



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

Sara Filipa Garrido Coração Franco

Orientador(es) | A. Frias

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

Sara Filipa Garrido Coração Franco

Orientador(es) | A. Frias

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora)

Vogais | A. Frias (Universidade de Évora) (Orientador)
Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora) (Arguente)

*“Para mudar o mundo,
é preciso primeiro mudar a forma de nascer”*

Michel Odent

RESUMO

Título: Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais.

A prestação de cuidados de Enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica pressupõe previamente a aquisição e desenvolvimento de um conjunto de competências. O Estágio de Natureza Profissional permitiu a aquisição das competências gerais e específicas propostas. O presente relatório surge para descrever o processo de aquisição das mesmas. Em simultâneo foi possível fortalecer e desenvolver o conhecimento numa área específica, relacionada com o momento do parto. Durante o parto vaginal é essencial que os tecidos do canal de parto e períneo obtenham distensibilidade suficiente para que não ocorram lacerações e lesões agravadas. Foram exploradas as técnicas de prevenção de lesões perineais e prevenção de episiotomia. A experiência em diferentes campos de estágio permitiu explorar este assunto de forma teórica, e permitiu pôr em prática os conhecimentos adquiridos. Foram atingidos os objetivos delineados previamente relativos à aquisição de competências e prestação de cuidados especializados.

Descritores: Períneo; Assoalho Pélvico; Enfermagem Obstétrica; Trabalho de Parto.

ABSTRACT

Title: Perineal preparation for labor: Prevention of episiotomy / perineal lacerations.

The provision of specialized Nursing care in Maternal and Obstetric Health presupposes the acquisition and development of a set of specific skills. The Professional Internship carried out allowed the acquisition of the specific skills proposed and this report appears to describe the process of acquiring them. At the same time, it was possible to strengthen and develop knowledge in a more specific area, essentially related to the moment of childbirth. During vaginal birth, the pelvic floor undergoes major changes so that the fetus can pass through the birth canal. It is essential that the tissues of the birth canal and perineum obtain sufficient distensibility so that lacerations and aggravated injuries do not occur. Techniques for preventing perineal injuries in the second stage of labor and preventing episiotomy were explored. The experience in different fields of internship allowed to explore this subject in a theoretical way, allowing to put the acquired knowledge into practice. The outlined objectives, relating to the provision of specialized care, were achieved, contributing to the acquisition and development of skills.

Descriptors: Perineum; Pelvic Floor; Obstetric Nursing; Labor, Obstetric.

Índice

1. INTRODUÇÃO	10
2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	12
2.1. USF ALCAIDES	13
2.2. CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE	15
2.3. HOSPITAL ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA.....	18
3. CONTRIBUTO PARA A ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	22
3.1. ESCOLHA DA TEMÁTICA – REVISÃO DA LITERATURA	23
3.2. METODOLOGIA	35
3.3. RESULTADOS.....	37
4. PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA A MELHORIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	45
4.1. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO PLANEAMENTO FAMILIAR E DURANTE O PERÍODO PRÉ-CONCECIONAL	46
4.2. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL	47
4.3. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O TRABALHO DE PARTO	51
4.4. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL.....	56
4.5. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO DO CLIMATÉRIO	58
4.6. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE A VIVENCIAR PROCESSO DE SAÚDE/DOENÇA GINECOLÓGICA.....	59
4.7. CUIDAR O GRUPO-ALVO: MULHERES EM IDADE FÉRTIL INSERIDO NA COMUNIDADE	59
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
APÊNDICES.....	70
APÊNDICE A – GRELHA CURRICULAR	72
APÊNDICE B – PLANO DA 1ª SESSÃO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE.....	74
APÊNDICE C – PLANO DA 2ª SESSÃO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE.....	77
APÊNDICE D – PLANO DA 3ª SESSÃO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE	80

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

APÊNDICE E – PLANO DA 4ª SESSÃO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE	83
APÊNDICE F – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE	86
APÊNDICE G – RESULTADOS OBTIDOS NA AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE	89
APÊNDICE H – ARTIGO PUBLICADO: VINCULAÇÃO PATERNA NO PRÉ-NATAL.....	94

Índice de Figuras

Figura 1- Cronograma de Estágio.....	12
Figura 2- Pirâmide Etária dos utentes inscritos na USF Alcaides em Outubro/2021.....	14
Figura 3- Distrito do Porto.....	16
Figura 4- Gráfico da evolução do nº de partos entre 2016 e 2020 no CHPVVC	17
Figura 5- Distrito de Évora.....	18
Figura 6- Gráfico de evolução do nº de partos entre 2016 e 2020 no HESE ...	19
Figura 7- Componentes da Questão de Investigação	23
Figura 8- Fluxograma dos diferentes processos de revisão.....	24
Figura 9- Resumo dos artigos.....	28
Figura 10- Classificação dos graus das lacerações perineais.....	28
Figura 11- Descrição dos Partos Realizados.....	37
Figura 12- Frequência de sessões de Preparação para o parto pelas grávidas assistidas.....	38
Figura 13- Escolha de analgesia epidural pelas grávidas assistidas.....	39
Figura 14- Resultados obtidos nos partos - lesões perineais	39
Figura 15- Resultados obtidos nos partos - lesões perineais/paridade	43

1. Introdução

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, para obtenção do grau de mestre pela Escola Superior De Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora, realizou-se um Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final que decorreu durante o 2.º ano do curso, de Setembro de 2020 a Agosto de 2021. Este estágio visou a aquisição de um conjunto de competências especializadas. De acordo com o Regulamento nº140/2019 publicado em Diário da República, o enfermeiro especialista reúne um conjunto de conhecimentos, adquirindo determinadas competências que o permitirão atuar em todos os contextos de vida das pessoas que cuida. Neste sentido, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na área de especialidade por si escolhida. No âmbito da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, prevê-se o desenvolvimento de competências específicas tal como nos é identificado no Regulamento nº391/2019 publicado em Diário da República.

A experiência clínica desenvolveu-se em campos de estágio diferentes, em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), Sala de Partos, Serviço de Grávidas/Ginecologia, Bloco de Partos/Urgências Obstétricas e Ginecológicas, Puerpério tendo sido a duração variável entre quatro a oito semanas.

De acordo com o planeamento da unidade curricular de estágio de natureza profissional com relatório final, definiu-se como objetivos do estágio:

- Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional, no período pré-natal, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, nos vários estádios do trabalho de parto em situação de saúde/desvio de saúde, no período puerperal em situação de saúde/desvio de saúde, durante o período pós-natal, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, demonstrando responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

- Demonstrar aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência.

- Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional.

Este relatório pretende-se crítico-reflexivo e fundamenta-se em evidências científicas, assentando nas experiências vivenciadas no decorrer do processo de aprendizagem, tendo como foco os objetivos alcançados e as competências adquiridas. No decorrer do Estágio adotou-se uma metodologia com base na pesquisa bibliográfica.

O conceito de “normalidade” no trabalho de parto e nascimento de um bebé não é universal. Nos últimos anos pode-se observar um aumento significativo da aplicação de várias práticas para iniciar, acelerar, regular e monitorizar o processo fisiológico do trabalho de parto. A crescente medicalização deste processo tende a interferir nos resultados esperados para a mulher e para o bebé, tendo um impacto mais negativo na experiência do nascimento (OMS, 2018).

Ao longo do Estágio foi possível refletir sobre as atitudes e decisões tomadas ao durante o período de trabalho de parto. Entre as técnicas utilizadas no parto, foi importante refletir sobre a utilização da episiotomia no segundo estadio do trabalho de parto. A episiotomia consiste numa incisão do períneo com o objetivo de aumentar a área de saída do feto. Esta técnica só se encontra indicada em partos vaginais distócicos, macrosomia fetal, cicatrizes prévias na área genital que possam resultar em lacerações graves ou sofrimento fetal (Néné, Marques, & Batista, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a utilização de técnicas de prevenção de lesões perineais no segundo estadio do trabalho de parto, tais como massagem perineal, a técnica de “hands off/hands on” no período expulsivo de forma a amparar o períneo e compressas mornas, por exemplo. A utilização da episiotomia de forma liberal e/ou rotineira também não é recomendada (OMS, 2018).

Relativamente à estrutura este relatório inicia-se com a presente introdução, seguindo-se a descrição do contexto clínico onde decorreu o estágio, do contributo para a assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, análise reflexiva sobre o processo de aquisição de competências, as considerações finais e as referências bibliográficas.

Para a realização deste relatório foi aplicado o novo acordo ortográfico, respeitando as recomendações da Universidade de Évora e redigido de acordo com as normas de publicação de trabalhos da American Psychological Association (APA) a 7.ª edição (APA, 2020).

2. Contexto Clínico do Estágio de Natureza Profissional

A execução deste Relatório enquadra a experiência clínica ocorrida em diferentes campos clínicos por diferentes períodos de tempo. O Estágio foi realizado em três unidades de saúde diferentes: Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde (CHPVVC), Hospital Espírito Santo de Évora (HESE) e Unidade de Saúde Familiar (USF) Alcaldes de Montemor-o-Novo. A distribuição temporal/espacial realizou-se conforme a figura abaixo:

	Data		Duração
CS USF Alcaldes	14/Set.	a	6
	23/Out.		semanas/21 turnos
Bloco de Partos CHPVVC	26/Out.	a	6
	4/Dez		semanas/21 turnos
Bloco de Partos HESE	21/Fev.	a	4
	20/Março		semanas/14 turnos
Puerpério HESE	22/Março	a	5
	23/Abril		semanas/18 turnos
Grávidas Patológicas e Ginecologia HESE	26/Abril	a	5
	28/Maio		semanas/21 turnos
Bloco de Partos HESE	31/Maio	a	8
	23/Julho		semanas/28 turnos

Figura 1- Cronograma de Estágio

Considera-se de extrema importância referir que este Estágio Profissional decorreu num período em que o país estava a atravessar uma Pandemia pelo vírus SARS-COV2. Pandemia esta com impacto mundial aos mais diferentes níveis. Segundo a OMS (2021), a COVID-19 espalhou-se pelo mundo, afetando direta ou indiretamente todos os países. Trata-se de uma doença com uma capacidade de disseminação elevada, tendo atingido até os sistemas de saúde mais robustos. A transmissão da

doença, através de partículas inaladas, maioritariamente ocorre em contactos próximos, em locais fechados com pessoas infetadas (OMS,2021). Por este motivo, os serviços de saúde, locais onde as possibilidades de transmissão da doença eram elevadas, tiveram necessidade de se adaptar à nova realidade. Ao nível do desenvolvimento do Estágio, foram várias as alterações necessárias, quer ao nível do cronograma, quer ao nível das atividades nos locais de estágio.

Para além de todo o impacto da doença COVID-19 na população em geral, esta pandemia revelou consequências indiretas no que concerne à saúde materna, incluindo a diminuição do acesso aos serviços de saúde, o impacto na saúde mental das grávidas e puérperas e a privação económica/financeira (Wastnedge, et al., 2021).

2.1. USF Alcaides

Inserida no Centro de Saúde de Montemor-o-Novo (ACES Alentejo Central), a USF Alcaides é uma estrutura organizativa do SNS, na área dos CSP, com autonomia de gestão técnica-assistencial que deseja melhorar o nível de saúde da população inscrita, melhorando a qualidade e eficiência dos serviços prestados. Iniciou atividade em 2011, como USF Modelo A e assim se mantém até ao momento. É essencialmente constituída por 15 profissionais, distribuídos por três grupos profissionais: 5 enfermeiros, 5 médicos e 5 secretários clínicos. Estes grupos funcionam por equipas e cada equipa é responsável pela execução dos diferentes programas: a) de saúde infantil e juvenil; b) de planeamento familiar; c) de saúde materna; d) de prevenção de doença oncológica; e) de vigilância de diabéticos; f) de vigilância de hipertensos; g) saúde do idoso; h) visitação domiciliária; i) de vacinação j) cuidados em doença aguda (Caeiro, Augusto, Bilro, & Fonseca, 2018). A USF Alcaides conta também com a colaboração de uma psicóloga clínica, um nutricionista, um técnico de serviço social, um dentista e um higienista oral, complementando e enriquecendo os cuidados a prestar a população abrangente.

À data de realização deste relatório, segundo o Registo Nacional de Utentes datado de Outubro/2021, esta USF servia um total de 8849 utentes. A Ordem dos Enfermeiros (OE) publicou, a 25 de Setembro de 2019, em Diário da República, o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem, onde se pode verificar estabelecido o rácio cliente/enfermeiro. Segundo a

OE, numa USF aplica-se o seguinte rácio: 1 (um) enfermeiro por 1.550 clientes. Refletindo sobre este valor, pode-se confirmar que o número de clientes excede o previsto para os 5 enfermeiros a exercer funções na USF. Na figura 2, abaixo apresentada, podemos confirmar distribuição dos utentes inscritos na unidade por faixa etária e pelo sexo.

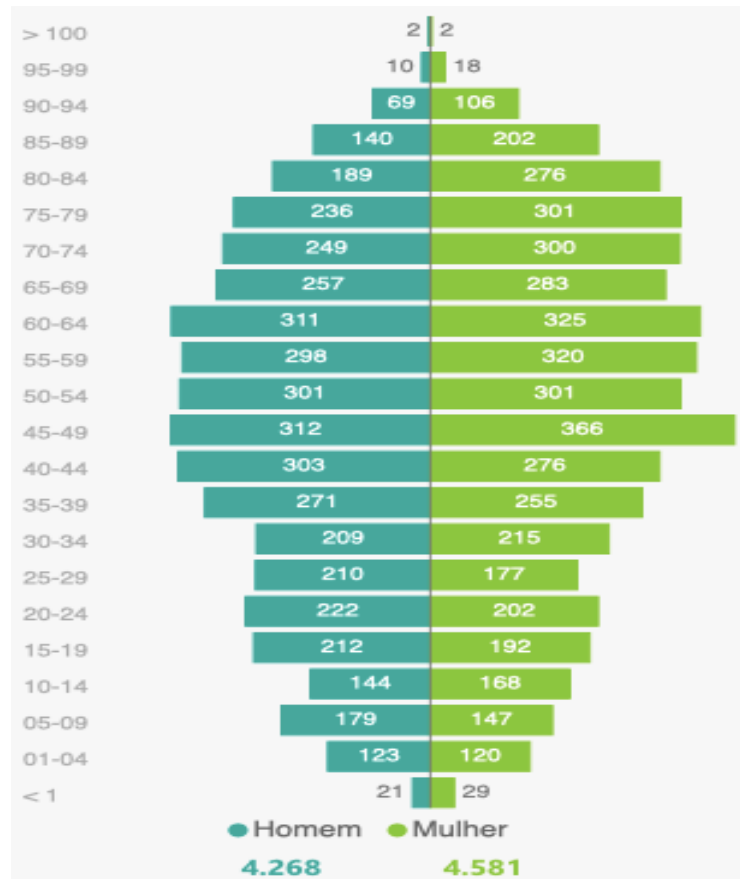


Figura 2- Pirâmide Etária dos utentes inscritos na USF Alcaides em Outubro/2021

A USF Alcaides tem como área de atuação uma freguesia urbana, Nossa Sra. do Bispo/Sra. da vila e quatro freguesias rurais: Escoural, Foros de Vale Figueira, Lavre e Ciborro.

A nível de estrutura física, a USF Alcaides encontra-se alocada no rés-do-chão do CS de Montemor-o-Novo. Apresenta 10 gabinetes, 1 sala de tratamentos, farmácia e 1 sala de espera que se encontra dividida fisicamente para que os utentes se

distribuem consoante a consulta que esperam (consulta de planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil e saúde do adulto).

No contexto da pandemia, várias foram as alterações efetuadas nos diferentes serviços de saúde, quer fisicamente quer ao nível da organização e seguimento dos utentes. Neste contexto em específico, verificou-se o decréscimo do número de consultas agendadas presencialmente. Também se pode verificar a suspensão de atividades anteriormente implementadas, tal como o Curso de Preparação para o Parto disponibilizado pela EESMO a exercer funções na Unidade.

As orientações da Direção Geral da Saúde (DGS) foram-se alterando ao longo do decurso da pandemia, contudo o princípio do cuidar manteve-se, pelo que relativamente à vigilância da grávida de baixo risco não houve alteração do esquema previamente definido no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Segundo a DGS (2015), deve ser realizada a primeira consulta pré-natal o mais precocemente possível e até às 12 semanas de gravidez. Adicionalmente devem ser agendadas consultas a cada 4-6 semana até às 30 semanas de gestação. Entre as 30 e as 36 semanas a periodicidade diminui para consultas a cada 2-3 semanas. Na reta final da gravidez, após as 36 semanas as consultas deverão acontecer a cada 1-2 semanas. A DGS apresentou a orientação nº 018/2020, onde aconselhava a manter a vigilância da gravidez de baixo risco de acordo com as orientações em vigor. As consultas pré-natais poderiam ser realizadas por vídeoconsultas/teleconsultas. Contudo, a primeira consulta da gravidez e as consultas realizadas após as 35 semanas deveriam ser presenciais. É importante privilegiar as consultas presenciais, particularmente sempre que se detetam fatores de risco ou intercorrências ao longo da gravidez.

2.2. Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

O CHPVVC é composto por duas unidades Hospitalares, sendo que uma se localiza no centro da cidade da Póvoa de Varzim e outra no centro da cidade de Vila do Conde, com cerca de 4 quilómetros de distância entre elas. Na unidade situada na Póvoa de Varzim pode-se encontrar os seguintes serviços: Urgência Geral, Urgência Pediátrica, Consulta Externa, Internamento de Ginecologia/Obstetrícia, Bloco de Partos, Bloco Operatório, Internamento de Ortopedia, Internamento de Pediatria e Internamento

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

de Cirurgia Geral, Também se pode encontrar o Serviço de Patologia Clínica e Imuno-Hemoterapia, Imagiologia, Serviços Farmacêuticos, Esterilização, Serviço Social, Gabinete do Cidadão e Capela. Na unidade situada em Vila do Conde pode-se encontrar o serviço de Medicina Interna, a Unidade de Cirurgia de Ambulatório, os Serviços Financeiros e o Serviço de Gestão de Recursos Humanos.

A área de influência do Centro Hospitalar abrange essencialmente os concelhos da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde, pertencentes ao distrito do Porto, conforme representado na figura. Contudo, verifica-se a utilização dos serviços de saúde prestados pelo CHPVVC por habitantes de algumas freguesias vizinhas de outros municípios, nomeadamente de Esposende, Barcelos e Famalicão. Os concelhos de Póvoa de Varzim e Vila do Conde registaram nos Censos de 2021 um aumento da população residente, sendo o número apurado de 64257 e 80831 habitantes, respetivamente (Pordata, 2021).



Figura 3- Distrito do Porto

O serviço de Obstetrícia/Ginecologia está integrado na Unidade da Póvoa de Varzim, no CHPVVC, localizando-se no 1.º piso. O serviço funciona para assistência às grávidas em trabalho de parto (Bloco de Partos), para internamentos no período de puerpério, e grávidas de risco, bem como para internamentos do âmbito da ginecologia, em regime de vigilância e cirurgia programada.

Considera-se importante apresentar o número de partos realizados no CHPVVC e a sua evolução nos últimos anos. Adicionalmente acrescentou-se o nº de cesarianas realizadas e apresenta-se esses dados na figura 4 que se segue.

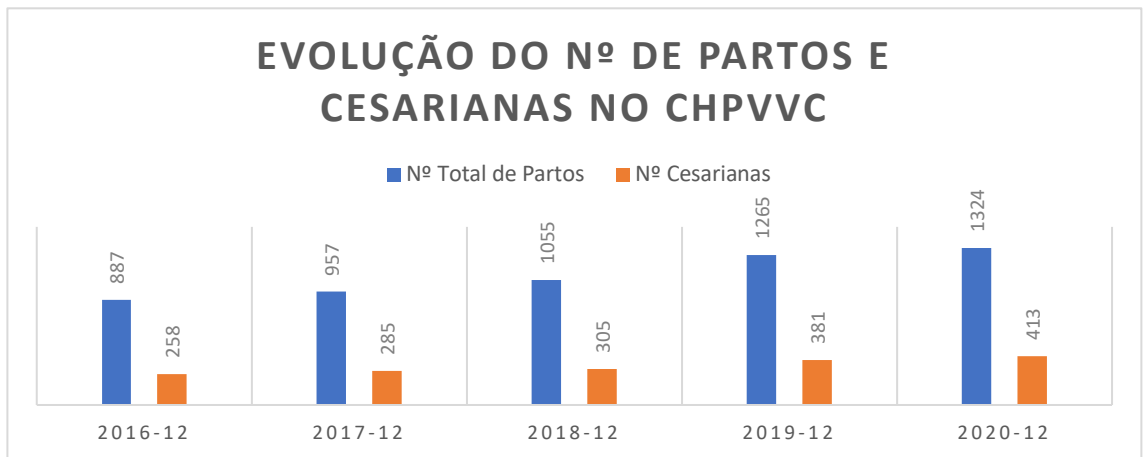


Figura 4- Gráfico da evolução do nº de partos entre 2016 e 2020 no CHPVVC

À data da realização do Estágio, a equipa de Enfermagem do serviço de Obstetrícia/Ginecologia era composta por 28 enfermeiras, 27 das quais Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e 1 enfermeira Generalista que se encontrava a realizar o Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica.

Em termos de estrutura física o serviço está dividido, estruturalmente, em duas unidades funcionais: O Bloco de Partos e o Internamento. De forma a explicar um pouco mais sobre como está dividido este espaço físico do Bloco Partos, onde foi desempenhado o Estágio, passaremos a enumerar as diferentes estruturas que o compõe: O Bloco de Partos está dividido, fisicamente em: 1 sala de espera com 1 casa de banho, para uso das utentes; 1 vestiário para a equipa multidisciplinar; 1 sala de admissão, destinada à observação das utentes que recorrem à urgência de obstetrícia/ginecologia; 1 sala de exames complementares de diagnóstico, equipada com cardiotógrafos; 1 sala de trabalho de enfermagem; 1 casa de banho, para uso exclusivo das utentes em trabalho de parto; 1 sala de apoio à enfermagem; 1 sala de estar para acompanhantes/familiares; 5 salas de partos; 1 sala de reanimação do Recém-Nascido (RN); 1 sala de arrumos e uma sala de sujos.

No Bloco de Partos deste serviço também foi possível observar determinadas restrições e constrangimentos no âmbito da pandemia Covid-19. À data do Estágio já

havia sido feitos alguns progressos, na tentativa de regressar ao normal funcionamento do serviço. Neste serviço, pela sua estrutura física previamente mencionada, a grávida em trabalho de parto, aquando da sua admissão, era encaminhada para uma das cinco salas disponíveis, sala essa que não era partilhada com mais ninguém. Por este motivo, era permitida a entrada de um acompanhante desde o momento da admissão, até à sua transferência para o serviço de Puerpério.

As grávidas com entrada previamente definida, na véspera do seu internamento, eram sujeitas a um teste de pesquisa SARS-COV2. Caso o acompanhante pretendesse permanecer junto da grávida durante todo o internamento, seria também ele sujeito ao teste de forma prévia. No caso das grávidas admitidas pelo Serviço de Urgência Obstétrica, tanto a grávida como o acompanhante realizavam teste SARS-COV2 no momento da admissão. O maior constrangimento encontrado à data do estágio foi precisamente nos casos em que o resultado do teste SARS-COV2 era positivo. Nestas situações as grávidas eram transferidas para o Hospital Pedro Hispano, a cerca de 30 quilómetros de distância. Importante ressaltar que logo que lhes foi possível, os profissionais deste serviço retomaram o Curso de Preparação para o Parto, em modo híbrido (aulas online/aulas presenciais).

2.3. Hospital Espírito Santo de Évora

O Hospital Espírito Santo de Évora (HESE) encontra-se inserido na região do Alentejo Central, é definido pelo Ministério da Saúde como um Hospital Central de Apoio Perinatal Diferenciado. A sua área de influência engloba todos os concelhos do Alentejo



Figura 5- Distrito de Évora

Central, apresentados na figura 5, com cerca de 152436 habitantes (Pordata, 2021). Contudo, pode-se observar uma adesão aos cuidados de saúde prestados por cada vez mais doentes provenientes do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral.

O HESE presta cuidados de saúde em quatro edifícios distintos: O Edifício do Espírito Santo, o Edifício do Patrocínio, o Edifício do Hospital Militar e o Edifício do Quartel das Mesquitas. Todos os edifícios mencionados localizam-se no centro da cidade de Évora e dá resposta às mais diferentes necessidades da população, oferecendo as seguintes valências/especialidades/serviços: cardiologia, dermatologia, gastroenterologia, hematologia, imunologia, medicina interna, medicina física e reabilitação, nefrologia, neurologia, oncologia, pneumologia, radioterapia, unidade de AVC, hospitalização domiciliária, anestesiologia, cirurgia de ambulatório, bloco operatório, cirurgia (geral, pediátrica, plástica e vascular), estomatologia, neurocirurgia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, urologia, pediatria, neonatologia, obstetrícia, ginecologia e psiquiatria.

No âmbito da saúde da mulher, o HESE presta cuidados à mulher grávida e sua família ao longo dos três trimestres da gravidez e nascimento, assim como nas quatro primeiras semanas pós-parto. Presta também cuidados a utentes no âmbito da Ginecologia. O Serviço de Obstetrícia/Ginecologia inclui as valências de Obstetrícia, Ginecologia, o Bloco de Partos e Bloco Operatório Materno-Infantil (BOMI) onde se realizam cesarianas e cirurgias ginecológicas programadas.

Considera-se importante apresentar o número de partos realizados no HESE e a sua evolução nos últimos anos. Adicionalmente acrescentou-se o número de cesarianas realizadas e apresenta-se esses dados na figura 6, abaixo apresentada.

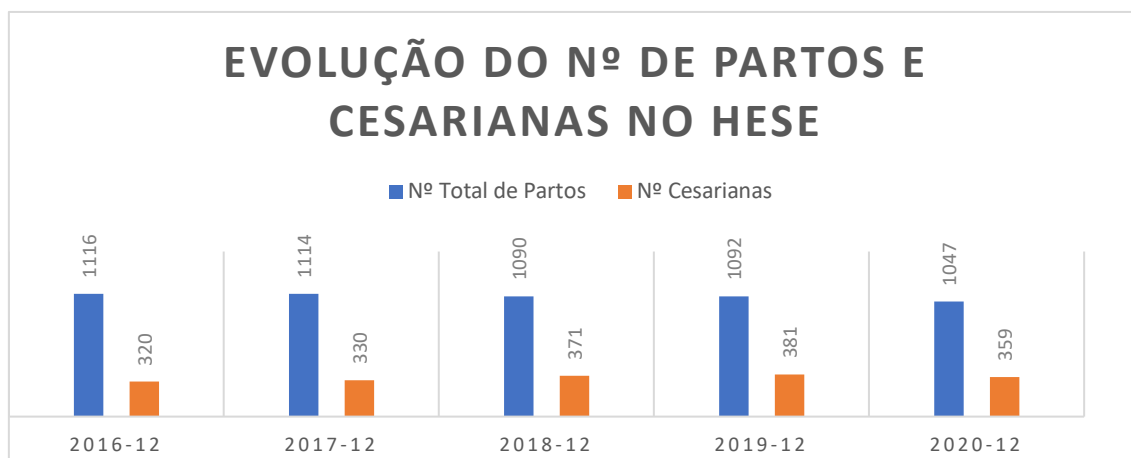


Figura 6- Gráfico de evolução do nº de partos entre 2016 e 2020 no HESE

À data da realização do Estágio, a equipa de Enfermagem era composta por 28 enfermeiras, sendo que 26 das quais Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e as duas restantes Enfermeiras generalistas. A equipa médica conta com 8 médicos especialistas de obstetrícia e ginecologia, 2 internos de medicina e 1 pediatra. Estão afetos a este serviço, ainda, 12 assistentes operacionais, 3 administrativas e 1 segurança. A colaboração de outros profissionais pode ser solicitada sempre que necessário, como por exemplo o psicólogo e ou assistentes sociais.

O serviço de Obstetrícia/Ginecologia, localizado no piso 3 do Edifício do Espírito Santo, fisicamente possui três zonas: a ala esquerda (onde se encontra o Bloco de Partos e BOMI), a área central (secretariado, gabinete “Nascer Cidadão” e sala de admissões) e ala direita (enfermarias de puerpério, grávidas patológicas e ginecologia).

No contexto da pandemia já anteriormente abordada, todo o espaço físico deste serviço sofreu alterações. No sentido de criar circuitos destinados a utentes positivos para SARS-COV2 ou a aguardar resultado, houve a necessidade de criar uma área própria onde se pudessem receber estas utentes. Houve também a necessidade de ocupar o Bloco Operatório Materno-Infantil (BOMI) e o Bloco de Partos por outros serviços a nível hospitalar. Desta forma, o espaço disponível foi reduzido e na mesma ala podíamos encontrar as salas de dilatação, a sala de partos e os quartos de puerpério. Estas alterações foram temporárias, contudo, permaneceram durante todo o período de estágio. Tendo em conta os constrangimentos criados, durante grande parte do período de estágio não era permitida à grávida ter um acompanhante, quer no período de trabalho de parto, quer no parto. Já na fase final do estágio foram realizadas algumas mudanças que permitiram a presença do acompanhante no momento do parto e no puerpério imediato, desde que as condições físicas assim o permitissem. As grávidas com entrada previamente definida, na véspera do seu internamento, eram sujeitas a um teste de pesquisa SARS-COV2 e no caso das grávidas admitidas pelo Serviço de Urgência Obstétrica realizavam teste SARS-COV2 no momento da admissão.

A gravidez apresenta-se como um fator de suscetibilidade para contração do vírus SARS-COV2, dado que a mulher apresenta alterações ao nível do sistema imunitário. Ainda que as visitas hospitalares se apresentem como um fator de risco aumentado para contaminação pelo vírus, a mulher grávida deve manter a vigilância, recorrendo aos cuidados de saúde sempre que necessário, pois considera-se mais

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

prejudicial à saúde da mulher a não frequência dos mesmos (Chen, Zhang, Zhao & Yu, 2020). Por este motivo, a testagem prévia à admissão ou no momento da admissão, assim como a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) permite uma despistagem precoce e conseqüentemente uma maior segurança para os profissionais de saúde e para as restantes utentes internadas no serviço.

3. Contributo para a assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

O cuidar em Enfermagem compreende a relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou grupo de pessoas, sendo este o núcleo do exercício profissional da Enfermagem (Watson, 2007). Para um melhor e mais especializado exercício da atividade, o enfermeiro deve distinguir-se pela sua formação e experiência, respeitando sempre os outros sem quaisquer juízos de valor (OE, 2002). Neste sentido, investir na formação ao longo da vida é uma necessidade e um dever para com a profissão. A excelência dos cuidados deve ser um objetivo permanente ao longo desta caminhada que é ser Enfermeiro, fazendo face à constante evolução da ciência.

Segundo Couto (2002), é da responsabilidade dos enfermeiros a busca pelo conhecimento e formação com vista nos melhores cuidados em função das necessidades dos seus utentes. A área da Saúde Materna e Obstétrica apresentou-se no percurso da mestranda, ainda durante a Licenciatura em Enfermagem, despertando curiosidade e uma vontade imensa de saber mais. Neste sentido, a inscrição neste Curso de Mestrado foi sempre um objetivo a cumprir.

Segundo Queirós, Vidinha, e Almeida Filho (2014), a Enfermagem enquanto ciência está ainda no início do seu desenvolvimento, suportando a disciplina com conhecimento próprio. Tal como outras áreas que se ligam a uma prática profissional, é dotada de um conhecimento empírico tal como de um conhecimento convencional, que deriva dos aspetos do cuidar adquiridos ao longo da prática do exercício profissional. Deste modo, a Enfermagem não se pode considerar uma ciência exata, sendo correto designar-se como uma ciência humana prática (Queirós & Figueiredo, 2015). O conhecimento desta disciplina é criado, mas também reestruturado, na medida em que se enriquece continuamente no decorrer da prática clínica.

O enfermeiro que investe na sua formação e se dedica na aquisição de conhecimentos tornar-se-á mais competente em cuidar do utente, enquanto ser holístico, construindo saberes científicos e técnicos recorrendo à tecnologia como suporte da prática clínica, utilizando uma linguagem científica que reconheça as suas competências especializadas (OE, 2011).

3.1. Escolha da temática – revisão da literatura

Ao longo da realização deste Curso, o momento do parto despertou sempre uma grande curiosidade. Aquando da apreensão de conhecimentos sobre as lacerações perineais e realização de episiotomias, o assunto em causa evocou a atenção da mestranda. Sendo um tema já amplamente abordado, surgiu a necessidade de explorar qual a atitude a ter para diminuir o risco de lacerações perineais. Foi importante também explorar quais os motivos que levam os EESMO's a executar uma episiotomia.

Para dar início a uma revisão bibliográfica sobre o tema escolhido para a realização deste relatório, foi determinante a escolha dos descritores adequados. Para tal, foi utilizada a plataforma “Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)”. Os descritores escolhidos foram: Períneo; Assoalho Pélvico; Enfermagem Obstétrica; Trabalho de Parto. Foram também acrescentados, posteriormente, outros termos para pesquisa de temas que se tornaram indispensáveis para a realização do relatório.

A questão de pesquisa seguiu a metodologia PICO (Figura 7) e é a seguinte: A preparação do períneo durante a gravidez pode prevenir a ocorrência de lacerações perineais/episiotomia?

PICO FRAMEWORK

POPULAÇÃO	Mulheres durante o parto
INTERVENÇÃO	Preparação do períneo durante a gravidez
COMPARADOR	Não preparação
OUTCOME	Lesões perineais

Figura 7- Componentes da Questão de Investigação

Foi realizada busca na base de dados MEDLINE (Pubmed), utilizando os descritores supracitados, colocando como filtros de pesquisa o ano de publicação, escolhendo-se artigos publicados entre 2017 e 2021, e escolhidos artigos de língua

portuguesa, inglesa e francesa. Aquando da aplicação dos filtros, foram escolhidos 6 artigos que serão explorados ao longo desta revisão.

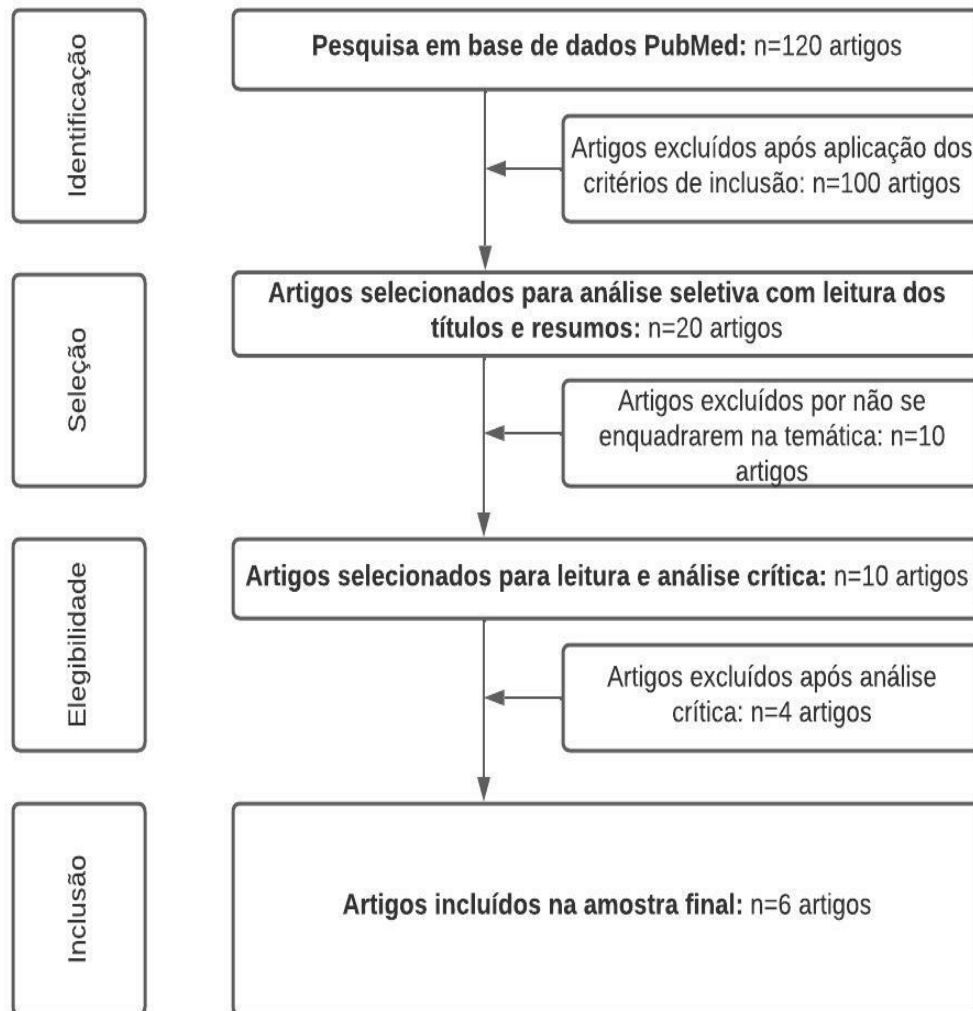


Figura 8- Fluxograma dos diferentes processos de revisão

Após a análise dos artigos incluídos na amostra final, foi realizada uma avaliação descritiva, em formato de figura (figura 9), onde os principais dados são expostos. Optou-se por apresentar o título do artigo, os seus autores e ano de publicação, o seu tipo de estudo, o seu objetivo primário e os principais resultados obtidos.

	Título do Artigo	Autores/ Ano	Desenho	Objetivo	Principais resultados
1	Influence of pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: a quasi-randomised controlled trial	Leon-Larios, Corrales-Gutierrez, Casado-Mejía & Suarez-Serrano, 2017	Ensaio Clínico Quasi-Randomizado	Determinar os efeitos de um programa de treino de fortalecimento pélvico nas lesões perineais após o parto.	As mulheres com treino combinado de períneo e pavimento pélvico, com programa baseado em exercícios de fortalecimento pélvico e massagem perineal, parecem ter maior probabilidade de conseguirem um períneo intacto, menor probabilidade de terem uma episiotomia, lesões perineais severas e dor perineal pós-parto.
2	The effects of the Pilates Method on Pelvic Floor Injuries during Pregnancy and Childbirth: A quasi-experimental study	Feria-Ramirez, Gonzales-Sanz, Molina-Luque & Molina-Recio, 2021	Estudo quase-experimental	Determinar a influência do Método de Pilates durante a gravidez e na incidência e grau das lesões perineais intraparto.	Ainda que careça de alguns estudos no futuro, o uso de Pilates é favorecedor para desenvolver o pavimento pélvico desde o início da gravidez até ao parto e para prevenir disfunções do pavimento pélvico relacionadas com a gravidez e o parto.

3	<p>Lésions pelvipérinéales obstétricales: anatomie, physiologie, physiopathologie et situations particulières .RPC prévention et protection périnéale em obstétrique CNGOF</p>	<p>Tayrac & Schantz, 2018</p>	<p>Revisão bibliográfica</p>	<p>Avaliar se o tamanho e a forma da pelve, a estática espinal, o encurtamento anatômico perineal e as dimensões do hiato genital são elementos anatômicos associados ao aparecimento de lesões pélvico-perineais obstétricas.</p>	<p>Avaliações pré-natais da pelve, estática espinal, períneo não predizem a ocorrência de lesões obstétricas pélvicas e perineais. Obesidade e etnia não são fatores de risco para Lesões perineais.</p>
4	<p>Quelles interventions au cours de la grossesse diminuent le risque de lésions périnéales? RPC Prévention</p>	<p>Schantz, 2018</p>	<p>Revisão da literatura</p>	<p>Avaliar a eficácia das diferentes intervenções (massagem perineal pré-natal, dispositivo Epi-No, exercícios</p>	<p>A massagem perineal durante a gravidez diminui a taxa de episiotomias. A utilização do dispositivo Epi-No não parece apresentar benefícios em termos de proteção perineal. Os exercícios de fortalecimento</p>

	et protection périnéale em obstétrique CNGOF			de reforço pélvico, no período dos pré-natal, não músculos parecem contribuir do para diminuir o risco pavimento de lesões perineais, (pélvico) na contudo diminuem a proteção do prevalência de períneo incontinência urinária durante o no pós-parto. parto.
5	Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy	Schreiner, Crivelatti, Oliveira, Nygaard & Santos, 2018	Revisão sistemática	Determinar os efeitos das intervenções ao nível do pavimento pélvico durante a gravidez no parto. O treino da musculatura do pavimento pélvico e a massagem perineal melhoram os parâmetros de avaliação de sintomas pélvicos após o parto. Já o dispositivo Epi-No não demonstrou benefício.
6	Quelles interventions durant le travail pour diminuer le risque de lésions périnéales? RPC prévention et protection périnéale em	Le Ray & Pizzagalli, 2018	Revisão da literatura	Avaliar se as intervenções realizadas durante o trabalho de parto podem ter influência sobre o risco de lesões perineais. Nenhuma intervenção durante o trabalho de parto foi claramente demonstrada como sendo eficaz na redução do risco de lesões perineais. Estas devem, portanto, ser realizadas caso a caso, dependendo do contexto e desejos da utente.

obstétrique

CNGOF

Figura 9- Resumo dos artigos

Para um melhor entendimento do tema abordado, opta-se por se iniciar esta revisão, esclarecendo os conceitos que são abordados nestes artigos. Sendo o principal tema “lesões perineais”, decide-se iniciar esta pesquisa pela sua explicação.

De acordo com Fernando, Williams e Adams (2015) o trauma perineal é qualquer dano causado ao nível do períneo durante o parto. Pode ocorrer de forma espontânea (laceração) ou intencional (através de uma incisão cirúrgica – episiotomia). A laceração pode ocorrer ao nível anterior se atingir os lábios genitais, parte anterior da vagina, uretra e clítoris. Estes danos estão associados a baixa morbilidade. Quando a laceração ocorre a nível posterior pode atingir a parte posterior da vagina, músculos perineais e o esfíncter anal. Estas lacerações podem ser divididas em quatro graus, conforme explicito na seguinte figura 10:

Laceração grau I	Lesão ao nível da pele do períneo e/ou mucosa vaginal.
Laceração grau II	Lesão ao nível do períneo, envolvendo os músculos perineais, mas não atingindo o esfíncter anal.
Laceração grau III	Lesão ao nível do períneo, envolvendo o esfíncter anal. Pode ser dividida em 3 grupos: a) Atinge menos de 50% do esfíncter anal externo; b) Atinge mais de 50% do esfíncter anal externo; c) Atinge o esfíncter anal externo e interno.
Laceração grau IV	Lesão ao nível do períneo, envolvendo o esfíncter anal externo e interno e a mucosa retal.

Figura 10- Classificação dos graus das lacerações perineais

Para prevenção das lacerações, surge então nos anos 20 do século passado, o recurso à episiotomia. Esta prática foi largamente difundida entre a comunidade médica à escala mundial (Amorim, M., & Katz, L., 2008).

A episiotomia “é um procedimento cirúrgico quase universal que foi introduzido na prática clínica sem evidência científica que suportasse o seu benefício. O seu uso continua a ser rotineiro apesar de não cumprir a maioria dos objetivos pelos quais é justificado, isto é, não diminui o risco de lesões perineais severas, não previne o desenvolvimento de relaxamento pélvico e não tem impacto sobre a morbilidade ou mortalidade do recém-nascido” (Borges, Serrano, & Pereira, 2003, p. 447).

Segundo Jackson e Dunster (1984), a episiotomia, é um procedimento cirúrgico eletivo, realizado no segundo estadio do trabalho de parto, que separa os tecidos do períneo de forma a aumentar o canal vaginal e facilitar o nascimento do bebé. Curiosamente, em 1984, Jackson já questionava a validade deste procedimento que considerava ter-se tornado rotineiro. A sua evidência revelava que na maioria dos casos as indicações tradicionais, que na altura eram a altura e peso da mãe bem como comprimento, peso e perímetro cefálico do bebé, não eram tidas em consideração quando eram efetuadas as episiotomias.

Em fevereiro de 2018 a OMS emitiu novas diretrizes com o intuito de estabelecer padrões de atendimento globais para mulheres grávidas saudáveis, reduzindo as intervenções desnecessárias. Estas recomendações surgem no sentido de não interferir no trabalho de parto de forma a acelerá-lo, a menos que complicações surjam ou riscos reais assim o exijam. Desta forma, a OMS vem pôr em causa medidas que foram adotadas durante décadas pelos profissionais de saúde. Relativamente a este tema em específico, a OMS (2018) recomenda algumas técnicas para prevenção de trauma perineal. Para mulheres que se encontrem no segundo estadio do trabalho de parto são recomendadas as seguintes técnicas: massagem perineal, compressas mornas e “*hands on*” de forma a proteger o períneo. Já quando aborda a realização da episiotomia, refere que o uso rotineiro da episiotomia não se encontra recomendado.

Torna-se então imprescindível perceber qual a influência da realização da episiotomia e da ocorrência das lacerações perineais na Mulher. Assim a pesquisa bibliográfica guiou-se nesse sentido.

Segundo Lawrence et al. (2016), a gravidez e o parto em específico têm sido associados a alterações funcionais do pavimento pélvico, incluindo o aumento de taxas de incontinência urinária e fecal, disfunção sexual e dor perineal. Contudo ainda não é

claro se esta relação persiste no parto espontâneo não instrumentado, na presença de lacerações perineais e episiotomia (Lawrence et al., 2016).

Lawrence et al. (2016) concluem que as lacerações espontâneas não estão associadas ao aumento do risco de disfunção do pavimento pélvico. Também concluem que o parir entre as contrações, a rotação manual da posição occipital posterior e o uso justificado da episiotomia podem contribuir para reduzir problemas futuros. Já Tayrac, Panel, Masson e Mares (2006) referem que a prática rotineira da episiotomia não previne lacerações perineais de Grau III e IV nem o surgimento de incontinência urinária/fecal. Referem ainda que a própria execução da episiotomia acresce o risco de incontinência nos três primeiros meses de pós-parto. Neste estudo não é possível provar o papel preventivo da episiotomia nos distúrbios pélvico-perineais. Desta forma, reforçam que a prática rotineira desta não tem justificação científica.

Segundo Muhleman et al. (2017), mesmo sendo a episiotomia uma pequena incisão cirúrgica, não deixa de ter complicações associadas. Por outro prisma, são reconhecidos diversos benefícios para a aplicação desta técnica. Existem situações em que a episiotomia não só é benéfica, mas também recomendável, como em casos de distócia de ombros, para prevenir lacerações severas ou mesmo em situações onde há a necessidade de acelerar a expulsão do feto, incluindo sofrimento fetal, parto instrumentado, um períneo curto e rígido, história de lesões perineais anteriores, atraso no segundo estadio do trabalho de parto, parto pélvico, distócia de ombros, parto pré-termo, esforços expulsivos ineficazes, macrosomia fetal, nuliparidade, hemorragia vaginal e solicitação da mulher (Muhleman et al., 2017). Já Seijmonsbergen-Schermer et al. (2021) referem mesmo que a episiotomia é uma das técnicas cirúrgicas mais utilizadas durante o parto, existindo uma enorme disparidade na estatística de vários países, apresentando por exemplo, a Dinamarca 4% de episiotomias e a Tailândia, por sua vez 91%.

Após reflexão sobre as estratégias para prevenir lesões durante o parto, surgiram vários estudos que defendem a importância de uma atitude profilática ainda no período pré-natal. Impôs-se então, neste percurso, perceber quais são as atitudes que apresentam melhores resultados. Neste sentido emergiram a realização de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico ao longo da gravidez, a realização da massagem perineal e a utilização de um dispositivo de distensibilidade das paredes da vagina e do períneo – o *Epi-No*.

Entre 2010 e 2011 foi realizado um estudo por Leon-Larios, Corrales-Gutierrez, Casado Meija e Suarez-Serrano, publicado em 2017, com uma amostra de 466 mulheres grávidas, às quais foi proposta a realização de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico e massagem perineal, a partir das 32 semanas de gravidez até ao momento do parto. Os resultados demonstraram que as mulheres que cumpriram o programa tendem a ter uma maior probabilidade de conseguir um períneo intacto, reduzir a taxa de episiotomias e de traumas perineais severo, dor perineal pós-parto. Este estudo não mostrou ter influência nos resultados dos recém-nascidos.

Segundo Leon-Larios et al. (2017), o treino combinado da musculatura do assoalho pélvico e a massagem perineal traduzem-se numa maior possibilidade de prevenir uma episiotomia e lacerações nas primíparas. Neste estudo verificou-se como principal limitação o facto de as mulheres que seguiram a realização de exercícios e massagem perineal, em comparação com o grupo de controlo (não realizou preparação prévia), tenderam a não solicitar analgesia epidural e, por conseguinte, tenderam a não escolher a posição de litotomia para o parto. Estes dois fatores, analgesia e posição para parir, por si só, podem ter um elevado impacto nos resultados obtidos ao nível dos danos perineais.

Mais tarde, surge um estudo realizado por Feria-Ramirez, Gonzalez-Sans, Molina-Luque e Molina-Recio (2021) que apresenta como objetivo avaliar a efetividade de um modelo de intervenção com base num programa de exercícios de Pilates a serem incorporados no período pré-natal, com o principal objetivo de reduzir os danos perineais durante o nascimento e diminuir a incidência da disfunção do pavimento pélvico. Neste estudo não foi possível comprovar esta relação. Ainda assim, os autores consideram que há evidência que permite sugerir que exercícios de Pilates podem ser uma ferramenta a ser considerada nos programas de preparação para o parto, uma vez que se focam em trabalhar a musculatura abdominal e pélvica. Os exercícios na bola de Pilates atuam diretamente nos músculos levantadores do ânus e da zona púbica, relaxando e alongando a musculatura (Mira et al., 2021)

Schantz (2018), apresenta uma revisão da literatura, onde pretende avaliar a eficácia das diferentes intervenções para prevenção de danos perineais. Este estudo corrobora os estudos apresentados previamente, que nos indicam que a massagem perineal pode ter influência na realização de episiotomias. Já a utilização do dispositivo *Epi-No* não parece afetar os resultados obtidos. Neste mesmo estudo, nenhuma das posições maternas adotadas no segundo estadio do trabalho de parto parece ser

recomendada como eficaz na prevenção de lesões do períneo. Neste sentido, deve ser dado a escolher a cada mulher, a posição mais confortável para parir, em concordância com o profissional de saúde que se encontra a acompanhar o trabalho de parto.

Schreiner, et al. (2018), corroboram os dados apresentados anteriormente, referindo que o treino da musculatura do pavimento pélvico apresenta melhores resultados no que se refere a lesões perineais. A massagem perineal no período pré-natal também se traduz numa redução de lesões do períneo no momento do parto.

Beckmann e Stock (2013) realizam uma revisão sistemática, publicada na Cochrane Library, estudando a influencia da massagem perineal no momento do parto. O trauma perineal está diretamente associado à morbidade pós-parto. A massagem digital do períneo a partir das 35 semanas de gestação reduz a incidência de lesões do períneo que exijam sutura (maioritariamente episiotomia) e diminui a probabilidade da mulher referir dor perineal ao fim de três meses pós-parto. Contudo, ainda se trata de uma técnica que pode ser desconfortável inicialmente, para quem a executa. Recomenda-se que as mulheres devem ser informadas dos seus benefícios e incentivadas através de formação e informação. Os resultados demonstram uma redução do trauma perineal nas mulheres que praticaram massagem perineal no período pré-natal. Contudo, identifica-se a necessidade de mais estudos neste âmbito, incluindo mulheres com experiências de partos vaginais anteriores.

Aasheim (2011) realizou uma revisão sistemática, publicada na Cochrane Library, com o objetivo de avaliar como diferentes técnicas poderiam contribuir para reduzir a severidade ou frequência das lesões perineais no parto. As técnicas mais utilizadas, em diferentes países, incluem a utilização de compressas mornas em contacto com o períneo, a utilização da técnica “*hands off/hands on*”, a realização de massagem perineal, a utilização de diferentes óleos de massagem, o uso da manobra de Ritgen e até a saída do ombro anterior ou posterior em primeiro lugar.

Dos resultados obtidos neste estudo, destacam-se os seguintes:

- Comparando a utilização da técnica “*hands off/hands on*”, o estudo aponta que a técnica “*hands off*” reduz o uso de episiotomia, mas não parece afetar as taxas de períneo intacto ou lesões perineais;

- A utilização de compressas mornas no períneo parece reduzir a incidência de lacerações de terceiro e quarto grau;

- A massagem perineal foi associada a um menor risco de lacerações de terceiro e quarto grau e a uma maior probabilidade de resultar em períneo intacto;

De ressaltar que os autores do estudo referem a necessidade de um maior investimento e estudo sobre estas técnicas. Referem também que as convicções das parteiras quanto ao uso destas técnicas, relativamente às suas vantagens/desvantagens, podem influenciar os resultados obtidos.

O pavimento pélvico envolve duas camadas musculares. A camada mais profunda é constituída pelo puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo e a camada mais superficial do períneo (Yiou, Costa, Haab, & Delmas, 2009). As fibras musculares são dotadas de distensibilidade e elasticidade. Estas características diferem na medida em que a distensibilidade se refere à capacidade de o músculo responder ao estímulo e se distender. Já a elasticidade refere-se à sua capacidade de regressar ao seu estado habitual, antes do estímulo distensor.

O parto vaginal é considerado um importante fator preditivo de disfunção do pavimento pélvico tais como incontinência urinária/fecal, prolapso genital e danos musculares. Estas consequências surgem devido ao extenso estiramento muscular do pavimento pélvico durante o parto (Oliveira et al., 2021).

Alguns fatores de risco para desenvolver danos no períneo durante um parto vaginal já foram estabelecidos e incluem idade materna avançada, a mulher ser de raça caucasiana ou asiática, índice de massa corporal elevado, partos instrumentados, período expulsivo prolongado e macrossomia fetal (Burgio et al., 2007). A estes fatores deve ser adicionada a distensibilidade do pavimento pélvico. Há ainda um reduzido número de estudos sobre a importância da distensibilidade do pavimento pélvico e a sua relação com as lesões perineais durante o parto. Contudo, durante o parto, pelo seu próprio mecanismo fisiológico, o pólo fetal exerce uma elevada pressão nos músculos do pavimento pélvico, pelo que a distensibilidade dos tecidos do períneo é importante para prevenir lesões durante o segundo estadio do trabalho de parto (Ashton-Miller, & Delancey, 2009).

Para aumentar a distensibilidade é sugerida a utilização guiada do *Epi-No*. Este dispositivo consiste num balão de silicone, insuflável, que se encontra conectado a um manómetro por um tubo de borracha. A sua utilização prevê o treino da musculatura pélvica através de insuflações controladas e com um diâmetro cada vez superior, a ser alcançado gradualmente. Quanto maior a circunferência alcançada com o balão, maior

a probabilidade de manter a integridade do períneo no momento do parto (Zanetti, et al., 2016).

Apesar de a utilização do *dispositivo Epi-No* ser considerada segura e sem grandes riscos associados, o mesmo deve ser utilizado na presença de um profissional de saúde formado e treinado para o mesmo.

Ao longo dos últimos anos temos vindo a presenciar uma diversificação das várias práticas de cuidar durante o trabalho de parto, que visam proporcionar uma melhor experiência para a mulher e melhores resultados em termos de saúde materna e neonatal (OMS, 2018). A mobilidade da grávida durante o trabalho de parto, a sua mudança de posicionamento, tem sido alvo de estudo recentemente. Habitualmente a posição de litotomia é a posição de eleição para os profissionais de saúde, dado que permite uma observação direta do períneo, a manutenção das sondas de cardiocografia (CTG), e um maior conforto para o próprio. Contudo, tem-se questionado a possibilidade desta posição não permitir uma mobilidade da bacia que facilite o parto, a possibilidade de a verticalidade da grávida permitir um período expulsivo mais rápido e o facto de diferentes posicionamentos permitirem à mulher uma postura mais ativa durante o seu trabalho de parto.

Dando continuidade ao tema deste relatório, é importante também perceber se a posição da mulher durante o parto tem influência direta na ocorrência de lesões perineais. Gupta, Sood, Hofmeyr e Vogel (2017) abordam a controvérsia existente sobre a posição da mulher no parto, procurando determinar os principais benefícios e riscos de utilizar diferentes posições para o nascimento de um bebé no segundo estadio do trabalho de parto, em partos onde não se recorreu à analgesia epidural. Os resultados obtidos nesta revisão, apontam para uma redução na duração do segundo estadio do trabalho de parto quando é utilizada uma posição verticalizada da mulher, assim como uma redução no número de episiotomias realizadas. Contudo, este tipo de posições adotadas parecem aumentar o risco de hemorragia (Gupta et al., 2017).

Foi analisada uma recente revisão bibliográfica sobre este tema, realizada por Díaz, Barros e Frias (2022), que após análise de 10 artigos, concluem que os estudos demonstram alguns benefícios na integridade perineal relacionados com o parto vertical. Na escolha da posição materna para o parto devem ser tidas em conta as características clínicas maternas e as preferências de cada mulher.

A mestranda considera importante dar continuidade a este estudo, sendo ele tão abrangente e estando as correntes de pensamento referentes ao momento do parto em constante evolução.

3.2. Metodologia

Ao longo do Estágio Profissional foi possível desenvolver esta temática em dois momentos diferentes. Na USF Alcaides foram realizadas atividades com grávidas quer nas consultas pré-natais, quer no Curso de Preparação para o Parto que foi realizado através de sessões online. Foram realizadas quatro sessões, sendo uma diretamente relacionada com o tema em estudo: exercícios respiratórios e fortalecimento pélvico. Neste tema foram abordados os exercícios de Kegel, exercícios de alongamento, exercícios direcionados para o fortalecimento pélvico na gravidez e a massagem perineal. Durante as sessões os exercícios eram demonstrados pela formadora e as grávidas tinham a oportunidade de repetir e treinar os mesmos. Foi possível perceber que as grávidas que participaram nas sessões, até à data das mesmas, não realizavam exercícios de fortalecimento pélvico nem tinham conhecimento do seu benefício para o momento do parto. Tendo em conta a duração do estágio, não foi possível determinar diretamente os resultados obtidos pela realização dos exercícios de fortalecimento pélvico.

Durante o Estágio realizado em Sala de Partos, foram realizados 40 partos eutócicos. Foram recolhidos dados sobre as grávidas e dados sobre os resultados obtidos no parto. Consideraram-se importantes para este estudo a idade gestacional, o índice obstétrico, a realização de analgesia epidural, a frequência de curso de Preparação para o Parto e as lesões perineais resultantes do parto (figura 11).

Nº DE PARTO	IDADE GESTACIONAL	ÍNDICE OBSTÉTRICO	ANALGESIA EPIDURAL	PERÍNEO	PREPARAÇÃO PARA O PARTO
1	40	0000	Sim	Íntegro	Não
2	38+2	1001	Sim	Íntegro	Sim
3	39	2002	Sim	Íntegro	Sim

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

4	41+1	0000	Não	Íntegro	Sim
5	38+2	1001	Sim	Laceração Grau I	Sim
6	40+3	1001	Sim	Laceração Grau I	Sim
7	40+2	1001	Sim	Íntegro	Não
8	41	0000	Sim	Laceração Grau I	Sim
9	41+1	0000	Sim	Laceração Grau I	Sim
10	39+5	0000	Sim	Laceração Grau II	Sim
11	39+1	7106	Sim	Íntegro	Sim
12	39	0000	Sim	Laceração Grau I	Sim
13	41	0000	Sim	Íntegro	Sim
14	39	1001	Não	Íntegro	Sim
15	40+1	4202	Sim	Laceração Grau I	Sim
16	41	0000	Sim	Laceração Grau II	Sim
17	Desconhecido	0000	Não	Íntegro	Não
18	38+2	1001	Não	Laceração Grau I	Não
19	41+3	0000	Sim	Episiorrafia	Não
20	38+2	1011	Sim	Laceração Grau I	Não
21	41	0000	Não	Laceração Grau I	Não
22	39+5	2002	Não	Laceração Grau I	Não
23	40+2	1001	Sim	Laceração Grau II	Não
24	39+1	1001	Não	Laceração Grau I	Não
25	38	0000	Não	Episiorrafia	Sim
26	39	0000	Sim	Episiorrafia	Não

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

27	39	1011	Sim	Laceração Grau I	Não
28	40+1	0000	Sim	Laceração Grau I	Não
29	39+2	1001	Não	Laceração Grau I	Não
30	41	1001	Sim	Laceração Grau II	Não
31	39+3	1001	Sim	Laceração Grau II	Não
32	37	0000	Não	Episiorrafia	Não
33	38+2	2002	Não	Íntegro	Não
34	38+5	1001	Não	Laceração Grau I	Não
35	40+2	0000	Não	Episiorrafia	Não
36	41+1	1001	Sim	Episiorrafia	Sim
37	37+4	0000	Sim	Episiorrafia	Não
38	39+6	0000	Não	Episiorrafia	Não
39	41+2	0000	Sim	Íntegro	Não
40	Desconhecido	2012	Não	Íntegro	Não

Figura 11- Descrição dos Partos Realizados

Foram questionadas todas as parturientes quanto à realização de Sessões/cursos de Preparação para o parto e mais especificamente quanto à realização de exercícios de fortalecimento pélvico.

3.3. Resultados

Durante as Sessões de Preparação para o Parto realizadas em contexto de CSP, considera-se que as grávidas estavam disponíveis para aprender e pôr em prática os exercícios ensinados. Contudo, não se conseguiu perceber qual o comprometimento em manter a realização dos mesmos até ao término da gravidez. Relativamente à

massagem perineal, nenhuma das grávidas mostrou conhecer o método e apesar de mostrarem curiosidade em conhecer, mostraram-se reticentes quanto à aplicação do mesmo.

Relativamente à realização de sessões/cursos de preparação para o parto, foi possível perceber que na sua grande maioria, durante a gravidez, foram poucas as grávidas a realizar os mesmos (figura 12).

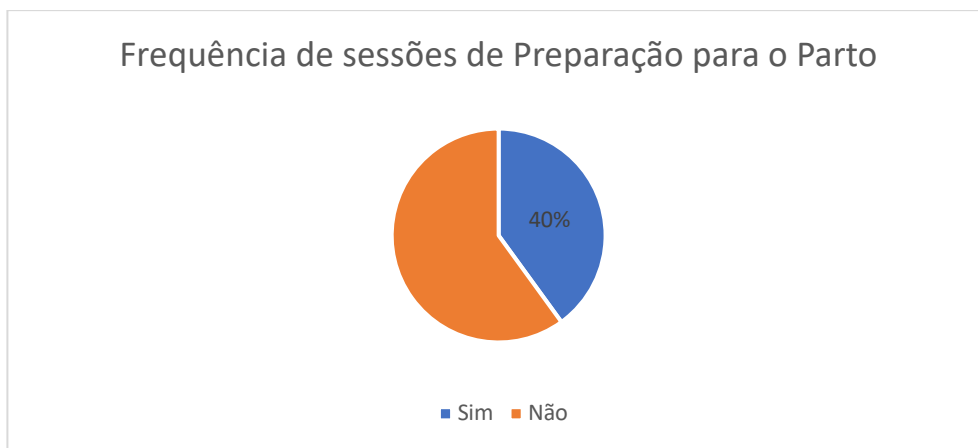


Figura 12- Frequência de sessões de Preparação para o parto pelas grávidas assistidas

As justificações mais encontradas para esta realidade foi a diminuição da oferta por parte dos serviços de saúde, como consequência das restrições impostas no período de pandemia.

Foram realizados 40 partos eutócicos em contexto de sala de Partos, tendo sido os primeiros 15 realizados no CHPVVC e os restantes 25 no HESE. O método farmacológico de eleição utilizado para analgesia foi a analgesia epidural. Das 40 mulheres assistidas durante o parto, 25 solicitaram analgesia epidural (figura 13).

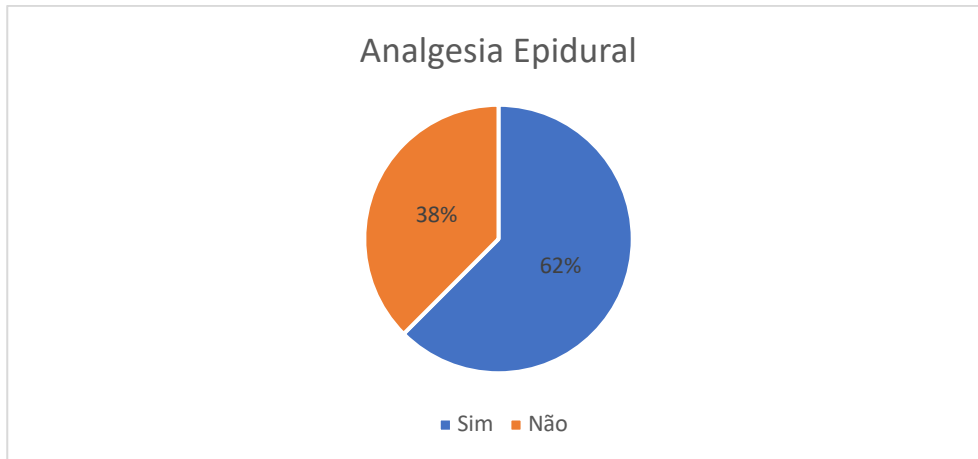


Figura 13- Escolha de analgesia epidural pelas grávidas assistidas

Foram realizadas episiotomias em 8 (20%) dos 40 partos realizados. Quanto ao número de perineorrafias/episiotomias, foram realizadas em 28 (70%) mulheres, entendendo-se assim que foram sujeitas a sutura 20 (50%) mulheres por lacerações perineais, na sua grande maioria lacerações de Grau I (figura 14).

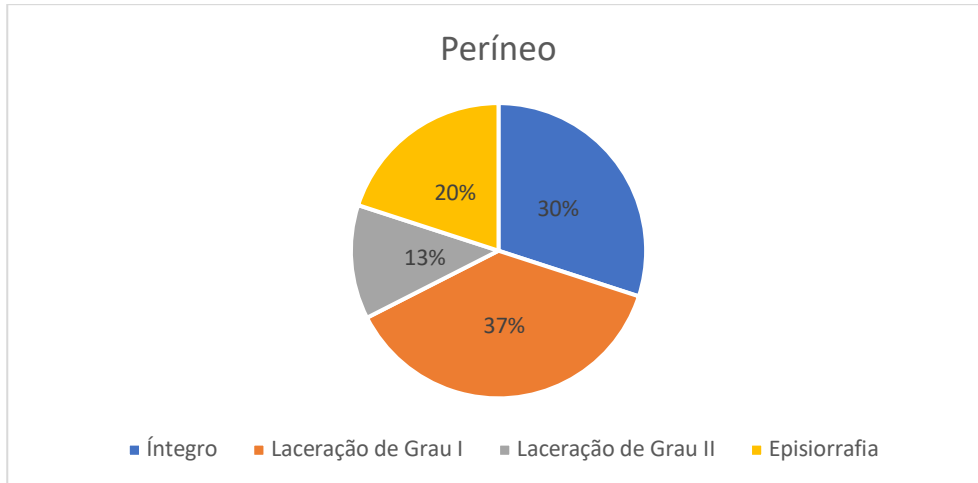


Figura 14- Resultados obtidos nos partos - lesões perineais

Na primeira experiência em sala de partos, no CHPVVC, não foram realizadas episiotomias nos partos efetuados. Observou-se neste contexto que a utilização da técnica de episiotomia é evitada, sendo utilizada apenas em caso de partos distócicos por ventosa ou fórceps. Ainda que a amostra seja muito reduzida, os resultados obtidos em termos de danos perineais foram uma agradável surpresa. Nos 15 partos efetuados,

foi possível alcançar o períneo íntegro em 8 mulheres. As lacerações que ocorreram foram 6 de Grau I e 1 de Grau II. Indo ao encontro do que nos informa a literatura mais recente (Hsieh et al., 2014) o facto de não se utilizar a episiotomia de forma preventiva, já contraindicado pela OMS (2018), não determina o risco de lacerações mais graves.

Na restante experiência em sala de partos, no HESE, foram realizadas então 8 episiotomias, decisão tomada pela mestranda e supervisora clínica que acompanhou o trabalho de parto e o nascimento em questão. As lacerações que prevaleceram, nos partos em que a episiotomia não foi utilizada, foram as lacerações de Grau I.

O momento da tomada de decisão de realização de episiotomia ou não, foi sempre um momento causador de stress e ansiedade para a mestranda. Ainda que o conhecimento represente um fator importante para decisão, e este tema tenha sido bastante trabalhado ao longo do tempo, no momento de decisão a mestranda denotou alguma baixa auto-confiança para decidir “sozinha”. De qualquer das formas, foi sempre apoiada e aconselhada pelas enfermeiras presentes no momento do parto.

Seijmonsbergen-Schermers et al., (2021) apresentam um estudo sobre a perspetiva e os valores dos profissionais de saúde relativamente ao uso da episiotomia e a sua tomada de decisão. Ainda que os profissionais de saúde enfatizem a importância de uma política restritiva quanto à realização da episiotomia, neste estudo encontraram uma discrepância entre o número de episiotomias realizadas e a sua verdadeira indicação. Os profissionais consideram que a sua experiência clínica é o ponto mais determinante na tomada de decisão, ainda que nem sempre suportada pela literatura. Infelizmente ainda se verifica que a mulher tem um reduzido envolvimento nesta tomada de decisão (Djanogly et al., 2022).

Apesar de não se encontrar descrito na Figura 11, apresentada anteriormente, nos partos distócicos assistidos com recurso a ventosa e/ou fórceps, foi realizada episiotomia e foram observadas em duas situações laceração de Grau III. Esta observação corrobora a literatura anteriormente abordada neste relatório. Em momento algum da experiência em campo de estágio foi observada uma laceração de Grau IV. Estes partos foram realizados, como previsto, pelo médico Obstetra presente e a episiorrafia e perineorrafia decorrentes também.

Jiang, Qian, Carroli e Garner (2017) realizaram um estudo em que abordam o uso rotineiro ou seletivo da episiotomia nos partos vaginais. Neste estudo é referido que alguns profissionais de saúde ainda acreditam que o uso rotineiro da episiotomia pode prevenir lesões mais graves durante o parto. Contudo, a própria episiotomia, é por si só,

uma lesão do períneo, que apresenta consequências futuras. As principais conclusões deste estudo apontam para que o uso da episiotomia de forma seletiva, e não rotineira, pode resultar numa efetiva diminuição do número de mulheres com danos perineais. Apontam também a necessidade de posterior investigação do uso da episiotomia nos partos instrumentados, onde ainda se verificam uma atitude rotineira da utilização da episiotomia.

Malvasi et al. (2021) apresentam a episiotomia como um procedimento invasivo, devendo ter como base um consentimento legal tal como outras intervenções/procedimentos invasivos. Após reflexão, impõe-se a seguinte questão: as mulheres têm efetivamente escolha sobre a realização da episiotomia? Não foram encontrados muitos dados bibliográficos sobre a percepção das mulheres quanto ao seu consentimento da realização da episiotomia. Contudo, um estudo realizado por Djanogly et al. (2022) conclui que nem sempre é oferecida à mulher a oportunidade de escolher pelo seu próprio corpo. Uma escolha genuína deve ser oferecida à mulher, informando sobre os riscos, os efeitos posteriores, as alternativas à episiotomia, assim como uma oportunidade de escolher e considerar todas as opções.

Os planos de parto representam uma boa alternativa, quando estudados e realizados de forma consciente, na escolha dos procedimentos a realizar. A discussão dos planos de parto, são momentos de excelência para análise de todas as questões envolvidas à episiotomia. Se todos estes passos forem tomados de forma organizada, poderemos assim garantir um consentimento informado e voluntário para realização da episiotomia, cumprindo todos os procedimentos legais e profissionais requeridos. Este processo pode trazer um benefício mútuo para a equipa de profissionais de saúde e a mulher em trabalho de parto (Djanogly et al., 2022).

É importante ressaltar desta análise dos partos realizados a frequência das aulas/sessões de preparação para o parto por parte das mulheres/casais assistidos. Da experiência retirada nos diferentes campos de estágio, foi possível verificar que a maioria das mulheres que recorreram ao CHPVVC frequentaram aulas/sessões de preparação para o parto, ao contrário do que se pode verificar nas mulheres que recorreram ao HESE. Após análise destes resultados, é importante perceber o que poderá levar a tamanha discrepância. O CHPVVC, apesar da situação pandémica, conseguiu retomar o seu projeto de sessões de preparação para o parto, ainda que maioritariamente via online. Estas sessões são gratuitas e de fácil acesso à população alvo. A maioria das mulheres assistidas, que frequentaram sessões, referiram

frequentar as sessões oferecidas pelo hospital em questão. Ao nível da comunidade, nesta área geográfica, também estavam disponíveis cursos de preparação para o parto nos Cuidados de Saúde Primários. Apenas uma pequena minoria referiu frequentar cursos lecionados por entidades privadas.

Em contrapartida, no HESE, onde foram assistidas mulheres provenientes da região do Alentejo, a oferta em instituições públicas não se encontravam disponíveis na maioria das instituições, inclusive no próprio hospital. A justificação para esta diminuição da oferta prende-se essencialmente na questão pandémica que se vivenciava na altura. As mulheres assistidas em contexto de estágio que responderam positivamente à questão da frequência de sessões/aulas de preparação para o parto, fizeram-no com recurso a instituições/profissionais em contexto privado. Logo, este acesso não se encontra disponível para qualquer mulher, sendo que acarreta um encargo financeiro adicional. Esta realidade contraria as indicações da DGS, que nos indica que, sob o ponto de vista das orientações em saúde, os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade se enquadram no Plano Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, segundo o qual “os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade, constituem uma modalidade de intervenção à qual todas as grávidas/casais devem ter acesso no decorrer da gravidez” (DGS, 2015, p.63).

As grávidas que frequentaram sessões de Preparação para o parto, ainda que em contextos diferentes, confirmaram a aprendizagem e realização de exercícios de fortalecimento pélvico durante a gravidez. Em contrapartida, as grávidas que não tiveram acesso às mesmas sessões, desconheciam, na sua grande maioria, que tipo de exercícios poderiam realizar para obter o fortalecimento do seu pavimento pélvico. É importante ressaltar que, nesta pequena análise, com recurso a uma amostra de pequenas dimensões, não foi possível verificar se o facto de terem frequentado sessões/aulas de preparação para o parto implicou que realizassem os exercícios fora do contexto de sessões/aulas.

Contudo, ainda que não se possa extrapolar os resultados obtidos à população em geral, tendo em conta o tamanho da amostra, pode-se retirar alguns pontos interessantes desta análise. No grupo em que as mulheres frequentaram sessões de preparação para o parto, o número de episiorrafias/perineorrafias foi mais reduzido, comparando ao grupo de mulheres que não o fizeram. É também importante ressaltar que a decisão da realização de episiotomia e conseqüente episiorrafia, em última instância, é da responsabilidade do profissional de saúde envolvido no parto. Estes

dados vão ao encontro dos resultados dos artigos abordados ao longo deste relatório, onde os exercícios de fortalecimento pélvico demonstram ser um ponto fulcral para obtenção de melhores resultados ao nível do períneo no momento do parto.

Nos resultados obtidos poder-se-ia estabelecer uma relação de causalidade entre a realização de exercícios de fortalecimento pélvico e os danos causados ao nível do períneo. Contudo, os dados recolhidos não são suficientes para comprovar o mesmo. Seria essencial, também, perceber quais os exercícios realizados e com que frequência.

Analisando outra variante, o índice obstétrico, não foi possível estabelecer alguma relação nos resultados obtidos em termos de danos perineais (figura 15). Ou seja, comparando o resultado “períneo íntegro”, o mesmo foi obtido, quase em igual número, em primíparas ou múltiparas. Da mesma forma, as lesões mais extensas observadas “laceração de grau II”, também se observou em primíparas ou múltiparas.

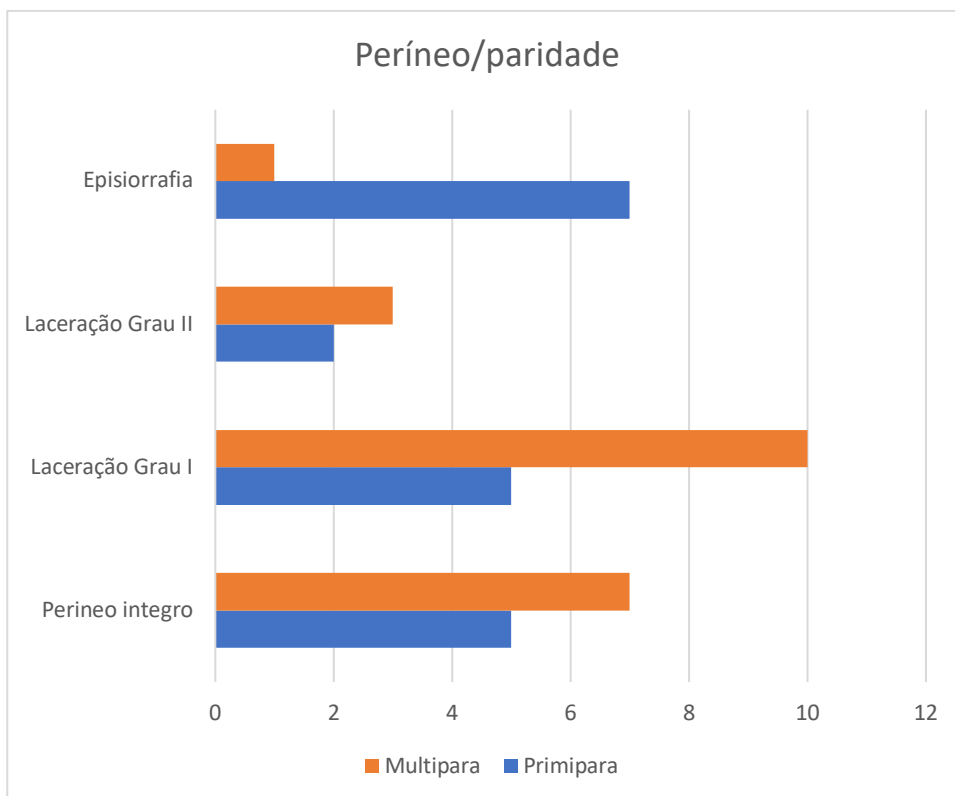


Figura 15- Resultados obtidos nos partos - lesões perineais/paridade

Rodrigues et al. (2019), apresentam um estudo realizado em Portugal com o objetivo de desvendar quais os fatores preditivos para um períneo intacto num parto

vaginal. Neste estudo a prevalência de um períneo intacto foi de 25,2%, sendo que episiotomias foram realizadas em 43,8% das mulheres. Quanto às conclusões retiradas, são considerados fatores preditivos o peso do recém-nascido, o número de partos anteriores, a presença de cesarianas prévias ao parto vaginal e a posição em qual a mulher se encontra no parto.

Ao longo do Estágio, nenhuma das grávidas conhecia o método da massagem perineal ou a utilização do *Epi-No*. Este tema continuará a ser alvo de estudo e será continuamente trabalhado pela mestranda, tendo em conta a sua importância e interesse da mestranda.

4. Processo de mobilização de competências para a melhoria dos cuidados de enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

O Enfermeiro que pretende adquirir competências no âmbito de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica deve primar pela formação e adquirir competências específicas na área. Desta forma, “o perfil de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências” (Diário da República, 2019, p.13560) é possível ser reconhecido pela Ordem Profissional que rege esta profissão e pela Tutela.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019, o enfermeiro assume no seu exercício profissional várias intervenções. São estas:

a) intervenções autónomas nas situações de baixo risco, entendidas como aquelas envolvidas nos processos fisiológicos e processos do ciclo reprodutivo da mulher;

b) intervenções interdependentes. Estas últimas, nas situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas envolvidas em processos patológicos e processos de vida disfuncionais.

O EESMO assume assim a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de atividade de intervenção: Planeamento familiar e preconcepcional, gravidez, parto, puerpério, climatério, ginecologia e comunidade.

Tendo por base os objetivos definidos para este relatório, é de extrema importância refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo de todo o Estágio, nos diferentes serviços.

4.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

No primeiro encontro com a realidade, na USF Alcaides, foi possível desenvolver consultas de Planeamento Familiar. Colocar em prática o que já havia sido adquirido durante o primeiro ano do curso foi bastante prazeroso.

No âmbito do planeamento familiar, é importante reconhecer a necessidade de investimento na prevenção das Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST), das gravidezes indesejadas e não planeadas ao longo da vida da mulher/casal. Segundo Mendes, Palma e Serrano (2014), a gravidez na adolescência e as IST's são fontes de morbidade e preveni-las é um dos maiores objetivos da sociedade portuguesa.

O acesso a diferentes métodos contraceptivos, em Portugal, é facilitado e gratuito para todos os utentes que participem nas consultas de Planeamento Familiar. A escolha do método adequado deve ser do utente, que toma uma decisão informada após aconselhamento por parte do seu Médico e /ou Enfermeiro. Foram realizadas consultas de Planeamento Familiar durante o período de estágio de 6 semanas na USF Alcaides. A importância do estabelecimento da comunicação terapêutica foi imediatamente percebida. Campos (2017) aborda a comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional, assumindo que esta permite compreender as necessidades do utente, devendo-se adaptar aos diferentes contextos e complexidades. Desta forma, permite manter a humanização dos cuidados, favorecendo a relação utente-profissional de saúde, obtendo-se um trabalho mais eficaz nas diferentes intervenções.

Considerou-se, através da experiência obtida em contexto de CSP, que as utentes às quais se realizaram consultas neste âmbito, mostraram conhecimento sobre o método contraceptivo utilizado. Os métodos contraceptivos disponíveis de forma gratuita neste campo de estágio eram a pílula anticoncepcional, o anel vaginal, o preservativo masculino, o implante anticoncepcional e o dispositivo intrauterino. Os dois mencionados por último, estavam disponíveis mediante requisição médica prévia, posterior receção dos dispositivos e colocação pelo médico de família atribuído. O método mais utilizado foi a pílula anticoncepcional, ainda que nem todas as utilizadoras se mostrassem satisfeitas com o mesmo. Quando questionadas, mostravam curiosidade em conhecer diferentes métodos disponíveis.

Foi possível assistir à colocação de um implante anticoncepcional, tendo sido esta técnica realizada pela médica da unidade presente. Após esta observação, foi importante para a mestranda perceber qual o seu papel futuramente, enquanto EESMO, na inserção/remoção deste dispositivo, de forma legal.

Após consulta do Parecer nº37/2018 emitido pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pode-se confirmar que o EESMO está habilitado para assumir a responsabilidade pela implementação da colocação do implante contraceptivo. Esta colocação reporta-se a uma intervenção interdependente, pelo que deve ser iniciada por outro técnico da equipa de saúde, nomeadamente o médico, devendo ser formalizada uma prescrição médica prévia. É importante que o enfermeiro esteja familiarizado com o procedimento e como tal, existem disponíveis cursos/formações com o intuito de formar e treinar os profissionais de saúde (OE, 2018).

Também se adaptam os mesmos princípios à colocação/remoção do Dispositivo Intra-uterino (DIU). No Parecer nº274/2010 (Ordem dos Enfermeiros, 2010 p.4) pode-se ler a seguinte afirmação: “Se o enfermeiro EESMO adquiriu formação e treino em contexto académico ou em contexto de formação contínua sobre a aplicação destes métodos contraceptivos, pode aplicar o implante subcutâneo ou o DIU. Os enfermeiros EESMO, pela natureza da especificidade da sua preparação científica e técnica do domínio da Obstetrícia e Ginecologia, estão habilitados para assumir a responsabilidade pela implementação destas intervenções, no âmbito do Planeamento Familiar, inseridas no projeto de saúde de cada mulher”.

Após esta constatação, a mestranda manifesta interesse em futuramente desenvolver competência, técnica e treino nesta área em específico.

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

Sendo a gravidez um processo fisiológico, as intervenções oferecidas no âmbito da assistência pré-natal devem ter benefícios, previamente conhecidos, e ser aceites pelas grávidas (NICE, 2008). A assistência pré-natal, em Portugal, é gratuita e está acessível a qualquer residente em Portugal. Esta deve estar centrada na Mulher e deve ser realizada por profissionais qualificados. O principal objetivo do profissional de saúde

deve ser transmitir o máximo de informação possível à grávida/casal para permitir uma tomada de decisão informada e esclarecida.

A OMS (1996) defende uma atitude menos intervencionista na assistência à Mulher durante a gravidez e o parto e portanto, o EESMO é o profissional mais indicado para o fazer.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são e devem ser o ponto de partida para vigilância de uma gravidez de baixo risco. Gravidez de baixo risco é aquela que, após avaliação clínica e aplicação da Escala de Goodwin modificada, não é possível identificar fatores acrescidos de morbilidade materna ou fetal. O risco deve ser avaliado na primeira consulta de vigilância pré-natal e reavaliado em todas as subsequentes, tendo em conta que o risco é dinâmico, podendo se alterar a qualquer momento da gravidez. (DGS, 2015). A assistência precoce, desde as primeiras semanas de gravidez, é essencial para se detetarem fatores de risco que possam comprometer a adequada evolução da gravidez e o bem-estar materno-fetal. A avaliação do Grau de Risco da gravidez é realizada através da aplicação da Escala de Goodwin Modificada.

Durante a realização das consultas pré-natais em contexto de CS foi possível treinar a utilização do Boletim de Saúde da Grávida (BSG), sendo que este constitui um meio de comunicação entre os diferentes profissionais de saúde que acompanham a gravidez. Este documento é único e intransmissível, sendo solicitado a todas as grávidas que se façam acompanhar por este em todas as consultas. Para além de todos os parâmetros biométricos avaliados e monitorizados, foi praticada a técnica de auscultação fetal, a avaliação da altura do fundo uterino e a aplicação das manobras de Leopold.

Numa breve reflexão sobre a frequência das consultas pré-natais, considera-se necessário trabalhar a importância das mesmas junto das grávidas. Os cuidados pré-natais constituem uma plataforma para importantes funções dos cuidados de saúde, incluindo a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção das doenças durante a gravidez (OMS, 2016). Os cuidados de saúde pré-natais tem como principal objetivo prevenir a morte e a morbilidade materno-fetal, mas também investem na manutenção da saúde e do bem-estar centrados nas pessoas.

Ao longo da realização das consultas denotou-se alguma desvalorização das mesmas. Foi possível perceber que cada vez mais as grávidas recorrem a consultas pré-natais em contexto de cuidados de saúde privados, quer pela proximidade que sentem relativamente ao médico, quer pela opção de escolha e também pela

possibilidade de terem o médico presente no Hospital em que pretendem que ocorra o parto. Invariavelmente, não se pode desconsiderar o facto de, na altura em que o Estágio foi realizado, a crise pandémica atravessava um dos seus picos. Nesta nova realidade, é possível denotar alguma diminuição da frequência das consultas de vigilância pré-natal, conforme nos indica um estudo realizado em 12 países da Região Europeia (Lazzerini et al., 2022).

Os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade, conforme descrição da Direção Geral da Saúde no seu Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco publicado em 2015, têm como principais objetivos “desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho” (DGS, 2015, p. 63).

Aquando do planeamento das Sessões de Preparação para o Parto, foram contactadas todas as grávidas pertencentes à USF Alcaides, com idade gestacional superior a 22 semanas. Aquando deste contacto telefónico, após ser explicado o funcionamento das sessões, foram sete as grávidas que concordaram em participar. Foram realizadas 4 sessões, conforme planeamento prévio (apêndice B, C, D e E): Exercícios Respiratórios e de Fortalecimento Pélvico, Trabalho de Parto e Parto, Cuidados ao Recém-Nascido e Promoção da Amamentação. As apresentações foram realizadas em PowerPoint em reunião via plataforma ZOOM. Ao longo das sessões, que foram maioritariamente expositivas e explicativas, foi possível esclarecer dúvidas e desmistificar conceitos.

Após a realização das sessões, foram realizados questionários de satisfação (apêndice F), através da plataforma *Google Forms* e os resultados demonstraram que todas manifestaram contentamento e reconheceram a importância das mesmas (apêndice G).

Considera-se a consulta de vigilância pré-natal o momento de eleição para apresentar, ainda que de forma breve, a possibilidade de elaborar um Plano de Parto. Um Plano de Parto permite exprimir desejos e preferências em relação ao modo como a mulher/o casal gostariam que decorresse o trabalho de parto, o parto e o nascimento do seu bebé (Medeiros et al., 2019). Quando o plano é estudado, trabalhado e decidido em conjunto com um profissional de saúde, deve traduzir uma vontade informada, esclarecida e livre, quanto aos cuidados e procedimentos que são desejados, ou que não, durante e após o parto. Pode, a qualquer momento, ser alterado por vontade

própria. A equipa de saúde deverá respeitar o Plano de Parto sempre que lhes seja possível. Deve ser explicado à mulher/ao casal que fatores de ordem clínica inesperados podem exigir procedimentos que não estavam previstos, para preservar a saúde e segurança da mãe, do feto ou do bebé. Idealmente, este plano deveria ser discutido com a equipa do local onde se prevê que vá ocorrer o parto para evitar expectativas desajustadas ou impossibilidades face aos recursos humanos e físicos disponíveis no local (Alba-Rodríguez, Coronado-Carvajal & Hidalgo-Lopezosa, 2022).

Face às questões e limitações pandémicas no momento, considera-se que a adesão das grávidas às consultas e sessões planeadas foi afetada. Também o facto de as sessões serem realizadas por videoconferência, não havendo outra hipótese disponível, possa ter sido um entrave à experiência das mulheres.

O contacto com mulheres grávidas e a prestação de cuidados direta a esta população alvo também decorreu em serviço de Internamento, no Estágio de Grávidas Patológicas. O Plano Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, elaborado pela DGS (2015), apresenta-nos um modelo de vigilância da gravidez a ser seguido pelos profissionais de saúde, abrindo a ressalva para que quanto maior for o risco determinado da gravidez, mais ajustada seja a vigilância da mesma. Quando alguma situação apresentar um risco acrescido para a mulher ou para o feto, deve ser ponderado o internamento para um melhor acompanhamento e monitorização do bem-estar materno-fetal.

Ao longo deste período foi possível prestar cuidados a mulheres grávidas, com diferentes idades gestacionais, em diferentes situações de risco, aprofundando conhecimentos e competências para cuidar da mulher grávida em situação patológica. As patologias mais frequentes ao longo do estágio foram: gravidez ectópica, aborto retido, interrupção médica da gravidez (IMG) por malformação fetal, ameaça de parto pré-termo (APPT), restrição de crescimento intrauterino (RCIU), rotura prematura de membranas (RPM), pré-eclampsia e patologias diversas não relacionadas diretamente com a gravidez, como pielonefrite e cólica renal.

Qualquer experiência de patologia durante a gravidez, diretamente relacionada com a mesma ou não, são fatores de stress e ansiedade para as grávidas. Neste sentido, foi necessária a aquisição e desenvolvimento de capacidades e competências para informar, esclarecer, ensinar e instruir a grávida/casal, demonstrando assim disponibilidade e empatia para com quem vivencia este tipo de situações.

De todas as experiências retiradas ao longo deste período, a mestranda opta por enfatizar algumas experiências que se revelaram mais complexas para a própria. Foram cuidadas, ao longo deste período, algumas mulheres em situações perda, quer por aborto espontâneo, por aborto voluntário por malformações fetais e por fim, e mais complexo ainda, por morte fetal em gravidezes de termo. A morte e o luto, apesar de não serem algo de novo no percurso profissional da mestranda, nunca tinham sido experienciadas em situações tão específicas como a gestação ou o nascimento. Pode-se afirmar que o início e o fim da vida, por vezes estão separados por uma linha demasiado ténue.

O confronto com esta realidade permitiu a aquisição de uma nova visão sobre o trabalho do EESMO. Estas experiências marcaram de forma particular o estágio e exigiram uma adaptação da mestranda ao contexto, pois através da relação terapêutica estabelecida com a mulher/casal pode-se apoiar o início do seu processo de luto, influenciando assim a forma como vivenciam esta experiência extremamente negativa das suas vidas (Miranda & Zangão, 2020). Nesta experiência, foi possível perceber as diferentes interações dos profissionais de saúde perante as questões da morte, num serviço onde diariamente se presenciam inícios de vidas. O modo como os profissionais lidam com as questões de perda relacionadas com a morte depende de diferentes fatores: história pessoal de perdas, de experiências com a morte e de elaboração de luto; valores da cultura em que está inserido, o que influencia sua conceção de morte e a expressão de sua dor; além da sua formação e de capacitação em serviço (Kovács, 2010; Miranda & Zangão, 2020).

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

As práticas associadas ao trabalho de parto estão em constante mudança, e culturalmente tem-se observado uma passagem destes momentos do seio familiar para o meio hospitalar. Com esta evolução, acompanhou-se também a evolução das equipas de profissionais de saúde que passaram a dar resposta a esta área específica. Foi possível observar o caminho delineado desde a “parteira” até à formação e legislação da profissão de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia. O EESMO cuida a mulher durante o trabalho de parto, providenciando um parto em ambiente

seguro, otimizando a saúde da parturiente e do recém-nascido (RN) na sua adaptação à vida extrauterina (OE, 2015).

O trabalho de parto é um conjunto de fenómenos fisiológicos, quer induzidos ou espontâneos, que conduzem à extinção e dilatação do colo do útero, permitindo a progressão fetal pelo canal de parto até à sua expulsão (Néné, Marques, & Batista, 2016). Ao longo do estágio, nos diferentes campos clínicos, foram adquiridas competências no âmbito da vigilância do trabalho de parto, considerando-se a vigilância tão importante quanto o parto propriamente dito.

O facto deste processo de vida da mulher ter passado a ser vivido em meio hospitalar, potenciou também uma maior instrumentalização do parto, que na sua origem se trata de um processo fisiológico (Silveira, Camargo & Crepaldi, 2010). Neste sentido, podemos observar uma mudança na visão da OMS, que já em 1996 publicou as primeiras diretrizes sobre a assistência ao parto normal, orientando assim os profissionais para protagonizar a mulher durante o seu parto, tendo como principais objetivos promover a humanização dos cuidados, promover a autonomia e autodeterminação da mulher, enfatizando a necessidade de diminuir a intervenção médica, promovendo o parto normal (OMS, 2015).

A admissão de uma grávida/casal no bloco de partos pressupõe uma anamnese, sempre que possível, bastante meticulosa. Os dados recolhidos neste momento serão fator determinante ao longo de todo o trabalho de parto. É essencial recolher os dados obstétricos/ginecológicos da grávida, os seus antecedentes pessoais, os dados analíticos e as intercorrências durante a gravidez. Considera-se o momento de admissão, o momento de eleição para serem discutidas e avaliadas as expectativas, os conhecimentos e os medos da grávida/casal. No CHPVVC foram várias as grávidas que apresentavam Plano de Parto, contrariamente à experiência no HESE. Considera-se importante, neste ponto, estabelecer prioridades, esclarecer dúvidas, desmistificar crenças e acima de tudo trabalhar as expectativas.

Os pontos mais abordados nos Planos de Parto que a mestranda teve oportunidade de conhecer foram: a presença de uma pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto, a possibilidade de se movimentar de forma livre durante o trabalho de parto, a possibilidade de requerer ou não analgesia epidural, o uso de terapêutica indutora do trabalho de parto, a execução de amniotomia, a posição a utilizar para o período expulsivo, o contacto pele-a-pele imediatamente após o nascimento, a

clampagem tardia do cordão umbilical e a amamentação na primeira hora de vida do bebê.

Foi importante perceber também a flexibilidade destes Planos de Parto. Durante a experiência obtida, foi muito comum observar a mudança dos planos por parte da mulher/casal durante o trabalho de parto e a rápida adequação das equipas presentes a esta mudança. Também foi possível observar que quando foi necessária a utilização de alguma técnica/procedimento não previsto no Plano de Parto, desde que previamente explicado e esclarecido, as mulheres não se opuseram ou recusaram. Neste ponto, enfatizo a capacidade dos profissionais de saúde de transmitirem as informações da forma mais clara, objetiva e simplificada às mulheres, que durante o trabalho de parto se encontraram num momento mais fragilizado.

O CTG é um exame não-invasivo que permite avaliar o bem-estar fetal, através da monitorização do ritmo cardíaco do bebê, permitindo simultaneamente monitorizar a frequência e duração das contrações uterinas. Ao longo do Estágio, surgiram diferentes dificuldades. Inicialmente a interpretação do CTG mostrou ser de extrema dificuldade, tendo sido alvo de estudo diário. Foi interessante perceber também que esta avaliação do bem-estar materno-fetal é realizada com periodicidade diferente consoante o campo clínico frequentado.

A monitorização cardiotocográfica contínua está desaconselhada em grávidas de baixo risco. Contudo, frequentemente se mantinha continuamente a monitorização, limitando a mobilidade da grávida. No Bloco de Partos do CHPVVC, onde se monitorizavam as grávidas de baixo risco por curtos períodos de tempo, conforme recomendações da OMS (2018), notava-se uma maior mobilidade da grávida, assim como verticalidade durante o trabalho de parto.

Um ponto considerado como positivo no Bloco de Partos do HESE foi a possibilidade de ter os cardiotocógrafos ligados em rede, o que permitia uma visualização direta na sala de Enfermagem. Desta forma, qualquer alteração ao bem-estar fetal era imediatamente detetada. O mesmo não se pode verificar no Bloco de Partos do CHPVVC.

As grávidas, atualmente cada vez mais bem informadas, mostraram sempre interesse em perceber os traçados cardiotocográficos e o seu significado. Apesar de considerar importante esta informação, considerou-se também como um elemento causador de stress e ansiedade para a grávida/casal. Manizheh e Leila (2009) consideram normal algum nível de ansiedade presente durante o trabalho de parto,

contudo, quando os níveis de ansiedade aumentam exponencialmente, torna-se um fator emocional que resulta num incremento da percepção da dor presente. Neste estudo, referem que o ambiente envolvente no qual a grávida se encontra afeta diretamente a experiência de parto e o relato de dor presente. O ambiente envolvente reporta-se ao conjunto de pessoas presentes, a comunicação verbal e não verbal utilizadas, o suporte emocional oferecido, a estrutura física do local, a temperatura, os sons, a luminosidade, os procedimentos realizados e, entre outros, a monitorização (Manizheh & Leila, 2009).

A cervicometria, avaliação do estado do colo uterino quanto à sua posição, extinção e dilatação foi um dos grandes desafios deste estágio. Sendo este um procedimento invasivo na intimidade da grávida, foi realizado apenas quando se mostrava indispensável para a avaliação da progressão do Trabalho de Parto. Inicialmente considerou-se de grande dificuldade, principalmente na fase latente. Após algum treino, considera-se adquirida esta competência, quanto à sua execução, ao momento em que deve ser realizada e quanto à interpretação do seu resultado.

Durante o trabalho de parto, as grávidas foram sempre incentivadas a deambular, a utilizar a bola de Pilates para aumentar a mobilidade da bacia, tomar duche e terem acesso a massagem quando se encontravam acompanhadas. Grávidas mais limitadas na sua mobilidade mostraram-se mais impacientes e queixosas durante o trabalho de parto. Segundo Manizheh e Leila (2009) a restrição de mobilidade é também um fator causador de ansiedade e aumento da percepção dolorosa. Valoriza-se a mobilidade e verticalidade quando não há riscos acrescidos para o bem-estar materno-fetal, tendo em conta a possibilidade de diminuição da duração do parto, a diminuição do risco de cesariana, a diminuição da dor e conseqüente necessidade de analgesia epidural (Lawrence et al., 2013).

A analgesia durante o Trabalho de Parto mais utilizada foi a analgesia epidural. O bloqueio epidural é uma técnica realizada através da administração de fármacos no espaço epidural que, consoante o tipo e a dosagem, podem proporcionar analgesia ou anestesia, utilizados no parto vaginal ou na cesariana. A maioria das grávidas mostravam conhecimento prévio desta técnica, manifestando interesse ou não logo no momento da admissão. Foi possível conhecer diferentes métodos de administração de fármacos. No CHPVVC a técnica utilizada foi a “walking epidural”, em que a terapêutica era administrada em bólus, em doses calculadas pelo anestesista de serviço e administradas pela EESMO responsável em diferentes intervalos de tempo. Esta técnica permite que a grávida continue a deambular durante todo o trabalho de parto.

No HESE foi utilizada a técnica de administração por bólus, administração esta realizada pelo anestesista responsável, e administração em perfusão contínua por seringa infusora. Neste serviço, maioritariamente, as grávidas permanecerem limitadas ao leito a partir do momento em que iniciavam analgesia epidural. Pela experiência obtida, a epidural mostrou-se eficaz no alívio da dor, contudo, dependendo da técnica realizada, nem sempre permitiu uma participação materna ao longo do Trabalho de parto. Excecionalmente se identificou alguma consequência negativa da realização da epidural e quando aconteceu, o mais detetado foi hipotensão, cefaleias e retenção urinária, enquadrando-se nos efeitos secundários apresentados na literatura para a realização de analgesia epidural (Sng et al., 2014).

Durante a experiência da mestranda, ao longo da realização dos 40 partos, foi possível experienciar diferentes posições da grávida para o parto, entre os quais: litotomia, em 4 apoios, agachada, sentada (no banco de partos), lateralizada com flexão dos membros inferiores e posição supina. Enquanto profissional de saúde, as diferentes posições implicam um maior esforço e flexibilidade do profissional, que tem que se adaptar à posição da grávida para manter uma correta vigilância e permitir um parto humanizado e seguro. Apesar dos benefícios conhecidos na alternância de posições e mobilidade durante o trabalho de parto, ainda não é prática corrente o desenvolvimento de um parto em posições não horizontais. Garbelli e Lira (2021) desenvolveram um estudo com o objetivo de conhecer a perspetiva dos profissionais de saúde sobre esta temática. Os resultados obtidos apontam para a necessidade de os profissionais de saúde desenvolverem a sua formação, competências e conhecimentos neste âmbito. Contudo, no que concerne à postura da mulher, quando oferecida a possibilidade de escolher a posição a adotar, foi possível identificar um maior esforço e colaboração por parte grávida, tendo em conta que esta se sentia mais responsável pelas suas escolhas levando-a a uma maior concentração no período expulsivo.

As mulheres que sentiram liberdade de escolha para a posição em que gostariam de parir, foram incentivadas a alternar posições até encontrarem a posição mais confortável e que lhes permitisse realizar esforços expulsivos da forma mais controlada possível. Contudo, é importante referir que algumas mulheres, mesmo quando incentivadas a alternar a sua posição, se sentiram mais confortáveis em manter a posição de litotomia. É essencial, em todo este processo, respeitar a decisão da mulher e colaborar com ela para obter os melhores resultados possíveis.

O CHPVVC tem disponível uma piscina para utilização em sala de partos, com vista ao controlo da dor através de medidas não farmacológicas. Esta piscina está destinada à utilização por parte das mulheres que pretendam um parto natural, não medicalizado. A sua utilização, em Portugal, em meio hospitalar, só se encontra prevista e autorizada no primeiro estadio do trabalho de parto. No entanto, a mesma não se encontrava em funcionamento desde o início da pandemia, por questões de higiene e segurança. Teria sido uma excelente oportunidade ter experienciado este método

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

O EESMO é o elemento da equipa interdisciplinar que potencia a saúde da puérpera e RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, 2015).

O período pós-parto, mais concretamente, o Puerpério, define-se pelo período de seis semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes ao processo de gravidez. Divide-se em três períodos: o puerpério imediato, primeiras duas horas; o puerpério precoce, até ao final da primeira semana; o puerpério tardio, até ao final da sexta semana (Graça, 2005).

O puerpério imediato decorria ainda em contexto de Bloco de Partos/Bloco operatório (em caso de cesariana). É neste período que o risco de hemorragia é superior, pelo que se pressupões uma vigilância mais apertada da situação da puérpera. Neste período das primeiras duas horas podíamos verificar a intenção da mulher de amamentar ou não. Sempre que a intenção era amamentar, privilegiava-se a amamentação na primeira meia hora de vida do RN. Para que a amamentação tenha sucesso, devem conjugar-se três fatores: a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação (Levy & Bértolo, 2012).

Este momento do puerpério imediato é importante para realizar ensinamentos sobre os sinais de alarme referentes à puérpera e ensinamentos sobre a amamentação. Contudo, a puérpera não deve ser assoberbada de informação, pois a mesma não será toda apreendida num momento de tão grande fragilidade como este.

No caso de o parto ter sido distócico por cesariana, este período decorria em contexto de Bloco operatório, no recobro. Após as duas primeiras horas, a mulher era

transferida para o serviço de internamento. Os dois campos de estágio que a mestranda frequentou apresentaram políticas de intervenção diferentes.

No CHPVVC, a cesariana decorria no Bloco operatório, com a presença da equipa daquele local. Após o nascimento, o RN era entregue à equipa de Obstetrícia do Bloco de Partos presente, que lhe prestavam os cuidados necessários, já no Bloco de Partos propriamente dito. Após prestação dos cuidados ao RN, se fosse do interesse do pai, era dada a possibilidade de contacto pele-a-pele com o pai nas primeiras duas horas de vida do bebé.

No HESE, a cesariana decorria no Bloco Operatório central ou no Bloco Operatório Materno-Infantil, sendo que o EESMO do Bloco de Partos estaria presente no Bloco operatório para receber o RN e prestar todos os cuidados necessários no local. Após observação pelo pediatra, o RN seguia juntamente com o EESMO para o serviço de Bloco de Partos, onde ficaria a aguardar o regresso da Puérpera, sempre supervisionado pelo EESMO.

No puerpério imediato preconiza-se uma vigilância constante das puérperas pelos riscos decorrentes do parto, de forma a despistar e prevenir futuras complicações (Brandão et al., 2020). Neste período são avaliadas as perdas sanguíneas, a presença do globo de segurança de Pinard formado, a involução uterina e os parâmetros vitais, frequentemente, de forma a despistar o risco de hemorragia maciça por atonia uterina. É importante ter em conta, também, o risco de retenção urinária, aumentado em caso de analgesia epidural, avaliando o globo vesical. O bem-estar e segurança da mulher deve ser um dos principais objetivos do cuidado nesta fase.

Após o nascimento do RN é importante monitorizar o seu estado geral, promovendo o contacto pele a pele logo que possível. A adaptação à mama, se a mulher o desejar, também deve ser realizada o mais precocemente possível. Foram prestados ensinamentos quanto à amamentação nas primeiras horas de vida.

Durante o período de internamento da puérpera e recém-nascido, foi possível prestar cuidados diretos à díade. O facto de a pandemia ter alterado as dinâmicas nos serviços quanto à presença do pai/acompanhante e visita, raramente foi possível intervir na tríade. O impedimento da presença do pai no momento do parto e nas horas que se seguem pode afetar diretamente o processo de vinculação paterna. Este processo iniciado ainda no período pré-natal, presume o momento do nascimento como um ponto de viragem na transição para o papel de “pai” (Franco, Cordeiro, Espanhol, & Frias, 2021).

4.5. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

O EESMO cuida da Mulher durante o período do climatério, potenciando a sua saúde na transição à menopausa, apoiando a sua adaptação a todas as alterações vivenciadas (OE, 2015).

Segundo Utian (1999), o climatério compreende o período da vida da mulher entre o pleno potencial e a incapacidade reprodutiva e, ao longo do qual, ocorre um declínio progressivo da função ovárica. Compreende três fases (pré, peri e pós-menopausa) cuja individualização não é linear. Frequentemente o período do climatério apresenta um grupo de sintomas e/ou sinais, vivenciados pelas mulheres, tais como alterações menstruais, artralgias, mialgias, afrontamentos, alterações do humor, alterações do sono, entre outras. Este conjunto de sinais/sintomas caracterizam a “síndrome climatérica” (Chagas et al., 2020).

Ao longo do estágio foi possível acompanhar mulheres no período do climatério no âmbito dos cuidados de saúde primários e ao nível do internamento durante o estágio de ginecologia. Na consulta de planeamento familiar, na USF Alcaides, foi realizada a avaliação inicial e posteriormente foi executada a orientação das mulheres para o processo do climatério, explicando as alterações físicas e fisiológicas inerentes a este processo. Foram trabalhadas formas preventivas da sintomatologia presente neste período e os fatores de risco associados. A realização de rastreios, nomeadamente o Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU) também foi incentivado. Algumas mulheres, nesta fase da sua vida, manifestavam desconhecimento da manutenção da realização de citologia cervical. Foi possível experienciar por diversas vezes a realização deste procedimento.

Considera-se também importante abordar o tema da sexualidade nesta fase da vida da mulher, tendo em conta que esta componente é diretamente afetada pelas alterações hormonais decorrentes deste período. Barreto e Souza (2020) evidenciam a correlação entre a intensidade dos sintomas do climatério e a degradação da qualidade de vida sexual nas mulheres. Desta forma, é importante fornecer estratégias às mulheres que se encontram a ultrapassar estas dificuldades em específico.

4.6. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processo de saúde/doença ginecológica

O EESMO cuida da Mulher, potenciando a sua saúde, em situação de doença ginecológica (OE, 2015). O Estágio Profissional providenciou a possibilidade de cuidar de mulheres em contexto de internamento por problemas/alterações de saúde diversos.

Ao longo do estágio foi possível cuidar de mulheres com doença ginecológica, em contexto de internamento, com ou sem necessidade de cirurgia. Na sua maioria, as patologias que foi possível encontrar foram quistos ováricos e uterinos, doença inflamatória pélvica, cancro do colo do útero. Foram ainda prestados cuidados a doentes com necessidades cirúrgicas várias. Foram prestados cuidados pré e pós-operatórios a mulheres submetidas, na sua maioria, a histerectomias (abdominal/vaginal) e anexectomia. Neste contexto foram explorados os ensinamentos pré e pós cirúrgicos, cuidando da mulher em situação de maior fragilidade, com o objetivo que esta possa retomar a sua autonomia de forma célere e segura.

4.7. Cuidar o grupo-alvo: mulheres em idade fértil inserido na comunidade

O EESMO presta assistência à Mulher, atuando no ambiente em que vive e se desenvolve, promovendo a sua saúde sexual e reprodutiva, prevenindo processos de doença. No seu exercício profissional é responsável por intervenções autónomas e interdependentes, cuidando da Mulher e ajudando à sua adaptação a processos fisiológicos/processos patológicos e no ciclo reprodutivo (OE, 2015).

No decorrer do estágio foi importante perceber quais as necessidades da população relativamente à saúde sexual. Foram promovidos, ao longo do estágio, atividades e partilha de conhecimentos relativamente a hábitos de vida saudáveis e comportamentos seguros na promoção da saúde sexual. Os cuidados de Enfermagem prestados visaram sempre o respeito pela cultura e crença de cada utente.

5. Considerações finais

É na procura incessante da excelência do cuidar, no caminho de enfermeiro generalista a enfermeiro especialista, que se delineiam o percurso para o aprimoramento do desempenho profissional em enfermagem.

A realização deste Estágio possibilitou a aquisição de conhecimentos na área de Saúde Materna e Obstétrica e integração dos mesmos na prática de cuidados, proporcionando uma melhor capacidade para a tomada de decisão, sempre fundamentada, nas diferentes situações. A experiência vivenciada conduziu a mestranda a refletir sobre a segurança dos cuidados prestados e a essência do cuidar. Ao longo deste percurso, foram desenvolvidas as competências específicas necessárias ao cuidado da mulher, do RN e da família, assim como a implementação de técnicas de parto adequadas.

O tema abordado ao longo deste relatório desde sempre foi alvo de interesse, pesquisa e desenvolvimento por parte da mestranda. Através da exploração desta temática, foi possível adquirir conhecimentos com base nas mais recentes evidências.

A participação/vigilância de trabalhos de parto e participação/execução de partos foram o momento ideal para colocar em prática todo o conhecimento adquirido neste percurso. Procurar seguir as recomendações da OMS para um parto seguro é o objetivo primordial deste trabalho. Contudo, reconhece-se a necessidade de um maior investimento a montante. A preparação da mulher grávida para o momento do parto é essencial para obter os melhores resultados. Reconhece-se também a necessidade da consciencialização dos profissionais de saúde envolvidos para a melhoria dos cuidados. É objetivo continuar a trabalhar no sentido da consolidação de conhecimentos, bem como na atualização continua dos mesmos.

A pandemia por SARS-COV2 que assolou o mundo nos últimos anos, provocou alterações nos serviços de saúde, tendo influência direta nas oportunidades experienciadas. Enquanto trabalhadora-estudante, a mestranda deparou-se com diferentes limitações, quer a nível do contexto laboral, quer ao nível do contexto de Estágio. Apesar das contrariedades, considera-se ter concluído este percurso enriquecedor de forma positiva.

Ao longo dos Ensinos Clínicos foram aplicadas estratégias e desenvolvidas atividades de forma a dar resposta aos objetivos propostos. Houve constante preocupação com a procura de novos conhecimentos e sedimentação dos adquiridos. As competências foram sendo desenvolvidas ao longo do percurso académico, quer na componente teórica (1º ano do curso de mestrado), quer em contexto clínico (2º ano de mestrado), proporcionando maior autonomia e segurança. A melhoria dos cuidados prestados foi uma constante.

Os objetivos delineados, relativos à prestação de cuidados especializados, foram atingidos, contribuindo para a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). Considera-se o trabalho desenvolvido positivo e gratificante na medida em que se atingiu os objetivos inicialmente delineados.

6. Referências bibliográficas

- Aasheim, V., Nilsen, A. B., Lukasse, M. & Reinar, L. M. (2011). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. The Cochrane database of systematic reviews, (12), CD006672. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub2>
- Alba-Rodríguez, R., Coronado-Carvajal, M. P., & Hidalgo-Lopezosa, P. (2022). The Birth Plan Experience-A Pilot Qualitative Study in Southern Spain. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(1), 95. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010095>
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style (7th ed.). APA.
- Amorim, M. & Katz, L. (2008). O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*, 36(1), 47-54.
- Ashton-Miller, J. A., & Delancey, J. O. (2009). On the biomechanics of vaginal birth and common sequelae. *Annual review of biomedical engineering*, 11, 163–176. <https://doi.org/10.1146/annurev-bioeng-061008-124823>
- Beckmann, M., & Stock, O. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4. Art o.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub3.
- Borges, B.B., Serrano, F., & Pereira, F. (2003). Episiotomia – uso generalizado versus seletivo. Lisboa: Acta Médica Portuguesa
- Brandão, A., Oliveira, D., Silva, S., Júnior, A., Cunha, F., Spindola, P... Castro, S. (2020). Atuação do enfermeiro no puerpério imediato em um hospital maternidade no Pará. *Revista Eletronica Acervo Saúde*, 12 (3). <https://doi.org/10.25248/reas.e2508.2020>
- Burgio, K. L., Borello-France, D., Richter, H. E., Fitzgerald, M. P., Whitehead, W., Handa, V. L., Nygaard, I., Fine, P., Zyczynski, H., Visco, A. G., Brown, M. B., Weber, A. M., & Pelvic Floor Disorders Network (2007). Risk factors for fecal and urinary incontinence after childbirth: the childbirth and pelvic symptoms

- study. *The American journal of gastroenterology*, 102(9), 1998–2004. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2007.01364.x>
- Caeiro, H., Augusto, M., Bilro, P., & Fonseca, P., (2018). USF Alcaides - Manual de Acolhimento. Montemor-o-Novo. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40007/4070671/QUEM%20SOMOS/Manual%20acolhimento.pdf>
 - Campos, C., (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de Enfermagem. *Psilogos*, 15(1), 91-101. <https://doi.org/10.25752/psi.9725>
 - Chagas, P., Ruas, J., Santos, J., Pereira, T., Silva, E., Nascimento, G...Ribeiro, C. (2020). Síndrome climatérica e fatores associados. *Revista Eletronica Acervo Saúde*, 51. <https://doi.org/10.25248/reas.e3536.20>
 - Chen, Y., Li, Z., Zhang, Y. Y., Zhao, W. H., & Yu, Z. Y. (2020). Maternal health care management during the outbreak of coronavirus disease 2019. *Journal of medical virology*, 92(7), 731–739. <https://doi.org/10.1002/jmv.25787>
 - Couto, G. (2002). Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural. Dissertação de candidatura ao 112 grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
 - Díaz, T., Barros, M., & Frias, A. (2022). Posição de parto e redução do dano perineal em mulheres no puerpério imediato: revisão da literatura. *The nursing profession in the XXI century*. Capítulo 7: 72-83. DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.8062228018>
 - DGS- Direção Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa.
 - Djanogly, T., Nicholls, J., Whitten, M., & Lanceley, A. (2022). Choice in episiotomy - fact or fantasy: a qualitative study of women's experiences of the consent process. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 139. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04475-8>
 - Fera-Ramírez, C., Gonzalez-Sanz, J. D., Molina-Luque, R., & Molina-Recio, G. (2021). The Effects of the Pilates Method on Pelvic Floor Injuries during Pregnancy and Childbirth: A Quasi-Experimental Study. *International journal of*

environmental research and public health, 18(13), 6995.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18136995>

- Fernando, J., Williams, A., & Adams, J. (2015). The management of third and fourth-degree perineal tears. RCOG Green top Guidelines No 29. 2015. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>
- Franco, S., Cordeiro, C., Espanhol, S., & Frias, A. (2021). Vinculação Paterna no Pré-Natal. *A Obra Prima: A arte de cuidar no início da vida*, 3, 46-58. DOI: 10.37885/210805701
- Garbelli, L., & Lira, V. (2021). Maternal positions during labor: Midwives' knowledge and educational needs in northern Italy. *European journal of midwifery*, 5, 15. <https://doi.org/10.18332/ejm/136423>
- Graça, L. (2005). *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel.
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J. & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
- Hsieh, W. C., Liang, C. C., Wu, D., Chang, S. D., Chueh, H. Y., & Chao, A. S. (2014). Prevalence and contributing factors of severe perineal damage following episiotomy-assisted vaginal delivery. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*, 53(4), 481–485. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2013.07.002>
- Jackson, M. B., & Dunster, G. D. (1984). Episiotomy: who gets one and why. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 34(268), 603–605.
- 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(2), CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
- Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O mundo da saúde* 34 (4): 420-429. São Paulo.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, (10), CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>

- Lawrence, L., Rebecca, R., Noelle, B., Dusty, T., & Clifford, Q. (2016). The effect of perineal lacerations on pelvic floor function and anatomy at six months postpartum in a prospective cohort of nulliparous women. *Birth* 43, 293-302. Doi: 10.1111/birt.12258.
- Lazzerini, M., Covi, B., Mariani, I., Drglin, Z., Arendt, M., Nedberg, I. H., Elden, H., Costa, R., Drandić, D., Radetić, J., Otelea, M. R., Miani, C., Brigidi, S., Rozée, V., Ponikvar, B. M., Tasch, B., Kongslien, S., Linden, K., Barata, C., Kurbanović, M., ... IMAGiNE EURO study group (2022). Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *The Lancet regional health. Europe*, 13, 100268. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100268>
- Le Ray, C., & Pizzagalli, F. (2018). Quelles interventions durant le travail pour diminuer le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF [Which interventions during labour to decrease the risk of perineal tears? CNGOF Perineal Prevention and Protection in Obstetrics Guidelines]. *Gynecologie, obstetrique, fertilité & senologie*, 46(12), 928–936. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.026>
- Leon-Larios, F., Corrales-Gutierrez, I., Casado-Mejia, R., & Suarez-Serrano, C. (2017). Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Midwifery* 50, 72-77. DOI: 10.1016/j.midw.2017.03.015
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICE. ISBN: 978-972-96436-1-3
- Malvasi, A., Trojano, G., Tinelli, A., Marinelli, E., & Zaami, S. (2021). Episiotomy: an informed consent proposal. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 34(6), 948–951. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1622677>
- Manizheh, P., & Leila, P. (2009). Perceived environmental stressors and pain perception during labor among primiparous and multiparous women. *Journal of reproduction & infertility*, 10(3), 217–223.

- Medeiros, R., Figueiredo, G., Correa, Á., & Barbieri, M. (2019). Repercussions of using the birth plan in the parturition process. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista gaucha de enfermagem*, 40, e20180233. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>
- Mendes, N., Palma, F., & Serrano, F. (2014). Sexual and reproductive health of Portuguese adolescents. *International journal of adolescent medicine and health*, 26(1), 3–12. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2012-0109>
- Mendes, N.A., Mazzaia, M. C., & Zanetti, M. R. (2018). Análise crítica sobre a utilização do Epi-No na gestação e parto. *ABCS Health Sciences*.
- Mira, J., Quito, R., Campeão, A., Molero, T., Hipólito, R., & Frias, A. (2021). Métodos não farmacológicos de controlo da dor no trabalho de parto: revisão narrativa de literatura. In Ana Frias e Cláudia Agostinho (Org). *A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida*. Cap.8 (pp95-110). Guarujá. São Paulo: Editora Científica Digital. DOI: 10.37885/211006513. ISBN: 978-65-5360-021-8.
- Miranda, A., & Zangão, O. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(3), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20037>
- Muhleman, M. A., Aly, I., Walters, A., Topale, N., Tubbs, R. S., & Loukas, M. (2017). To cut or not to cut, that is the question: A review of the anatomy, the technique, risks, and benefits of an episiotomy. *Clinical anatomy (New York, N.Y.)*, 30(3), 362–372. <https://doi.org/10.1002/ca.22836>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2008). Antenatal care for uncomplicated pregnancies. Clinical guideline. Disponível em: nice.org.uk/guidancecg62
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- OE. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Autor.
- OE. (2010). Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Ordem dos Enfermeiros*, 1-8.
- OE. (2010). Parecer MCEESMO nº274/2010: Aplicação e remoção de implantes subcutâneos e dispositivos intra-uterinos por enfermeiros especialistas em

- enfermagem de saúde materna e obstétrica. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_274_11032010_AplicacaoRemocaoImplantesSubcutaneos_Ceesmo_VFinal_protteg.pdf
- OE. (2011) – Responsabilidade para com a Comunidade. XI Seminário de ética. Lisboa. ISSN 1646-2629. No 37 (Junho 2011). 31-34.
 - OE. (2015). Livro de Bolso- Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
 - OE. (2018). Parecer MCEESMO nº37/2018: Implementação de implantes contraceptivos por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8924/parecer-mceesmo-nº-37_2018.pdf
 - Oliveira, S. G., Caroci-Becker, A., Mendes, E., Riesco, M., Oliveira, R., & Oliveira, S. (2021). Pelvic floor dysfunction in primiparous women up to 6 months after delivery: cohort study. *Revista brasileira de enfermagem*, 74(5), e20200607. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0607>
 - OMS. (2015). Recommendations for augmentation of labour: highlights and key messages from World Health Organization's 2014 global recommendations. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/174001>
 - OMS. (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
 - OMS. (2021). Strategic preparedness and response plan. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-2021.02>
 - Pordata. (2021). *Pordata* - Base de Dados Portugal Contemporâneo: <https://www.pordata.pt/>
 - Queirós, P. J., Vidinha, T. S., & Almeida Filho, A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3). Obtido em 20 de fevereiro de 2022, de

https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2477&id_revista=24&id_edicao=68

- Queirós, P. & Figueiredo, M. (2015). Enfermagem, de ciência aplicada a ciência humana prática: da racionalidade técnica à prática reflexiva. DOI:10.13140/RG.2.1.3959.4403.
- Regulamento N.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série – N.º26 – 6 de fevereiro de 2019.
- Regulamento N.º 391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2ª série – N.º85 – 3 de maio de 2019.
- Regulamento N.º743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2ª série – N.º184 – 25 de setembro de 2019.
- Rodrigues, S., Silva, P., Agius, A., Rocha, F., Castanheira, R., Gross, M., & Calleja-Agius, J. (2019). Intact Perineum: What are the Predictive Factors in Spontaneous Vaginal Birth?. *Materia socio-medica*, 31(1), 25–30. <https://doi.org/10.5455/msm.2019.31.25-30>
- Schantz C. (2018). Quelles interventions au cours de la grossesse diminuent le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF [Methods of preventing perineal injury and dysfunction during pregnancy: CNGOF Perineal prevention and protection in obstetrics]. *Gynecologie, obstetrique, fertilité & senologie*, 46(12), 922–927. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.027>
- Schreiner, L., Crivelatti, I., de Oliveira, J. M., Nygaard, C. C., & Dos Santos, T. G. (2018). Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 143(1), 10–18. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12513>
- Seijmonsbergen-Schermer, A., Thompson, S., Feijen-de Jong, E., Smit, M., Prins, M., van den Akker, T., & de Jonge, A. (2021). Understanding the perspectives and values of midwives, obstetricians and obstetric registrars

regarding episiotomy: qualitative interview study. *BMJ open*, 11(1), e037536. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037536>

- Silveira, S., Camargo, B. & Crepaldi, M. (2010). Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(1), 01-10. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000100002>
- Sng, B. L., Leong, W. L., Zeng, Y., Siddiqui, F. J., Assam, P. N., Lim, Y., Chan, E. S., & Sia, A. T. (2014). Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, (10), CD007238. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007238.pub2>
- Tayrac, R., & Schantz, C. (2018). Lésions pelvipérinéales obstétricales : anatomie, physiologie, physiopathologie et situations particulières. RPC prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF [Childbirth pelvic floor trauma: Anatomy, physiology, pathophysiology and special situations - CNGOF perineal prevention and protection in obstetrics guidelines]. *Gynecologie, obstetrique, fertilité & sénologie*, 46(12), 900–912. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.031>
- Tayrac, R., Panel, L., Masson, G., & Mares, P. (2006). Episiotomie et prévention des lésions pelvi-périnéales [Episiotomy and prevention of perineal and pelvic floor injuries]. *Journal de gynécologie, obstetrique et biologie de la reproduction*, 35(1 Suppl), 1S24–1S31
- Utian, W. (1999). International Menopause Society menopause-related terminology definitions. *Climateric*, 2, 284-286.
- Wastnedge, E., Reynolds, R. M., van Boeckel, S. R., Stock, S. J., Denison, F. C., Maybin, J. A., & Critchley, H. (2021). Pregnancy and COVID-19. *Physiological reviews*, 101(1), 303–318. <https://doi.org/10.1152/physrev.00024.2020>
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 16(1), 129-135.
- Yiou, R., Costa, P., Haab, F., & Delmas, V. (2009). Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien [Functional anatomy of the pelvic floor]. *Progres en urologie* :

journal de l'Association française d'urologie et de la Societe française d'urologie, 19(13), 916–925. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2009.09.002>

- Zanetti, M., Petricelli, C., Alexandre, S., Paschoal, A., Araujo, E., & Nakamura, M., (2016). Determination of a cutoff value for pelvic floor distensibility using the Epi-no balloon to predict perineal integrity in vaginal delivery: ROC curve analysis. Prospective observational single cohort study. *Sao Paulo Med J.* 134(2):97-102. DOI: 10.1590/1516-3180.2014.8581009

Apêndices

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

Apêndice A – Grelha Curricular



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
Ano Letivo 2021 /2022

Nome do Aluno: Sara Filipa Garrido Coração Franco

Nº 44329



1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida □ Exames pré-natais (100)	177
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
□ Partos eutócicos (40)	40
□ Participação activa em partos pélvicos	0
□ Participação activa em partos gemelares	0
□ Participação activa noutros partos	43
□ Episiotomia	8
□ Episiorrafia / perineorrafia.....	23
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
□ Gravidez	59
□ Trabalho de parto	15
□ Puerpério	19
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	119
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	157
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	27
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	72

Rubrica Professor

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

Apêndice B – Plano da 1ª Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade

Plano 1.^a Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade

Plano: Preparação para o Parto e Parentalidade

Tema: Promoção do Aleitamento Materno

Estágio: Cuidados de Saúde Primários

Grupo: Mulheres grávidas com idades entre os 20 e os 40 anos de idade que frequentem a consulta de Enfermagem Saúde Materna e mostrem interesse na realização das sessões de preparação para o parto

Local: Unidade de Saúde Familiar Alcides, Centro de Saúde de Montemor-o-Novo

Data e Hora: 7 de outubro de 2020 às 10h

Objetivos

- Esclarecer decisão sobre o aleitamento materno;
- Descrever prática do aleitamento materno.

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

	CONTEÚDOS	MÉTODOS	RECURSOS	ATIVIDADES DO GRUPO	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar estudantes e supervisora clínica; - Conhecer as participantes; - Apresentar o tema. 		<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação em PowerPoint; - Computador. 		10 minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Relacionar vinculação e aleitamento materno; - Introduzir definições de aleitamento materno e regime livre; -Esclarecer decisão de amamentar e situações em que não se pode amamentar; - Informar sobre vantagens do aleitamento materno, sinais de fome do bebé, e sinais de sucção eficaz e ineficaz; - Explicar mecanismo e composição do leite, sinais de pega correta, e posicionamentos; - Informar sobre dificuldades e esclarecer formas de atuar; -Demonstrar extração manual e massagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão oral; - Interativo; - Expositivo; - Diálogo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação em PowerPoint; - Computador; - Mama de silicone. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta às questões colocadas. 	40 minutos
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas e questões; - Relembrar email de apoio durante gravidez; - Agradecimentos; - Agendamento da sessão seguinte. 		<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação em PowerPoint; - Computador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta às questões colocadas. 	10 minutos

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

Apêndice C – Plano da 2ª Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade

Plano 2.^a Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade

Plano: Preparação para o Parto e Parentalidade

Tema: Trabalho de parto e parto

Estágio: Cuidados de Saúde Primários

Grupo: Mulheres grávidas com idades entre os 20 e os 40 anos de idade que frequentem a consulta de Enfermagem Saúde Materna e mostrem interesse na realização das sessões de preparação para o parto

Local: Unidade de Saúde Familiar Alcaldes, Centro de Saúde de Montemor-o-Novo

Data e Hora: 8 de outubro de 2020 às 11h

Objetivos

- Descrever trabalho de parto e parto;
- Descrever indução do trabalho de parto;
- Descrever analgesia/anestesia epidural.

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

	CONTEÚDOS	MÉTODOS	RECURSOS	ATIVIDADES DO GRUPO	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar estudantes e supervisora clínica; - Cumprimentar as participantes; - Apresentar o tema. 				10 minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Definir conceitos de trabalho de parto e parto, indução do trabalho de parto, cardiotocografia, e analgesia/anestesia epidural; - Esclarecer tipos de parto, sinais de aproximação do parto, e sinais de início do trabalho de parto; - Informar sobre fases do trabalho de parto, métodos de indução do trabalho de parto, indicações e contraindicações para da indução do trabalho de parto, medidas de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, e vantagens e desvantagens da analgesia/anestesia epidural. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão oral; - Interativo; - Expositivo; - Diálogo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação em PowerPoint; - Computador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta às questões colocadas. 	40 minutos
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas e questões; <ul style="list-style-type: none"> - Lembrar email de apoio durante gravidez; - Agradecimentos; - Agendamento da sessão seguinte. 			<ul style="list-style-type: none"> - Resposta às questões colocadas. 	10 minutos

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

Apêndice D – Plano da 3ª Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade

Plano 3ª Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade

Plano: Preparação para o Parto e Parentalidade

Tema: Cuidados ao recém-nascido

Estágio: Cuidados de Saúde Primários

Grupo: Mulheres grávidas com idades entre os 20 e os 40 anos de idade que frequentem a consulta de Enfermagem Saúde Materna e mostrem interesse na realização das sessões de preparação para o parto

Local: Unidade de Saúde Familiar Alcides, Centro de Saúde de Montemor-o-Novo

Data e Hora: 13 de outubro de 2020 às 11h

Objetivos

- Descrever os cuidados ao recém-nascido

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

	CONTEÚDOS	MÉTODOS	RECURSOS	ATIVIDADES DO GRUPO	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar estudantes e supervisora clínica; - Cumprimentar as participantes; - Apresentar o tema. 				10 minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer sobre peso, sono, eliminação, obstrução nasal, eructar, refluxo; - Descrever e demonstrar banho do recém-nascido; - Descrever cuidados ao coto umbilical; - Informar sobre corte das unhas do recém-nascido e roupa a utilizar; - Esclarecer icterícia fisiológica do recém-nascido; - Informar sobre vigilância do recém-nascido; - Esclarecer saída da maternidade do recém-nascido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão oral; - Interativo; - Expositivo; - Diálogo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação em PowerPoint; - Computador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta às questões colocadas. 	60 minutos
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas e questões; - Relembrar email de apoio durante gravidez; - Agradecimentos; - Agendamento da sessão seguinte. 			<ul style="list-style-type: none"> - Resposta às questões colocadas. 	10 minutos

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

Apêndice E – Plano da 4ª Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade

Plano 4ª Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade

Plano: Preparação para o Parto e Parentalidade

Tema: Exercícios respiratórios e Fortalecimento pélvico

Estágio: Cuidados de Saúde Primários

Grupo: Mulheres grávidas com idades entre os 20 e os 40 anos de idade que frequentem a consulta de Enfermagem Saúde Materna e mostrem interesse na realização das sessões de preparação para o parto

Local: Unidade de Saúde Familiar Alcides, Centro de Saúde de Montemor-o-Novo

Data e Hora: 21 de outubro de 2020 às 11h

Objetivos

- Descrever exercícios respiratórios, exercícios de fortalecimento pélvico e massagem perineal;
- Demonstrar alguns exercícios de fortalecimento pélvico.

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

	CONTEÚDOS	MÉTODOS	RECURSOS	ATIVIDADES DO GRUPO	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar estudantes e supervisora clínica; - Cumprimentar as participantes; - Apresentar o tema. 				10 minutos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever exercícios respiratórios nas diferentes fases do trabalho de parto; - Informar sobre exercícios de Kegel e pavimento pélvico e massagem perineal. - Descrever exercícios Kegel e massagem perineal; - Demonstrar alguns exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão oral; - Interativo; - Expositivo; - Diálogo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação em PowerPoint; - Computador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta às questões colocadas. - Realização dos exercícios 	60 minutos
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas e questões; - Relembrar email de apoio durante gravidez; - Agradecimentos; - Agendamento da sessão seguinte. 			<ul style="list-style-type: none"> - Resposta às questões colocadas. 	10 minutos

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

Apêndice F – Formulário para avaliação das sessões de Preparação para o Parto e Parentalidade

Avaliação das Sessões de Preparação para o Parto e Parentalidade - USF Alcaides

O questionário que se segue tem como objetivo avaliar as sessões de preparação para o parto realizadas pelas estudantes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Enfermeira Sara Franco e Cátia Cordeiro, sob supervisão clínica da Enfermeira Paula Bilro (USF Alcaides) e orientação pedagógica da Professora Ana Frias (Escola de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora). Agradecemos as sua colaboração.

 catia.cordeiro93@gmail.com (não partilhado) [Mudar de conta](#) 

*Obrigatório

Aceita responder a este questionário de avaliação das sessões de preparação para o parto em que participou? *

- Sim
 Não

[Seguinte](#)

[Limpar formulário](#)

Satisfação

Como avalia a sua satisfação relativamente aos seguintes critérios:

Programa das sessões: *

	1	2	3	4	5	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito bom

Horário das sessões: *

	1	2	3	4	5	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito bom

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

Utilidade dos temas abordados: *						
	1	2	3	4	5	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

Duração das sessões: *						
	1	2	3	4	5	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

Local de realização das sessões: *						
	1	2	3	4	5	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

Recursos utilizados e condições das sessões: *						
	1	2	3	4	5	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito bom

Linguagem utilizada: *						
	1	2	3	4	5	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

Conhecimento dos temas por parte das formadoras: *						
	1	2	3	4	5	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

Aquisição de conhecimentos: *						
	1	2	3	4	5	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

Avaliação global das sessões: *						
	1	2	3	4	5	
Mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

Comentários e sugestões:						
A sua resposta						

[Anterior](#) [Seguinte](#) [Limpar formulário](#)

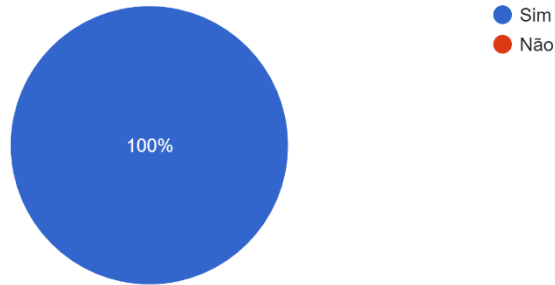
Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

Apêndice G – Resultados obtidos na avaliação das sessões de Preparação para o Parto e Parentalidade

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

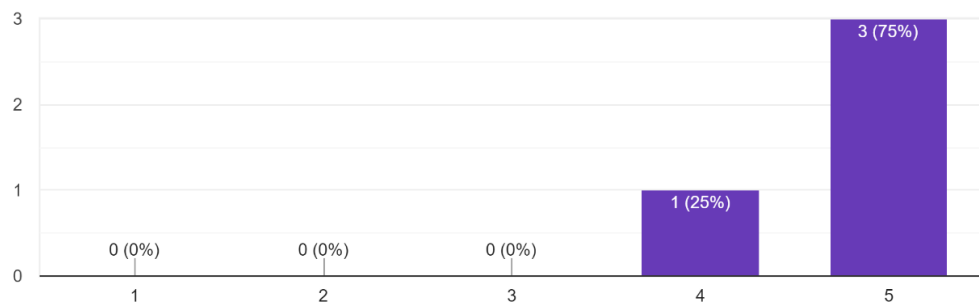
Aceita responder a este questionário de avaliação das sessões de preparação para o parto em que participou?

4 respostas



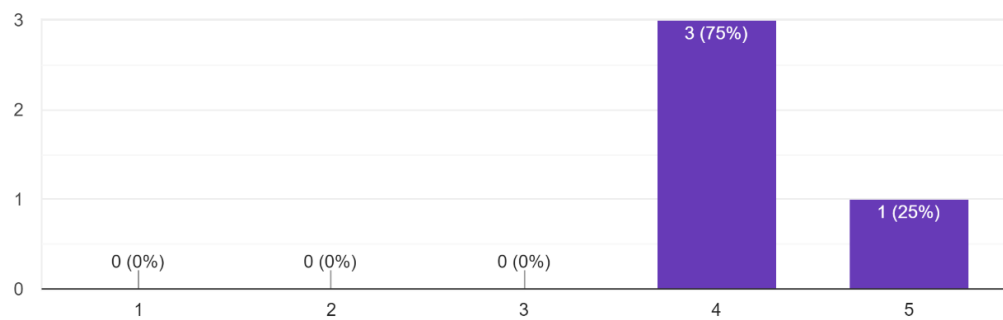
Programa das sessões:

4 respostas



Horário das sessões:

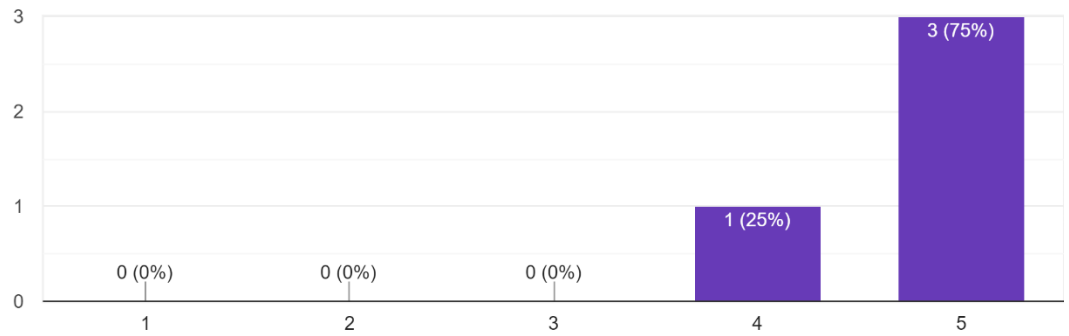
4 respostas



Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

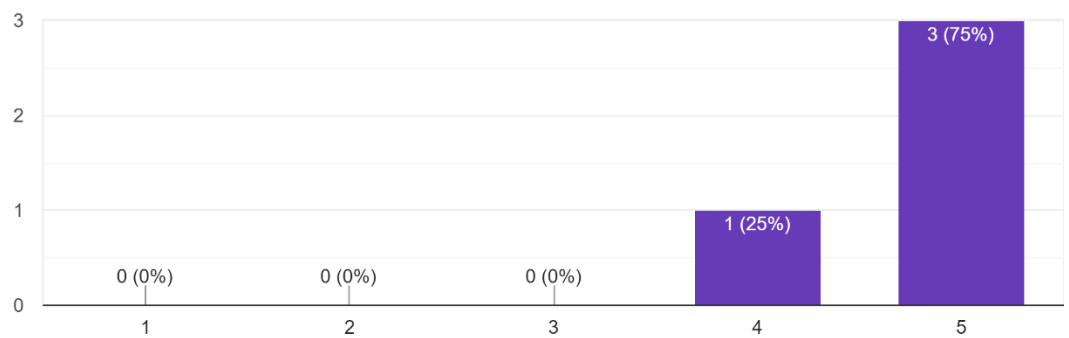
Utilidade dos temas abordados:

4 respostas



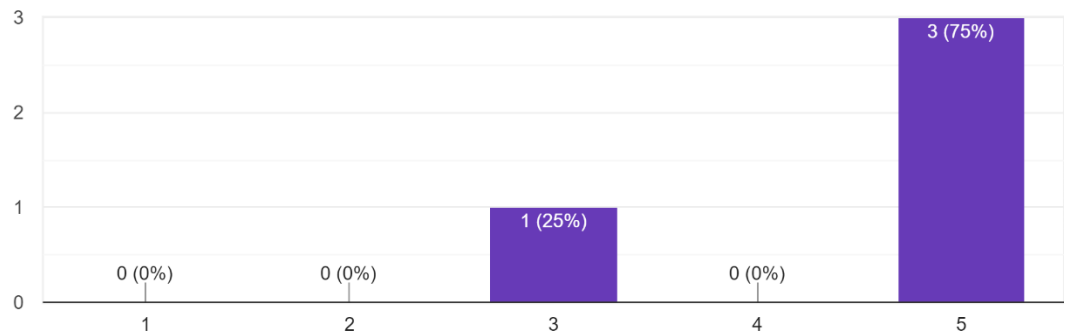
Duração das sessões:

4 respostas



Local de realização das sessões:

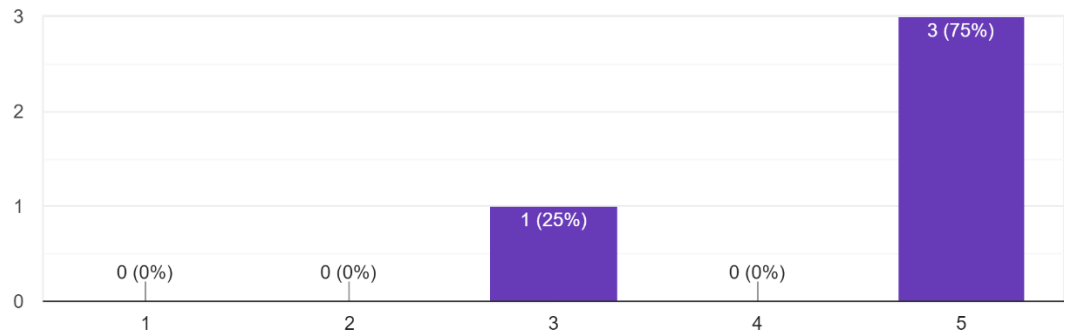
4 respostas



Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

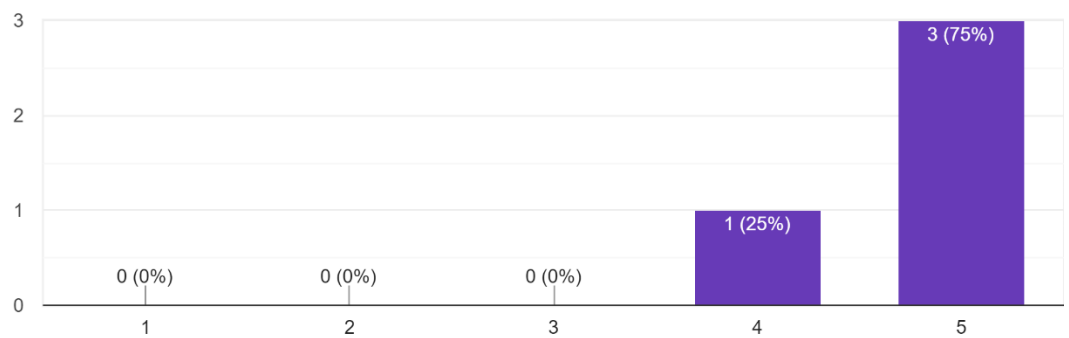
Recursos utilizados e condições das sessões:

4 respostas



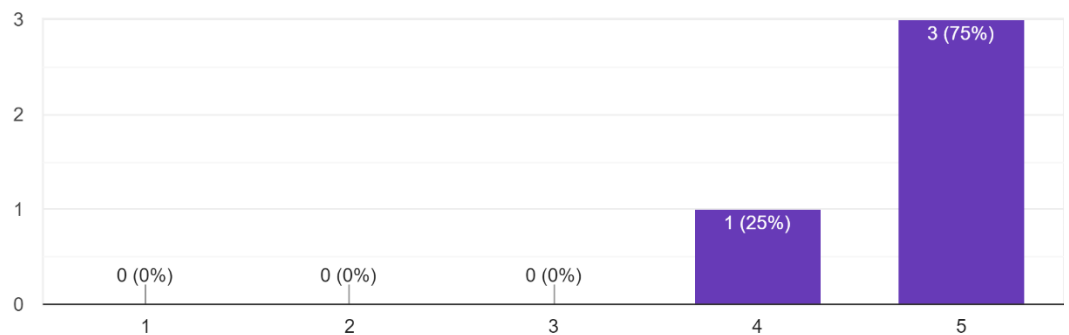
Linguagem utilizada:

4 respostas



Conhecimento dos temas por parte das formadoras:

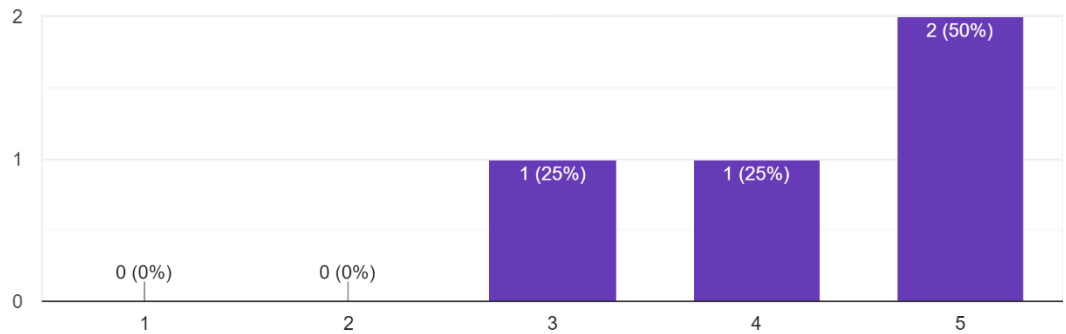
4 respostas



Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

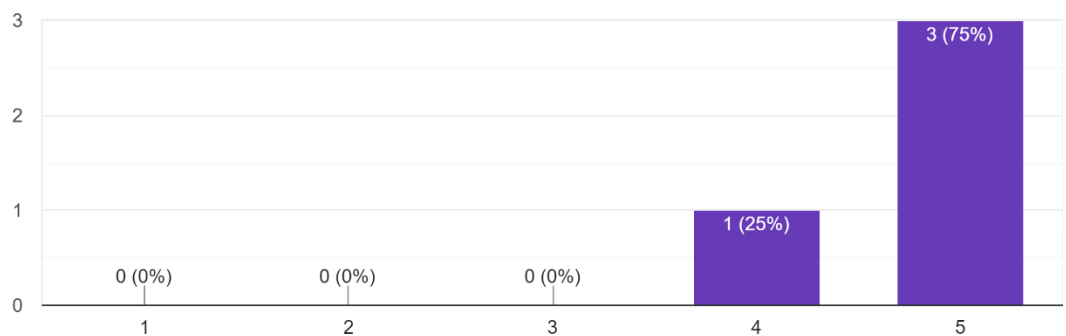
Aquisição de conhecimentos:

4 respostas



Avaliação global das sessões:

4 respostas



Comentários e sugestões:

1 resposta

Foi uma mais valia estas sessões de preparação para o parto e agradeço desde já por esta oportunidade que nos deram, pois derivado à situação atual que estamos a passar (covid-19) conseguiram de alguma forma chegar até nós a informação desejada. Claro que não é o mesmo sendo aulas presenciais, tanto em espaço como em tempo mas houve um grande esforço por parte das formadoras, tiveram sempre a preocupação de nos questionar se tínhamos dúvidas, se precisávamos de algum esclarecimento. Tiveram também o cuidado de fazer demonstrações em vídeo, para nos facilitar a compreensão sobre os exercícios a adotar.

Poderíamos ter aprofundado mais os temas mas derivado ao que referi anteriormente não foi possível. Concluindo foi uma experiência bastante positiva.

Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais

Apêndice H – Artigo publicado: Vinculação paterna no pré-natal

VINCULAÇÃO PATERNA NO PRÉ-NATAL

Novembro 2021

DOI: [10.37885/210805701](https://doi.org/10.37885/210805701)

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/356672498_VINCULACAO_PATERNA_NO_PRE-NATAL

In book: A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida (pp.46-58) Chapter: 3

Autores: Sara Franco; Cátia Cordeiro; Sónia Espanhol; Ana Frias

Resumo: A vinculação é a ligação existente entre a criança com a mãe e/ou o pai, é o processo de formação dos laços, a procura por companhia ou proximidade de outra pessoa. Encontra-se intimamente ligada com a parentalidade que tem diferentes dimensões. O presente artigo é uma revisão integrativa da literatura e procura entender como ocorre a vinculação paterna no período pré-natal. Foi realizada pesquisa nas bases de dados PubMed e Scielo e foram selecionados 6 artigos. No decorrer da gravidez, os pais adquirem uma representação elaborada e interna do feto e assim desenvolve-se a ligação emocional. A percepção da paternidade varia na natureza e intensidade. Os novos pais envolvem-se na gravidez, compartilham alegrias e tristezas, participam nas tarefas apoiando a companheira. Durante a gravidez o pai passa por diferentes emoções. O primeiro encontro do pai com o filho desperta sentimentos mais fortes do que se podia imaginar. O envolvimento paterno durante a gravidez não é apenas o acompanhamento da mesma, mas também o envolvimento emocional e afetivo. O envolvimento paterno durante a gravidez é importante para desenvolver a vinculação com o bebé. Sugerem-se novos estudos sobre o processo de vinculação paterna e os fatores determinantes para melhor compreensão do fenómeno.