada nas últimas quatro a seis semanas de gestação, e pode ser realizada pela mulher grávida ou pelo(a) companheiro(a).¹

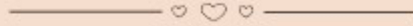




- No período pré-natal é frequentemente associada a um efeito protetor no trauma perineal resultante da distensão dos tecidos perineais, uma vez que promove o relaxamento perineal e melhora a circulação sanguínea nos tecidos.^{2,3}
- Esta técnica permite a preparação dos tecidos perineais, uma vez que permite um alongamento suave e adequado, de acordo com a tolerância da grávida, da pele e dos músculos e tecidos que se encontram no períneo.⁴



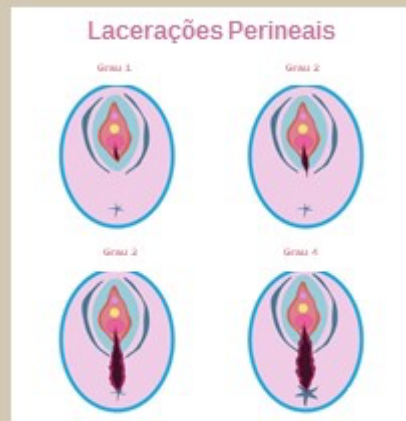
Conhecer o períneo



Antes de explorarmos a técnica da massagem perineal é essencial que nos familiarizemos com o períneo, e também com as possíveis lacerações do mesmo derivadas do trabalho de parto.

O períneo situa-se na zona inferior do pavimento pélvico, sendo que esta região é formada pelo triângulo urogenital, onde se encontram os órgãos genitais externos, e pelo triângulo anal, que contém o orifício anal; o centro fibroso do períneo encontra-se entre a vagina e o ânus.

A lesão perineal é a consequência mais comum associada ao parto vaginal, sendo que 30% a 85% das mulheres sofrem algum tipo de laceração do períneo, e que 0,6% a 11% de todos os partos vaginais resultam em laceração perineal de grau três ou quatro.^{6,7}



Massagem Perineal: Vantagens



Aumentar a elasticidade dos tecidos do períneo

A massagem aumenta o fluxo sanguíneo na área perineal, e aumenta gradualmente de acordo com a tolerância da grávida a elasticidade dos tecidos, promovendo o relaxamento perineal e diminuindo a rigidez muscular da área.

Diminuir a probabilidade de laceração/episiotomia

1 em 15 mulheres que realizam massagem perineal regularmente não requerem episiotomia ou têm algum tipo de laceração que requeira sutura durante o parto.

Consciencialização corporal em preparação para o parto

Permite uma maior percepção corporal, assim como a realização da massagem perineal permitirá à mulher associar durante o trabalho de parto quais as sensações físicas e mentais que irá experienciar e, conseqüentemente, ajudará ao relaxamento e à aplicação de força de forma adequada no período expulsor.



Massagem Perineal: Contra- Indicações



A massagem perineal está contraindicada em algumas situações:

- ♥ Antes das 34 semanas de gestação;
- ♥ Colo uterino curto;
- ♥ Placenta prévia;
- ♥ Ameaça de parto pré-termo;
- ♥ Pré-eclampsia;
- ♥ Herpes ou infecção vaginal;
- ♥ Qualquer outra condição que envolva sangramento vaginal na segunda metade da gravidez.⁹



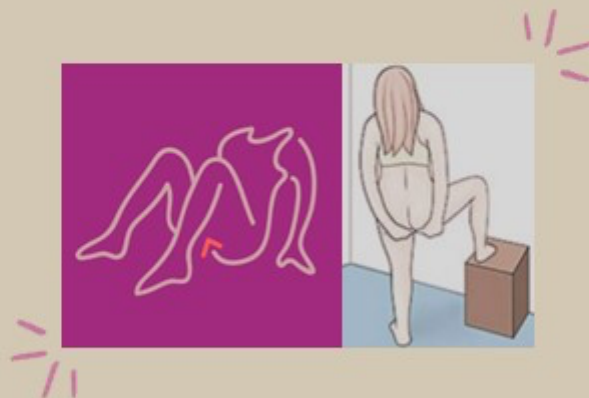
Preparação do Ambiente



A massagem deve, idealmente, ser realizada num ambiente **calmo** e **seguro**, que garanta **intimidade** e **privacidade**, sendo que a mesma pode ser realizada de forma **independente** pela grávida, ou então realizada com o seu **companheiro(a)**.¹⁰

A posição a adotar deve ser **confortável** e permitir de uma forma **tranquila** a realização da massagem: agachar-se, ficar de pé com uma perna apoiada, ou deitada.

É essencial que as mãos sejam lavadas antes da realização da massagem e idealmente as unhas devem estar curtas e aparadas, por forma a não causarem algum problema.⁶



Técnica da Massagem



Recomenda-se às grávidas a realização da massagem a partir das 34 semanas de gravidez, uma ou duas vezes por semana, em períodos de cerca de 10 minutos."

Técnica:

Inserção dos polegares lubrificados cerca de 2-3cms dentro da vagina, fazendo movimentos laterais e descendentes em direção ao ânus até a grávida sentir os tecidos a distender, sendo que é possível que até sinta um ligeiro ardor, mas não dor. A posição de distensão deverá ser mantida durante um a dois minutos. De seguida, a porção inferior da vagina deverá ser massajada com movimentos em "U" durante dois a três minutos."



Usar lubrificantes de origem vegetal, nomeadamente azeite, óleo de coco, de amêndoa ou óleo de vitamina E, não devendo ser utilizados óleos minerais ou vaselina."

Técnica da Massagem



No último trimestre, devido aos desconfortos causados pela gravidez e à dificuldade em conseguir estar numa posição confortável, muitas grávidas optam por pedir o apoio do parceiro(a) para a realização da técnica de massagem perineal.¹⁰

A preparação do ambiente é semelhante, assim como a técnica, no entanto quando é o parceiro(a) a realizar a mesma, recomenda-se o uso do dedo indicador em vez do polegar, tornando mais fácil a realização do procedimento.¹⁰

É essencial que a grávida vá guiando o parceiro(a) na realização da massagem, em relação à sua sensibilidade e tolerância à dor, uma vez que a massagem perineal não deve ser dolorosa.¹⁰





Consulta de Obstetrícia
Hospital de Vila Franca de Xira



Autoria de:
Enfermeira Catarina Paulino AMEESMO

Orientação:
Enfermeira ESSMO Isabel Martins

Docente:
Açucena Guerra

Escola Superior de Saúde de Santarém-
Instituto Politécnico de Santarém
9º CMESMO

Referências Bibliográficas

1. Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 4, CD005123. <https://doi.org/10.1002/14651958.CD005123.pub3>
2. Meir-dan, E., Wallfisch, A., Raz, L., Levy, A., & Hollak, M. (2008). Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial. *The Israel Medical Association Journal*, 10 (7), 499-502.
3. Ugwu, E. O., Ilorikwe, E. S., Oki, S. N., Elese, G. U., & Ozumba, B. C. (2018). Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 44(7), 1252-1259. <https://doi.org/10.1111/jog.13640>
4. Thomas, T., & Mallias, A. (2015). A Quasi-Experimental Study on The Prevention of Perineal Trauma by Perineal Massage Among Multiparous Women in A Selected Hospital at Mangalore. *Indian Journal of Research*, 4(5), 495-496.
5. Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2011). *Anatomia e fisiologia* (8a ed.). Lusociência.
6. Abdelhakim, A. M., Eldesouky, E., Elmagd, I. A., Mohammed, A., Farag, E. A., Mohammed, A. E., Hamam, K. M., Hussein, A. S., Ali, A. S., Keshia, N. H. A., Hamza, M., Samy, A., & 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. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04302-8>
7. Villot, A., Delfieux, X., Demoulin, G., Rivain, A.-L., Trichot, C., & Thubert, T. (2015). [Management of third and fourth degree perineal tears: A systematic review]. *Journal De Gynecologie, Obstetrique Et Biologie De La Reproduction*, 44(9), 802-811. <https://doi.org/10.1016/j.jcyg.2015.06.005>
8. Hadzadeh-Talesaz, Z., Sadeqhi, R., & Khadivzadeh, T. (2019). Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 58(6), 737-747. <https://doi.org/10.1016/j.sjog.2019.09.003>
9. Elseibey, F. I. (2018). "Comparison of The Effects of Prenatal Perineal Massage Versus Kegel Exercise on Labor Outcome." *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSRJNHS)*, vol. 7, no.3, pp. 43-53.
10. NHS. (2018). Antenatal Perineal Massage. Harrogate: National health service Foundation Trust, obtido em 10/2023, de <https://www.hdlnhs.uk/wp-content/uploads/2018/07/Antenatal-Perineal-Massage.pdf>
11. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins--Obstetrics. (2016). Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 128(1), e1-e15. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001523>

Imagens retiradas de:

- <https://www.mypfm.com/post/perineal-tears>
- <https://myexpertmidwife.com/blogs/my-expert-midwife/why-you-should-do-perineal-massage-and-how-to-do-it>



ANEXOS

ANEXO I- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



PARECER
Comissão de Ética para a Saúde

PARA: Presidente do Conselho de Administração

DE: Presidente da CES

ASSUNTO: PARECER SOBRE O PROJETO DE INVESTIGAÇÃO,

INTITULADO: O impacto da massagem perineal para uma experiência de parto
positiva

DATA: 27/06/2024

1. Enquadramento

Estudo randomizado controlado que pretende responder à questão "Qual o impacto para a mulher da realização de massagem perineal no segundo estadió do trabalho de parto?" No estudo irão dividir os participantes em dois grupos (controlo e intervenção), sendo que no grupo de intervenção será aplicada a técnica de massagem perineal no 22 estadió do trabalho de parto. Depois da expulsão da placenta, o períneo será avaliado pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica e este irá classificar a sua integridade e será efetuado um inquérito à participante acerca da sua experiência de parto.

2. Avaliação da pertinência do estudo, a qualidade da sua conceção e o protocolo elaborado

Foi avaliada a relevância e ganhos para a saúde, bem como a validade científica do protocolo de estudo.

3. Avaliação dos riscos e benefícios previsíveis

O lubrificante utilizado para a massagem perineal identificado no protocolo (Óleo de amêndoas doces) poderá acarretar um risco para a participante uma vez que não é indicado para administração vaginal.

Na nossa instituição está disponível o Gel lubrificante estéril à base de água (OptilubeTM) que poderá ser utilizado por via vaginal.

Com a utilização de um lubrificante adequado consideramos o binómio risco-benefício equilibrado.

4. Aptidão do investigador principal

A investigadora principal é Catarina Paulino, Enfermeira do Serviço de Pediatria do Hospital desta ULS, e o projeto deverá ser desenvolvido no Bloco de Partos do Hospital, no âmbito de uma tese de mestrado do curso de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A orientadora do projeto é a Dra. Açucena Guerra da Escola Superior de Saúde de Santarém.

5. Condições materiais e humanas necessárias à realização do estudo

Consideram-se adequadas as condições materiais e humanas existentes no nosso Hospital para a realização da investigação em apreço.

6. Montantes e modalidades de compensação eventuais dos participantes

Não estão previstas compensações aos participantes do estudo.

7. Modalidades de recrutamento dos participantes

Os critérios de inclusão e exclusão estão bem definidos no protocolo.

8. Situações de conflito de interesse por parte do promotor e do investigador

Desconhecem-se situações de conflito de interesse.

9. O prazo e condições de acompanhamento clínico dos participantes, após a conclusão do estudo clínico bem como, quando aplicável, o prazo de presunção superior ao

previsto no nº3 do artigo 152 da Lei nº21/2014 de 16 de Abril. Não aplicável ao presente estudo.

10. O procedimento de obtenção de consentimento informado

A apreciação da DPO da ULS [REDACTED] aprova a realização do estudo mediante preenchimento de consentimento informado.

A CES, em sessão realizada a 27 de junho de 2024, apreciou a fundamentação do investigador principal sobre o pedido de parecer e não encontrou conflitos éticos a condicionar a realização do Estudo, se assegurada a utilização de um lubrificante adequado para a massagem.

O processo foi votado pelos membros da CES presentes e foi aprovado por unanimidade.

Presentes: Ana Azevedo, Helena Russo, Liliana Ciobanu, Maria Fernanda da Silva Henriques, Miguel Galego, Pedro Lopes, Rita Martins, Vera Guimarães.

A Relatora



A Presidente da CE



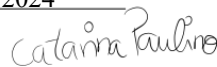
ANEXO II- REGISTO DE ATIVIDADES

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family Counseling and health promotion	413
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant women:	228
• Exames pré-natais/Prenatal Examinations (100)	
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor:	43
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	
• Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	0
• Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiples births	0
• Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	5
• Episiotomia/Episiotomy	4
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy	35
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at the risk	244
• Gravidez/Pregnancy (40)	
• Trabalho de parto/Labor	6
• Puerpério/Puerperium	5
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	144
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy new-born (100)	154
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care	8
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology	41
Prática simulada/Simulated practice:	
• Prática de manobras de Leopold/Leopold's maneuver practice	X
• Prática de partos eutócicos/Practice of eutocic births	2
• Prática de partos pélvicos/ Practice of breech births	2
• Prática de distocias de ombros/Shoulder dystocia practice	2
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/Pratice on episiorrhaphy, periniorrhaphy	X

Santarém, 15/07/2024

Estudante/Student



Professor/Teacher

Assinado por: AÇUCENA DE JESUS GALHANAS

GUERRA

Num. de Identificação: 12721674

Coordenador do curso/The course coordinator

Assinado por: Maria da Conceição Fernandes

Santiago

Num. de Identificação: 08560601