



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**Intervenções do enfermeiro obstetra para a preservação da
integridade perineal no parto**

Sónia Rodrigues Espanhol

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2025



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**Intervenções do enfermeiro obstetra para a preservação da
integridade perineal no parto**

Sónia Rodrigues Espanhol

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2025



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 | Ana Galhanas (Universidade de Évora) (Arguente)
Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora) (Orientador)

"Deus quer o homem sonhar a obra nasce."

Fernando Pessoa

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria da Luz, pela sua dedicação, disponibilidade, exigência, incentivo e qualidade na orientação e acompanhamento ao longo deste percurso.

À minha família pelo apoio e disponibilidade para a conclusão deste sonho.

A todos os que de uma forma ou de outra me ajudaram a ultrapassar os obstáculos e continuar mesmo quando a vontade era de desistir.

Ao meu filho e ao meu marido por todos os dias que não passei com eles, mas que me deram sempre força para continuar.

Por fim a todas as mulheres e recém-nascidos aos quais tive o privilégio de prestar cuidados e pela contribuição para a minha formação e aquisição de conhecimento.

"Se podemos sonhar, também podemos tornar os nossos sonhos realidade."

Antoine de Saint-Exupéry

Resumo

Título: “Intervenções do enfermeiro obstetra para a preservação da integridade perineal no parto”

Introdução: O Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica inclui o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF) que proporciona aos estudantes a oportunidade de desenvolver e consolidar competências necessárias para atuar como enfermeiro especialista na área de Saúde Materna e Obstétrica. **Objetivo:** Analisar reflexivamente todo o percurso para a aquisição e desenvolvimento de competências durante o Estágio. **Metodologia:** Supervisão clínica com análise das experiências clínicas vivenciadas ao longo do Estágio. Realização de uma revisão de literatura incidindo nas intervenções do enfermeiro obstetra para a prevenção do períneo. **Resultados:** Os objetivos ENPRF foram atingidos e a aquisição das competências exigidas para a prática especializada em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. **Conclusões:** A aplicação das intervenções baseadas em evidências para a prevenção de lesões perineais, contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Descritores (DeCS): Parto obstétrico; Períneo; Enfermeiras Obstétricas; Saúde da mulher; Prevenção.

Abstract

Title: “Obstetric nurse interventions to preserve perineal integrity during childbirth”

Introduction: The Master's Course in Maternal Health and Obstetric Nursing includes the Professional Internship with Final Report (ENPRF) which provides students with the opportunity to develop and consolidate skills necessary to work as a specialist nurse in the area of Maternal and Obstetric Health. **Objective:** Reflexively analyze the entire path for the acquisition and development of skills during the Internship. **Methodology:** Clinical supervision with analysis of clinical experiences throughout the Internship. Carrying out a literature review focusing on obstetric nurse interventions for the prevention of perineum. **Results:** The ENPRF objectives were achieved, and the acquisition of the skills required for specialized practice in Maternal Health and Obstetric Nursing was achieved. **Conclusions:** The application of evidence-based interventions for the prevention of perineal injuries contributes to improving the quality of care.

Descriptors (DeCS): Obstetric birth; Perineum; Obstetric Nurses; Women's health; Prevention.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	11
2.1 Caraterização do contexto	12
2.1.1 Cuidados de Saúde Primários – USF (Local A)	13
2.1.2 Blocos de Partos e Grávidas/Ginecologia – (Local B).....	14
2.1.3 Puerpério – (Local C)	16
2.2 Metodologia do Estágio de Natureza Profissional	19
3. CONTRIBUTO PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	24
3.1 Concetualização.....	24
3.2 Metodologia.....	25
3.3 Resultados.....	28
3.3.1 Apresentação de resultados práticos dos casos assistidos no Estágio Natureza Profissional com Relatório Final.....	36
3.4 Discussão	44
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	47
4.1 Competências comuns dos enfermeiros especialistas	48
4.1.2 Domínio da Melhoria continua da qualidade	50
4.1.3 Domínio da Gestão de cuidados	51
4.1.4 Domínio do Desenvolvimento de aprendizagens profissionais.....	52
4.2 Competências específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	53
4.2.1 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.....	53

4.2.2	Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	54
4.2.3	Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	56
4.2.4	Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	59
4.2.5	Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério	61
4.2.6	Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	62
4.2.7	Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na família e na comunidade.....	63
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
	ANEXOS.....	75
	Anexo A - Certificado de Participação no “Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno”	75
	APÊNDICES	76
	Apêndice A - Objetivos Gerais e Objetivos Específicos	76
	Apêndice B - Cronograma de Atividades Inicial.....	79
	Apêndice C - Dados referentes às experiências durante o estágio	80
	Apêndice D - Sessão de preparação para o parto e parentalidade realizada em contexto de cuidados de saúde primários sobre o Banho do Bebê.....	81
	Apêndice E - Pósteres elaborados no âmbito dos cuidados de saúde primários sobre medidas para minimizar desconfortos na gravidez (Português e Inglês)	83
	Apêndice F - Pósteres elaborados no âmbito dos cuidados de saúde primários sobre vigilância da gravidez (Português e Inglês).....	84
	Apêndice G - Folhetos elaborados no âmbito dos cuidados de saúde primários sobre medidas para minimizar desconfortos na gravidez.....	86

Apêndice H - Folhetos elaborados no âmbito dos cuidados de saúde primários sobre vigilância da gravidez.....	87
Apêndice I - Flyer elaborado no âmbito dos cuidados de saúde primários sobre mala da maternidade.....	88

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Organização do Estágio de Natureza Profissional.....	12
Tabela 2 - Critérios do Modelo PICO para elaborar a questão de investigação	25
Tabela 3 - Resumo dos artigos identificados	28

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do processo metodológico da seleção dos artigos	27
Figura 2 – Nacionalidade das Grávidas	37
Figura 3 – Média de Idades da Grávida.....	37
Figura 4 – Resultados observados na região perineal.....	38
Figura 5 – Posições utilizadas no parto	39
Figura 6 – Utilização de intervenções de Proteção do Períneo	40
Figura 7 – Resultados das Intervenções do EESMO no períneo	41
Figura 8 – Percentagem do Peso do RN ao nascer	43
Figura 9 – Totais de Procidência da mão nos PE.....	43

1. INTRODUÇÃO

O curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO), ministrado na Universidade de Évora Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (UÉ-ESESJD), registado na Direção Geral do Ensino Superior (DGES), com o nºR/A-Ef 1783/2011/AL03 de 26 de julho de 2019, inclui no seu plano de estudos um ENPRF que culminou com a elaboração de um Relatório Final (RF) que aqui se apresenta. O plano de estudos do curso está publicado sob o aviso nº 15812/2019 de 7 de outubro de 2019. Os conteúdos vão ao encontro dos regulamentos das Competências Comuns do Especialista e Competências Específicas dos Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, respetivamente, regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro e nº391/2019 de 3 de maio.

O CMESMO, integra quatro semestres com um total de 120 *European Credit Transfer System* (ECTS), sendo que nos dois semestres do 2º ano, decorre a Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF), com os seguintes objetivos: a) Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade nos períodos pré-concepcional, pré-natal, no trabalho de parto no período puerperal e no período pós-concepcional, a vivenciar processos de saúde/doença, b) Adquirir conhecimentos nas vertentes teórico-práticas dos cuidados especializados com base na prática baseada na evidência científica, c) Defender em provas públicas o Relatório do Estágio. O mestrando deve ainda, obter as seguintes competências: 1) Evidencie conhecimento nas vertentes de cuidados especializados com base na evidência científica, 2) Demonstre capacidade de reflexão crítica sobre práticas, 3) Saiba aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas, 4) Demonstre capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos, 5) Demonstre capacidade de comunicar conclusões e raciocínios, a especialistas e não especialistas e 6) Demonstre ter desenvolvido habilidades para aprendizagem ao longo da vida.

O ENPRF totaliza 60 ECTS (1560 horas), e decorreu de 11 de setembro de 2023 a 28 de julho de 2024. Neste período, atingiu-se o número de as experiências clínicas indicadas na Diretiva Europeia. Foram diversos os campos clínicos que proporcionaram essas experiências e a aquisição de competências. Iniciou-se nos Cuidados de Saúde

Primários, passando depois para Bloco de Partos, serviço de Grávidas e Ginecologia, e Puerpério.

O Relatório Final que aqui se apresenta, tem como objetivo principal analisar reflexivamente todo o percurso para a aquisição e desenvolvimento de competências durante o Estágio, descrevendo de que modo as mesmas foram adquiridas e desenvolvidas, oferecendo uma visão completa da aprendizagem obtida nesse período.

Durante a experiência clínica, procuramos basear a nossa atuação num modelo teórico de enfermagem porque as teorias descrevem os quatro conceitos centrais da disciplina, ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem. Assim temos as variáveis que definem a situação específica de quem se vai cuidar.

Nesta linha de pensamento, escolhemos a Teoria do Cuidado de Kristen Swanson porque considera o cuidado uma medida interpessoal e holística. A mesma, é voltada ao cuidado e bem-estar dos doentes com compromisso e responsabilidade pessoal, e abrange conhecimentos empíricos, éticos e estéticos. Utilizando nos cuidados, consigo conhecer e estar com a mulher, com foco na sua cultura, crenças e valores, pois, quando existe o envolvimento por parte do enfermeiro, estabelece-se afetividade e um relacionamento mútuo para promover a qualidade dos cuidados.

Tendo em atenção as nossas preocupações e interesses e sob orientação pedagógica, exploramos a temática da preservação perineal no parto. No parto normal, a maioria das mulheres sofre algum tipo de lesão perineal, podem ser lacerações espontâneas ou uma consequência da incisão cirúrgica – episiotomia (Santos, Bolanho, Mota, Coleoni, & Oliveira, 2008). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, (OMS, 2018), uma das intervenções a ser utilizada criteriosamente é a episiotomia, recomendando uma taxa de episiotomia de, no máximo, 10% (OMS, 2018).

Estão identificadas algumas medidas que contribuem favoravelmente para a prevenção das lesões do períneo, que diminuem a prática de episiotomia e favorecem a elasticidade perineal, como por exemplo, a aplicação entre e durante as contrações do 1º estadio, de compressas quentes e frias (ou absorventes perineais saturados de água morna) (Aquino, et al., 2020). Numa atualização de uma revisão Cochrane publicada pela primeira vez em 2011, os autores concluíram que são necessárias investigações que avaliem técnicas perineais, como compressas quentes e massagem, e como os diferentes tipos de óleo usados durante a massagem afetam mulheres e bebés (Aasheim, Nilsen, Reinar, & Lukasse, 2017).

Autores referem que as mulheres que pretendem uma nova gravidez, a lesão anterior do períneo é um fator de risco para novo trauma perineal (Rodrigues, et al., 2019). O EESMO no momento do parto, necessita considerar, como cuidados primordiais as orientações, o estímulo, o incentivo e o apoio, favorecendo, desta forma, um processo de parto humanizado e o desenvolvimento das boas práticas de atenção ao parto e nascimento (Piler, et al., 2020).

Este relatório tem por base o projeto de estágio previamente elaborado, submetido aos serviços académicos e aprovado. Está estruturado de acordo com as orientações pedagógicas, inicia-se na introdução, seguido da análise do contexto, contributo para a melhoria da assistência em enfermagem, análise reflexiva sobre a aquisição de competências, considerações finais e referências bibliográficas. Os anexos e apêndices estão devidamente referenciados ao longo do relatório. Respeita-se o acordo ortográfico de 2009, conforme circular nº 4 de 2011 da Universidade de Évora.

O relatório foi elaborado de acordo com a 7.^a edição das Normas APA – *American Psychological Association* (APA, 2020).

2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Segundo, Silva & Silva (2016), “no curso de enfermagem é indispensável a existência de uma formação prática (ensino clínico) que deva alternar com a formação teórica, pois, a produção de competências não cabe só à escola, mas também ao local de trabalho. É no agir em situação que se desenvolvem as competências ou dito de outro modo, a ciência e a arte dos cuidados de enfermagem formam um todo integrado” (p. 105).

O estágio supervisionado é de extrema importância para o estudante, pois é uma oportunidade de estabelecer o vínculo profissional sem que se anule o vínculo educacional, tornando-se assim a última oportunidade, durante o curso, de avaliar os conhecimentos adquiridos, favorecendo e desenvolvendo as suas habilidades (Negreiros & Lima, 2018).

No sentido de dar a conhecer o contexto em que este estágio decorreu, é feita uma caracterização da dinâmica dos locais de forma sucinta, surgindo a mesma de acordo com a ordem cronológica em que o estágio foi desenvolvido.

2.1 Caraterização do contexto

O ENPRF decorreu no ano letivo de 2023/2024, sendo dividido em dois semestres. Foi realizado em diferentes áreas de atuação da saúde materna: Cuidados de Saúde Primários, Grávidas Patológicas e Ginecologia, Bloco de Partos e Puerpério. Seguidamente encontra-se a tabela correspondente à organização do Estágio, assim como o enquadramento dos locais onde o mesmo foi realizado (Tabela 1).

Tabela 1 - Organização do Estágio de Natureza Profissional

1º Semestre			
11 de setembro a 20 de outubro de 2023		4 de dezembro a 25 de janeiro de 2024	
Cuidados de Saúde Primários		Bloco de Partos	
Local A		Local B	
2º Semestre			
12 de fevereiro a 03 de março de 2024	4 de março a 5 de maio de 2024	06 de maio a 23 de junho de 2024	24 de junho a 28 de julho de 2024
Bloco de Partos	Bloco de Partos	Grávidas Patológicas e Ginecologia	Puerpério Neonatologia (observação)
Local B	Local B	Local B	Local C

Fonte: Elaborado pelo autor

2.1.1 Cuidados de Saúde Primários – USF (Local A)

A Unidade de Saúde Familiar (USF - Local A) é uma unidade funcional integrada no Agrupamento dos Centros de Saúde, caracterizada pela sua autonomia organizativa, funcional e técnica. Esta USF, tem como objetivo principal prestar cuidados de saúde acessíveis, personalizados e contínuos aos seus utentes inscritos, sempre em articulação com a comunidade local (Mateus & Cruz, 2019).

A USF está situada no edifício do Centro de Saúde, ocupa grande parte do piso térreo (piso 0) e está equipada com várias instalações como, a área de atendimento de secretariado clínico, para apoio administrativo e acolhimento dos utentes. Sete gabinetes médicos, designados para cada médico da unidade, mais dois gabinetes adicionais para outras consultas (psiquiatria, CRI, telemedicina, saúde pública e nutrição), bem como para uso dos médicos internos. Uma sala de tratamentos, onde são realizados procedimentos de enfermagem, e seis gabinetes de enfermagem, dedicados ao atendimento das necessidades de enfermagem dos utentes. O Cantinho da amamentação, espaço reservado para mães e bebés, promovendo o aleitamento materno. Uma sala de reuniões e por fim duas salas de espera.

Esta unidade está organizada em equipas, constituídas por médico e enfermeiro, que juntos gerem o ficheiro clínico dos utentes sob a sua responsabilidade. A unidade conta com sete médicos, responsáveis pela prestação de cuidados médicos. Seis enfermeiros, encarregados dos cuidados de enfermagem e apoio ao acompanhamento contínuo dos utentes. Em termos de dotações seguras, segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, os rácios para as USF são, um EESMO para 200 nascimentos e devem realizar todas as consultas da especialidade (Diário da República, 2019). Quatro secretários clínicos, que oferecem suporte administrativo essencial ao funcionamento diário da unidade.

O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h e aos sábados das 9h às 13h, com atendimento na sala de tratamentos. Para situações agudas que ocorrem fora do horário de funcionamento da USF, o atendimento é assegurado pelo Serviço de Atendimento Permanente (SAP), que funciona 24 horas por dia.

Iniciou a sua atividade como unidade prestadora de cuidados em 28 de dezembro de 2018, contribuindo desde então para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade da cidade e áreas circundantes (Mateus & Cruz, 2019).

2.1.2 Blocos de Partos e Grávidas/Ginecologia – (Local B)

A missão do serviço de Obstetrícia é a prestação de cuidados de saúde seguros humanizados e com qualidade à mulher tendo em vista as práticas clínicas mais atuais, com uma atitude ética e centrada na utente. O serviço de Obstetrícia atende todas as utentes grávidas e utentes com queixas do foro ginecológico, com respeito pelas suas diversidades culturais e étnicas (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, 2024).

No que diz respeito ao espaço físico, o Serviço de Obstetrícia engloba a Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, o Bloco de Partos e o internamento de Puerpério. Este serviço está localizado no 5.º piso da instituição e apresenta a seguinte organização, inicialmente, encontra-se a Sala de Urgência, que funciona também como Sala de Admissões. Segue-se o Bloco de Partos, que é composto por duas salas de partos, uma sala de apoio equipada com material descartável, material de uso clínico, um lavatório e produtos de limpeza, e uma sala com a mesa de reanimação neonatal, contendo todos os equipamentos e materiais necessários para acolher o recém-nascido e realizar os primeiros cuidados.

Adjacente ao Bloco de Partos, encontra-se uma enfermaria com três camas, destinada ao internamento de grávidas para indução do trabalho de parto (ITP) ou em situação patológica. Em seguida, há uma sala onde se encontra material, como esfigmomanómetros, uma bomba extratora de leite, produtos têxteis, e uma enfermaria com duas camas, reservada para alocar grávidas provenientes do serviço de urgência para a realização de CTG, tratamentos e vigilância de curta duração

Relativamente ao internamento de Puerpério, o serviço dispõe de quatro enfermarias, cada uma com três camas, com um total de doze camas. Existe ainda uma enfermaria com duas camas, destinada ao internamento de mulheres em situação de aborto, seja espontâneo ou terapêutico. O gabinete de enfermagem encontra-se na região central, em relação à porta de entrada e saída, este espaço está equipado com cinco computadores, todos com o sistema informático SClínico, conta também com um monitor equipado com o Sistema de Monitorização Central Fetal Omniview-SisPorto de forma a haver uma maior vigilância.

A sala de trabalho está equipada com vários armários contendo material de uso clínico, um lavatório e um carro com a medicação de stock e a unidose de cada utente internada. O serviço dispõe também de uma copa gerida por uma empresa externa de

alimentação, que se encarrega de fornecer as refeições às utentes, uma copa reservada para as refeições dos funcionários, um pequeno armazém com stock de material clínico, uma sala de desinfeção, três WC destinados às utentes e um WC exclusivo para os funcionários.

No que diz respeito aos recursos humanos, a equipa tem um carácter multidisciplinar. A equipa de enfermagem é constituída por vinte e um enfermeiros, dos quais catorze possuem o título de enfermeiro especialista, sendo um deles a enfermeira gestora. Por turno, estão presentes no mínimo dois enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), sendo um responsável pelo Serviço de Urgência/Admissão e o outro pela Sala de Partos. Em termos de dotações seguras, segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, os rácios intraparto são, um EESMO para 2 grávidas no 1º estadio e de um EESMO para uma grávida no 2º, 3º e 4º estadio. Já na indução de trabalho de parto é um EESMO para 3 grávidas. No internamento de medicina materno fetal temos um EESMO para 3 gravidez de alto risco e de um EESMO para 6 gravidez de médio risco (Diário da República, 2019). Os sete enfermeiros de cuidados gerais prestam assistência no internamento de Puerpério.

A equipa de assistentes operacionais é composta por nove elementos, enquanto a equipa médica é formada por doze médicos, sendo que atualmente apenas dois possuem vínculo permanente com a instituição. Diariamente, está escalado um pediatra de apoio à equipa. No turno da manhã, a equipa é composta por quatro enfermeiros e dois assistentes operacionais, no turno da tarde por três enfermeiros e entre um/dois assistentes operacionais e no turno da noite, por três enfermeiros e um assistente operacional. Em relação à equipa médica, estão sempre dois médicos escalados para cada período de 24 horas.

O serviço tem ainda disponível as seguintes consultas de enfermagem, Consulta do 3.º trimestre de gravidez (sessão de grupo), realizada quinzenalmente às quartas-feiras no período das 14 às 16h, destina-se a grávidas com mais de 24 semanas de gravidez. Ainda a Consulta de Plano de Nascimento, quinzenalmente às quintas-feiras no período entre as 9h e as 13h, destina-se a grávidas que pretendam fazer um plano de nascimento e usá-lo no momento do seu parto. A consulta é efetuada por uma enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica e visa um esclarecimento mais profundo das práticas clínicas desenvolvidas na maternidade de forma a ir de encontro às expetativas e desejos de parto da grávida/acompanhante (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, 2024).

2.1.3 Puerpério – (Local C)

O Serviço de Obstetrícia/Ginecologia presta acompanhamento a grávidas e puérperas, além de prestar assistência à mulher em todas as fases da sua vida, desde a infância até a pós-menopausa. Nas consultas externas de obstetrícia, realiza-se ecografias de rastreio do 1º trimestre, morfológica do 2º trimestre e de 3º trimestre, a vigilância de gestações de alto risco (grávidas adolescentes, gemelares ou com patologias médicas/obstétricas que justifiquem seguimento em meio hospitalar) e seguimento da gravidez de baixo risco. Estão disponíveis também as consultas de ginecologia, senologia, planeamento familiar, patologia cervical e infertilidade, e são efetuadas endoscopias ginecológicas (histeroscopias) (Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, 2024).

A equipa de enfermagem é composta por 32 enfermeiros, a enfermeira coordenadora e Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, vinte e cinco enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e sete enfermeiros de cuidados gerais. Em termos de dotações seguras, Segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, as dotações seguras para o serviço de internamento de puérperas são, um EESMO para 3 no puerpério patológico e de um EESMO para seis no puerpério normal (Diário da República, 2019).

Em relação à restante equipa multidisciplinar, o serviço conta com uma equipa médica que inclui médicos que apenas asseguram os turnos escalados, e médicos internos da especialidade de Obstetrícia e Ginecologia. Há ainda catorze assistentes operacionais de serviços gerais e duas assistentes técnicas administrativas. O serviço também conta com o apoio de um pediatra de serviço e de um anestesista do Bloco Operatório, responsável pela realização de analgesia epidural durante o trabalho de parto.

O Internamento do Serviço localiza-se no 3º Piso e é composto, em termos de espaço físico, por três grandes áreas, a ala esquerda, o Bloco de Partos e BOMI (Bloco Operatório Materno-Infantil onde são realizadas cesarianas e cirurgias ginecológicas), a central (com o secretariado, sala de admissões e Consulta de Diagnóstico Pré-Natal) e a ala direita (integrando as enfermarias de puerpério, grávidas patológicas e ginecologia e ainda o gabinete “Nascer Cidadão”) (Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, 2024).

Mais detalhadamente, na ala esquerda, funciona o Bloco de Partos e o Bloco Operatório materno-infantil, além do gabinete de enfermagem, onde são realizadas as passagens de turno da sala de partos. Neste espaço, também está um monitor com o

Sistema de Monitorização Central Fetal Omniview-SisPorto, que permite o acompanhamento contínuo e a avaliação da saúde materno-infantil durante o trabalho de parto, garantindo uma resposta rápida e eficaz em caso de necessidade. Existe um quarto com três camas e outro com duas camas para Dilatação/ITP, depois um quarto com duas camas para puerpério imediato. Encontramos ainda um quarto para grávidas vindas da urgência, onde realizam CTG e medicação sempre que necessário. Mais um quarto com duas camas e WC para puérperas vindas de cesariana. Nesta ala existe ainda uma copa, uma sala de reuniões e uma casa de banho para profissionais de saúde. Na ala central do serviço de Obstetrícia e Ginecologia existe o secretariado e uma sala de admissões, destinado também a atendimento de urgência obstétrica e ginecológica.

Na ala direita do serviço encontra-se um gabinete do diretor de serviço, um gabinete de Diagnóstico Pré-Natal (onde se realizam vários tipos de exames como amniocentese ou biópsia das vilosidades coriônicas), um gabinete destinado à realização dos testes acústicos do recém-nascido, dois gabinetes de Enfermagem, uma sala de arrecadação com o stock de material hospitalar, a zona de sujos, duas casas de banho para utilização das utentes, e uma casa de banho para utilização dos profissionais inerentes ao serviço. Encontramos também as enfermarias de puerpério, sendo um quarto com duas camas e WC para puérperas vindas de cesariana, três enfermarias de puerpério com três camas e duas enfermarias com três camas para grávidas patológicas. Nesta ala encontra-se também o gabinete “Nascer Cidadão” que evita a deslocação dos pais à Conservatória do Registo Civil (Segurança Social, 2012).

Ao fundo da ala direita encontra-se ainda uma zona mais restrita, na qual se encontram três quartos dois com três camas para utentes de ginecologia, e outro quarto com duas camas que se destina a Grávidas Patológicas ou a situações de abortamento, por forma a haver uma maior privacidade da utente.

No que respeita ao sistema de segurança do serviço, a porta de entrada do mesmo é vigiada pela presença física de segurança de segunda-feira a sexta-feira das 08:00h às 20:00h e durante o fim-de-semana e feriados das 15:00h às 16:30h e 19:00h às 20:00h. A porta de entrada fecha automaticamente em caso de ativação do sistema de segurança, através da pulseira eletrónica do recém-nascido, sendo também acionado um alarme audível e que é registado na central de seguranças do hospital. Estas pulseiras eletrónicas são desativadas pelas enfermeiras no dia da alta clínica do recém-nascido.

Após a pandemia, foram implementadas várias alterações no que diz respeito ao horário de visitas e à presença de acompanhantes. De acordo com as regras estabelecidas

pelo hospital e pelo serviço, no caso das grávidas, o acompanhante pode estar presente na sala de partos desde as 9h até à meia-noite e no momento do parto. Após o parto, o acompanhante poderá realizar uma visita diária das 9h às 20h, devendo ausentar-se durante o horário de visita, que ocorre das 15h às 16h e das 19h às 20h (com duas visitas em cada intervalo). Este horário de visitas diárias aplica-se também às grávidas com patologias associadas e às utentes do serviço de ginecologia. As grávidas com condições patológicas podem ter um acompanhante presente das 12h às 20h, sendo também necessário que o acompanhante se ausente durante o horário de visita.

A Unidade de Neonatologia está situada no piso 3, junto à Sala de Partos. Tem uma lotação de 10 camas, a sala A com 3 vagas de Cuidados Intensivos, a sala B destinada à prestação de Cuidados Intermédios com 5 incubadoras e a sala C destinada à prestação de Cuidados Mínimos com capacidade para 2 berços. Na área da humanização salienta-se, a criação, em 2004, de dois quartos com capacidade de alojamento de 3 mães, para permanecerem durante o internamento dos filhos, em instalações anexas à Unidade de Neonatologia (Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, 2024).

O Hospital foi considerado, pela Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, como um Hospital de Apoio Perinatal, sendo um dos que reunia mais possibilidades para passar a Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado. Consequentemente, nasce a Unidade de Neonatologia com a intenção de assegurar Cuidados Intensivos à Região, tendo sido inaugurada em junho de 1990. Assim a unidade de Neonatologia, integra a rede Europeia de Neonatologia desde 2007, possui também, um sistema de segurança eletrónico, integra, desde 2014, o projeto Cuidados de apoio a Recém-nascidos em risco, iniciou o projeto Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program – NIDCAP, em 2015, é um Serviço acreditado pela Ministério da saúde desde 2015 e implementou, em 2024, um novo protocolo de atuação, que visa a implementação da colostroterapia (Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, 2024).

Este campo clínico, embora apenas de observação foi muito rico para a minha aprendizagem, aqui consegui observar como aqueles pais precisam do nosso apoio e como aqueles bebés lutam pela vida. A equipa é extremamente preocupada, humana, disponível e transmite o apoio necessário para esta fase da vida de uma família. Foi muito enriquecedor e até emocionante observar os cuidados prestados e a calma que todos os profissionais de saúde transmitem a quem está presente.

2.2 Metodologia do Estágio de Natureza Profissional

Os estágios da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista, adiante designado Estágio, visam o aprofundamento de conhecimentos e competências em Enfermagem e, em particular, na área de especialidade do ciclo de estudos (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A participação no ENPRF um componente crucial do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sendo obrigatória para a aquisição das competências específicas desta área. Este estágio oferece aos estudantes a oportunidade de vivenciar experiências reais, permitindo-lhes consolidar e desenvolver os conhecimentos adquiridos ao longo do primeiro ano do curso.

Foi elaborado um plano de atividades abrangente, com a definição de objetivos gerais e específicos (Apêndice A), em consonância com as competências regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros. Além disso, foi criado um cronograma de atividades inicial (Apêndice B) para orientar o desenvolvimento do estágio.

Foram utilizadas várias metodologias que facilitaram a aquisição de competências numa experiência em que tínhamos grandes expectativas e estávamos cientes do elevado grau de exigência e responsabilidade. Assim, recorreremos à supervisão clínica, pesquisa bibliográfica, observação, reflexão e treino clínico.

Supervisão clínica

Tal como referido anteriormente, o estágio decorreu em diferentes contextos, sob a supervisão clínica de vários Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e orientação pedagógica. Esta diversidade de supervisores resultou como uma mais-valia, pois, além de atuarem como orientadores, os EEESMO são fonte de conhecimento e ensino. Eles desempenham um papel fundamental ao estimular “*in loco*” o raciocínio clínico, o espírito crítico e a reflexão sobre a prática clínica, o que contribui significativamente para a melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde e aquisição de competências. Foram feitas reuniões de avaliação intermédia e sumativa em cada campo clínico, na presença dos supervisores clínicos e do orientador pedagógico. Os instrumentos de avaliação, permitiram avaliar o desenvolvimento das minhas aprendizagens tendo por base as competências previstas.

Pesquisa bibliográfica

Este estágio tem como objetivo a aquisição de competências especializadas e de acordo com o Regulamento nº 140/2019, publicado no Diário da República, o enfermeiro especialista deve possuir um conjunto de conhecimentos que lhe permita atuar em todos os contextos de vida da população a que assiste. Fizemos pesquisa bibliográfica de maneira sistemática aproveitando todos os momentos de aprendizagem para atualização de conhecimentos. A elaboração da revisão de literatura deu grandes contributos para a destreza na pesquisa em bases de dados.

Observação, reflexão e treino clínico

Consideramos em toda a nossa atuação, os objetivos gerais do ENPRF, cuidar da mulher/companheiro no contexto familiar e comunitário, ou seja, atuar em diversas fases, como o planeamento familiar e período pré-concepcional, pré-natal, saúde sexual e reprodutiva, todos os estádios do trabalho de parto (tanto em situações de saúde quanto de desvio de saúde), período puerperal e pós-natal, além de acompanhar processos de saúde/doença ginecológica. Para atingir este objetivo, passávamos por um período de integração onde era feita a observação dos cuidados prestados, conhecer o ambiente, os procedimentos e os protocolos existentes em cada serviço. À medida que íamos observando, a autorreflexão e a discussão conjunta com cada supervisora clínica e orientadora pedagógica foram sempre uma constante. Progressivamente, fomos integrando os cuidados tendo em consideração a melhoria da qualidade dos cuidados e desenvolvimento contínuo das aprendizagens profissionais. A aprendizagem multidisciplinar integrada que foi feita no semestre teórico, mostrou ser uma mais-valia para o desenvolvimento do estágio, havendo recurso a metodologias de avaliação apropriadas e monitorização dos progressos que fui evidenciando.

Tendo em consideração a temática a explorar, procurávamos evidência científica e reflexão conjunta com a supervisora clínica no sentido de utilizar intervenções que minimizassem o trauma perineal durante o parto.

População Alvo

A população-alvo deste estágio inclui, mulheres com alterações ginecológicas, pacientes internadas na unidade de Ginecologia, que apresentam condições clínicas relacionadas ao foro ginecológico. Grávidas com desvios do padrão normal da gravidez,

mulheres admitidas no internamento de grávidas devido a complicações ou condições que desviam do curso típico da gestação, incluindo aquelas que necessitaram de atendimento no serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica. Puérperas, mulheres que receberam cuidados nas duas horas após o parto, assim como durante o período de internamento no puerpério. Recém-nascidos, bebés que receberam cuidados imediatamente após o nascimento ou durante o internamento. Os dados detalhados sobre esta população-alvo encontram-se no Apêndice C.

Aplicação de Modelo Teórico

A enfermagem é uma ciência humana prática, e o carácter prático desta forma de conhecimento humano, não o inibe de um pensamento teórico sobre si mesmo, metateoria, e do desenvolvimento de pensamento informante das práticas que sustenta e do qual por sua vez também se alimenta. Pensamento, ou teoria, com diferentes níveis de abstracção, desde o nível da metateoria, às grandes teorias, passando pelas teorias de médio alcance chegando às teorias práticas. Neste sentido a Teoria da Enfermagem engloba o pensamento teórico da enfermagem nos vários níveis referidos (Queirós, 2012).

Citando Kenney (1990), “Entretanto, fazer a selecção da teoria de enfermagem que vai guiar a prática profissional nem sempre é uma tarefa fácil pois, conforme foi afirmado, cada uma das teorias disponíveis está organizada a partir de diferentes visões do mundo e descrevem e inter-relacionam de modo particular os quatro conceitos centrais da disciplina – ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem” (p. 231). Essa selecção requer, pois, um conhecimento suficientemente aprofundado das diversas teorias disponíveis e das variáveis que definem a situação específica do cliente ou do grupo de clientes de quem se vai cuidar (Garcia & Nóbrega, 2004).

Assim, de modo a sustentar a realização do ENPRF, tive como base a Teoria do Cuidado de Kristen Swanson. Os trabalhos de Hutti M.H. et al. (2016, como citado por Oliveira, Silva, Oliveira, Pereira, & Trezza, 2018) dizem que, “A Teoria dos Cuidados na Enfermagem é voltada ao cuidado e bem-estar dos clientes com compromisso e responsabilidade pessoal, e abrange conhecimentos empíricos, éticos e estéticos” (p. 3).

A realização do cuidado de Enfermagem à luz da Teoria do Cuidado de Kristen Swanson fornece subsídios do cuidado de Enfermagem no pré-natal, contribuindo para o conhecer e estar com a mulher, com foco na sua cultura com significados atribuídos pelas crenças, valores que possibilitarão a criação do vínculo para o cuidado e a sua singularidade pré-natal. Pois, quando existe o envolvimento por parte do enfermeiro,

estabelece-se afetividade e um relacionamento mútuo singular para promover a qualidade perinatal (Paes, et al., 2022).

Já Rodríguez C. V. (2012, citado por Berstain-García, Álvarez-Aguirre, Huerta-Baltazar, & Casique-Casique, 2022), diz que, “A teoria de Swanson é útil ao aplicar os 5 processos de cuidados básicos propostos pelo teórico. Saber o que, é importante conhecer as pessoas com respeito, entendendo as suas vidas sem preconceitos, valorizando cada uma atividade que leva à apropriação do conhecimento. Estar com, começa com a identificação da pessoa, como única e individual, estimula a expressão de emoções e percepções sobre o momento que estava a ser vivido. Fazer por, estar emocionalmente presente com o outro e fazer por ele o que faríamos por nós mesmos. Para isso, é necessário um processo de educação, apoio, ajuda, de acordo com as necessidades individuais identificadas. Manter crenças, é descoberto, por meio de interação, crenças, experiências, habilidades e conhecimentos que são importantes para a pessoa e que pode ser redescoberto, orientado, para garantir práticas de cuidado apropriado nesta fase da vida. Habilitar, as pessoas são informadas sobre as recomendações específicas de acordo com a necessidade identificada” (p. 4).

Na atenção ao parto, é importante respeitar as crenças das parturientes quanto à sua capacidade de vivenciar o parto, compreender a diversidade de reações durante este período e estabelecer uma relação empática, com base no protagonismo da mulher e da criança no momento do nascimento. Esse aspeto exige do prestador de cuidados uma visão abrangente, fundamentada no parto como um processo fisiológico e natural, tanto para a mulher quanto para a família (Oliveira, Silva, Oliveira, Pereira, & Trezza, 2018).

A relação interpessoal entre a mulher/enfermeiro estabelece-se com honestidade, respeito, compreensão, sabedoria e reciprocidade para com ela, incorporando, também elementos que permitem comunicar e ouvir com eficácia (Paes, et al., 2022).

A Teoria do Cuidado é considerada essencial para avaliação integral na prestação do cuidado, adotando-se os fundamentos e conceitos da teoria que são muito úteis para fornecer apoio caloroso e solidário, pessoas humanizadas, por isso é relevante utilizá-lo, pois favorece a geração de um primeiro espaço de aprendizagem, é útil ter acompanhamento do paciente e da sua família, e oferecer-lhes estratégias de melhoria (Berstain-García, Álvarez-Aguirre, Huerta-Baltazar, & Casique-Casique, 2022).

No trabalho de Oliveira (2018, citado por Paes, et al., 2022), refere que, “O Meta paradigma acentuado por Kristen Swanson pode ser concebido sob semelhantes aspetos na Enfermagem obstétrica, a gestante e o seu núcleo familiar, como indivíduos no

procedimento de modificação pelo parto e na conceção do modelo parental, a extensão de indicadores de aspetos biopsicossociais e intelectuais na adaptação do elemento oriundo a beneficiar o atendimento, a conexão e crença nas experiências do parto e nascimento e o bem-estar perinatal conduzindo para a falta de doenças e complicações” (p. 7).

Os profissionais de enfermagem devem colocar em prática as teorias de enfermagem, fortalecer a disciplina, e a própria teoria intermediária de Kristen Swanson. A prática baseada em teoria é retroalimentada e ajuda a compreender experiências e fenómenos em diferentes áreas quando é fornecido cuidado, a teoria colocada em prática gera conhecimento empírico da disciplina, proporciona conhecimento e fundamenta o cuidado prestado às pessoas (Berstain-García, Álvarez-Aguirre, Huerta-Baltazar, & Casique-Casique, 2022).

3. CONTRIBUTO PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

3.1 Concetualização

Trauma perineal define-se como qualquer lesão que ocorre na região do períneo durante o trabalho de parto, podendo resultar de lacerações espontâneas ou da realização de episiotomia, esta é frequentemente realizada por médicos e enfermeiros obstetras com o objetivo de prevenir lacerações espontâneas graves ou complicações como a asfixia fetal (Ferreira, et al., 2018).

A laceração perineal espontânea pode ser classificada em quatro graus, primeiro grau, é a laceração restrita à pele ou mucosa do períneo, segundo grau, a laceração que envolve os músculos perineais, mas sem atingir o esfíncter anal, terceiro grau, é a laceração que afeta o complexo do esfíncter anal e por fim a laceração de quarto grau, onde envolve tanto o complexo do esfíncter anal quanto o epitélio anal (ACOG, 2018).

O trauma perineal está associado a várias complicações, como a dor perineal crónica, dispareunia, hemorragia no pós-parto, incontinência urinária e fecal, limitações na díade mãe-filho, depressão pós-parto e há um aumento no risco de novo trauma perineal, em uma futura gravidez (Ferreira, et al., 2018).

Existem diversas intervenções que podem ser preventivas de lesões e que devem ser utilizadas antes e durante o parto, no entanto, a sua eficácia ainda não é unânime para os autores e também não são ainda utilizadas por todos os EESMO. Assim devem ser implementadas intervenções de forma a prevenir e/ou reduzir a gravidade do trauma perineal, deste modo, podemos promover uma experiência de parto positiva.

Em suma, tornou-se pertinente realizar uma revisão integrativa da literatura, tendo por base a questão norteadora, “Quais as intervenções que os EESMO podem implementar durante o parto para prevenir o trauma perineal?”.

A revisão integrativa da literatura apresenta-se como uma metodologia que sintetiza conhecimentos através dos resultados de estudos significativos (Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

3.2 Metodologia

O modelo definido para a realização desta revisão da literatura é o modelo PICO. Este modelo é o mais utilizado na elaboração da questão para a pesquisa, que é uma das fases mais difíceis do processo. PICO representa um acrónimo para Paciente, Intervenção, Comparação e "Outcomes" (desfecho). A estratégia PICO pode ser utilizada para construir questões de pesquisa de naturezas diversas, oriundas da clínica, do gerenciamento de recursos humanos e materiais, da busca de instrumentos para avaliação de sintomas entre outras. A estratégia PICO auxilia nessas definições pois, orienta a construção da pergunta de pesquisa e da busca bibliográfica e permite que o profissional, da área clínica e de pesquisa, ao ter uma dúvida ou questão, localize, de modo acurado e rápido, a melhor informação científica disponível (Santos, Pimenta, & Nobre, 2007).

A questão de investigação formulada foi “Quais as intervenções que os EESMO podem implementar durante o parto para prevenir o trauma perineal?” (Tabela 2). Para definir a estratégia de pesquisa, um detalhe importante da estratégia, que deve ser considerado pelo pesquisador, refere-se ao uso adequado dos operadores lógicos e relacionais. Eles tornam a pesquisa mais ou menos assertiva (Ferenhof & Fernandes, 2016).

Tabela 2 - Critérios do Modelo PICO para elaborar a questão de investigação

P	População	Grávida
I	Intervenção	Prevenção de trauma perineal
C	Contexto	Trabalho de parto
O	Resultados	Medidas implementadas para a prevenção do trauma perineal durante os esforços expulsivos

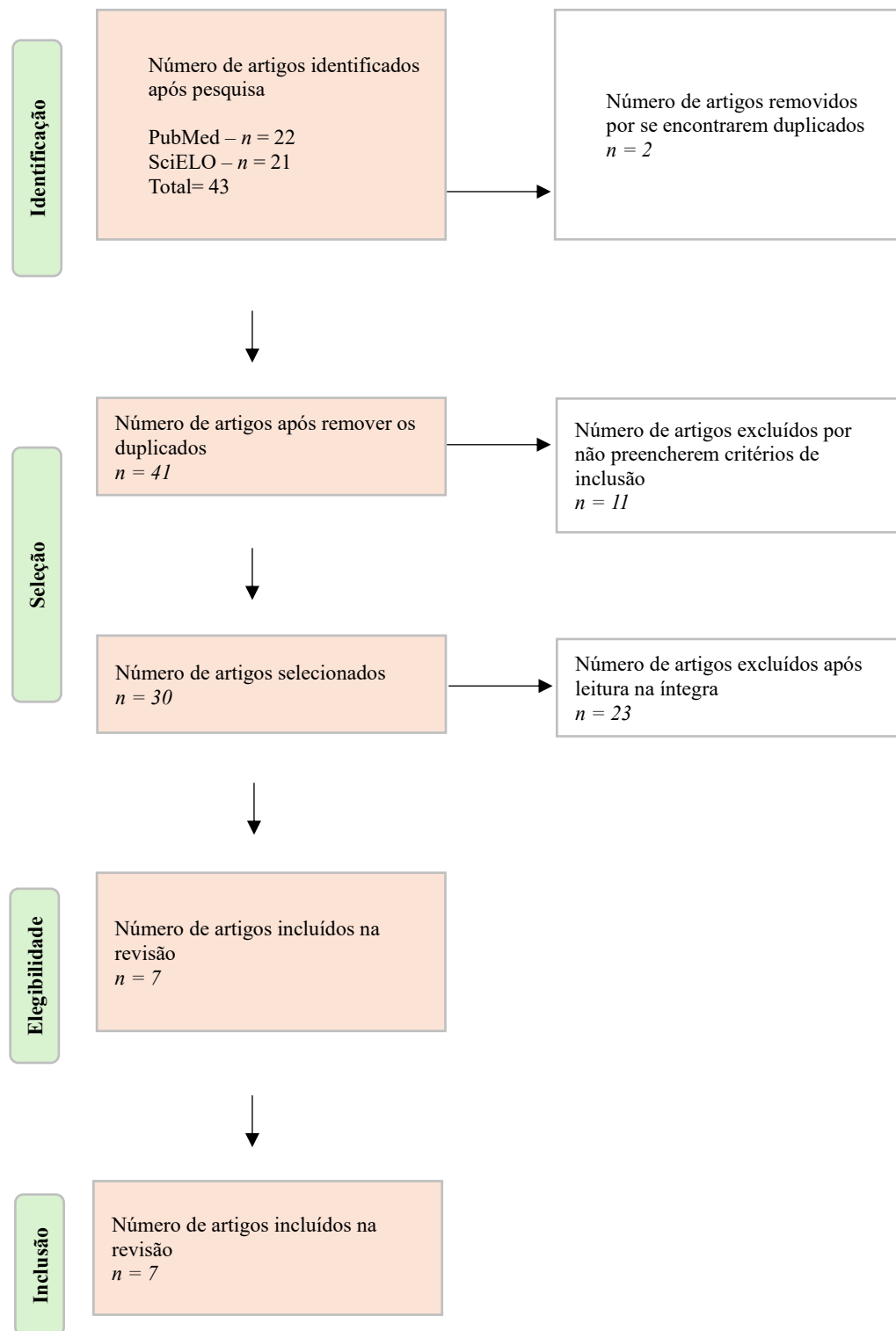
Fonte: Elaborado pelo autor

Para a realização da presente revisão da literatura foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados NCBI (PubMed) e Tripdatabase e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Na pesquisa em bases de dados foram utilizados os descritores “Parto obstétrico; Períneo; Enfermeiras Obstétricas; Saúde da mulher; Prevenção” e o operador booleano

“AND”. A maior dificuldade surgiu na identificação e seleção dos termos de pesquisa, uma vez que a interceção de todos os descritores encontrados não obteve qualquer resultado. Muitos dos artigos encontrados, depois de várias tentativas, não utilizavam o termo “prevenção” e, por isso, não constavam nos resultados, assim como “enfermeiras obstétricas” e “parto obstétrico”. Apesar da evidência produzida pelos enfermeiros obstetras ser atual, pertinente e em crescimento, ainda carece de uma visibilidade mais adequada nos títulos e palavras-chave das publicações científicas. Foi assim, necessário fazer alguns cruzamentos de descritores, utilizando umas vezes apenas alguns, outras pesquisas com outros, como “laceração”, “massagem”, entre outros, de forma a conseguir obter e selecionar artigos para esta revisão de literatura. Depois de ultrapassar esta etapa, foram ainda definidos os critérios de inclusão, como, resumo disponível, artigos publicados entre 2019 e 2024, artigos com texto completo e texto em português e inglês. Após analisar os artigos com os critérios de inclusão anterior descritos, diminuiu-se o número de artigos de 43 para 30, por fim, com a leitura na íntegra apenas foram selecionados 7 artigos. Na figura abaixo (Figura 1) apresenta-se o fluxograma relativo a esta seleção.

Figura 1 - Fluxograma do processo metodológico da seleção dos artigos



Fonte: adaptado de (Page et al., 2021)

3.3 Resultados

Na tabela seguinte (Tabela 3) encontra-se o resumo dos artigos selecionados para a realização da presente revisão da literatura.

Tabela 3 - Resumo dos artigos identificados

Título	Autores e Ano	Desenho	Objetivo	Resultados
Perineal management: Midwives' confidence and educational needs	Lorena Carroll, Lucille Sheehy, Jean Doherty, Denise O'Brien, Maria Brosnan, Martina Croninb, Niamh Douganb, Bárbara Coughlana, Ciara Luta. 2020	Estudo qualitativo	O objetivo deste estudo foi reunir informações sobre a confiança das EESMO e as necessidades educacionais na preservação do períneo da mulher durante o segundo estadio do parto, com foco em futuras iniciativas para melhorar as experiências e o conhecimento das EESMO na prevenção do trauma perineal durante o parto.	Este estudo demonstra o desejo das EESMO por educação adicional na área de preservação perineal, particularmente estratégias de prevenção.
Episiotomy in Modern Obstetrics OR	Melania Maria Amorim; Leila Katz; Anna	Revisão sistemática	O objetivo deste estudo é mostrar o estado atual da episiotomia,	A episiotomia é mais extensa,

<p><i>Episiotomy: It's Time to Stop Cutting!</i></p>	<p>Catharina Carneiro da Cunha. 2023</p>		<p>analisando a sua utilização na prática obstétrica e discutindo a necessidade, a eficácia e as consequências do procedimento.</p>	<p>mais profunda e não é mais fácil de reparar do que a laceração perineal. A episiotomia aumenta o dano perineal, a dor pós-parto e pode levar a complicações.</p>
<p>Prevalence of Perineal Tear Peripartum after Two Antepartum Perineal Massage Techniques: A Non-Randomised Controlled Trial</p>	<p>María Álvarez-González, Raquel Leirós-Rodríguez, Lorena Álvarez-Barrio, Ana F. López-Rodríguez. 2021</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>O objetivo deste estudo é determinar a eficiência da massagem na prevenção de rutura perineal e identificar possíveis diferenças na aplicação da massagem.</p>	<p>A massagem perineal reduz a dor perineal pós-parto, a prevalência e a gravidade da rutura perineal durante o parto.</p>
<p>Hands-on durante o período expulsivo: herói ou vilão?</p>	<p>Edmara Nunes de Lima, Karen J. O. Burgos Bueno, Erica Feio Carneiro Nunes, Gustavo Fernando Sutter Latorre.</p>	<p>Revisão literatura</p>	<p>O objetivo desta revisão é investigar se o uso da técnica hands-on, em oposição à hands-off, é de fato benéfico às parturientes.</p>	<p>A técnica hands-on vem sendo utilizada, mas não há evidência de que ela de fato previna qualquer tipo de lesão obstétrica.</p>

	2020			
Perineal massage and warm compresses – Randomised controlled trial for reduce perineal trauma during labor	Silvia Rodrigues, Paulo Silva, Fátima Rocha, Ligia Monterroso, João Neves Silva, Natacha Quintal de Sousa, Ramon Escuriet. 2023	Estudo qualitativo	O objetivo deste estudo é avaliar o efeito da massagem perineal e compressas mornas, sobre a integridade do períneo durante o segundo estadio do trabalho de parto.	A técnica de massagem perineal e compressas mornas aumentou a incidência de períneo íntegro e reduziu a incidência de laceração de segundo grau, episiotomia e lesão obstétrica do esfíncter anal.
Effect of Perineal Massage with Ostrich Oil on the Episiotomy and Lacerations in Nulliparous Women: A Randomized Controlled Clinical Trial	Samira Romina, Faeze Ramezani, Neda Falah, Maryam Mafi, Fatemeh Ranjkesh. 2020	Estudo qualitativo	O objetivo deste estudo foi examinar o efeito da massagem perineal com Óleo de avestruz na episiotomia e lacerações em mulheres nulíparas.	Os resultados revelaram que a massagem perineal com óleo de avestruz pode ser, recomendada como um método eficaz, seguro e barato para melhorar a taxa de episiotomia no parto vaginal.
Manual perineal protection:	Hana Kleprlikova, Vladimir	Estudo qualitativo	O principal objetivo deste estudo foi explorar	Grande número de EESMO e médicos não se

The know-how and the know-why	Kalis, Miha Lucovnik, Zdenek Rusavy, Mija Blaganje, Ranee Thakar, Khaled M. Ismail. 2020		o conhecimento dos clínicos sobre a técnica de proteção perineal manual.	sentem confiança sobre a técnica ou os seus benefícios. Portanto, é imperativo que os programas de formação se concentrem não apenas no saber-fazer da técnica, mas também no seu saber-porquê.
-------------------------------	--	--	--	---

Fonte: adaptado de (Page et al., 2021)

As EESMO são profissionais de saúde essenciais na prestação de cuidados e apoio às mulheres durante o parto e, portanto, devem ser educadas para fornecer o melhor atendimento possível com base nas evidências mais atuais e atualizadas. Neste estudo conseguimos perceber que quer a episiotomia, quer as lacerações podem ocorrer em partos espontâneos e são sempre avaliadas e suturadas por EESMO. Há assim um grande foco no ensino da técnica de sutura e não dão tanto ênfase na proteção do períneo (Carroll, et al., 2020).

O assoalho pélvico estende-se da vulva ao ânus, sendo formado por músculos, fáscias e ligamentos, e é limitado pela sínfise púbica, o cóccix, os ramos isquiopúbicos e as tuberosidades isquiáticas. Durante a gravidez, ocorrem alterações fisiológicas, como o aumento da vascularização, a distensão do tecido conjuntivo e a hipertrofia celular, que preparam essa região para as mudanças biomecânicas que o corpo da mulher poderá sofrer. Contudo, o parto vaginal é considerado um fator de risco para disfunções do assoalho pélvico feminino ao longo de toda a sua vida, pois ele provoca alterações anatómicas e estruturais devido ao alongamento e distensão durante as forças expulsivas do parto. A laceração do assoalho pélvico pode ser causada por diversos fatores, como a rigidez dos tecidos moles perineais, a rapidez da fase expulsiva, o tamanho do feto,

quando a saída pélvica não permite uma boa adaptação da cabeça fetal à sínfise púbica, e quando o parto ocorre em posições anormais (Lima, Bueno, Nunes, & Latorre, 2020).

A rutura perineal é uma lesão tecidual que ocorre durante o parto vaginal e é classificada em quatro graus, o primeiro grau afeta apenas a mucosa vaginal ou a pele perineal, o segundo grau afeta as fibras musculares do períneo, no terceiro grau, a lesão muscular também afeta os músculos do esfíncter anal e no quarto grau, a mucosa retal é afetada (resultando na comunicação do epitélio vaginal e do epitélio anal) (Álvarez-González, Leirós-Rodríguez, Álvarez-Barrio, & López-Rodríguez, 2021).

O Comité de Maternidade Segura e Saúde Neonatal (SMNH) da FIGO, define a episiotomia como uma incisão cirúrgica no períneo realizada por um profissional de saúde qualificado, com técnica asséptica e uso de analgesia, para aumentar a abertura vaginal (Amorim, Katz, & Cunha, 2023).

No caso da episiotomia, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), esta é um recurso utilizado quando existe rigidez perineal e do assoalho pélvico e a iminência de laceração severa dessa região (Lima, Bueno, Nunes, & Latorre, 2020).

Com base nos resultados das revisões sistemáticas, bem como nas conclusões de vários outros estudos, a episiotomia de rotina não protege contra incontinência urinária ou fecal, nem contra prolapso genital, estando associada à redução da força muscular do assoalho pélvico em relação aos casos de lacerações perineais espontâneas, para além de não ser mais fácil de reparar do que lacerações espontâneas. Por exemplo, nas episiotomias medianas, o risco de lacerações de terceiro ou quarto grau é maior. A episiotomia aumenta a possibilidade de dor pós-parto, dispareunia, a perda sanguínea e pode levar a complicações como edema, deiscência, infeção (até fascite necrosante) e hematoma (Amorim, Katz, & Cunha, 2023).

Recentemente, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologia (ACOG) (2018, citado por Amorim, Katz, & Cunha, 2023) “os dados atuais e a opinião clínica sugerem que não há critérios objetivos baseados em evidências suficientes para recomendar a episiotomia, especialmente o seu uso rotineiro, e que o julgamento clínico continua a ser o melhor guia para o uso deste procedimento” (p.8) pelo que o seu uso deve ser restritivo. Não está realmente, claro, em que situações a episiotomia é, de facto, essencial, porque até mesmo partos instrumentados (fórceps ou extração a vácuo) podem ser realizados sem episiotomia. A episiotomia não protege o assoalho pélvico materno, é mais extensa, mais profunda e não é mais fácil de reparar do que a laceração perineal espontânea (Amorim, Katz, & Cunha, 2023).

Existem várias maneiras de reduzir lesões perineais, incluindo posições, transferência, compressa morna, dispositivo de proteção perineal, manobra de Ritgen e massagem perineal. A massagem é um dos métodos mais antigos (Romina, Ramezani, Falah, Mafi, & Ranjkesh, 2020).

De acordo com Jönsson, E.R, et al (2008, citado por Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017) “A manobra de Ritgen, é um procedimento obstétrico que ajuda na exteriorização da apresentação (favorece a flexão da cabeça e facilita a sua extração) e evita a expulsão violenta que pode ocasionar lesões perineais” (p. 558).

Das técnicas possíveis de utilizar, temos o, com ou sem, uso das mãos durante o período expulsivo, respetivamente hands-on e hands-off, que tem ganho destaque na literatura (Lima, Bueno, Nunes, & Latorre, 2020).

Uma outra lacuna é a falta de informações sobre o uso do calor para ajudar a esticar o períneo, o que pode ser útil, tal como as posições para o parto. Os resultados deste estudo demonstram o interesse das EESMO por educação adicional na área de tratamento perineal, particularmente nas estratégias de prevenção (Carroll, et al., 2020).

O objetivo é determinar a eficácia da massagem na prevenção de laceração perineal durante o trabalho de parto e identificar as diferenças (se houver) entre a autoaplicação de massagem e a massagem por um fisioterapeuta. De acordo com os resultados obtidos a massagem é eficiente na prevenção de rasgos perineais e há diferenças entre a autoaplicação e a massagem por um fisioterapeuta. Foi encontrada uma prevalência de rasgos perineais de 40% nas mulheres do grupo controle, 30% no grupo de automassagem e 26,6% no grupo de massagem (Álvarez-González, Leirós-Rodríguez, Álvarez-Barrio, & López-Rodríguez, 2021).

A massagem perineal reduz a dor perineal pós-parto e a prevalência e gravidade da rutura perineal durante o parto. Além disso, a massagem perineal aplicada por um profissional de saúde tem efeitos positivos significativamente melhores do que os da automassagem (Álvarez-González, Leirós-Rodríguez, Álvarez-Barrio, & López-Rodríguez, 2021).

Para a promoção da integridade perineal, no segundo estadio do parto, o profissional pode utilizar técnicas com ou sem o uso das mãos. Na técnica de hands-on, o profissional apoia a parte posterior do períneo e ou aplica-se uma leve pressão descendente sobre o polo cefálico para auxiliar a flexão da cabeça do bebé no momento do desprendimento fetal. Já o método expectante hands-off é menos intervencionista, favorecendo o parto fisiológico, não havendo toque na cabeça do bebé ou períneo

materno, a menos que o período de expulsão da cabeça do bebê, seja muito rápido (Lima, Bueno, Nunes, & Latorre, 2020).

Pesquisas demonstram que as taxas de laceração de terceiro e quarto graus são menores, quando utilizada a técnica hands-off, esta observação pode permitir várias interpretações, entre elas, de que a técnica hands-on não promove uma diferença tão importante quanto imaginado, mas também de que talvez ela não esteja a ser realizada da melhor maneira possível (Lima, Bueno, Nunes, & Latorre, 2020).

Interessantemente os estudos com EESMO descreveram que, no geral, estas profissionais afirmam escolher a técnica hands-on quando se deparam com partos onde consideram haver risco de lesão obstétrica. Para os outros casos, onde não há uma situação de risco, preferem hands-off (Lima, Bueno, Nunes, & Latorre, 2020).

Não há evidência suficiente de que o hands-on de fato previna qualquer tipo de lesão obstétrica. É possível que o uso da técnica ajude na prevenção de lesões para alguns casos específico de trabalho de parto, mas, por outro lado, é possível que para outros casos, como nos partos de multíparas, a técnica seja inclusive prejudicial (Lima, Bueno, Nunes, & Latorre, 2020).

Para avaliar o efeito da Massagem Perineal e Compressas Quentes na integridade do períneo quando aplicado em mulheres no segundo estadio do trabalho de parto, foram obtidos os resultados seguintes. Foi conduzido entre 1 de março de 2019 e 31 de dezembro de 2020 no Hospital de Braga, que é um hospital com uma unidade obstétrica com mais de 3000 nascimentos anualmente. A massagem perineal e o aquecimento de compressas não tinham sido utilizada pela maioria das EESMO pelo que foi necessário ensinar e treinar a técnica durante a fase de estudo piloto (durante um mês antes do início do ensaio) (Rodrigues, et al., 2023).

No segundo estadio do trabalho de parto, a EESMO realizou uma massagem perineal suave entre 3 e 9 horas, sempre em movimentos em forma de U e com a utilização de lubrificante, 10 minutos e no plano II de Hodge. Após a massagem perineal, as mulheres mudaram de posição de parto de forma a ficarem confortáveis. A aplicação de compressas mornas foi realizada pela EESMO, entre os planos III e IV de Hodge e durante as contrações, independentemente da posição. A água era aquecida entre 45° e 59 ° e as compressas eram trocadas sempre que necessário (Rodrigues, et al., 2023).

Este estudo mostrou um efeito protetor do períneo, quando era realizada a massagem perineal e a aplicação de compressas mornas durante o segundo estadio do trabalho de parto, em comparação com o grupo controle (hands-on), particularmente com

um aumento na incidência de períneo íntegro e diminuição de laceração de segundo grau e ou episiotomia (Rodrigues, et al., 2023).

O óleo de avestruz contém aminoácidos e algumas vitaminas, que são usados para aliviar dores nas articulações e músculos, hidratando a pele e o cabelo. O óleo de avestruz pode ser usado como antibacteriano e anti-inflamatório para a pele (Romina, Ramezani, Falah, Mafi, & Ranjkesh, 2020).

A massagem perineal com óleo de avestruz foi realizada na fase ativa do parto por 5–10 min a cada 1 h. Essa manipulação também foi realizada no segundo estadio do parto por 5–10 min a cada 30 min. A massagem foi realizada movendo-se para frente e para trás de um lado da vagina para o outro em forma de U, com pressão suave em direção ao reto nas direções para cima e para baixo. A massagem foi realizada entre as contrações na primeira fase e durante e entre as contrações na segunda fase. Para o grupo controle, foram realizados os cuidados de rotina do parto e a manobra de Ritgen (Romina, Ramezani, Falah, Mafi, & Ranjkesh, 2020).

Os resultados revelaram que a massagem perineal com óleo de avestruz no grupo de intervenção diminuiu significativamente a episiotomia em comparação ao grupo de controle. No entanto não houve diferenças estatisticamente significativas nas lacerações perineais (Romina, Ramezani, Falah, Mafi, & Ranjkesh, 2020).

O aumento da taxa de períneo saudável no grupo de intervenção pode ser explicado pelo tipo de intervenção e aplicação do óleo de avestruz. A massagem perineal aumenta o fluxo sanguíneo, bem como o alongamento e a maciez dos tecidos. Um dos pontos fortes deste estudo é a massagem ser repetida pelo menos 4 vezes durante o primeiro e o segundo estadios do trabalho de parto (Romina, Ramezani, Falah, Mafi, & Ranjkesh, 2020).

Este estudo indica que a massagem perineal com óleo de avestruz reduz a taxa de episiotomia durante o primeiro e o segundo estadios do trabalho de parto em mulheres nulíparas. Assim, recomenda-se a massagem perineal com óleo de avestruz como uma medida simples, segura e de baixo custo para reduzir as lesões e a dor perineal. O que, por fim, promover a saúde materna e criar condições seguras para o parto fisiológico (Romina, Ramezani, Falah, Mafi, & Ranjkesh, 2020).

Atualmente, existem apenas duas técnicas de proteção perineal manual (MPP), a técnica finlandesa (FMPP) e a vienense (VMPP). Em ambas as técnicas, a mão não dominante controla a velocidade da expulsão da cabeça do feto e facilita a extensão. Além disso, ambas as técnicas envolvem a aplicação do polegar e do dedo indicador no períneo

Antero lateral à fúrcula e, pressionando contra a pele, para reduzir o estiramento perineal. No entanto, o FMPP e o VMPP diferem essencialmente quanto à forma como a mão dominante é usada para aplicar pressão contra o corpo perineal, de forma a auxiliar o processo de extensão da cabeça fetal. Na FMPP, os dedos (polegar, indicador e médio) fornecem a pressão, com o dedo médio a assegurar a maior parte do suporte. Em contraste, no VMPP é a palma da mão que exerce a pressão de forma a sustentar e facilitar a extensão da cabeça do feto (Kleprlikova, et al., 2020).

3.3.1 Apresentação de resultados práticos dos casos assistidos no Estágio Natureza Profissional com Relatório Final

Relativamente aos contextos do ENPRF, após o investimento no conhecimento da temática escolhida para o presente relatório, foi possível, na prática, perceber-se que é muito importante acompanhar várias EESMO durante os campos clínicos, pois é de extrema importância perceber qual a forma de cada uma trabalhar, neste caso, qual as técnicas de preservação do períneo que cada uma usa, pois todos somos diferentes e adotamos diferenças no nosso trabalho. Cada EESMO faz de forma diferente, o que também se torna difícil para os alunos padronizarem as suas práticas (Carroll, et al., 2020).

Contextualizando, em julho 2024, o Local B, teve 615 Partos e 224 Cesarianas, já o Local C, teve 594 Partos e 231 Cesarianas (SNS , 2024).

Durante os campos clínicos a nacionalidade das grávidas (Figura 2), que encontrei foi maioritariamente portuguesa e nepalesa, que é neste momento o maior desafio, pois a barreira linguística acaba por comprometer muitos dos cuidados que prestamos.

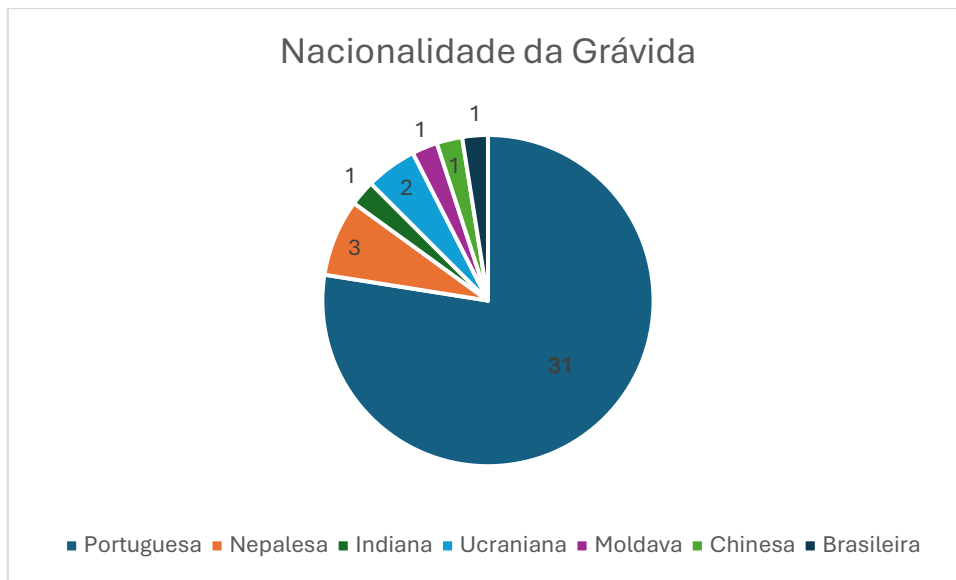
O destaque dos estudantes na multiplicidade de experiências de cuidados às mulheres no ciclo reprodutivo sugere a necessidade de planos de estudo flexíveis que também atendam às necessidades das mulheres de diversas culturas. O elevado número de migrantes e de outras culturas que agora está presente nos nossos hospitais, colocam desafios às EESMO, tanto a nível cultural como linguístico, como à necessidade de preservar a saúde das mulheres (Sim-Sim, et al., 2022).

Esta população tinha uma média de idades de 29,6 (Figura 3).

Para além de cada vez mais, se ter menos filhos, os pais também o são cada vez mais tarde. A média de idades das mulheres ronda os 31 anos, quatro anos mais tarde do

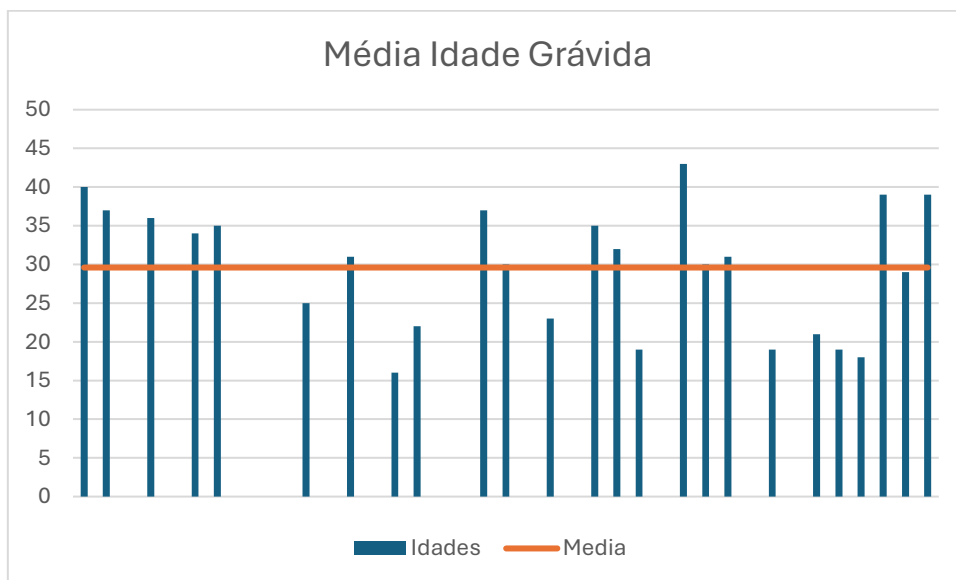
que há duas décadas. A maternidade tardia, ou adiada, leva o momento do nascimento do primeiro filho ao limite biológico de fertilidade, diminuindo drasticamente a hipótese de ter mais filhos, somos mães e pais cada vez mais tarde (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2020).

Figura 2 – Nacionalidade das Grávidas



Fonte: Elaborado pela autora

Figura 3 – Média de Idades da Grávida



Fonte: Elaborado pela autora

No primeiro campo clínico foi onde consegui mais períneos íntegros (Figura 4), acho que não pelas técnicas usadas, mas porque havia uma relação enfermeira-grávida e era possível permitir que se tentassem todas as posições de forma a escolher a mais confortável para a mulher, aplicávamos as compressas quentes, lubrificávamos o períneo (Figura 6) e havia uma grande confiança quer a grávida comigo enquanto aluna da especialidade, como enfermeira supervisora para comigo. Foi o campo clínico em que mais aprendi e onde mais me senti segura e com autonomia, embora em todos os outros estabelecesse essa relação com as grávidas. A Estrutura do Cuidado proposta pela Teoria dos Cuidados de Kristen Swanson, contempla cinco processos básicos: conhecer, estar com fazer por, possibilitar e manter as crenças (Oliveira, Silva, Oliveira, Pereira, & Trezza, 2018). Na minha opinião, tentei aplicar estes processos nos cuidados que prestei a grávidas, puérperas e a todas as mulheres, companheiros e recém-nascidos.

Este campo clínico permitiu-me intervir com recurso a outras posições no parto (Figura 5), sendo que as parturientes muitas vezes não aderiam mas outras queriam experimentar, portanto apenas consegui ter um parto em posição de cócoras, sendo todos os outros em posição supina. De referir também que não é utilizado o banco de partos, por exemplo, mas incentivei muitas destas mulheres adquirirem o decúbito lateral mas, as mesmas referiam não ser confortável voltando a colocar-se em posição supina. Recorri também à posição de quatro apoios, mas constatava que antes do feto coroar já a grávida estava novamente na posição supina.

Figura 4 – Resultados observados na região perineal



Fonte: Elaborado pela autora

Figura 5 – Posições utilizadas no parto



Fonte: Elaborado pela autora

O segundo campo clínico de bloco de partos foi o mais pequeno e não utilizei muitas técnicas, até porque tive poucas oportunidades de estar no período expulsivo, mas já foi possível observar vários métodos de trabalho dos EESMO e também de tomada de decisão em relação à realização ou não de episiotomia, já que esta deve ser bastante ponderada.

A última experiência clínica permitiu excepcionalmente que o processo de parto ocorresse da forma mais natural possível, as parturientes eram submetidas a analgesia epidural, o que permitia que permanecessem mais calmas e descansadas, restringindo-se as avaliações de cervicometria, constatando que muito frequentemente o procedimento era solicitado pelas parturientes sendo uma forma destas saberem a evolução do trabalho de parto. Foi o campo clínico onde executei mais partos na cama, de forma o mais natural possível, sem qualquer intervenção do EESMO. Consegui aplicar a técnica de *hands-off* (Figura 6) o que era muito gratificante pois, o corpo humano é extraordinário e ver o polo cefálico a rodar e chegar à posição fisiológica antes de coroar, sem praticamente nenhum contacto físico, é de facto maravilhoso. Respeitava o processo natural do parto, sabendo que o parto normal humanizado é cada vez mais uma via única, natural e segura da mulher aproveitar sem medos, dúvidas e ter liberdade para desfrutar desse encontro tão aguardado que é pegar o seu filho ao colo. Este parto normal humanizado tem uma equipa pronta, capacitada e treinada para promover a segurança e eficácia que a mulher deseja, e promove uma assistência com menos intervenções, procedimentos hospitalares e/ou

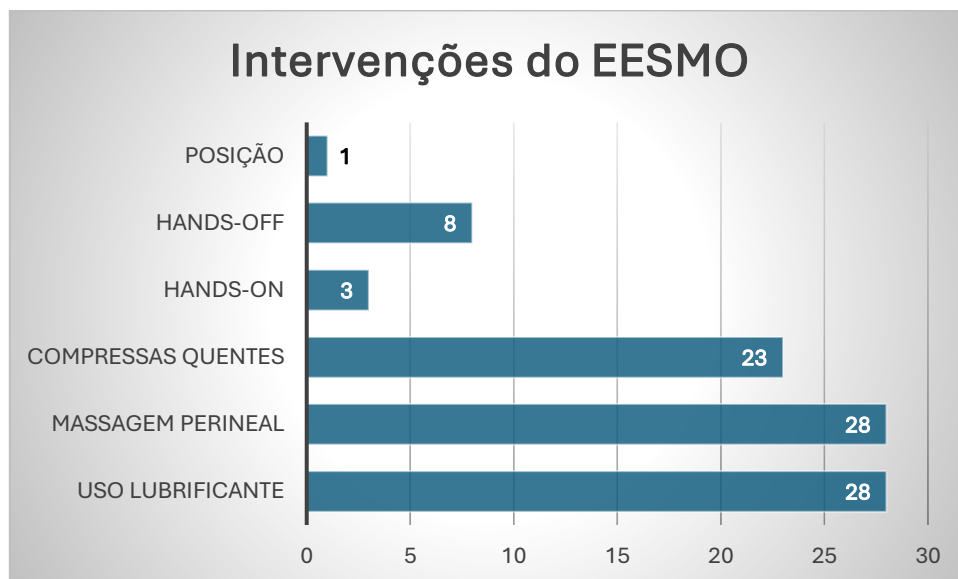
cirúrgicos, priorizando a fisiologia natural do corpo da mulher (Silva, Diniz, Silva, & Oliveira, 2021).

O parto humanizado, onde os protagonistas são a mãe e o bebé, pode ser classificado como uma forma natural de parir, não sendo necessariamente na posição ginecológica, sem recurso a medicamentos ou a intervenções dispensáveis por parte dos profissionais de saúde. A mulher sabe o seu poder e limitações e vive o momento de forma consciente e responsável (Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, 2017).

As boas práticas trazem para o enfermeiro benefícios para o parto humanizado, como a diminuição das dores com métodos não farmacológicos, proporciona também segurança, autonomia e a participação ativa da mulher durante todo o processo do parto. O enfermeiro é assim, a peça fundamental no processo de parturição, no empoderamento e na autonomia da parturiente (Gomes, Oliveira, & Lucena, 2020).

Já no campo clínico de ginecologia e grávidas patológicas, também tive a possibilidade de realizar partos e a enfermeira que me acompanhou nessas situações utiliza o método de *hands-on* ou *hands-off*, conforme as situações. No meu caso tive algum receio na aplicação da técnica de *hands-on*, pois não me sentia segura na aplicação de uma leve pressão descendente sobre o polo cefálico para auxiliar a flexão da cabeça do bebe, ou seja, não sei se estava a aplicar a técnica corretamente ou não, mas foi mais uma vez muito interessante ver as várias técnicas utilizadas pelas EESMO na prática.

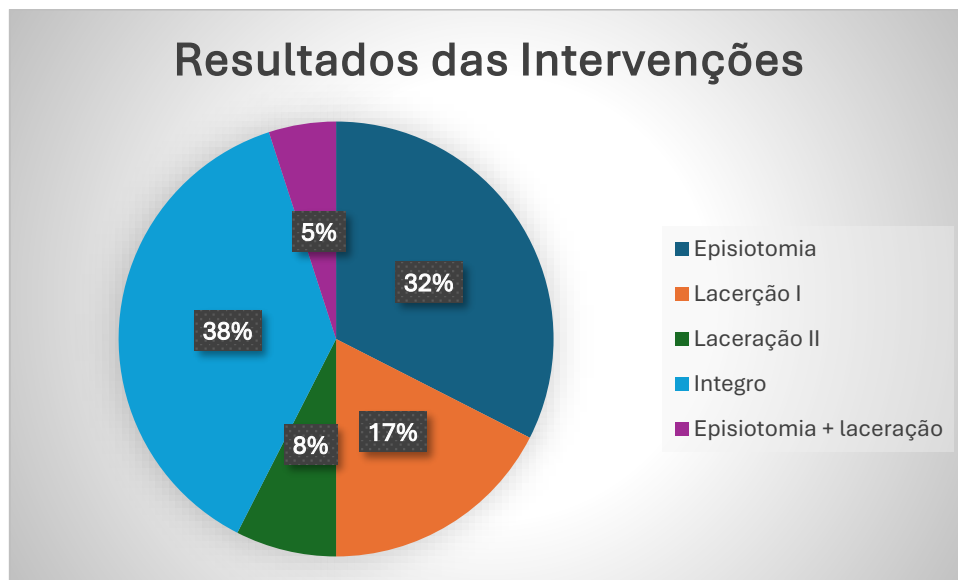
Figura 6 – Utilização de intervenções de Proteção do Períneo



Fonte: Elaborado pela autora

Durante todas as experiências tentei utilizar as técnicas anteriormente referidas (Figura 6), mas não me foi possível avaliar qual a melhor, ou com melhores resultados pois acabava por as utilizar a todas. Ainda assim, nos partos que realizei e que deram resposta à Diretiva Europeia, obtive 15 partos com períneo íntegro e 13 com episiotomia (Figura 7). Entendi também que há ainda necessidade de investir na literacia em saúde nesta população na medida em que as grávidas que acompanhei desconheciam alguns recursos de promoção da saúde perineal. A título de exemplo, nunca tinham ouvido falar da massagem perineal, procedimento que podem realizar a partir das 33 semanas de gestação e que até pode ser realizada pelo companheiro, de forma a promover a sexualidade do casal e ajudar a relaxar. Podemos enquanto EEESMO dos cuidados de saúde primários falar sobre este tema nas consultas de enfermagem e sempre que não se saiba explicar da melhor forma, encaminhar para um fisioterapeuta especialista na saúde da mulher. Consigo agora compreender que foi um tema que não abordei nas consultas de enfermagem desse campo clínico, o que considero agora uma falha no seguimento das consultas.

Figura 7 – Resultados das Intervenções do EESMO no períneo



Fonte: Elaborado pela autora

Tive oportunidade de prestar cuidados, na enfermaria de puerpério a uma puérpera com laceração de quarto grau, após um parto distócico, com fórceps e ventosa que resultou em laceração do esfíncter anal. A puérpera foi ao bloco operatório para realizar a reconstrução, mas até um mês depois ainda tinha incontinência de esfíncter. É uma

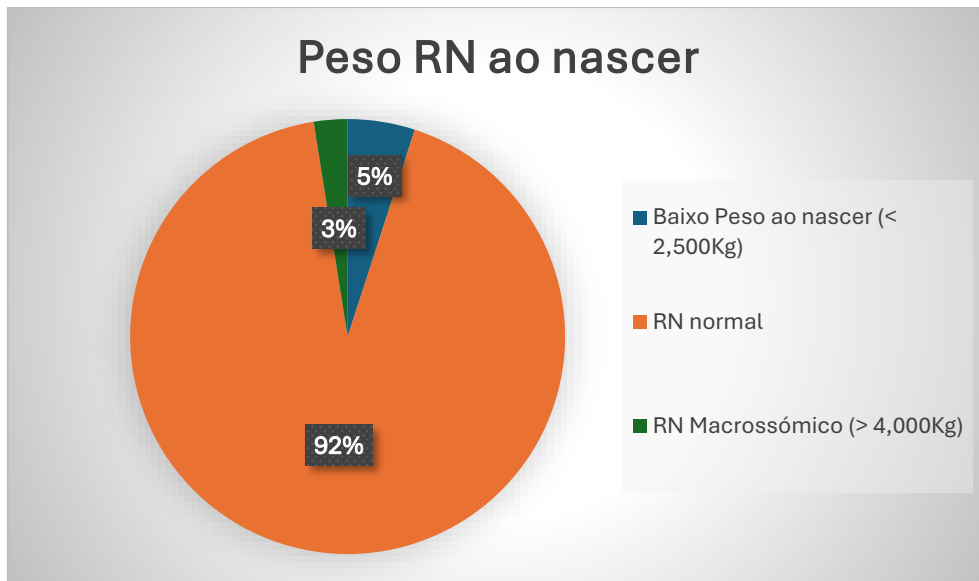
situação bastante delicada, que acaba por traumatizar este momento da vida de uma família, em especial um momento tão bonito como o nascimento de um filho.

Maioritariamente os partos em que foi realizada episiotomia ocorreram em primíparas, sendo que nas múltiparas foi mais observada a laceração ou o períneo íntegro. No que respeita aos Recém-nascidos, a média de peso dos quais realizei o parto foi de 2,890Kg (Figura 8), este dado também é importante para analisar o risco de lacerações, o único recém-nascido macrossómico tinha um peso de 4,850Kg. Foi também neste campo clínico que observei e tentei resolver uma distocia de ombros, sendo que o obstetra estava presente e prontamente me lembrou como utilizar a manobra de McRoberts e Manobra Rubin I e assim, conseguimos resolver esta distocia. Já com baixo peso (-2,500kg) ao nascer, dois recém-nascidos, um deles prematuro com 36s + 5d que nasceu com 2,220Kg o outro com 2,480Kg e nos dois foi um parto eutócico com períneo íntegro.

Com relação ao peso do recém-nascido, a maior proporção de lacerações perineais concentrou-se nos partos com recém-nascidos entre 3.000 e 3.495 gramas, seguida daqueles com peso maior ou igual a 3.500 gramas, sem associação estatisticamente significativa entre o peso fetal e o grau de lacerações perineais. Vale destacar que a média do peso dos bebés nos nove partos em que ocorreu laceração de segundo grau foi 3.264,4 gramas (Scarabotto & Riesco, 2006).

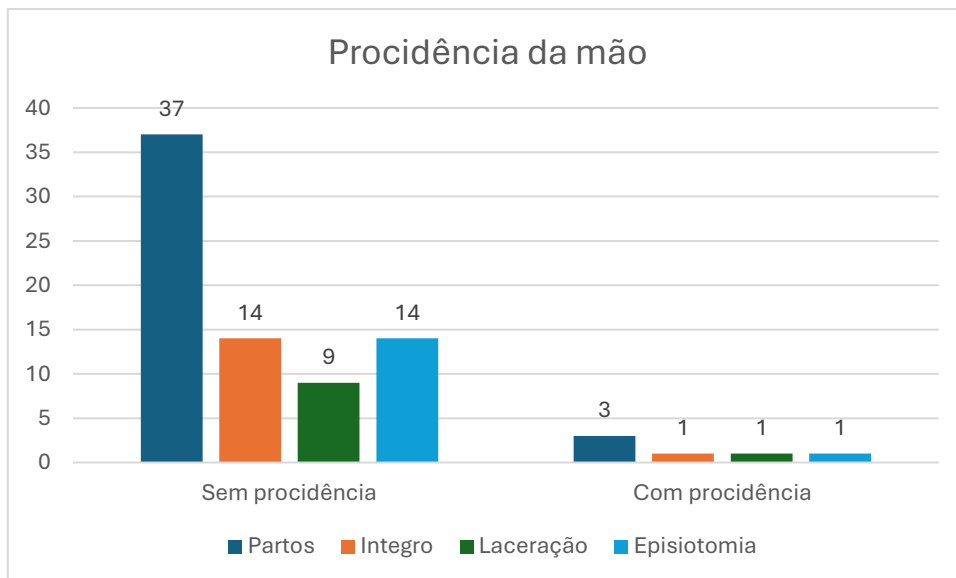
Podemos também associar as lacerações à Procidência da mão do Recém-nascido (Figura 9), eu realizei apenas 3 partos onde ocorreu precedência da mão, um foi períneo íntegro, outro, episiotomia e tive também uma laceração de grau I, mas não há associação entre esta ocorrência e a integridade perineal. Como nos diz Scarabotto & Riesco (2006), “Os fatores constitucionais e assistenciais da parturiente, recém-nascido e parto em si - altura perineal, duração do período expulsivo, tipo de puxo, variedade de posição no desprendimento cefálico, circular de cordão umbilical e peso do recém-nascido - não interferiram na ocorrência ou grau de laceração perineal no parto normal” (p.395).

Figura 8 – Percentagem do Peso do RN ao nascer



Fonte: Elaborado pela autora

Figura 9 – Totais de Procidência da mão nos PE



Fonte: Elaborado pela autora

Muitos outros dados podiam ser analisados na questão da integridade perineal, mas nos campos clínicos tentei ao máximo utilizar as técnicas para preservar o períneo. De qualquer forma este tema é bastante vasto e muito mais se pode estudar e tentar melhorar nesta temática. Quanto a mim, e enquanto futura EESMO vou tentar usar sempre

todas as técnicas disponíveis e tentar decidir quando devo ou não realizar episiotomia, sem esquecer o que a própria grávida quer ou imagina para o seu parto, sendo que esta técnica carece de autorização da mesma. Vou continuar a falar e explicar tudo o que vou fazer, ou o que é melhor fazer, às grávidas que se cruzam no meu caminho, sendo que primeiro vou conhecer, vou estar com, vou fazer por, vou possibilitar e vou manter as crenças, só assim consigo ter uma melhor relação de confiança com a mulher que tenho à minha frente. Essencialmente vou cuidar da melhor forma possível.

3.4 Discussão

As evidências atuais mostram que a episiotomia de rotina não é apoiada na prática clínica, reforçada pelo protocolo do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologia (ACOG) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), para uma experiência positiva de parto, não é recomendada a sua utilização. É importante lembrar que, como qualquer procedimento cirúrgico, a episiotomia só deve ser realizada com o consentimento informado da parturiente e o plano desta e de outras intervenções, deve fazer parte do plano de parto (Amorim, Katz, & Cunha, 2023).

O Plano de Parto (também chamado de Plano de Nascimento ou de Preferências de Parto), regista as preferências da grávida e/ou do casal para o trabalho de parto, parto e pós-parto, verificando-se em alguns casos o desejo num períneo íntegro. Embora não exista legislação específica que juridicamente proteja inequivocamente o Plano de Parto, há normas e leis nacionais e internacionais – de aplicabilidade direta e indireta em Portugal, que são passíveis de proteger a vontade que é expressa no Plano de Parto. São elas as contempladas nos artºs 38º, 39º, 149º e 150º do Código Penal Português, artºs 3º e 8º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos e da Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina (Convenção de Oviedo) os artº 5º, 8º e 9º (Pereira, M., Cajão, & Vale, 2017).

De salientar que a morbilidade gerada pela cirurgia perineal durante o parto vaginal espontâneo justifica a necessidade de encontrar uma intervenção para minimizá-la. A massagem perineal é viável, barata e reprodutível, portanto, esta técnica deve ser ensinada e treinada por estudantes da especialidade e pelas EESMO. Assim, as mulheres devem ter essas informações e ter a opção de decidir se desejam receber a massagem perineal e o aquecimento de compressas no segundo estadio do trabalho de parto (Rodrigues, et al.,

2023). As grávidas devem ser sensibilizadas sobre a importância da automassagem como hábito de autocuidado e prevenção de lesões perineais (Álvarez-González, Leirós-Rodríguez, Álvarez-Barrio, & López-Rodríguez, 2021).

Apesar da disponibilidade de informações e recomendações sobre a proteção perineal manual, um grande número de EESMO e médicos não se sentem confiantes sobre a técnica, ou os seus benefícios e apenas muito poucos parecem estar capazes de descrever com precisão as manobras envolvidas. Portanto, é imperativo que os programas de formação se concentrem não apenas no saber-fazer, mas também no saber-porquê (Kleprlikova, et al., 2020).

Assim, a intervenção da EESMO na prevenção do trauma perineal, deve atender a um conjunto sequencial de intervenções, incentivar o início ou a manutenção do exercício físico moderado, no mínimo três vezes por semana, desde que, constatada a gravidez, educar e incentivar a mulher à realização da massagem perineal, desde a 30.^a semana gestacional, promover a mudança postural ao longo do trabalho de parto, com possibilidade de deambulação, incentivar e apoiar a mulher ao puxo espontâneo, ao longo do período expulsivo, promover a restrição da manipulação perineal, permitindo a adaptação, lenta e gradual, dos tecidos à apresentação fetal, proceder à aplicação de compressas quentes no períneo, durante o segundo período do trabalho de parto, efetuar a massagem perineal suave, usando um lubrificante, preferir o apoio perineal simples aquando da aplicação da manobra de Ritgen, em prol da sua versão modificada, mais interventiva, promover o empoderamento das mulheres, e as capacidades necessárias para a tomada de decisão sobre o seu parto, proporcionando o apoio e a confiança (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017).

Nos trabalhos de Teixeira, et al. (2022, citado por Amorim, Katz, & Cunha, 2023), “Um estudo português publicado em 2022 mostrou que houve uma diminuição nas episiotomias de 81,5% em 2000 para 54% em 2015, sendo a episiotomia fortemente associada ao parto instrumental. A taxa de episiotomias não diminuiu em partos instrumentais (95,5% em 2000 e 94% em 2015). Por outro lado, as taxas de trauma perineal grave caíram, entre mulheres sem episiotomia e parto não instrumentado” (p.7).

O trauma perineal é um evento comum no parto vaginal e está associado a morbilidades significativas na mulher. Em 2022, a Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa apresentou uma taxa de episiotomia de 39,15% e de 0,58% de lacerações de 3º e 4º grau. Tendo por base que um guia de boas práticas implica medidas baseadas na evidência, de baixo custo, baixa complexidade de implementação e considerando as

orientações internacionais e a evidência atual, concluímos que no Bloco de Partos do CHTS, a aplicação destas medidas, Liberdade de Movimentos e Posições, Massagem Perineal, Aplicação de Compressas Aquecidas, Proteção Perineal (Hands-on), Esforços Expulsivos Espontâneos e Episiotomia Seletiva, são as práticas de prevenção do trauma perineal mais adequadas (Sousa, Oliveira, & Ramos).

Estas intervenções são apontadas pela evidência atual como um contributo na prevenção do trauma perineal durante o trabalho de parto, nomeadamente na prática de episiotomia. Contudo, a sua aplicação na prática da EESMO, exige a disponibilidade de mais evidência, bem como uma efetiva divulgação dos seus resultados, junto das equipas multidisciplinares e da comunidade, com apresentação dos ganhos em saúde para a mulher, e para a humanização dos cuidados, por eles representados (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017). Conclui-se que as lacerações perineais desencadeiam impactos negativos que comprometem a saúde da mulher, trazendo problemas físicos e psicológicos (Santos, et al., 2019).

Espera-se da ciência, fornecer as bases racionais e evidenciar as técnicas e procedimentos mais apropriados para cada situação e cada caso. Neste âmbito há ainda muito a estudar e desenvolver pois, o parto é um acontecimento presente na vida da maioria das mulheres em todo o mundo, merecendo por este fato toda a atenção científica e humana possível, para que a maternidade seja na vida da mulher um momento inesquecível pelas melhores lembranças, e apenas as melhores (Lima, Bueno, Nunes, & Latorre, 2020).

Corroboramos com a ideia de alguns autores tendo em consideração os presentes resultados que revelam preocupações em humanizar a experiência de parto vivenciado pela mulher, incentivando-a ao autoconhecimento e autocontrolo do seu corpo e das suas capacidades, através de técnicas mais naturalistas, e assim contribuir para uma vida pós-parto mais feliz (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017).

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, 1996).

O REPE clarifica conceitos, procede à caracterização dos cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, dissipando, assim, dúvidas e prevenindo equívocos por vezes suscitados não apenas a nível dos vários elementos integrantes das equipas de saúde mas também junto da população em geral (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, 1996).

A organização dos cuidados de enfermagem foca-se na eficiência e eficácia dos cuidados prestados sendo fulcral a existência de um quadro de referências e um sistema de qualidade para o exercício profissional e de registos que incorpore a sistematização da informação implícita no processo de enfermagem; uma dotação segura de cuidado e metodologias de trabalho; uma política de formação contínua e uma avaliação da satisfação dos enfermeiros em função da qualidade do exercício profissional (Cantante, et al., 2020).

Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, 1996).

A experiência de estágio em diferentes contextos clínicos oferece uma oportunidade singular para o desenvolvimento e consolidação das competências de um enfermeiro especialista, particularmente no âmbito da prestação de cuidados à mulher. Durante este período, ocorre uma integração contínua entre o conhecimento teórico adquirido ao longo da formação e a sua aplicação prática, resultando num processo de

aprendizagem dinâmico e significativo. Com a análise reflexiva que apresento de seguida, pretendo demonstrar o processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Podemos referir que o currículo inovador, como dispositivo para o desenvolvimento de competências profissionais, considera a sua base de sustentação no princípio da reflexividade crítica, sendo uma estratégia promissora para potencializar o desenvolvimento de competências que gera a promoção da saúde na formação do enfermeiro (Netto, Silva, & Rua, 2018).

O currículo inovador favorece e é favorecido por uma prática reflexiva, considerando a complexidade das situações, entendidas como estimuladoras do desenvolvimento de competências essenciais para a promoção da saúde na formação do enfermeiro, essa prática reflexiva permite capacitar o enfermeiro para lidar, de modo crítico, com os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e realizar as suas práticas com autonomia, dentro da visão de saúde integral, com enfoque no meio ambiente e na cidadania, estimulando o protagonismo dos sujeitos, a formação de vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde. Esses valores, essenciais à prática de Enfermagem, coincidem com os valores que regulam a Política Nacional de Promoção da Saúde (Netto, Silva, & Rua, 2018).

4.1 Competências comuns dos enfermeiros especialistas

O regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista foi publicado pela primeira vez com o nº 122 em 2011, republicado com alterações em 2019 (Regulamento nº 140). O regulamento clarifica os diferentes conceitos de competências (comuns, específicas e acrescidas, entre outros), assim como os diferentes domínios de competências comuns do enfermeiro especialista: responsabilidade, profissional, ética e legal (estão presentes no decorrer das suas intervenções); melhoria contínua da qualidade (no nível da governação clínica dinamiza e promove estratégias institucionais); gestão dos cuidados (organiza e estabelece redes e parcerias na equipa de Enfermagem e multiprofissional); desenvolvimento das aprendizagens profissionais (capacidade de desenvolvimento de autoconhecimento, assertividade nas relações terapêuticas e multiprofissionais em todos os contextos) (Cantante, et al., 2020).

Vou agora descrever cada competência de forma individual e através de uma análise crítica relacionar essa aquisição através dos vários campos clínicos.

4.1.1 Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético - deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (Diário da República, 2019).

Qualquer decisão relacionada com a saúde da mulher deve ser tomada com extrema responsabilidade, respeitando os princípios éticos e profissionais. A prestação de cuidados de enfermagem durante esse período deve ser consciente, considerando, sempre, o bem-estar da mulher e agindo de acordo com a deontologia profissional, que envolve o respeito, a dignidade, a autonomia e necessidades da pessoa.

Como refere a Ordem dos Enfermeiros (2015), “Quando refletimos os direitos das pessoas, a partir dos deveres deontológicos do enfermeiro, devemos discutir a sua esfera de proteção, nos termos em que os direitos humanos correlacionados o fazem. Assim, podemos considerar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos constitui um fundamento ético essencial à deontologia profissional do enfermeiro em Portugal” (p.238). Todos os cuidados que prestei tiveram sempre presentes os princípios e a deontologia profissional do enfermeiro.

O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes (Diário da República, 2019).

Durante a prestação de cuidados em todos os contextos de estágio, a segurança e a responsabilidade profissional foram sempre prioridades. Foi estabelecida, de forma consistente, uma relação terapêutica com as mulheres, pautada pelo respeito, empatia e assertividade. Cada procedimento realizado foi previamente explicado, além disso, foi disponibilizado apoio emocional de forma contínua, de forma a responder a todas as dúvidas e assegurar que as mulheres se sentiam confortáveis, independentemente do contexto em que se encontravam. Ao longo do processo de cuidados, houve uma preocupação constante em respeitar a privacidade e o sigilo, assim como os seus valores e crenças. Em alguns campos clínicos onde decorreu o estágio, cuidamos de populações

de migrantes, o que constituiu um desafio pelas diferenças culturais. É essencial reconhecer que cada mulher é única, e essa relação deve respeitar a sua individualidade. O EEESMO deve considerar as crenças, valores, dúvidas e conhecimentos de cada mulher, o que permite identificar as suas necessidades específicas, planear cuidados adequados e intervir de forma personalizada. Esse cuidado individualizado visa capacitar a mulher para o novo papel de mãe, ajudando-a a adquirir as habilidades necessárias para cuidar de si mesma e do seu recém-nascido de forma segura e confiante. Ao reconhecer e valorizar a singularidade de cada mulher, o EEESMO contribui para um processo de transição mais tranquilo e satisfatório, promovendo o bem-estar tanto da mãe quanto do bebé.

4.1.2 Domínio da Melhoria continua da qualidade

O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional. Reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua. O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco (Diário da República, 2019).

Cada vez mais a qualidade nos cuidados que prestamos e recebemos é uma premissa, e acima de tudo um direito para o doente. Existe cada vez mais interesse na adoção de metodologias de gestão e de melhoria continua da qualidade, não só por crescimento económico mas porque é uma exigência do próprio doente. Os Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem são a essência do exercício profissional do enfermeiro. É o que nos dá visibilidade aos cuidados de enfermagem e orientam a tomada de decisão em enfermagem (Freitas, 2015).

As organizações de saúde, nomeadamente aos hospitais, devem adotar uma mudança no paradigma estratégico de gestão dos cuidados de saúde. Olhar para o perfil do cliente de hoje, é necessariamente diferente de olhar para o perfil do cliente de há cinquenta anos. Hoje este é mais crítico, mais seletivo, mais exigente, mais consciente

dos seus direitos e do valor do seu dinheiro, em contrapartida, as organizações de saúde, se querem ser competitivas e qualificadas, devem procurar responder às suas necessidades e expectativas (Dias, 2014).

As competências mais executadas pertencem ao domínio da prática legal, ética e profissional, o que significa que os enfermeiros atuam com base nos princípios deontológicos que sustentam a profissão. Relativamente às competências menos concretizadas, estes estudos indicam uma menor prática efetiva de atividades relacionadas com a melhoria contínua da qualidade e processos de garantia da qualidade, em que, muitas vezes, os enfermeiros não sabem lidar com as situações, como por exemplo de catástrofe, pelo que devem conhecer os protocolos de cada serviço onde prestam cuidados (Guedes, Figueiredo, & Apóstolo, 2016).

Em todos os contextos de campo clínico, procurei conhecer as instituições, as suas políticas internas, bem como as normas e protocolos estabelecidos. Esse esforço foi essencial para garantir uma prática de cuidados segura e eficaz, tendo em conta os documentos orientadores da instituição.

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados foi um objetivo constante ao longo de todo o estágio. Todas as competências associadas a esse domínio foram desenvolvidas com sucesso, mantendo sempre uma postura proativa e comprometida, por melhores práticas e a excelência no cuidado.

4.1.3 Domínio da Gestão de cuidados

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados (Diário da República, 2019).

Durante os campos clínicos, houve a oportunidade de vivenciar diferentes dinâmicas de funcionamento e metodologias de trabalho. Isso exigiu a gestão eficaz de prioridades na assistência a grávidas, puérperas e mulheres com patologias ginecológicas, de acordo com a sua situação.

Foram diversas as situações inesperadas que nos obrigavam a reorganizar os nossos cuidados, sempre sem comprometer a segurança das utentes. Nesse contexto,

foram adquiridas competências essenciais para lidar com essas situações e desenvolvida uma maior consciência da complexidade e responsabilidade envolvidas na prestação e gestão dos cuidados de saúde.

4.1.4 Domínio do Desenvolvimento de aprendizagens profissionais

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional (Diário da República, 2019).

A realização deste estágio proporcionou o desenvolvimento e a consolidação dos conhecimentos adquiridos em contexto teórico, sempre com foco no autoconhecimento e no estabelecimento de relações terapêuticas.

No âmbito prático, foram realizadas diversas ações formativas, com o objetivo de partilhar conhecimentos fundamentados cientificamente e promover melhorias na qualidade de vida do público-alvo. Um exemplo destas ações, foi a realização de uma sessão de preparação para o parto, destinada a grávidas inscritas no curso de preparação para o parto e parentalidade, no contexto de cuidados de saúde primários (Apêndice D). Durante essas sessões, além de esclarecer dúvidas e partilhar informações, foi possível estabelecer uma relação com as grávidas. Esse vínculo trouxe benefícios não apenas a nível profissional, mas também a nível pessoal, enriquecendo a experiência global do estágio.

4.2 Competências específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

O enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica — assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Diário da República, 2019).

A especialização em enfermagem contribuiu para o desenvolvimento profissional do enfermeiro especialista, ampliando o seu conhecimento, a sua competência, o raciocínio crítico, a melhoria na resolução de problemas e na tomada de decisão (Silva, et al., 2018).

De seguida, apresento uma análise crítica para cada domínio mencionado, de forma individual e sempre com as experiências adquiridas, ao longo deste percurso formativo, presentes.

4.2.1 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade (Diário da República, 2019).

No decurso destes campos clínicos, foi possível assistir a consultas de planeamento familiar, onde se realizavam diversos ensinamentos, de acordo com as dúvidas apresentadas. Muitas vezes notei alguma dificuldade por parte da mulher em colocar diversas questões relacionadas com a sua sexualidade, por isso foi preciso criar uma relação de confiança, de forma a conseguir perceber as suas incertezas e arranjar estratégias para ajudar e promover um estilo de vida saudável.

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

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno -fetal (Diário da República, 2019).

Durante o estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários, envolvi-me em várias intervenções de promoção da saúde pré-natal. Tive a oportunidade de participar em consultas de vigilância pré-natal. Nessas consultas, foi possível fornecer informações pertinentes às mulheres grávidas e esclarecer as suas dúvidas, sempre com base em evidências científicas atualizadas. Esse papel ativo contribuiu para a promoção de uma assistência informada e segura, apoiando a saúde e o bem-estar das gestantes.

Foi também possível colaborar com a EESMO no curso de preparação para o parto e parentalidade desta unidade, onde concretizei uma Sessão de preparação para o parto e parentalidade sobre o Banho do Bebê. Além de oferecer suporte clínico, é fundamental que o profissional de enfermagem em saúde materna e obstétrica assuma a responsabilidade na preparação da mulher para o parto e a parentalidade. Isso inclui não apenas a transmissão de conhecimentos sobre as mudanças físicas e emocionais que ocorrem durante a gravidez, o parto e o puerpério, mas também o desenvolvimento de competências práticas que capacitem a mulher a cuidar adequadamente do recém-nascido (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Ao proporcionar essa preparação abrangente, o profissional contribui para que a mulher desenvolva uma maior confiança no seu papel de mãe, sentindo-se mais segura e ativa no cuidado do bebê. É igualmente importante reforçar a inclusão do pai nesse processo, reconhecendo que este deve estar envolvido ativamente na parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No decorrer da gravidez, os pais adquirem uma imagem feto e assim desenvolvem a ligação emocional. A perceção da paternidade varia na natureza e intensidade. Os novos pais envolvem-se na gravidez, compartilham alegrias e tristezas, participam nas tarefas e apoiam a companheira. 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. É a forma de desenvolver a vinculação com o bebê (Franco, Cordeiro, Espanhol, & Frias, 2021).

Realizamos um Flyer sobre a mala da maternidade que foi distribuído nas sessões. Efetuamos ainda dois pósteres, que foram afixados na USF, um sobre as medidas para minimizar os desconfortos na gravidez e outro sobre a vigilância da gravidez, sendo que foram realizados em português e inglês e foram criados folhetos para distribuir às grávidas com as mesmas informações (Apêndices D, E, F, G, H e I). A realidade neste momento passa por muitas grávidas de outros países o que dificulta a realização de ensinamentos, por isso optamos por ter a opção em inglês para que fosse mais fácil a aquisição de conhecimentos por parte dessas mulheres e companheiro.

Durante o estágio em Bloco de Partos, foi realizado o acolhimento de grávidas, a anamnese e a avaliação clínica (de forma a realizar a admissão), incluindo a avaliação de sinais vitais, manobras de Leopold, cervicometria, auscultação da frequência cardíaca fetal e cardiotocografia (CTG) externa.

A cardiotocografia (CTG), também conhecida como monitorização fetal, é um método não invasivo de monitorização dos batimentos cardíacos fetais, cujo objetivo primário é a avaliação da vitalidade do feto (oxigenação) e consiste no registo gráfico simultâneo da FCF, dos movimentos fetais e das contrações uterinas (Oliveira & Sá, 2020).

No internamento de Grávidas Patológicas, foram realizados ensinamentos e tentei sempre identificar possíveis desvios na gravidez, consoante a patologia de cada grávida.

A hospitalização na gravidez de alto risco gera alterações na rotina e na forma de compreender a gravidez, que devem ser consideradas durante os cuidados prestados. A gravidez de alto risco requer maior vigilância das situações, de forma a identificar a gravidade, estar pronto para identificar problemas e intervir de maneira a impedir eventuais complicações. Neste contexto, a qualidade da assistência prestada e o acesso a serviços de saúde especializados que possam atender as necessidades das utentes são fundamentais para a prevenção da morbidade e da mortalidade materno-fetais (Rodrigues & Queiroz, 2020).

Lamentavelmente e de forma inesperada, durante o campo clínico vivi para além de momentos de alegria, também momentos de sofrimento, dor e luto. Sempre que existia um aborto espontâneo ou alguma alteração no decorrer normal da gravidez, para mim eram momentos de medo e incerteza, pois não é fácil viver essa situação e tinha receio de não apoiar a família da melhor forma possível. Tentei sempre prestar apoio emocional e sempre que percebia que não era suficiente, tentava incluir a equipa multidisciplinar, nomeadamente o psicólogo, que acaba por estar mais familiarizado com essas situações

e ajudava a mulher a gerir as suas dificuldades e expectativas em relação às situações vivenciadas. Foram experiências que se constituíram como oportunidade de praticar habilidades junto destas famílias em situação de luto e perda.

A situação de óbito fetal é compreendida como uma experiência de mudanças físicas, sociais e psicológicas para a gestante, com uma interrupção abrupta da relação mãe-bebé. A partir disso, a família passa por um processo de luto específico que necessita de intervenção não apenas com a mãe, mas também com o pai do bebé e familiares (Rios, Santos, & Dell’Aglia, 2016).

A psicologia hospitalar, exige uma importante mudança de paradigma, de forma a oferecer um acolhimento humanizado, independentemente do atendimento oferecido, seja ele no contexto público ou privado. É evidente a necessidade de acompanhamento das famílias que tiveram perda perinatal nos serviços de saúde, por uma equipe multiprofissional, que inclua o psicólogo hospitalar. Ressalta-se, também, a importância de uma rede de apoio para famílias que passam por estas situações, que pode e deve ser estimulada pela atuação do psicólogo hospitalar, pois este pode ajudar o paciente, a família e a equipe de saúde a enfrentar o luto, podendo inclusive oferecer grupos de apoio pós-óbito (Muza, Sousa, Arrais, & Iaconelli, 2013).

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

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina (Diário da República, 2019).

Todos os campos clínicos que realizei em Bloco de partos decorreram da mesma forma, sendo que por vezes não conseguia acompanhar todo o trabalho de parto, mas tentei sempre que isso acontecesse. Começava então pelo acolhimento da mulher, sendo na sua admissão determinado se estava ou não em trabalho de parto, se estivesse em trabalho de parto era encaminhada para a sala de partos, onde era permitido um acompanhante. Para realizar a admissão da grávida era necessário fazer várias perguntas, como a sua história clínica (antecedentes pessoais e familiares), índice obstétrico, grupo sanguíneo, intercorrências durante a gravidez, exames e análises efetuadas na gravidez. Todas as questões a que não conseguia respostas recorria ao Boletim de Saúde da Grávida. O médico confirmava sempre as análises, pois estas não podem ser superiores a três

meses, nesse caso era efetuada nova colheita de sangue para hemograma, taxas de coagulação e serologias. Realizava ainda a avaliação dos parâmetros vitais, peso, manobras de Leopold, cervicometria e por fim auscultação dos batimentos cardíofetais. Na presença do médico obstetra estes últimos parâmetros eram confirmados por ele, bem como realizava uma ecografia. Penso que evolui bastante nestes procedimentos técnicos, sendo que foram aperfeiçoadas ao longo dos campos clínicos, no final sentia confiança e já as realizava de forma autónoma.

Sempre que a grávida se encontrava na sala de partos era dada a opção de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor. Quando a grávida optava pela analgesia epidural, colaborava com o anestesista na preparação do material e dava apoio à grávida durante a realização da técnica.

O controlo da dor no trabalho de parto assume-se de extrema importância para a grávida, podendo recorrer-se a métodos farmacológicos e não farmacológicos para a promoção do alívio da dor (Mira, et al., 2021).

Houve momentos ao longo do campo clínico em que se identificavam desvios do padrão normal do trabalho de parto. Foi importante para mim perceber a minha evolução em identificar essas situações como reconhecer quando era necessário encaminhar para a equipa médica.

A minha perceção de que não era só a realização do parto, que era importante, foi aumentando progressivamente, e percebi que a vigilância do trabalho de parto é igualmente importante, se não o mais importante para um parto tranquilo e sem trauma para a mulher, bem como, a relação que estabelecia com a grávida e companheiro durante este período, que acabavam por ser uma mais-valia no decorrer do parto.

O parto é a passagem que marca o ponto mais importante da vida de uma mulher, onde ela permite passar pelo processo fisiológico mais natural possível. Essa passagem concedida pela natureza é realizada sem marco, sem manchas adquiridas como a violência obstétrica e sem intervenções desnecessárias. Pelo contrário, deve ser um momento onde todos param e esperam a celebração da vida. A confiança que o profissional passa nessas horas é de extrema importância para manter a tranquilidade e o equilíbrio (Silva, Diniz, Silva, & Oliveira, 2021).

Durante este período preparava as mesas de parto e de reanimação do recém-nascido. Preparava também a grávida para a sua colaboração no período expulsivo. Sendo que também a preparava para que se houvesse algumas alterações, podia ser necessária a

intervenção médica ou até mesmo, para utilização de instrumentos, ou uma cesariana, sendo assim um parto distócico.

Realizei durante o meu estágio quarenta partos eutócicos, nos quais se notou uma melhoria ao longo do tempo, mostrando também mais autonomia na realização de cada um. No que respeita às intervenções para a preservação da integridade perineal, junto com as supervisoras clínicas, estas, foram executadas de forma devidamente balanceada e integrada. Tivemos a experiência de 15 partos com períneo íntegro e 13 com episiotomia, 2 com episiotomia e laceração, 7 lacerações de primeiro grau e 3 com laceração de segundo grau.

Assim, surgiram algumas lesões espontâneas, e de acordo com a classificação da *American College of Obstetricians and Gynecologists* [ACOG], a laceração perineal e classifica-se, em 4 graus tendo em consideração os planos teciduais atingidos: I) quando atinge a pele e/ou mucosa do períneo; II) atingindo também os músculos perineais, não envolvendo o esfíncter anal; III) envolvendo o esfíncter anal, dividindo-se ainda em a), b) e c) consoante a espessura do esfíncter atingida e finalmente o plano IV) quando atinge concomitantemente o epitélio anorretal (ACOG, 2018). Realizaram-se também algumas episiotomias de modo seletivo tal como recomenda a OMS (WHO, 2018a). A lesão artificial é realizada pelo EEESMO ou pelo Médico Obstetra, e é uma incisão cirúrgica dos tecidos do períneo com a finalidade de facilitar a saída do feto ou prevenir lacerações graves (Graça, 2017).

Este procedimento executado por algumas EEESMO nos vários campos clínicos onde decorreu o estágio tinha como objetivo reduzir as complicações do períneo e assoalho pélvico e, está de acordo com alguns autores na medida em que, decisão por uma episiotomia, foi sempre entendida como uma forma de implementar boas práticas e prevenir traumas perineais (Ferreira, et al., 2018).

Procuramos de modo sistemático aprofundar conhecimentos, alicerçados nos padrões de evidência científica atualizados mas nem sempre foi possível colocar em prática devido às dinâmicas de cada serviço e por não existir ainda uma uniformização deste procedimento. Exemplo disto é a utilização de compressas aquecidas durante o parto, medida que tem sido adotada de forma preventiva do trauma perineal. A sua aplicação é feita na região perineal durante o 2.º estágio do TP, promovendo relaxamento muscular, melhorar a elasticidade dos tecidos e facilitar a distensão durante a expulsão do feto (Faraz, et al., 2022).

Também, a posição materna durante o trabalho de parto, deve ser considerada como uma intervenção para redução do trauma perineal. Dos partos em que estivemos envolvidas a posição adotada pelas mulheres era sobretudo a posição supina pois referiam estar mais confortáveis, apenas consegui um parto de cócoras.

As posições verticalizadas durante o TP são mais vantajosas pelo efeito facilitador da força da gravidade, da maior eficiência e intensidade da força da contração uterina, da diminuição do risco de compressão da veia cava e, naturalmente garante uma melhor oxigenação fetal. Referem ainda os autores que nas posições de cócoras e ajoelhada há um aumento dos diâmetros pélvicos ântero-posterior e transversal materno o que facilita a expulsão e preservação do períneo (Amaro, Dias, Santos, Nelas, & Coutinho, 2021).

Lima, Bueno, Nunes & Latorre (2020), elaboraram uma revisão sistemática de literatura, composta por 14 estudos, onde demonstram que a técnica *hands-off* não impede qualquer tipo de lesão obstétrica. É possível que o uso da técnica *hands-on* ajude na prevenção de lesões para alguns casos específicos de trabalho de parto, mas, por outro lado, é possível que para outros casos, como nos partos de múltiparas, a técnica seja inclusive prejudicial. Contudo não há evidência científica suficiente para comprovar esta conclusão, pelo que devem ser realizados mais estudos nesta área para responder a estas intrigantes questões (Lima, Bueno, Nunes, & Latorre, 2020).

Pelo exposto, consideramos que as competências pertencentes a este domínio foram adquiridas, bem como as relações que estabeleci com a família me fizeram crescer como pessoa e profissional.

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

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (Diário da República, 2019).

Foi possível adquirir estas competências em vários contextos, no Bloco de Partos, posteriormente no puerpério e depois da alta, nos cuidados de saúde primários.

No contexto de sala de partos, ou seja, no puerpério imediato (que se estende até às duas horas após o parto), realizava uma avaliação global da mulher, que incluía a vigilância de involução uterina e das perdas hemáticas (lóquios), realizava os ensinamentos sobre estas temáticas e esclarecia dúvidas.

O puerpério é vivido inicialmente dentro do hospital, o qual oferece a assistência especializada necessária, podendo também desenvolver ações que favoreçam o vínculo mãe-bebé. O vínculo mãe-bebé é caracterizado por abranger as dimensões das emoções, dos sentimentos e comportamentos (Silva & Braga, 2019).

Muito frequentemente, adaptava o recém-nascido à mama, sendo que sempre que a mulher recusava, respeitava a sua decisão. Para mim sempre foi uma das dificuldades, pelo que decidi realizar o “Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno” (Anexo A) de forma a saber avaliar, corrigir e ensinar as melhores formas para amamentar.

Ainda existem dúvidas em relação a este tema, pelo que muitas vezes, ocorrem algumas reações negativas, por parte dos profissionais de saúde, quando a mulher diz não querer amamentar. Considera-se extremamente importante conhecer a evidência científica de forma a serem capazes de informar a mulher/casal para que estes possam tomar a sua decisão livre e informada, destituída de juízos de valores e opressões, com o intuito de seguir o que a OMS preconiza, promovendo a saúde do lactente (Agostinho & Frias, 2021).

Já no internamento de puerpério, realizava de forma completa uma avaliação à puérpera, apreciação de parâmetros vitais, observação das mamas, verificação da sutura operatória (em caso de cesariana), observação do períneo, avaliação da involução uterina, verificação das características dos lóquios em termos de quantidade, coloração e odor. Realizava paralelamente, todos os ensinamentos para os cuidados a ter pós-parto, bem como a identificação de algo anormal validando-os de seguida para me certificar de que a puérpera tinha compreendido a informação transmitida.

O primeiro levante após o parto ocorre 6 a 8 horas após o parto, no caso de mulheres que tenham tido um parto eutócico, ventosa ou fórceps, e 10 a 12 horas no caso de mulheres submetidas a cesariana, assegurava a minha presença e acompanhava a puérpera às instalações sanitárias realizando de forma oportuna e sintética, os ensinamentos sobre os cuidados de higiene a ter nesta nova fase, de acordo com o protocolo do serviço. Com o recém-nascido, assegurei cuidados, como mudança da fralda e avaliação das eliminações vesical e intestinal, sempre que necessário e na presença da mãe. Durante a realização do banho, avaliava o peso corporal, os cuidados ao coto umbilical e avaliava a pele e mucosas. Ia também realizando a educação para a saúde sobre a temática.

No momento da alta clínica, realizava os ensinamentos à puérpera com vista à promoção do autocuidado, dando ênfase aos cuidados à própria e ao bebé, especificamente, sinais e sintomas de problemas físicos e/ou psicológicos maternos, amamentação, cuidados ao

períneo, lóquios, sexualidade e contraceção, alimentação, exercício e repouso, consulta de revisão do puerpério, consulta do recém-nascido e vacinação. Disponibilizava sempre ajuda em caso de necessidade e avaliávamos a aquisição de conhecimentos.

Independentemente de ser uma primípara ou múltipara, a fase do pós-parto é caracterizada pela necessidade de cuidados e proteção, tanto para quem se tornou mãe como para o bebé. Tudo o que envolve o autocuidado, cuidados com o recém-nascido, e os acessos aos serviços de saúde, pode trazer dúvidas, por isso, devem ser respondidas, para que o percurso no pós-parto seja feito de forma harmoniosa (Barbosa, et al., 2018).

O acompanhamento feito no puerpério é de extrema importância, pois a mulher encontra-se bastante vulnerável devido a todas as alterações que está a passar. O profissional de saúde deve compreender as necessidades da puérpera, para prevenir o aparecimento de problemas e ajudar a mulher/família a viver uma maternidade saudável em todas as suas dimensões (Frias & Damas, 2019).

Foram notórias as dúvidas, incertezas e medos de cada mulher, bem como a diferença entre uma primípara ou múltipara na vivência desta experiência de ser mãe, mas para mim, foi uma experiência enriquecedora por poder fazer parte de cada uma destas famílias que se formavam e no seu regresso a casa.

O serviço de saúde é assim, de extrema importância mesmo com as dificuldades enfrentadas pela sociedade em relação ao acesso a ele. Com a carência de recursos tanto materiais quanto humanos, o estabelecimento do vínculo entre a mulher e os profissionais da saúde pode ser dificultado. Contudo, ressalta-se a relevância desse vínculo neste momento de dependência e fragilidade pelo que a mulher se encontra no momento da chegada de um filho (Zanatta, Pereira, & Alves, 2017).

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

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa (Diário da República, 2019).

A carência de estrogénios na vida das mulheres, bem como os sinais e sintomas característicos, caracterizam o período de transição entre o climatério e a menopausa. Esta

etapa do ciclo biológico feminino é percebida pelas mulheres, porém muitas não associam as alterações fisiológicas com a perda da função ovariana. É assim necessária a atenção dos profissionais de saúde para este acontecimento na vida da mulher, bem como uma maior preocupação das políticas públicas em atender esta demanda, a fim de promover a saúde durante o envelhecimento feminino.

A maneira mais eficaz de controlar os sinais e sintomas desta fase, além de hábitos saudáveis, pode ser o uso de fármacos, que, apesar das controvérsias, é uma terapêutica muito importante para o controle dos distúrbios causados durante este período, prevenindo e melhorando os sinais e sintomas relacionados à menopausa. Portanto, é necessária uma equipa multidisciplinar nas unidades de saúde para atender as mulheres e promover qualidade de vida (Selbac, et al., 2018).

Durante o estágio nos cuidados de saúde primários rapidamente se percebeu que a mulher no período de climatério não se encontra esclarecida para diversos temas. Foi importante estabelecer uma relação com estas mulheres, pois elas próprias não colocam as suas dúvidas. É importante perceber os sinais e sintomas que apresentam bem como medidas para os contornar. Sem sombra de dúvida que a vida sexual da mulher sofre muitas alterações nesta fase, mas já há muitas alternativas e soluções para alguns problemas. É importante que a mulher exponha as suas questões para que possa ser ajudada, não só por ensinamentos de enfermagem como também determinadas medidas farmacológicas que o médico possa sugerir. Na minha opinião este tema ainda continua a ser pouco desenvolvido em consulta e a própria mulher não se sente à vontade para expor as suas dúvidas, nesse sentido tentei sempre falar com a mulher e fazer questões abertas de forma a tentar perceber as suas incertezas, individualizava os cuidados, garantia a privacidade sempre que se justificasse de forma a promover uma relação de empatia com vista a educação para a saúde, tão importante neste momento da vida da mulher.

4.2.6 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde (Diário da República, 2019).

No internamento de ginecologia foram prestados cuidados a mulheres que estavam a vivenciar algum processo de saúde/doença ginecológica, a maior parte por realização de histerectomias, tentei sempre dar apoio durante este acontecimento e realizei os ensinamentos mais adequados às suas dúvidas sobre o, pós cirurgia bem como as alterações que a sua vida podia sofrer a partir desse momento.

Mesmo com os avanços da tecnologia no processo da remoção do aparelho reprodutor uterino, ainda é necessária a melhoria na qualidade de atendimento a essas mulheres, uma vez que um procedimento que gera tantas mudanças fisiológicas como psicológicas, necessita de um protocolo de atendimento no pré e pós cirúrgico adequado e que seja formulado de forma holística, dado que a mulher tem múltiplas necessidades a serem trabalhadas naquele momento que causará mudanças significativas ao corpo. Há assim a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o impacto da histerectomia na sexualidade da mulher e dessa forma melhorar os ensinamentos realizados nos cuidados de saúde (Pontes, et al., 2022).

Relativamente aos Cuidados de Saúde Primários, nas consultas de planeamento familiar a maioria das mulheres não tinham alterações ginecológicas, contudo tentei sempre esclarecer as suas dúvidas e transmitir a importância da realização de rastreios para que se possa evitar alguma situação que pudesse vir a surgir, esclarecendo as dúvidas e explicando como se realizam os vários rastreios, como a colpocitologia para rastreio do cancro do colo do útero, e a auto-palpação mamária para rastreio do cancro da mama. Infelizmente ainda existem muitas mulheres que referem não querer realizar esses rastreios pelo que foi reforçada a sua importância.

4.2.7 Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na família e na comunidade

Cuida o grupo -alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população (Diário da República, 2019).

A aquisição desta competência verificou-se sobretudo nos Cuidados de Saúde Primários, onde foram realizados ensinamentos sobre os mais variados temas, como sexualidade, métodos contraceptivos, autoexame da mama, rastreios, infeções sexualmente transmissíveis, entre outros e sempre de acordo com a pessoa que se encontrava presente e depois de identificar as suas necessidades.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ENPRF realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências tanto os comuns quanto as específicas, essenciais para que o enfermeiro possa assumir o papel de especialista e prestar cuidados abrangentes à mulher ao longo de todo o seu ciclo vital. Essas competências foram adquiridas com base numa prática fundamentada na evidência científica recente, complementada por uma preparação teórica prévia que se foi robustecendo.

Os objetivos traçados para o estágio foram plenamente alcançados, resultado de um processo de aprendizagem que envolveu não apenas a prática clínica, mas também a reflexão contínua sobre o desempenho. Esse processo foi enriquecido por reuniões periódicas com as enfermeiras supervisoras clínicas e a professora orientadora, onde houve partilha de informações e discussão sobre aspetos a melhorar. Esses encontros contribuíram significativamente para o crescimento profissional e pessoal, proporcionando uma oportunidade de avaliação e ajuste das práticas desenvolvidas.

O RF que ora se apresenta é uma reflexão aprofundada sobre as práticas vivenciadas durante o estágio. Nele, são descritas as atividades desenvolvidas ao longo do ciclo vital da mulher, com destaque para uma revisão da literatura sobre as Intervenções do enfermeiro obstetra para a preservação da integridade perineal no parto. A revisão da literatura elaborada durante o estágio tem implicações na prática de enfermagem, pois tem várias intervenções com as quais o EEESMO pode adaptar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para uma mudança mais segura e saudável da mulher para esta nova experiência que é a maternidade. O papel do EEESMO transcende, assim, a dimensão técnica do cuidado. Deve atuar como uma fonte de apoio, confiança e segurança para as utentes, fornecendo orientações claras e esclarecendo dúvidas. A utilização da Teoria do Cuidar permitiu uma relação terapêutica, pelo que foi, sempre, o que mais demos relevância neste estágio e através da escuta ativa e apoio emocional foi possível criar uma relação de confiança com estas mulheres.

Confirmamos que a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) é fundamental em todo o processo gravídico-puerperal da mulher inserida na família e na comunidade. A relação estabelecida entre o EEESMO

e a mulher, seja ela grávida, parturiente ou puérpera, constitui uma mais-valia significativa para a transição para a parentalidade e o empoderamento da mulher.

O tema explorado, permitiu ter por um lado a visão científica e por outro a visão das práticas dos cuidados, o que levou ao reconhecimento da importância de adaptar as minhas aprendizagens às necessidades das mulheres e à constante evolução da enfermagem obstétrica, resultando na asserção de que os EESMO's, devem considerar, que o julgamento clínico ajuda nas tomadas de decisão para as intervenções que visam a preservação perineal no parto. Esta tomada de decisão, está dependente da experiência e da segurança de cada profissional. Foi notório o respeito destes profissionais pela saúde sexual e reprodutiva das mulheres e pelo cumprimento das diretrizes da OMS recorrendo à episiotomia de modo seletivo. Ainda assim, é necessário mais investimento no conhecimento para que não se caia em procedimentos extremos que sejam apenas condicionados pelas opiniões pessoais.

Quanto às limitações enfrentadas ao longo do estágio, destaca-se a sobrecarga horária decorrente do duplo papel de trabalhadora-estudante, que exigiu uma gestão rigorosa do tempo e da energia. Além disso, as constantes viagens para o campo clínico e para o emprego representaram um desafio adicional, contribuindo para o cansaço acumulado e restringindo as oportunidades para uma maior partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas. Essa limitação impediu que se aproveitassem ao máximo as interações com colegas e supervisores, o que poderia ter enriquecido ainda mais o processo de aprendizagem e fortalecido as competências adquiridas.

Em suma, tanto as atividades teóricas quanto as práticas desenvolvidas durante este estágio permitiram a aquisição e o desenvolvimento das competências necessárias para a prática especializada em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Este percurso também proporcionou um crescimento significativo a nível pessoal e profissional, capacitando o enfermeiro para enfrentar os desafios da prática clínica e promover cuidados de alta qualidade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A. B., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. The Cochrane database of systematic reviews, 6(6), CD006672. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672>.
- ACOG. (2018). ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 132(3), e87–e102. doi:<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002841>
- Agostinho, C., & Frias, A. (2021). Duas dádivas e um dilema: amamentação durante a gravidez. *A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida., Cap. 1*, 15-30 . Guarujá, São Paulo: Científica Digital. doi:10.37885/211106664. ISBN: 978-65-5360-021-8
- Álvarez-González, M., Leirós-Rodríguez, R., Álvarez-Barrio, L., & López-Rodríguez, A. (2021). Prevalence of Perineal Tear Peripartum after Two Antepartum Perineal Massage Techniques: A Non- Randomised Controlled Trial. *J. Clin. Med.* 10, 4934.
- Amaro, C., Dias, H., Santos, M., Nelas, P., & Coutinho, E. (2021). Benefícios da verticalização do parto. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(1), Artigo 1. .
- Amorim, M. M., Katz, L., & Cunha, A. C. (2023). Episiotomy in Modern Obstetrics OR Episiotomy: It's Time to Stop Cutting! *Medical Research Archives*, 11(7).
- APA. (2020). APA - American Psychological Association. *7.ª edição*. Obtido de Obtido de APA Style Publication Manual: <https://apastyle.apa.org/index>
- Aquino, C., Guida, M., Saccone, G., Cruz, Y., Vitagliano, A., Zullo, F., & Berghella, V. (2020). Perineal massage during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern Fetal Neonatal Med*.
- Barbosa, E., Rodrigues, D., Sousa, A., Fialho, A., Feitosa, P., & Landim, A. (Janeiro/Julho de 2018). Necessidades de autocuidado no período pós-parto Identificadas em

- grupos de puérperas e acompanhantes. 166-179. Rev Enf Atenção Saúde [Online]. 7(1): ISSN 2317-1154. doi:10.18554/reas.v7i1.1921
- Berstain-García, I., Álvarez-Aguirre, A., Huerta-Baltazar, M. I., & Casique-Casique, L. (31 de Janeiro de 2022). Berstain-García, I.; Álvarez-Aguirre, A.; Huerta-BalTeoría de los cuidados de Kristen Swanson: revisión de literatura. SANUS Rev Enf; volume 7(18):e212. doi:https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.212
- Cantante, A. P., Fernandes, H. I., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M., & Albuquerque, F. H. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1). doi:DOI: 10.1590/1413-81232020251.27682019
- Carroll, L., Sheehy, L., Doherty, J., O'Brien, D., Brosnan, M., Cronin, M., . . . Kirwan, C. (2020). Perineal management: Midwives' confidence and educational needs. *Obstetrícia* 90 - 102817.
- Diário da República. (6 de Fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, 4744-4750. Ordem dos Enfermeiros, 2.ª série — N.º 26.
- Diário da República. (3 de Maio de 2019). Regulamento n.º 391/2019. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*, 13560-13565. Ordem dos Enfermeiros, 2.ª série — N.º 85.
- Diário da República. (25 de Setembro de 2019). Regulamento n.º 743/2019. *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, 2.ª série — N.º 184.
- Dias, L. J. (2014). SISTEMA DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UM MODELO CONSTRUTIVO NO HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA, EPE . Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca; 2(1): 39-40.
- Faraz, S., Vasudevan, V., Ahmed, H., Varghese, D., Augustine, N., Pillai, U., . . . Aftab, N. (2022). The Effect of Warm Compress and Proper Perineal Support Technique on Prevention of Severe Perineal Trauma. 238–243. *Dubai Medical Journal*, 5(4). doi:https://doi.org/10.1159/000526161

- Ferenhof, H. A., & Fernandes, R. F. (Agosto/Novembro de 2016). DESMISTIFICANDO A REVISÃO DE LITERATURA COMO BASE PARA REDAÇÃO CIENTÍFICA: MÉTODO SSF. 550-563. Florianópolis: Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina, SC: v. 21, n. 3.
- Ferreira, E., Cerqueira, E., Nunes, I., Araújo, E., Carvalho, E., & Santos, L. (2018). Associação entre região do trauma perineal, problemas locais, atividades habituais e necessidades fisiológicas dificultadas. *Revista Baiana de Enfermagem*, 32. doi:<https://doi.org/10.18471/rbe.v32.23812>
- Ferreira-Couto, C. M., & Fernandes-Carneiro, M. N. (Julho de 2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. 552-563. *Enfermeria Global* Nº 47. doi:<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>
- Franco, S., Cordeiro, C., Espanhol, S., & Frias, A. (2021). Vinculação paterna no pré-natal. 46-58. São Paulo: In Ana Frias e Cláudia Agostinho (Org). *A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida*. Cap. 3 Guarujá. Editora Científica Digital. doi:10.37885/210805701. ISBN: 978-65-5360-021-8
- Freitas, S. M. (Outubro de 2015). Programa de Melhoria Continua dos Cuidados de Enfermagem. . Funchal: SESARAM Hospital Dr. Nélio de Mendonça.
- Frias, A., & Damas, F. (2019). Preocupações Maternas no Momento da Alta Hospitalar. (artigo de Investigação). 1846-1860. *Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento RIASE*; v. 5, n. 2. ISSN 2183-6663. Obtido de http://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/371 <http://hdl.handle.net/10174/27766>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2020). Nacer em Portugal. Obtido em 14 de 10 de 2024, de <https://ffms.pt/pt-pt/estudos/cada-vez-menos>
- Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. (Março/Abril de 2004). CONTRIBUIÇÃO DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM PARA A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DA ÁREA. 228-232. Brasília (DF): *Rev Bras Enferm* ; 57(2).
- Gomes, C., Oliveira, M., & Lucena, G. (2020). O papel do enfermeiro na promoção do parto humanizado. *Revista Científica de Enfermagem*, 10(29), 180-188. Obtido de <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/256>

Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. Lidel.

Guedes, V., Figueiredo, M., & Apóstolo, J. (2016). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais em Cuidados de Saúde Primários: da compreensão à concretização. . *Revista de Enfermagem Referência, Série IV, N°8*, 27-33.

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca. (18 de Setembro de 2017). *Parto Humanizado: deixar a vida acontecer naturalmente*. Obtido em 4 de Fevereiro de 2025, de Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra: <https://hff.min-saude.pt/parto-humanizado-deixar-a-vida-acontecer-naturalmente/>

Kleprlikova, H., Kalis, V., Lucovnik, M., Rusavy, Z., Blaganje, M., Thakar, R., & Ismail, K. M. (2020). Manual perineal protection: The know-how and the know-why. 445-450. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 99.

Lima, E., Bueno, K. J., Nunes, E. F., & Latorre, G. F. (Maio de 2020). Hands-on durante o período expulsivo: herói ou vilão? 346-354. *Rev. Pesqui. Fisioter*. 10(2).

Mateus, C., & Cruz, M. P. (2019). Manual de Acolhimento. Em *Para Profissionais de Saúde e Alunos de Medicina e Enfermagem*. Vendas Novas: USF Vendas Novas.

Mira, J. I., Quito, R. A., Campeão, A. F., Molero, T. S., Hipólito, R. A., & Frias, A. M. (2021). Métodos não farmacológicos de controlo da dor no trabalho de parto: revisão narrativa de literatura. 95-110. São Paulo: In Ana Frias e Cláudia Agostinho (Org). *A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida*. Cap. 3 Guarujá. Editora Científica Digital. doi:10.37885/211006513

Muza, J. C., Sousa, E. N., Arrais, A. R., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. 34-48. *Psicologia: teoria e prática*, 15(3). Obtido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003&lng=pt&tlng=pt

Negreiros, R., & Lima, V. (2018). Importância do estágio supervisionado para o académico de enfermagem no hospital: compartilhando experiências vivenciadas com a equipe de trabalho. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 16(2). doi:<http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v16i2.4359.g10951160>

- Netto, L., Silva, K. L., & Rua, M. D. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Esc Anna Nery*, 22 (1), 1- 6. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309
- Oliveira, C. A., & Sá, R. A. (2020). Cardiocografia anteparto. *FEMINA*, 48 (5), 316-320. Obtido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1099676/femina-2020-485-316-320.pdf>
- Oliveira, T. C., Silva, A. L., Oliveira, J. F., Pereira, E. A., & Trezza, M. C. (2018). A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA À LUZ DA TEORIA DOS CUIDADOS DE KRISTEN SWANSON. *Enferm. Foco*; 9 (2): 03-06.
- OMS. (2018). Organização Mundial da Saúde. *WHO Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneve: World Health Organization.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia profissional de enfermagem. Obtido em 14 de Outubro de 2024, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Livro de Bolso de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (19 de Outubro de 2019). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. Lisboa.
- Paes, R. L., Rodrigues, D. P., Alves, V. H., Silva, S. E., Cunha, C. L., S., C. M., & Calandrini, T. S. (2022). A consulta de enfermagem no pré-natal sob a ótica da teoria do cuidado de Kristen Swanson. *Cogitare Enferm.*; v27 :e82601. doi:dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.82601
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., . . . al, e. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ* 372 :n160. doi:doi:10.1136/bmj.n160

- Pereira, M., M., T., Cajão, R., & Vale, S. (2017). Reflexão sobre o trabalho de parto e Parto: construção de um plano de preferências de parto. Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto.
- Piler, A., Wall, M., Trigueiro, T., Benedet, D., Aldrighi, J., & Machado, A. (2020). Cuidados no processo de parturição sob a ótica dos profissionais de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 29: e20190214.
- Pontes, A., Santos, R., Deodoro, M., Rodrigues, N., Paixão, T., Andrade, P., . . . Andrade, A. (2022). O impacto da histerectomia sobre a sexualidade da mulher. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 9, e39211932156. doi:<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.32156>
- Queirós, P. J. (2012). TEORIA DA ENFERMAGEM, PRECISA-SE . *Revista Investigação Enfermagem* nº 25.
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. (1996). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril).
- Rios, T. S., Santos, C. S., & Dell’Aglia, D. D. (2016). Elaboração do Processo de luto após uma perda fetal: relato de experiência. 98-107. *Revista de Psicologia da IMED*, 8(1).
- Rodrigues, A. R., & Queiroz, A. B. (2020). Hospitalização na gravidez de alto risco: representações sociais das gestantes. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20040. doi:10.12707/RV20040
- Rodrigues, S., Silva, P., Agius, A., Rocha, F., Castanheira, R., Gross, M., & Agius, J. (2019). Intact Perineum: What are the Predictive Factors in Spontaneous Vaginal Birth? 25-30. *Materia Socio Medica*, 31 (1). doi:10.5455/msm.2019.31.25-30
- Rodrigues, S., Silva, P., Rocha, F., Monterroso, L., Silva, J. N., Sousa, N. Q., & Escuriet, R. (2023). Perineal massage and warm compresses –Randomised controlled trial for reduce perineal trauma during labor. *Obstetrícia* 124 - 103763.
- Romina, S., Ramezani, F., Falah, N., Mafi, M., & Ranjkesh, F. (Março - Abril de 2020). Effect of Perineal Massage with Ostrich Oil on the Episiotomy and Lacerations in

- Nulliparous Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. 25, 2º, 134-8. Revista Iraniana de Pesquisa em Enfermagem e Obstetrícia.
- Santos, C. M., Pimenta, C. A., & Nobre, M. R. (maio-junho de 2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-am Enfermagem* 15(3).
- Santos, J., Bolanho, I., Mota, J., Coleoni, L., & Oliveira, M. (dez de 2008). Frequência de traumas perineais nos partos vaginais. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 12 (4), pp. 658-63.
- Santos, T., Santos, J., Rodrigues, A., Araújo, A., Freitas, A., Silva, F., . . . Cavalcanti, P. (Março - Maio de 2019). Estratégias utilizadas para prevenção de lacerações perineais após parto vaginal: um enfoque no período expulsivo. 76-90. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*; Vol.26,n.1.
- Scarabotto, L. B., & Riesco, M. L. (2006). Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. 389-395. *Rev Esc Enferm USP*; 40(3). Obtido de www.ee.usp.br/re USP/
- Segurança Social. (2012). Projeto Nascer Cidadão. Obtido em 14 de outubro de 2024, de <https://www.seg-social.pt/projecto-nascer-cidadao>
- Selbac, M. T., Fernandes, C. G., Marrone, L. C., Vieira, A. G., Silveira, E. F., & Morgan-Martins, M. I. (2018). Mudanças comportamentais e fisiológicas determinadas pelo ciclo biológico feminino - climatério à menopausa. *Aletheia*, 51(1-2), 177-190. Obtido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942018000100016
- Silva, B., & Braga, L. (2019). Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista SBPH* , 22(1), 258-279. Obtido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100014&lng=pt
- Silva, D. M., & Silva, E. (2016). O ENSINO CLÍNICO NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM. Escola superior de enfermagem de viseu - 30 anos: Millenium - *Journal of Education, Technologies, and Health*, (30). Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8437>

- Silva, R. V., Diniz, M. A., Silva, M. G., & Oliveira, S. M. (2021). Importância do parto normal humanizado. 124-141. São Paulo: In Ana Frias e Cláudia Agostinho (Org). *A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida*. Cap. 3 Guarujá. Editora Científica Digital. doi:10.37885/210805726
- Silva, R., Luz, M., Fernandes, J., Silva, L., Cordeiro, A., & Mota, L. (2018). Tornar-se Especialista: Expetativas dos Enfermeiros Portugueses Após a Realização do Curso de Especialização. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV, N°16*, 147 - 154. doi:<https://doi.org/10.12707/RIV17076>
- Sim-Sim, M., Zangão, O., Barros, M., Frias, A., Dias, H., Santos, A., & Aaberg, V. (2022). Midwifery Now: Narratives about Motivations for Career Choice. *Educ. Sci.*, 12, 243. doi:<https://doi.org/10.3390/educsci12040243>
- SNS . (20 de Setembro de 2024). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares*. Obtido de Transparência SNS: <https://transparencia.sns.gov.pt>
- Sousa, C., Oliveira, F., & Ramos, F. (s.d.). GUIA DE BOAS PRÁTICAS NA PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL NOS PARTOS VAGINAIS DO BLOCO DE PARTOS DO CHTS. *Nascer São João - Um contributo para a vida*.
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (Março de 2010). Integrative review: what is it? How to do it? *8*, 102-106. São Paulo: Einstein. doi:doi: 10.1590/S1679-45082010RW1134
- Unidade Local de Saúde do Alentejo Central*. (02 de Setembro de 2024). Obtido de Hevora: <https://www.hevora.min-saude.pt/>
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo*. (02 de Setembro de 2024). Obtido de ULSBA: <https://www.ulsba.min-saude.pt/>
- WHO. (2018a). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. 210. Obtido de <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550215>
- Zanatta, E., Pereira, C. R., & Alves, A. P. (2017). A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), 1-16. Obtido de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300005&lng=pt&tlng=pt.

ANEXOS

Anexo A - Certificado de Participação no “Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno”

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que **Sónia Rodrigues Espanhol** participou com aproveitamento no
Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno

Objetivos:

O Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno pretende capacitar os participantes no apoio às mães que pretendem amamentar, de forma a fortalecer a sua intervenção junto das mães, quer no início da amamentação quer na sua continuidade ajudando a ultrapassar algumas dificuldades que possam surgir.

Conteúdos programáticos:

Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno; CoSituação Nacional e Internacional do Aleitamento Materno; Iniciativas de apoio e promoção do Aleitamento Materno; Importância do Aleitamento Materno para a mãe/ Rn /família; Habilidades de aconselhamento; Anatomia e fisiologia da Lactação; Composição do Leite Materno; Técnica de Amamentação; Exame da Mama; Alterações Mamárias e Dificuldades com a Amamentação; Situações de Recusa; Pouco Leite e Choro; Extração do Leite Materno; Métodos de Conservação do Leite Materno; Administração de Leite por copo; RNs doentes e baixo peso; Como aumentar a produção do leite Materno; Mulher e Trabalho – como manter o aleitamento Materno; Nutrição das Mulheres Lactantes; Recursos das comunidades e Apoio; Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno; Como Mudar as Práticas.

Coordenador: Aida Maria da Silva Abreu Serra

Duração: 40 Horas

Créditos: 3 ECTS

Lisboa, 29 de abril de 2024



Professor Doutor Miguel Correia
Diretor da ESSEM



APÊNDICES

Apêndice A - Objetivos Gerais e Objetivos Específicos

Plano de Atividades		
Objetivos	Atividades	Resultados Esperados
Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré concecional	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção da saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, planeamento familiar e período pré concecional; • Diagnóstico precoce e prevenção de complicações no âmbito da saúde sexual, planeamento familiar e período pré concecional; • Prestação de cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adquire competências especializadas nos cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual, planeamento familiar e período pré concecional.
Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento; • Desenvolvimento de ações que permitam às grávidas adquirir conhecimentos acerca dos cuidados a ter para uma boa evolução da gravidez e bem-estar materno-fetal (através da participação em sessões de preparação para o parto e parentalidade e elaboração de cartazes/folhetos informativos); • Diagnóstico precoce e prevenção de complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento; • Prestação de cuidados à mulher e apoio na sua adaptação durante o período pré-natal e em situação de abortamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adquire competências especializadas nos cuidados à mulher grávida e em situação de abortamento; • Capacita as grávidas no conhecimento e resposta autónoma a alterações da gravidez. • Orientar a grávida para massagem perineal e treino da musculatura do assoalho pélvico, com vista à prevenção de lesões do períneo durante o parto eutócico.
Cuidar a mulher inserida na família	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimização da 	<ul style="list-style-type: none"> • Adquire competências especializadas nos cuidados a

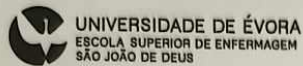
e comunidade durante o trabalho de parto	<p>adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido. • Prestação de cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto. 	<p>mulher/família durante os vários estádios do trabalho de parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica intervenções dos EEESMO para proteção perineal durante a segunda fase do trabalho de parto com vista à prevenção do trauma perineal no parto eutócico. • Aplica sob supervisão, técnicas de proteção perineal no parto eutócico.
Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção da saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal; • Diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal; • Prestação de cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal; • Identificação das principais dificuldades sentidas pelas puérperas em relação ao regresso a casa; • Desenvolvimento de ações que permitam às puérperas adquirir conhecimentos acerca do autocuidado e do cuidado ao recém-nascido no puerpério (através da participação em sessões de preparação para o parto e parentalidade). 	<ul style="list-style-type: none"> • Adquire competências especializadas nos cuidados a mulher/família durante o período pós-natal e adaptação do recém-nascido à vida extrauterina; • Percebe as principais dificuldades sentidas pelas puérperas no que respeita ao regresso a casa e autocuidado e cuidados ao recém-nascido; • Capacita as puérperas no conhecimento e resposta autónoma a alterações do puerpério; • Promove a continuidade de cuidados à puérpera, apoiando-as a superar as dificuldades identificadas.
Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção da saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa; • Diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério; • Prestação de cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adquire competências especializadas nos cuidados à mulher durante o período de climatério.
Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção da saúde ginecológica da mulher; 	<ul style="list-style-type: none"> • Adquire competências especializadas nos cuidados à

<p>processos de saúde/doença ginecológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico precoce e prevenção de complicações relacionadas com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama; • Prestação de cuidados à mulher com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama e facilitar a sua adaptação à nova situação. 	<p>mulher com alterações do foro ginecológico.</p>
<p>Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção da saúde do grupo-alvo; • Diagnóstico precoce e intervenção no grupo-alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva; • Minimização de causas de morbimortalidade materno-fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adquire competências especializadas na promoção de saúde das mulheres em idade fértil.
<p>Assegurar a gestão de cuidados Liderança Qualidade dos Cuidados em Saúde Materna e Obstetrícia</p>	<p>Responde ao Artigo 6º 1- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; Artigo 7º 1 - b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adquire competências comuns do Enfermeiro Especialista.

Apêndice B - Cronograma de Atividades Inicial

Atividades	2023		2024														
	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	
Estágio de Natureza Profissional																	
Pesquisa Bibliográfica																	
Elaboração do projeto																	
Desenvolvimento das atividades propostas																	
Entrega do Projeto																	
Elaboração do relatório final																	
Entrega do relatório final																	

Apêndice C - Dados referentes às experiências durante o estágio



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
 Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
 Ano Letivo 2023 / 2024

Nome do Aluno Sónia Rodrigues Espanhol Nº 44182

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	121
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
• Partos eutócicos (40) -----	40
• Participação activa em partos pélvicos -----	Ø
• Participação activa em partos gemelares -----	Ø
• Participação activa noutros partos -----	45
• Episiotomia -----	16
• Episiorrafia / perineorrafia -----	27
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
• Gravidez -----	163
• Trabalho de parto -----	129
• Puerpério -----	151
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	151
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	149
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	9
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	52

Rubrica Professor

Apêndice D - Sessão de preparação para o parto e parentalidade realizada em contexto de cuidados de saúde primários sobre o Banho do Bebê

Banho do Bebê



23 de Setembro de 2026

Pele

- Orgão de importância fundamental para o recém-nascido
- Promove a função de barreira cutânea

Vérxix → Projete a pele → Previne a saída de calor

Dicas...



- Escolha todos os produtos da mesma gama (pH neutro), se o bebé fizer alergia já sabe a gama a evitar!
- Escolha um espaço calmo e com todo o material previamente disponível e junto de si.
- A duração do banho deve ser curta durante o primeiro mês de vida.

Material necessário

Banheira	Gel de banho	Loção corporal hidratante
Toalha	Roupa e gorro	Fralda
Soro fisiológico e compressas		

O banho...

- Providenciar material e vestuário
- Desapertar e colocar roupa por ordem de vestir
- Colocar a temperatura ambiente - 24 graus
- Preparar água para o banho - 37 graus (pulso e termómetro)
- Quantidade de água - 5 a 7cm
- Deitar o RN e verificar se a fralda se encontra limpa ou suja
- Colocar o RN na banheira



O banho...

- 1º Lavar a cara - com movimentos suaves e circulares com pouca água para não ir para os olhos e ouvidos.
- 2º Lavar a cabeça com movimentos circulares
- 3º Lavar os membros superiores
- 4º Lavar o tronco
- 5º Lavar os membros inferiores

O banho...

- Rodar o RN e segurá-lo pela axila novamente em pinça e mantendo-o apoiado no braço



O banho...

6º Lavar as costas

7º Lavar a região perineal - fazendo movimentos únicos - no sentido ântero posterior (vagina/pênis -> ânus)

- Retirar os RN da banheira com uma mão de cada lado das axilas amparando a cervical e o pescoço
- Deitar na toalha - cobrindo o tórax
- Secar e vestir o RN



Limpeza do coto umbilical

- Segurar o clamp com o dedo indicador e o polegar da mão não dominante
- Limpar o coto umbilical na base e pele circundante (soro, álcool 70%, água tépida)
- Movimento único de 360 graus
- Deve repetir-se este passo até que a compressa fique limpa
- Limpar da base do cordão até à base do clamp

Limpeza dos olhos

- Compressas com soro fisiológico
- Limpar as secreções oculares num movimento único e descendente, fazendo uma massagem no canto interno (evita a acumulação de secreções no ducto lacrimal)



Referências Bibliográficas

- Sequeira, A., Amarel, C., & Fousa, O. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.



Obrigada
pela atenção!



Apêndice E - Pósteres elaborados no âmbito dos cuidados de saúde primários sobre medidas para minimizar desconfortos na gravidez (Português e Inglês)

Medidas para Minimizar Desconfortos na Gravidez

Náuseas e Vômitos

- Mais frequentes na 1ª metade da gravidez e no início da manhã

- ✓ Pequenas refeições com intervalos frequentes
- ✓ Ingerir uma bolacha de água e sal em jejum, antes de se levantar
- ✓ Não deixar atingir a sensação de saciedade
- ✓ Evitar o odor de determinados alimentos

Cefaleias - dores de cabeça

- Mais frequentes no início da gravidez
- Cedem normalmente à medicação
- Quando são persistentes - procurar ajuda médica

Obstipação - Prisão de ventre

- A ação relaxante da progesterona diminui o peristaltismo intestinal

- ✓ Ingerir 1,5-2l de água por dia
- ✓ Consumir alimentos ricos em fibras e com moderado efeito laxante
- ✓ Praticar exercício físico regular

Hipotensão e desmaio

- Mais frequentes no início da gravidez

- ✓ Usar meias elásticas
- ✓ Fazer exercícios de flexão/extensão dos pés
- ✓ Evitar mudanças bruscas de posição

Azia e Pirose

- Causada pelo refluxo do conteúdo gástrico, chegando por vezes à boca

- ✓ Regime alimentar fracionado
- ✓ Mastigar bem os alimentos
- ✓ Evitar posturas fletidas ou ficar de barriga para cima após as refeições

Frequência e incontinência urinária

- Diminui após a 12ª semana e aumenta novamente no fim da gravidez

- ✓ Exercícios para fortalecer o músculo pélvico (Kegel)

Hemorroidas

- Podem estar associadas a tumefação no local, dor, comichão e perda de sangue

- ✓ Limpar e secar bem a zona
- ✓ Aplicar gelo local e anestésicos em creme (quando dor associada)

Leucorreia - corrimento vaginal

- É habitual um fluxo vaginal mais abundante

- ✓ Lavagem diária com sabão neutro
- ✓ Utilizar roupa interior de algodão

Varizes dos membros inferiores

- Tornam-se mais proeminentes à medida que a gravidez evolui e o peso aumenta

- ✓ Aumentar os períodos de repouso com moderada elevação dos membros
- ✓ Uso de meias elásticas

Hipersensibilidade mamária

- Adaptar soutien ao volume mamário com alças largas

Lombalgias - Dores de costas

- Mais frequentes na 2ª metade da gravidez - devido ao aumento do tamanho do útero

- ✓ Exercícios de alongamento e hidroginástica
- ✓ Uso de calçado confortável e uma cinta de grávida
- ✓ Redução dos esforços físicos - Evitar passar longos períodos de pé

Measures to Minimize Discomfort during Pregnancy

Nausea and vomiting

- More frequent in the first half of pregnancy and early in the morning

- ✓ Small meals with frequent breaks
- ✓ Eat a cracker on an empty stomach before getting up.
- ✓ Don't let the feeling of satiety hit
- ✓ Avoid the smell of certain foods

Headaches

- More frequent in early pregnancy
- Usually responds to medication
- When they are persistent - seek medical help

Obstipation - Constipation

- The relaxing action of progesterone decreases intestinal peristalsis

- ✓ Drink 1.5-2 liters of water a day
- ✓ Consume foods rich in fiber and with a moderate laxative effect
- ✓ Regular physical exercise

Hypotension and fainting

- More frequent in early pregnancy

- ✓ Wear elastic stockings
- ✓ Doing foot flexion/extension exercises
- ✓ Avoid sudden changes of position

Heartburn and pyrosis

- Caused by reflux of gastric contents, sometimes reaching the mouth

- ✓ Fractional diet
- ✓ Chew food well
- ✓ Avoid slouching or lying on your stomach after meals

Urinary frequency and incontinence

- Decreases after the 12th week and increases again towards the end of pregnancy

- ✓ Exercises to strengthen the pelvic muscles (Kegel)

Hemorrhoids

- May be associated with swelling at the site, pain, itching and blood loss

- ✓ Clean and dry the area well
- ✓ Apply local ice and anesthetic cream (when associated pain)

Leucorrhoea - vaginal discharge

- More vaginal flow is common abundant

- ✓ Daily washing with mild soap
- ✓ Wear cotton underwear

Varicose veins of the lower limbs

- They become more prominent as pregnancy progresses and weight increases

- ✓ Increase rest periods with moderate limb elevation
- ✓ Wearing elastic stockings

Breast hypersensitivity

- Adapt bra to volume breasts with wide straps


Back pain

- More frequent in the second half of pregnancy - due to the increased size of the uterus

- ✓ Stretching exercises and water aerobics
- ✓ Wearing comfortable shoes and a maternity belt
- ✓ Reducing physical effort - Avoid standing for long periods of time

Apêndice F - Pósteres elaborados no âmbito dos cuidados de saúde primários sobre vigilância da gravidez (Português e Inglês)

Vigilância da Gravidez



Trimestres Gravidez	
1º trimestre	Até às 11 semanas + 6 dias
2º trimestre	Das 12 semanas até 27 semanas + 6 dias
3º trimestre	Das 28 semanas ao parto

Exames Ecográficos	
1º trimestre	11 - 13 semanas
2º trimestre	20 - 22 semanas
3º trimestre	30 - 32 semanas

Rastreio Anomalias Cromossómicas	
1º trimestre	Rastreio combinado
2º trimestre	Rastreio bioquímico + ecografia morfológica + ecocardiograma fetal
3º trimestre	30 - 32 semanas


Análises	
1º trimestre	Antes das 13 semanas
2º trimestre	18 - 20 semanas 24 - 28 semanas
3º trimestre	32 - 34 semanas 35 - 37 semanas

Prova de tolerância à glicose


Se grávida Rh negativo
28 semanas
Injeção - Imonoglobulina anti-D

Vacina contra tosse convulsa, tétano e difteria
20 - 36 semanas

Colheita de exsudado vaginal e retal



Surveillance of Pregnancy



Pregnancy trimesters	
1st trimester	Up to 11 weeks + 6 days
2nd trimester	From 12 weeks to 27 weeks + 6 days
3rd trimester	From 28 weeks to delivery

Ultrasound examinations	
1st trimester	11 - 13 weeks
2nd trimester	20 - 22 weeks
3rd trimester	30 - 32 weeks

Chromosomal Anomaly Screening	
1st trimester	Combined screening
2nd trimester	Biochemical screening + morphological ultrasound + fetal echocardiogram
3rd trimester	30 - 32 weeks


Analysis	
1st trimester	Before 13 weeks
2nd trimester	18 - 20 weeks 24 - 28 weeks
3rd trimester	32 - 34 weeks 35 - 37 weeks

Glucose tolerance test

If pregnant Rh negative
28 weeks
Injection - Immunoglobulin anti-D

Vaccine against whooping cough, tetanus and diphtheria
20 - 36 weeks

Collection of exudate vaginal and rectal

Made by: 

Apêndice G - Folhetos elaborados no âmbito dos cuidados de saúde primários sobre medidas para minimizar desconfortos na gravidez

Medidas para Minimizar Desconfortos na Gravidez

Frequência e incontinência urinária

- Diminui após a 12ª semana e aumenta novamente no fim da gravidez

✓ Exercícios para fortalecer o músculos pélvicos (Kegel)

Hemorroidas

- Podem estar associadas a tumefação no local, dor, comichão e perda de sangue

✓ Limpar e secar bem a zona
✓ Aplicar gelo local e anestésicos em creme (quando dor associada)

Hipersensibilidade mamária

✓ Adaptar soutien ao volume mamário com alças largas

Medidas para Minimizar Desconfortos na Gravidez

Náuseas e Vômitos

- Mais frequentes na 1ª metade da gravidez e no início da manhã

✓ Pequenas refeições com intervalos frequentes
✓ Ingerir uma bolacha de água e sal em jejum, antes de se levantar
✓ Não deixar atingir a sensação de saciedade
✓ Evitar o odor de determinados alimentos

Azia e Pirose

- Causada pelo refluxo do conteúdo gástrico, chegando por vezes à boca

✓ Regime alimentar fracionado
✓ Mastigar bem os alimentos
✓ Evitar posturas fletidas ou ficar de barriga para cima após as refeições

Obstipação - Prisão de ventre

- A ação relaxante da progesterona diminui o peristaltismo intestinal

✓ Ingerir 1,5-2l de água por dia
✓ Consumir alimentos ricos em fibras e com moderado efeito laxante
✓ Praticar exercício físico regular

Varizes dos membros inferiores

- Tornam-se mais proeminentes à medida que a gravidez evolui e o peso aumenta

✓ Aumentar os períodos de repouso com moderada elevação dos membros
✓ Uso de meias elásticas

Lombalgias - Dores de costas

- Mais frequentes na 2ª metade da gravidez - devido ao aumento do tamanho do útero

✓ Exercícios de alongamento e hidroginástica
✓ Uso de calçado confortável e uma cinta de grávida
✓ Redução dos esforços físicos - Evitar passar longos períodos de pé

Leucorreia - corrimento vaginal

- É habitual um fluxo vaginal mais abundante

✓ Lavagem diária com sabão neutro
✓ Utilizar roupa interior de algodão

Cefaleias - dores de cabeça

- Mais frequentes no início da gravidez
- Cedem normalmente à medicação
- Quando são persistentes - procurar ajuda médica

Hipotensão e desmaio

- Mais frequentes no início da gravidez

✓ Usar meias elásticas
✓ Fazer exercícios de flexão/extensão dos pés
✓ Evitar mudanças bruscas de posição

Apêndice H - Folhetos elaborados no âmbito dos cuidados de saúde primários sobre vigilância da gravidez

Se grávida Rh negativo
28 semanas
Injeção -
Imonoglobulina anti-D

Vacina contra tosse convulsa, tétano e difteria
20 - 36 semanas



Contactos de Emergência

A sua USF tem um horário de funcionamento das 8h às 20h. Se tiver alguma dúvida, contacte o seu médico ou enfermeiro de família.

265 809 005

Vigilância da Gravidez




Trimestres Gravidez

1º trimestre	Até às 11 semanas + 6 dias
2º trimestre	Das 12 semanas até 27 semanas + 6 dias
3º trimestre	Das 28 semanas ao parto

Rastreio Anomalias Cromossómicas

1º trimestre	Rastreio combinado
2º trimestre	Rastreio bioquímico + ecografia morfológica + ecocardiograma fetal
3º trimestre	30 - 32 semanas



Exames Ecográficos


1º trimestre	11 - 13 semanas
2º trimestre	20 - 22 semanas
3º trimestre	30 - 32 semanas

Análises

1º trimestre	Antes das 13 semanas
2º trimestre	18 - 20 semanas 24 - 28 semanas
3º trimestre	32 - 34 semanas 35 - 37 semanas

Prova de tolerância à glicose

Colheita de exsudado vaginal e retal



Apêndice I - Flyer elaborado no âmbito dos cuidados de saúde primários sobre mala da maternidade

