

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

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Relatório de Estágio

**Prevenção do Trauma Perineal: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Débora Cristiana Mascote Colaço

Orientador(es) | A. Frias

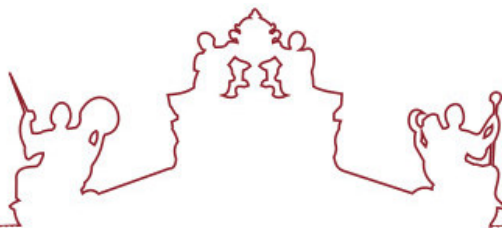
Évora 2024

---

---

---

---



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

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Relatório de Estágio

**Prevenção do Trauma Perineal: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Débora Cristiana Mascote Colaço

Orientador(es) | A. Frias

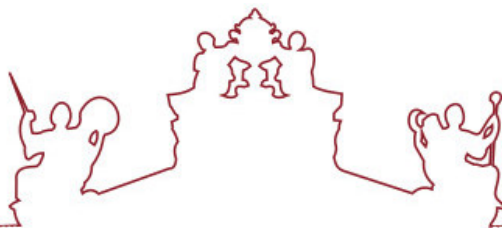
Évora 2024

---

---

---

---



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

Presidente | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora)

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

Os que se encantam com a prática sem a ciência  
são como os timoneiros que entram no navio sem timão  
nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino.

Leonardo Da Vinci

## **AGRADECIMENTOS**

O presente relatório é o resultado de uma longa e intensa jornada de aprendizagem, para culminar no que mais ansiava em termos profissionais, ser Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

À Professora Doutora Ana Frias, o meu mais profundo agradecimento por todas as reuniões que tivemos, todo o apoio prestado ao longo dos estágios, nas horas menos boas e na construção deste relatório.

Ao Diogo, o meu namorado, que sempre me incentivou, apoiou e limpou as lágrimas nesta minha jornada.

À minha família, principalmente à minha avó e à minha mãe, que foram as primeiras pessoas a incentivar-me neste percurso e por me motivarem a querer ser sempre uma excelente profissional.

Aos Enfermeiros Supervisores, Carla M., Vera, Filipe, Sandra, Carla A., Catarina e Margarita pelo empenho, dedicação, oportunidades de aprendizagem, transmissão de conhecimentos e experiências.

A todos os profissionais do Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, pelas trocas de turno, pela paciência e empatia e pelas palavras encorajadoras e de ânimo ao longo destes 2 anos.

Aos meus colegas e agora amigos, Leandro, Catarina e Vanda, pelo apoio contínuo, pelas longas viagens, pernoitadas, guarida e imensos desabafos.

Por último, à minha Madalena, a bebé que cresce no meu útero, por, mesmo sem saber, não me ter permitido desistir dos meus sonhos e me ter dado toda a força que precisava para terminar este processo.

**TÍTULO:** “Prevenção do Trauma Perineal: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”

## **RESUMO**

**Introdução:** Para conclusão do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o plano de estudos da Universidade de Évora prevê a Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, proporcionando o desenvolvimento teórico-prático e aquisição de competências específicas pela mestranda.

**Objetivo:** Descrever crítica e reflexivamente, o percurso de aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

**Metodologia:** Descrição e reflexão crítica das experiências vivenciadas ao longo do Estágio e aprofundamento da temática Prevenção do Trauma Perineal.

**Resultados:** A aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, revelou-se positiva. O aprofundamento da temática contribuiu para adquirir e consolidar conhecimentos relativos aos cuidados prestados durante o ciclo vital da mulher.

**Conclusões:** Os objetivos propostos neste relatório foram atingidos. Quanto às técnicas de prevenção de trauma perineal, a assistência à mulher deve ser baseada em evidência científica atualizada e, deste modo, contribuir para a redução das lesões perineais.

**Descritores (DeCS) / Palavras-chave:** Parto; Prevenção Primária; Enfermeiros Obstetras; Trauma Perineal

**TITLE:** "Prevention of Perineal Trauma: Interventions by the Nurse Specialist in Maternal and Obstetric Nursing"

## **ABSTRACT**

**Introduction:** To complete the Master's degree in Maternal and Obstetric Nursing at the University of Évora, the curriculum includes the Professional Internship with a Final Report, providing theoretical-practical development and acquisition of specific skills by the student.

**Objective:** To describe the journey of acquiring skills critically and reflectively for the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Nursing.

**Methodology:** Description and critical reflection on experiences throughout the Internship and in-depth exploration of the theme of Perineal Trauma Prevention.

**Results:** The acquisition of common and specific skills for the Specialist Nurse proved to be positive. Delving into the theme contributed to acquiring and consolidating knowledge related to care provided during the woman's life cycle.

**Conclusions:** The objectives outlined in this report were achieved. Regarding perineal trauma prevention techniques, care for women should be based on updated scientific evidence, thus contributing to the reduction of perineal injuries.

**Descriptors (DeCS) / Keywords:** Parturition; Primary Prevention; Nurse Midwives; Perineal Trauma

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL..</b>	<b>16</b>
1.1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS .....	16
1.1.1. Centro Hospitalar Universitário a sul do Tejo .....	17
1.1.1.1. Caraterização do Serviço Urgência de Obstetrícia e Ginecologia da Unidade A.....	18
1.1.1.2. Caraterização do Serviço de Internamento de Puerpério da Unidade A...21	
1.1.1.3. Caraterização do Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal da Unidade A.....	22
1.1.1.4. Caraterização do Serviço de Internamento de Ginecologia da Unidade B.....	24
1.1.2. Centro de Saúde a sul do Tejo.....	25
1.1.2.1. Caraterização da UCC .....	25
1.1.3. Complexo Hospitalar Materno-Infantil de uma Região Autónoma de Espanha.....	27
1.1.3.1. Caraterização da Unidade de Urgências Obstétrico-Ginecológicas/ Bloco de Partos do HUMI.....	28
1.2. METODOLOGIA .....	31
1.2.1. Objetivos do ENPRF .....	31
1.2.2. Abordagem Metodológica das Práticas Clínicas do Estágio de Natureza Profissional.....	32
1.2.2.1. Supervisão Clínica e Orientação Pedagógica.....	32
1.2.2.2. Observação de Cuidados Prestados e Prática Clínica.....	32
1.2.2.3. Aprofundamento de Conhecimentos com Revisão Integrativa de Literatura.....	32
1.2.2.4. Aprofundamento de Conhecimentos com Relato de Caso .....	33
1.2.2.5. Aplicação de Modelo Teórico .....	33
<b>2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA .....</b>	<b>35</b>



2.1.	CONCETUALIZAÇÃO.....	35
2.1.1.	Introdução .....	35
2.1.2.	Metodologia .....	36
2.1.3.	Resultados .....	38
2.1.4.	Discussão de Resultados.....	42
2.1.5.	Conclusão.....	50
2.2.	ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA .....	51
2.2.1.	Caraterização da amostra.....	52
2.2.2.	Técnicas de prevenção de trauma perineal .....	54
2.2.2.1.	Massagem perineal na gravidez .....	54
2.2.2.2.	Massagem perineal durante o TP .....	57
2.2.2.3.	Aplicação de compressas quentes durante o 2.º estadio do TP .....	59
2.2.2.4.	Posição materna e esforços expulsivos durante o 2.º estadio do TP .....	60
2.2.2.5.	Hands-on e hands-off durante a fase ativa do 2.º estadio do TP .....	61
2.2.3.	Considerações finais .....	63
<b>3.</b>	<b>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE</b>	
	<b>COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>64</b>
3.1.	COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS .....	64
3.1.1.	Responsabilidade profissional, ética e legal .....	64
3.1.2.	Melhoria Contínua da Qualidade .....	66
3.1.3.	Gestão dos Cuidados .....	68
3.1.4.	Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	69
3.2.	ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE	
	MATERNA E OBSTÉTRICA.....	69
3.2.1.	Competência 1 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.....	70
3.2.2.	Competência 2 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.....	71
3.2.3.	Competência 3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP.....	72
3.2.4.	Competência 4 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.....	73

3.2.5. Competências 5 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério. ....	75
3.2.6. Competência 6 – Cuida da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica. ....	75
3.2.7. Competência 7 – Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade. ....	75
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>89</b>
ANEXO A - Participação no XXIV Encontro Nacional & VIII Congresso Internacional da APEO.....	90
ANEXO B - Participação e apresentação de Comunicação Oral no Congresso Internacional – Percursos da Investigação em Enfermagem .....	92
ANEXO C - Participação no “Webinar Clinical Reasoning in Nursing/Midwifery” .....	94
ANEXO D - Apresentação de Póster Científico No XXIV Congresso Nacional e VIII Internacional APEO 2023 .....	96
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>98</b>
APÊNDICE A - Formação em Serviço: “Pré-Eclâmpsia no Puerpério”.....	99
APÊNDICE B - Impressão de Placentas, uma Ação de Humanização dos Cuidados de Enfermagem .....	120
APÊNDICE C - Comunicação Oral de Curta Duração no Congresso Internacional – Percursos da Investigação em Enfermagem .....	125
APÊNDICE D - Poster Científico com o título “Prevenção do Trauma Perineal durante o Trabalho de Parto: Intervenções do EEESMO”, Apresentado No XXIV Congresso Nacional e VIII Internacional APEO 2023 .....	130
APÊNDICE E – Registo Total das Atividades Realizadas.....	132
APÊNDICE F - Sessões de Educação para a Saúde realizadas: “Equipamento de Puericultura”, “Sexualidade na Gravidez”, “Trabalho de Parto” e “Puerpério” .....	134
APÊNDICE G - Folheto Informativo sobre a Massagem Perineal .....	136
APÊNDICE H - Folheto Informativo sobre Colpoplastia .....	139

## ÍNDICE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Contextos Clínicos do 1.º semestre do 2.º ano .....	16
<b>Tabela 2.</b> Contextos Clínicos do 2.º semestre do 2.º ano .....	16
<b>Tabela 3.</b> Estratégia PICO. ....	37
<b>Tabela 4.</b> Análise dos artigos selecionados. ....	39

## ÍNDICE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Estrutura da Teoria do Cuidado de Swanson e adaptação com a temática do relatório .....	34
<b>Figura 2.</b> Fluxograma PRISMA - seleção de artigos .....	38
<b>Figura 3.</b> Cuidados prestados à parturiente .....	52
<b>Figura 4.</b> Idade das parturientes sujeitas a parto eutócico .....	52
<b>Figura 5.</b> Idade gestacional. ....	53
<b>Figura 6.</b> Início de TP .....	53
<b>Figura 7.</b> Índice de Massa Corporal .....	53
<b>Figura 8.</b> Paridade .....	53
<b>Figura 9.</b> Vigilância da gravidez .....	53
<b>Figura 10.</b> Realização de CPPP .....	53
<b>Figura 11.</b> Desfecho perineal observado nas 49 parturientes .....	54
<b>Figura 12.</b> Conhecimento da massagem perineal na gravidez .....	54
<b>Figura 13.</b> Comparação entre o conhecimento da massagem perineal na gravidez e a realização de CPPP .....	55
<b>Figura 14.</b> Conhecimento e realização de massagem perineal durante a gravidez .....	56
<b>Figura 15.</b> Desfecho perineal das parturientes que realizaram massagem perineal na gravidez .....	56
<b>Figura 16.</b> Desfecho perineal das parturientes que não realizaram massagem perineal na gravidez .....	57
<b>Figura 17.</b> Aplicação de massagem perineal durante o TP .....	57
<b>Figura 18.</b> Desfecho perineal após aplicação de massagem perineal durante o TP .....	58
<b>Figura 19.</b> Desfecho perineal sem aplicação de massagem perineal durante o TP .....	58
<b>Figura 20.</b> Aplicação de compressas quentes nas parturientes .....	59
<b>Figura 21.</b> Desfecho perineal após aplicação de compressas quentes .....	59
<b>Figura 22.</b> Desfecho perineal sem aplicação de compressas quentes .....	60
<b>Figura 23.</b> Posição materna durante os esforços expulsivos .....	60
<b>Figura 24.</b> Desfecho perineal quando comparado com a posição adotada .....	61
<b>Figura 25.</b> Utilização da técnica hands-on e hands-off .....	62
<b>Figura 26.</b> Desfecho perineal quando comparado com a técnica hands-on e hands-off .....	62

## **INTRODUÇÃO**

Homologado pela Direção Geral do Ensino Superior, o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, oferecido pela Universidade de Évora, concede a obtenção do grau de mestre e propicia tanto os conhecimentos como as competências para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [EEESMO], pela Ordem dos Enfermeiros [OE] (DRE, 2019).

As competências adquiridas no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica compreendem a assistência da mulher no âmbito do planeamento familiar, durante o período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto [TP] e parto, pós-natal e climatério, tal como a assistência da mesma em situação de doença ginecológica e das necessidades da comunidade, incluindo cuidados ao recém-nascido até aos 28 dias de vida (OE, 2019).

Para a conclusão do Mestrado referido, o plano de estudos da Universidade de Évora prevê a Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final [ENPRF], com correspondência de 60 *European Credit Transfer and Accumulation System* (DRE 2019). O Estágio teve início a 12 de setembro de 2022 e término a 7 de julho de 2023, decorrendo em Bloco de Partos, Internamentos de Ginecologia, Puerpério e Neonatologia e Unidade de Cuidados de Saúde Primários.

Para concluir a Unidade Curricular com sucesso, os objetivos inclusos na mesma comportam: 1) cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade; 2) demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes teórico-práticas e a prática baseada na evidência e 3) defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional. Concomitantemente, será na prevenção do trauma perineal, decorrente do parto, que se aprofundará conhecimentos, tendo sido esta a área temática elegida.

Durante o parto, é possível que a mulher sofra algum tipo de lesão espontânea ou artificial a nível do períneo, a qualquer uma destas lesões dá-se o nome de trauma perineal (Ferreira et al., 2018). A lesão espontânea define-se como laceração perineal e classifica-se, segundo a *American College of Obstetricians and Gynecologists* [ACOG], dependendo dos planos teciduais atingidos, em 4 graus: 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, onde se divide ainda em a), b) e c) consoante a espessura do esfíncter atingida e IV) quando atinge concomitantemente o epitélio anorretal (ACOG, 2016). A lesão artificial é realizada pelo EEESMO ou pelo Médico Obstetra, à qual é dada o nome de episiotomia, definindo-se como a incisão cirúrgica dos tecidos do períneo com a finalidade de facilitar a saída do feto ou prevenir lacerações graves (Graça, 2017).

Lesões perineais durante o parto podem resultar em diversas complicações, como dor perineal crónica, dispareunia, possibilidade de hemorragia pós-parto, incontinência urinária e fecal, restrições na díade mãe-filho, predisposição à depressão pós-parto e, em caso de futura gravidez, um maior risco de enfrentar novamente lesões perineais (Ferreira et al., 2018; Rodrigues et al., 2019; Smith et al., 2017; Ugwu et al., 2018). Ao implementar boas práticas no ante e periparto espera-se prevenir traumas perineais (Ferreira et al., 2018). Tendo em conta estes factos, é imperativo o EEESMO implementar intervenções de forma a prevenir a incidência e reduzir a gravidade destas lesões. Levando em consideração estas preocupações, houve a necessidade de aprofundar conhecimentos, fundamentados nos padrões de evidência científica disponíveis.

Nos últimos anos, houve um desenvolvimento significativo na formulação de teorias e modelos teóricos específicos para a Enfermagem, impulsionados pela necessidade de esclarecer a natureza dos cuidados prestados por enfermeiros, com o objetivo de orientar a prática, fornecer diretrizes para a formação, pesquisa e gestão dos cuidados de enfermagem, levando conseqüentemente à mudança do tradicional modelo biomédico, centrado em sinais e sintomas e no processo de cura, para uma abordagem holística, onde os cuidados se encontram centrados na pessoa, contribuindo assim para a melhoria dos padrões de qualidade na prática de enfermagem (Monteiro, 2014; Santos, 2023). Com o objetivo de aprimorar a prática clínica e fortalecer o processo de aprendizagem, considerou-se fundamental orientar este ENPRF com um modelo teórico de enfermagem e neste contexto a aplicabilidade da Teoria do Cuidado, de Kristen Swanson (1991), tem sido especialmente relevante com os seus conceitos abrangentes, desempenhando um papel crucial na organização e estruturação das estratégias de atuação na prática de cuidados especializados.

O presente Relatório de Estágio tem como objetivo descrever, de forma crítica e reflexiva, o decurso de aquisição de competências tanto comuns como específicas do Enfermeiro Especialista, no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A estrutura deste documento compreende inicialmente a introdução, seguido da caracterização dos diversos contextos clínicos onde decorreu o Estágio de Natureza Profissional, posteriormente os contributos para a melhoria da assistência à mulher, na área de Enfermagem de Saúde Materna

e Obstétrica nomeadamente dentro da temática elegida, em seguida explanando o processo de aquisição de competências do EEESMO e terminando com as considerações finais, referências e por fim os anexos e apêndices complementares ao conteúdo escrito.

Este Relatório encontra-se redigido segundo o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, conforme as normas *American Psychological Associations 7.ª Edição* (APA, 2020) e cumpre com as Normas para realização de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus com a Ordem de Serviço n.º 01/2023.

## 1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O ENPRF decorreu num Centro Hospitalar [CH] localizado a sul do Tejo e num CH de uma região autónoma de Espanha. O primeiro semestre do segundo ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, decorreu de 12 de Setembro de 2022 a 27 de Janeiro de 2023, período este que corresponde a 18 semanas do ENPRF. A tabela 1 especifica os contextos clínicos realizados ao longo deste período.

**Tabela 1.**  
Contextos Clínicos do 1.º semestre do 2.º ano

1.º SEMESTRE- 2.º ANO		
Período	Semanas	Contexto Clínico
12 setembro 2022- 23 outubro 2022	6	Bloco de Partos – CH Unidade A a sul do Tejo
24 outubro 2022- 04 dezembro 2022	6	Centro de Saúde a sul do Tejo
05 dezembro 2022- 29 janeiro 2023	6	Internamento de Ginecologia - CH Unidade B a sul do Tejo

Fonte: Elaboração própria

O segundo semestre do segundo ano do Mestrado decorreu de 06 de fevereiro de 2023 a 18 de junho de 2023, correspondendo a 18 semanas do ENPRF. A tabela 2 apresenta os contextos clínicos realizados nesse período.

**Tabela 2.**  
Contextos Clínicos do 2.º semestre do 2.º ano

2.º SEMESTRE- 2.º ANO		
Período	Semanas	Contexto Clínico
06 fevereiro 2023 - 19 março 2023	6	Internamento de Puerpério – CH Unidade A a sul do Tejo
20 março 2023- 23 abril 2023	4	Blocos de Partos – CH Unidade A a sul do Tejo / CH de região autónoma de Espanha
24 abril 2023- 18 junho 2023	8	Bloco de Partos – CH Unidade A a sul do Tejo

Fonte: Elaboração própria

### 1.1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

A contextualização dos contextos clínicos torna-se de extrema importância, uma vez que cada um deles apresenta e representa abordagens distintas no que se refere à prestação de



cuidados, nas estruturas organizacionais e, adicionalmente, disparidades em relação às características demográficas das populações atendidas.

### **1.1.1. Centro Hospitalar Universitário a sul do Tejo**

O Centro Hospitalar Universitário [CHU], após o período de estágio, em 2024, passou a ser denominado de Unidade Local de Saúde [ULS] e a ser composto por: três Unidades Hospitalares, um Centro de Medicina Física e de Reabilitação e três Agrupamentos de Centros de Saúde compostos por 16 Centros de Saúde na sua totalidade (DRE, 2023). Na legislação portuguesa, detalhadamente na Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio, o CHU representa uma instituição hospitalar de nível I, comprometendo-se com a prestação de cuidados de saúde diferenciados da região, bem como pelo apoio à formação contínua na área da saúde (DRE, 2016). O decreto-lei n.º 101/2017, de 23 de agosto revela manter a colaboração do CHU com as instituições de Ensino Superior na sua área de influência, nomeadamente, a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Tal como o nome indica, sendo um CHU, tem como objetivos, descritos no decreto-lei n.º 61/2018 de 3 de agosto, o avanço e a aplicação de conhecimentos e de evidência científica com a finalidade de promover melhorias na área da saúde (DRE, 2017, 2018).

O CHU é responsável pela prestação de cuidados de saúde diferenciados a 16 concelhos, acomodando 84 freguesias. O território possui 5 412 Km<sup>2</sup>, correspondendo a 5,6% da totalidade de território nacional, garantindo a prestação de cuidados de saúde a 467 475 habitantes residentes, correspondente a 4,5% da população residente em Portugal, número populacional este que poderá triplicar sazonalmente no período do verão (Censos, 2022).

No início do ENPRF, de acordo com os dados estatísticos fornecidos pelo site SNS Transparências, em 2023, o CHU contou com 3 725 partos, dos quais 1 197 teriam sido cesarianas, correspondendo a 32,1% da totalidade de partos (Transparência do SNS, 2023). Em 1985, a Organização Mundial de Saúde [OMS] considerou a taxa ideal de cesarianas entre os 10 e os 15%, informação esta baseada por especialistas numa revisão de dados limitados disponíveis na altura, no entanto, com o passar de 30 anos, em 2015, a OMS veio anunciar, através de uma nova revisão de dados, que não existe evidência que comprove esta recomendação, não existindo assim uma taxa de cesariana ideal, ressaltando que estas só devem acontecer por indicação médica (WHO, 2018b).

Relativamente às consultas realizadas no CHU, após referenciação quer hospitalar como referenciação através dos Cuidados de Saúde Primários, no ano de 2021, foram realizadas

12,792 consultas externas na valência de obstetrícia, das quais 7,148 foram primeiras consultas e foram ainda realizadas 13,118 consultas externas na valência de ginecologia, sendo que dessas, 4,944 foram primeiras consultas, ainda com 1340 pedidos de consulta a aguardar marcação (ULGA, 2023). Já sobre as cirurgias do foro ginecológico, no término de 2021, estavam inscritas 792 doentes, havendo um total de 894 cirurgias realizadas, das quais 53 doentes apresentavam neoplasias malignas (ULGA, 2023).

#### 1.1.1.1. Caraterização do Serviço Urgência de Obstetrícia e Ginecologia da Unidade A

O departamento de Ginecologia/ Obstetrícia e Reprodução Humana da Unidade A possui variadas valências, nomeadamente: o SU de Obstetrícia e Ginecologia, o Internamento de Puerpério, o Internamento de Ginecologia e a Consulta de Diagnóstico Pré-Natal [DPN]. Localiza-se no 5.º piso do edifício principal da instituição, à exceção da Consulta de DPN praticada no 2.º piso do edifício da consulta externa. O Serviço de Urgência [SU] de Obstetrícia e Ginecologia é composto por quatro setores: 1) o Atendimento Urgente, 2) o Bloco de Partos, 3) a Área Operatória e 4) o Internamento de Grávidas. Com o surgimento da pandemia COVID-19, o serviço sofreu algumas alterações de modo a respeitar as orientações fornecidas pela Direção Geral de Saúde [DGS], de forma a reduzir o número de infetados.

##### Atendimento Urgente

O Atendimento Urgente é um SU de Obstetrícia e Ginecologia independente do SU Geral. É constituído por dois gabinetes médicos, ambos equipados com marquesa ginecológica, ecógrafo e monitor de sinais vitais; uma sala anexa a um dos gabinetes médicos equipada com um cardiotocógrafo, uma maca e um cadeirão, denominada de sala de cardiotocografia [CTG]; uma Sala de Observações [SO] composta por um cardiotocógrafo, uma cama de partos e um cadeirão, servindo também como sala de partos no caso da capacidade do bloco de partos estar lotada; e um WC anexo a um dos gabinetes médicos, para utilização exclusivas das utentes admitidas no SU do piso.

##### Bloco de Partos

No setor de Bloco de Partos existem cinco salas de partos, em que uma é de atendimento exclusivo a parturientes infetadas com COVID-19, individualmente equipadas com uma cama de partos, um cardiotocógrafo, um armário com material de apoio, uma mesa móvel para apoio no parto, uma bancada para observação do recém-nascido, com aquecedor, lavatório e

vacuómetro, um monitor de sinais vitais e um candeeiro *pantoff*; existe também uma sala de reanimação neonatal, sala esta com acesso direto à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN], composta por duas mesas de reanimação neonatal, com fonte de oxigénio e vacuómetro, uma estufa para aquecimento de lençóis e uma banheira, o setor também inclui um armazém de consumo clínico. Dentro do setor, existe ainda uma área reservada à equipa multidisciplinar para realização de registos, observação de CTG através de um ecrã ligado à Central *Omniview* e onde se encontra armazenada a medicação de stock do serviço, tal como protocolos em formato de papel.

### Área Operatória

Anexo ao Bloco de Partos, este setor conta com uma sala operatória, composta por uma maca operatória, adaptada também para cirurgias ginecológicas, um ventilador, um carro de apoio a anestesia e um carro de apoio à circulação na sala, mesas móveis, candeeiro *pantoff* e dois computadores para registos médicos e de enfermagem. As técnicas cirúrgicas mais frequentemente realizadas nesta sala operatória são as cesarianas quer eletivas, quer de urgência, podendo ainda assim ser utilizada com menos frequência para realização de dequidaduras manuais, curetagens ou cerclagens.

### Internamento de Grávidas

Situa-se na ala poente do 5.º piso, partilhando espaço físico com o Serviço de Ginecologia, porém ainda fazendo parte do SU de Obstetrícia e Ginecologia. É composto por 16 camas, 15 delas distribuídas por 5 enfermarias e uma isolada numa enfermaria em suite de atendimento exclusivo a grávidas infetadas com COVID-19 ou outras doenças infetocontagiosas ou em caso de morte fetal. Nas enfermarias, as camas estão separadas por cortinas e possuem um espaço comum com armário, lavatório e mesa de refeições; uma sala de enfermagem e uma casa de banho comum às 5 enfermarias. Para observação e vigilância das grávidas, a equipa multidisciplinar possui à sua disposição ecógrafo portátil, cardiotocógrafos móveis com acesso à Central *Omniview*, com ecrã disponível na sala de enfermagem e aparelhos para monitorização de sinais vitais.

### Equipa Multidisciplinar

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] é uma organização internacional, constituída por 38 Estados-Membro, entre os quais se encontra Portugal, apontando, entre outros objetivos, coordenar políticas económicas e sociais e

aumentar a qualidade de vida dos cidadãos (Eurocid, 2022). Em 2019, em média, nos países da OCDE, 37% dos profissionais a nível hospitalar correspondiam a enfermeiros, estando Portugal, abaixo da média da OCDE (OCDE, 2021).

A equipa do SU de Obstetrícia e Ginecologia é composta por médicos obstetras, ginecologistas e anestesistas, enfermeiros e assistentes operacionais. A equipa de enfermagem do SU de Obstetrícia e Ginecologia é constituída por 1 enfermeira gestora; 29 EEESMO; 1 Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 17 Enfermeiros de Cuidados Gerais. No normal funcionamento do serviço, a distribuição de enfermeiros por turno é de 2 EEESMO para as 5 Salas de Partos, 2 EEESMO para o Atendimento Urgente, 3 enfermeiros para a Área Operatória (anestesia, circulante e instrumentista) e 2 EEESMO na prestação de cuidados às 16 camas do Internamento de Grávidas. Pela carência de EEESMO no serviço, por vezes, os setores Bloco de Partos, Atendimento Urgente e Internamento de Grávidas fica apenas com 1 EEESMO e 1 Enfermeiro de Cuidados Gerais.

As dotações seguras da OE (MCEESMO, 2019) preveem um rácio de: 1 EEESMO para 2 utentes no 1.º estadio do TP; 1 EEESMO para 1 utente no 2.º estadio do TP; 1 EEESMO para o 3.º e 4.º estadio do TP; 1 EEESMO para 3 utentes internadas por Gravidez de Alto Risco; 1 EEESMO para 6 utentes internadas por Gravidez de Médio Risco; 1 EEESMO para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos; 1 Enfermeiro para o Posto de Anestesia na Sala Operatória; 1 Enfermeiro para o Posto de Circulante na Sala Operatória; 1 Enfermeiro para o Posto de Instrumentista na Sala Operatória. Após análise destes dados, constatou-se que, apesar do número significativo de EEESMO presentes na equipa de enfermagem (61,7%), nem sempre é possível cumprir as dotações seguras propostas pela OE. Esta situação compromete o atendimento e a assistência à mulher, aumentando a margem para ocorrência de erros e a carência de vigilância, prejudicando assim a qualidade de cuidados especializados de enfermagem prestados.

Em contexto de Bloco de Partos, ao EEESMO, cabe a responsabilidade de desenvolver planos de cuidados personalizados e intervir autonomamente ou em colaboração com os demais profissionais de saúde, com base nas avaliações clínicas fundamentadas com evidência científica, respeitando os princípios da segurança e bem-estar materno-fetal (OE, 2019). Assim, o objetivo primordial do EEESMO é facilitar um processo de TP fisiológico e seguro, reduzindo ao mínimo as intervenções desnecessárias e prevenindo potenciais complicações tanto para a mãe como para o recém-nascido.

#### 1.1.1.2. Caracterização do Serviço de Internamento de Puerpério da Unidade A

O internamento de Puerpério encontra-se na ala nascente do 5.º piso. É composto por 33 camas, distribuídas em 10 enfermarias com 3 camas, camas essas separadas por cortinas, possuindo um espaço comum com armários, lavatório e mesa de refeições, e 4 enfermarias individuais em suite, todas as unidades incluem também rampa de oxigénio, rampa de vácuo e ar comprimido, dispoendo ainda de berços móveis. Ao longo do serviço, existem disponíveis vários recursos materiais necessários para a prestação de cuidados de enfermagem, tais como: termómetros, monitores para avaliação de sinais vitais e bombas infusoras. O serviço possui ainda um balcão administrativo e um balcão para registo do recém-nascido como cidadão, denominado balcão “Nascer Cidadão”, dois gabinetes, um médico e outro da gestão de enfermagem, uma sala de medicação, uma sala de tratamentos, uma sala de enfermagem, uma sala destinada aos projetos “Cantinho da Amamentação” e “Alta Segura” e uma sala comum destinada à prestação de cuidados específicos a recém-nascidos, detentora de balança, oxímetros, fitas métricas e bancadas acolchoadas, para realização da avaliação física e prestação de cuidados específicos ao recém-nascido. Ainda possui uma copa, duas casas de banho para utilização das puérperas e uma casa de banho para os profissionais, uma sala de sujos, uma rouparia e uma sala de stock de material.

O internamento de puerpério proporciona cuidados de saúde a uma população bastante diversificada, quer de carácter social, cultural, étnico e racial, e onde se pode encontrar um puerpério com necessidades e complexidades variáveis, visto que englobam o puerpério fisiológico e o patológico. No serviço é praticado o alojamento conjunto e promovido o aleitamento materno exclusivo, aspetos inseridos no programa mundial de promoção de Aleitamento Materno, intitulado de “Iniciativa Amiga dos Bebés” da *United Nations International Children’s Emergency Fund* [UNICEF] e OMS, para onde, de momento, o CHU se encontra em processo de certificação (WHO & UNICEF, 2009). Estes tipos de projetos são de extrema importância para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados nas maternidades e conseqüente aumento da satisfação dos clientes.

#### Equipa Multidisciplinar

A equipa do Serviço de Internamento de Puerpério é composta por médicos obstetras, enfermeiros, assistentes operacionais, psicóloga, assistente social, duas assistentes técnicas e dietista. A equipa de enfermagem é constituída por: 1 Enfermeira Gestora; 1 EEESMO; 1

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 21 Enfermeiras de Cuidados Gerais. No normal funcionamento do serviço, a distribuição de enfermeiros é de: 4 enfermeiras no turno da manhã; 3 enfermeiras no turno da tarde e 3 enfermeiras no turno da noite.

As dotações seguras da OE (2019) preveem um rácio de: 1 EEESMO para 3 puérperas patológicas e 1 EEESMO para 6 puérperas sem patologia. Pela carência de EEESMO na equipa de enfermagem, verificou-se não ser possível cumprir as dotações seguras propostas pela OE, comprometendo assim o atendimento e assistência à mulher e, desta forma, aumentando a margem para ocorrência de erros e a carência de vigilância, prejudicando assim a qualidade de cuidados especializados de enfermagem prestados.

É de responsabilidade do EEESMO realizar uma reflexão aprofundada sobre a relação entre o tipo de parto e a experiência subjacente da parturiente durante o TP, dada a sua potencial influência na fase de puerpério. Esta fase, é normalmente munida de obstáculos pela presença de desconfortos resultantes de lacerações perineais, cicatrizes cirúrgicas quer a nível perineal como a nível abdominal ou eventuais complicações ocorridas durante o TP. Estes elementos, juntamente com a vivência da puérpera, exercem um impacto significativo não apenas na dimensão física, mas também na dimensão psicológica e emocional (Andrade et al., 2015). O EEESMO desempenha um papel fundamental na orientação e planeamento da assistência à puérpera e ao seu RN, sendo que esse planeamento deve ser adaptado às particularidades de cada caso, com o objetivo de promover a autonomia da puérpera / família e identificar eventuais complicações. Assim, o EEESMO deve orientar e planear, juntamente com a puérpera / família, intervenções que promovam um cuidado abrangente e holístico.

#### 1.1.1.3. Caraterização do Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal da Unidade A

O serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal encontra-se inserido no departamento da Criança, do Adolescente e da Família, articulando com o Departamento de Ginecologia/Obstetrícia e Reprodução Humana, sendo este um serviço fisicamente adjacente ao SU de Obstetrícia e Ginecologia, com a sua entrada direta e facilitada em casos emergentes. Este serviço admite recém-nascidos pré-termo, recém-nascidos de termo que possuam alguma patologia ou necessitem de cuidados diferenciados e/ou especializados, assim como admite crianças oriundas do Serviço de Urgência Pediátrica ou do Serviço de Internamento de

Pediatria, onde seja requerida uma vigilância contínua pelo seu estado crítico ou que careçam de cuidados diferenciados e/ou especializados.

O serviço possui um acesso restrito e supervisionado, dispondo de uma sala de estar para os pais, um quarto para as mães pernoitarem, uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (composta por 3 camas), dois gabinetes médico e de enfermagem, uma sala de reuniões, uma sala de monitorização, uma sala de esterilização, uma sala de preparação de leites, onde as mães realizam a extração de leite com extrator mecânico, uma copa, um berçário composto por 7 berços e uma Unidade de Cuidados Neonatais, subdividida em duas unidades, uma Unidade de Cuidados Intensivos composta por 5 incubadoras e uma Unidade de Cuidados Intermédios composta por 7 incubadoras. Na Unidade de Cuidados Neonatais, os cuidados de enfermagem adotados são fundamentados no programa *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* [NIDCAP]. Essa abordagem tem como principal objetivo promover o neurodesenvolvimento dos recém-nascidos, além de avaliar e controlar a dor e o stress, bem como fomentar medidas de conforto adequadas, a fim de proporcionar um ambiente seguro e acolhedor que contribua para o seu crescimento saudável e qualidade de vida (Santos, 2011).

#### Equipa Multidisciplinar

A equipa do Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal é composta por médicos pediatras intensivistas, enfermeiros, terapeutas, assistentes operacionais, psicóloga, assistente social e assistentes técnicas. A equipa de enfermagem é constituída por: 1 Enfermeira Gestora; 17 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 24 Enfermeiros de Cuidados Gerais. No normal funcionamento do serviço, a distribuição de enfermeiros é de 7 enfermeiros no turno da manhã; 7 enfermeiros no turno da tarde e 6 enfermeiros no turno da noite.

Neste serviço, é esperado que o Mestrando em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MESMO] desenvolva competências essenciais que permitam refletir e articular, de forma coerente, a prestação de cuidados de enfermagem especializados e individualizados tanto ao recém-nascido como à sua família, no período neonatal, tendo como objetivo contribuir significativamente para a diminuição da morbilidade e mortalidade perinatal e neonatal. De acordo com a *International Confederation of Midwives* (2021), a atenção ao recém-nascido constitui um elemento intrínseco à abordagem do EEESMO, portanto, é imperativo que este adquira e aprimore competências e aptidões abrangentes em todas as esferas respeitantes ao cuidado do recém-nascido. A passagem pelo Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal possibilitou perspetivar e articular a prática de cuidados neonatais com outros

contextos de prática clínica, promovendo um raciocínio de cuidados antecipatórios, de forma a aperfeiçoar os cuidados oferecidos e o bem-estar integral do recém-nascido e da sua família.

#### 1.1.1.4. Caraterização do Serviço de Internamento de Ginecologia da Unidade B

O departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Unidade B possui variadas valências, nomeadamente: o SU de Obstetrícia e Ginecologia, o Internamento de Ginecologia e o Internamento de Obstetrícia, a Consulta de DPN e a Consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez. Localiza-se no 2.º piso do edifício principal da instituição, à exceção da Consulta de DPN e de Interrupção Voluntária da Gravidez praticada no piso 0, na secção da Consulta Externa. O Serviço de Internamento de Ginecologia localiza-se na ala sul do 2.º piso e é composto por 10 camas, distribuídas por 4 enfermarias, 2 enfermarias com 2 camas e 2 enfermarias com 3 camas, camas essas separadas por cortinas, possuindo um espaço comum com armários, lavatório, mesa de refeições e casa de banho em cada enfermaria; o serviço possui ainda um posto e uma sala de enfermagem, uma sala de tratamentos, um gabinete, uma copa e uma sala de sujos.

#### Equipa Multidisciplinar

A equipa do Serviço de Internamento de Ginecologia é composta por médicos ginecologistas e obstetras, enfermeiros e assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é constituída por 1 Enfermeira Gestora; 1 EEESMO; 1 Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 10 Enfermeiras de Cuidados Gerais. No normal funcionamento do serviço, a distribuição de enfermeiros é de 2 enfermeiros no turno da manhã, 1 ou 2 enfermeiros no turno da tarde dependendo do número de cirurgias programadas e 1 enfermeiro no turno da noite.

As dotações seguras da OE preveem um rácio de 1 EEESMO de permanência por 24 horas no serviço de internamento de Ginecologia (MCEESMO, 2019). Pela carência de EEESMO na equipa de enfermagem, muitas vezes, o EEESMO do SU de Obstetrícia e Ginecologia dá apoio na prestação de cuidados especializados às doentes, no entanto, estas não lhes são atribuídas nem a permanência deste EEESMO é ininterrupta, pelo que não é possível cumprir as dotações seguras propostas pela OE, comprometendo assim o atendimento e assistência à mulher e, desta forma, aumentando a margem para ocorrência de erros e a carência de vigilância, prejudicando assim a qualidade de cuidados especializados de enfermagem prestados.



Neste contexto, o papel do EEESMO é caracterizado pelo envolvimento com a mulher com patologia ginecológica, implicando uma abordagem consciente e complexa, fundamentada com princípios éticos e conhecimentos científicos avançados, contribuindo para atender às necessidades da mulher/família e ainda, tal como delineado pela *International Confederation of Midwives* (2021), incluindo a educação para a saúde de alta qualidade e culturalmente sensível, de forma a promover um estilo de vida familiar saudável.

### **1.1.2. Centro de Saúde a sul do Tejo**

O Centro de Saúde a sul do Tejo pertence a um Agrupamento de Centros de Saúde [ACeS], tendo por missão assegurar cuidados de saúde primários à população da sua área de influência de forma multidisciplinar, articulando-se com os restantes níveis do Serviço Nacional de Saúde [SNS], tal como descrito no Decreto-Lei n.º 28/2008 - Diário da República n.º38/2008, Série I de 2008-02-22. O Centro de Saúde é composto por diversas Unidades Funcionais, das quais cinco são Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, uma Unidade de Saúde Familiar, uma Unidade de Saúde Pública e uma Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC], onde decorreu um dos contextos de estágio e será descrito em seguida. No seu espaço físico ainda se encontra presente o SU Básica e uma equipa de Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação, pertencentes ao CHU já referido. Este ACeS é responsável pela prestação de cuidados de saúde primários e conta com 279 926 utentes inscritos na sua totalidade, em que 50 459 pertencem a este Centro de Saúde (SPMS, sd).

#### **1.1.2.1. Caracterização da UCC**

De acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008 - Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22, a UCC atua segundo referenciação das Unidades Funcionais, prestando cuidados de saúde e apoio psicológico e social quer no setor domiciliário como no setor comunitário aos 50 459 utentes inscritos neste Centro de Saúde (SPMS, sd).

A equipa multidisciplinar da UCC é composta por enfermeiros, incluindo um EEESMO, secretários clínicos, assistentes operacionais, técnicos superiores de saúde de nutrição e dietética e psicologia clínica e da saúde e técnicos superiores de serviço social (SPMS, sd). A UCC localiza-se no edifício principal do Centro de Saúde da Região Sul, no piso 0. É composta por 2 gabinetes de enfermagem, 1 sala de reuniões, 1 secretariado, 1 copa, 1 WC e 1 arrecadação. Para além do espaço próprio destinado à UCC, esta conta ainda com um ginásio

comumente utilizado pelas outras Unidades Funcionais, também localizado no piso 0 do edifício, ginásio esse que dispõe de colchões, tapetes e bolas de *Pilates* e uma área separada por cortinas onde se encontra definido o “Cantinho da Amamentação”, contando com um cadeirão, uma bancada e um armário com materiais didáticos e de apoio. Com o surgir da pandemia, percebeu-se a complexidade da aglomeração de pessoas dentro deste mesmo espaço e, com o apoio da Câmara Municipal da Região, a UCC passou a contar também com um ginásio no Espaço Multiusos da Região, onde realiza o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade [CPPP].

### Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

É através da UCC que o ACeS participa nos diversos projetos de promoção de saúde na comunidade, nomeadamente na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no Programa Nacional de Saúde Escolar, no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (DRE, 2008). Dentro do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, entre outros aspetos, encontra-se definido o CPPP (DGS, 2015), sendo este projeto apelidado pela Unidade de “Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade”. É um projeto comum das UCC pertencentes ao ACeS desta região, incluso num projeto primordial denominado “Nascer e Crescer com + Saúde”. O CPPP é destinado a grávidas ou casais referenciados pelas Unidades Funcionais do ACeS, podendo outras grávidas ou casais não referenciados inscrever-se também no curso, no entanto, estes estarão sujeitos às vagas disponíveis (DGS, 2020).

A lecionação do CPPP é feita por 1 EEESMO – responsável pelo curso -, 1 Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica, 1 Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, 1 Nutricionista, 1 Fisioterapeuta e 1 Higienista Oral. O curso tem a duração média de 5 semanas e inclui 16 sessões de 1 hora e 30 minutos, com os seguintes temas: Afeto in Útero e Comunicação Intrauterina; Alterações Fisiológicas e Posturas na Gravidez; Hábitos de Vida Saudável e Alimentação na Gravidez; Posturas e Exercícios na Gravidez; Equipamento de Puericultura; Saúde Mental e Parentalidade; Sexualidade na Gravidez; Exercício Físico na Gravidez; Plano de Parto; TP (2 sessões - teórica e prática); Cuidados ao Recém-Nascido; Amamentação; Alimentação na Amamentação; Saúde Oral na Grávida e no Bebê e Puerpério.

Dentro dos utentes do Centro de Saúde, em 2022, 43,7% das mulheres encontram-se no período fértil (INE, 2023). Não existe informação sobre o número de grávidas da região, no entanto, sabe-se que, no ano 2022, no concelho em questão, existiram 434 nascimentos

(PORDATA, 2023), pelo que, pelo menos, existiram 434 grávidas no concelho, que poderiam frequentar o CPPP.

Conforme as orientações da DGS, o profissional responsável pela coordenação do CPPP deverá ser o EEESMO, assegurando a realização do curso, a articulação com outros profissionais e o contacto com as mulheres que frequentam o curso (DGS, 2020). Antes do início das sessões do curso, a DGS recomenda a realização de uma consulta prévia à grávida/casal, realizada pelo EEESMO com a finalidade de esclarecer questões relativas ao curso, avaliar o nível de literacia em saúde da grávida/casal e reavaliar o risco obstétrico de modo a verificar o nível de participação no Curso e necessidade de referenciação (DGS, 2020). Apesar do alto número de gravidezes que possam ser acompanhadas por 1 único EEESMO neste Centro de Saúde, as orientações da OE de modo a promover a saúde, o conhecimento e a segurança da grávida/casal através do CPPP são cumpridas nesta UCC, não comprometendo assim o atendimento e assistência à grávida, permitindo que esta usufrua de cuidados de enfermagem especializados de qualidade (MCEESMO, 2019).

### **1.1.3. Complexo Hospitalar Materno-Infantil de uma Região Autónoma de Espanha**

O Complexo Hospitalar Materno-Infantil [CHMI] pertence à rede de serviços de saúde da região e é constituído pelo Hospital Universitário Materno Infantil [HUMI] anexado ao Hospital Universitário Insular, ambos centros de referência na Comunidade Autónoma, juntamente com 3 centros de atenção, 4 unidades de saúde mental e 1 hospital de dia psiquiátrico infantojuvenil (Gobierno de Canarias, 2022). O CHMI é especializado no atendimento médico de saúde materno-infantil e a sua área de abrangência engloba não apenas toda a população da ilha, mas também as demais ilhas do arquipélago. O território da ilha possui 1 560 Km<sup>2</sup>, correspondendo a 20,9% da totalidade da região autónoma, garantindo a prestação de cuidados de saúde a 496 043 habitantes residentes, correspondente a 22,6% da população residente nas ilhas do arquipélago. O HUMI presta cuidados de saúde especializados ginecológicos e obstétricos à população feminina de toda a ilha, que ao ano 2020 correspondia a 370 406 mulheres (Gobierno de Canarias, 2022).

O HUMI oferece uma variedade de serviços obstétrico-ginecológicos, incluindo a Unidade de Urgências Obstétrico-Ginecológicas/ Bloco de Partos, um internamento de grávidas patológicas, um internamento de puerpério, uma unidade de fisiopatologia fetal hospitalar e uma unidade ambulatoria, um hospital de dia obstétrico, uma unidade de educação em diabetes,

uma unidade de neonatologia, uma unidade de acompanhamento de gravidez de alto risco, uma unidade de diagnóstico pré-natal, uma unidade de assoalho pélvico e uma unidade de patologia cervical (Gobierno de Canarias, 2022). De acordo com os últimos dados estatísticos fornecidos pelo Governo da região, em 2021, o HUMI contou com 3 608 partos, dos quais 360 teriam sido cesarianas, correspondendo a 9,97% da totalidade de partos (Servicio Canario de la Salud & Gobierno de Canarias, 2022). Apesar da evidência comprovar que a recomendação da OMS quanto à taxa de cesarianas não tem um valor ideal (WHO, 2018b), o HUMI cumpriu com a taxa de cesarianas designada como ideal pela OMS, em 1985.

#### 1.1.3.1. Caraterização da Unidade de Urgências Obstétrico-Ginecológicas/ Bloco de Partos do HUMI

O hospital é responsável pelo atendimento de mulheres grávidas, partos, puérperas, neonatologia e pediatria, oferecendo uma ampla gama de serviços especializados nessas áreas, possuindo unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos, bem como departamentos de consultas externas e serviços de apoio à saúde materno-infantil. O Bloco de Partos localiza-se no 1.º piso negativo do edifício principal do hospital, juntamente com os setores de urgência ginecológica, o setor de transição e neonatologia, sendo todos os profissionais de saúde pertencentes à mesma equipa multidisciplinar.

##### Unidade de Urgências Obstétrico-Ginecológicas

Este setor é constituído por um gabinete médico, equipado com marquesa ginecológica e ecógrafo, uma gabinete de triagem equipado com marquesa ginecológica, cardiotocógrafo e monitor de sinais vitais, com um WC anexo; uma sala de observações para mulheres com afeção ginecológica composta por 3 marquesas e 2 cadeirões separados por cortinas; uma sala de enfermagem, denominada “Sala de Expectantes” com 5 marquesas separadas por cortinas, com um cardiotocógrafo anexo a cada uma e dois computadores conectados à central informática para registos de enfermagem, adjacente ao gabinete de reuniões, partilhado pelos médicos obstetras e ginecologistas de todos os setores.

##### Bloco de Partos

No setor Bloco de Partos, habitualmente chamado de “*Paritorio*” existem 9 salas de partos, individualmente equipadas com uma cama de partos, um computador com cardiotocógrafo e monitor de sinais vitais, conectado à central informática, com acesso à internet e colunas para

técnica de musicoterapia, um armário com material de apoio, duas mesas móveis para apoio no parto e para registos, uma bancada para observação do recém-nascido, com aquecedor e vacuómetro, um candeeiro *pantoff* e um esterilizador de arrastadeiras, sendo uma das salas de atendimento exclusivo a parturientes que cheguem ao serviço no período expulsivo; 1 sala de partos para atendimento exclusivo a parturientes que pretendam um TP mais natural possuindo uma banheira de parto, banco de parto, cadeira de parto, cadeira de baloiço, colchão ergonómico, sistema de aromoterapia, cromoterapia e musicoterapia; 1 sala operatória para cesarianas urgentes, sendo as cesarianas programadas realizadas no bloco operatório central localizado no 4.º piso; 2 armazéns; 1 gabinete de gestão de enfermagem; 1 sala de medicação; 1 sala de estudo e formação; 1 copa; 1 sala destinada a gasimetrias e armazenamento de produtos biológicos tal como um frigorífico para armazenar alimentação para a parturiente, denominada de sala de apoio.

#### Puerpério Imediato e Neonatologia

O setor de Puerpério Imediato e Neonatologia, habitualmente chamado de “*Transición*” destina-se à realização do puerpério imediato com uma vigilância mais apertada, tendo anexo uma sala de neonatologia, com 4 incubadoras, dotadas de todo o material necessário para cuidados neonatais específicos, destinada a recém-nascidos com uma má adaptação extrauterina, sem critérios de gravidade para um internamento em cuidados intensivos neonatais. Este setor possui 6 camas, separadas por cortinas e um computador conectado à central informática, diversos monitores de sinais vitais e cadeirões para acomodar a pessoa significativa da puérpera, possui ainda uma copa para alimentação e hidratação da puérpera, uma copa de preparação de leite e uma sala de medicação.

#### Equipa Multidisciplinar

A equipa é composta por médicos obstetras, ginecologistas e anestesistas, EEESMO, auxiliares de enfermagem, auxiliares de serviços hospitalares e empregadas de limpeza. A equipa de enfermagem da Unidade de Urgências Obstétrico-Ginecológicas/ Bloco de Partos é constituída por: 1 Enfermeira Gestora; 38 EEESMO; Enfermeiras de Cuidados Gerais e Enfermeiras Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (destacadas da Unidade de Pediatria). No normal funcionamento do serviço, a distribuição de enfermeiros por turno é de: 6 EEESMO + 2 Auxiliares de Enfermagem para as 10 Salas de Partos; 1 EEESMO + 1 Auxiliar de Enfermagem para a triagem da Urgência Ginecológica e Obstétrica e apoio ao SO de afeção ginecológica; 2 EEESMO para a Sala de Expectantes; 1 EEESMO para o

Puerpério Imediato (setor de Transição) e 2 Enfermeiros (poderão ser especialistas ou não em Saúde Pediátrica e Infantil) + 1 Auxiliar de Enfermagem para a Neonatologia (setor de Transição) e primeiros cuidados ao recém-nascido em sala de partos.

A *Federación de Asociaciones de Matronas de España* [FAME] define ser necessário um EEESMO para uma mulher em fase ativa de TP e adequar o número de profissionais no serviço consoante o número de partos do local, considerando que em média, um TP em fase ativa dura 12 horas, e assim, um EEESMO pode atender duas mulheres em TP na fase ativa nas 24 horas de um dia (FAME, 2007, 2023). Assim, tendo o HUMI registado 3 608 partos, considerou-se uma média de 4,9 EEESMO por turno para mulheres em TP na fase ativa, cumprindo assim, o HUMI, com os requisitos definidos pela FAME como uma atenção adequada à mulher em TP.

Em 2009, a FAME e a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras [APEO] apresentaram um documento de consenso denominado de “Iniciativa Parto Normal”, onde definiram e elaboraram estratégias para a assistência ao parto normal em concordância com o guia prático de “Assistência ao Parto Normal”, redigido pela OMS, em 1996. Este consenso teria sido realizado pela primeira vez em 2006, apenas pela FAME, onde se questionava o alto grau de intervenções e medicalização do parto existente nesta época, dirigindo-se aos EEESMO que prestam cuidados no acompanhamento do parto nos hospitais e aos que realizam a vigilância da gravidez e a preparação para o parto e nascimento nos cuidados de saúde primários (FAME, 2023). Em 2022, em Espanha, foi possível observar que alguns dos objetivos, propostos nos consensos anteriores, teriam sido parcialmente alcançados, sendo que existe uma maior sensibilização entre os EEESMO, apesar dos indicadores de qualidade de atenção perinatal demonstrarem que ainda existe excessiva medicalização do parto em meio hospitalar (FAME, 2023). Assim, neste contexto, o EEESMO é responsável por respeitar a importância da fisiologia do parto, reconhecer o direito da mulher tomar decisões informadas e autónomas, proporcionar um ambiente favorável ao nascimento, assegurar o acesso às diversas opções de parto, respeitar o plano de parto, fomentar a colaboração entre a mulher e o profissional na tomada de decisões, realizar uma Prática Baseada na Evidência [PBE], oferecer apoio emocional e físico às mulheres durante o TP, incluir a utilização de abordagens não farmacológicas para o controlo da dor no TP de acordo com as preferências da mulher, respeitar o processo de nascimento como um evento significativo e respeitar as diferenças culturais, individuais e outras, adaptando-se às necessidades da mulher/casal (FAME, 2023).

## 1.2. METODOLOGIA

A metodologia, em contexto académico, atribui-se ao conjunto de procedimentos, técnicas e abordagens sistemáticas aplicadas para conduzir a um propósito, descrevendo o caminho lógico e organizado que o mestrando adota para atingir os objetivos estabelecidos para o ENPRF (Severino, 2017).

### 1.2.1. Objetivos do ENPRF

Os objetivos gerais do ENPRF, encontram-se inteiramente descritos no planeamento da Unidade Curricular (UÉESESJD, 2022), sendo eles:

- a) Cuidar da mulher/ casal inseridos na família e na comunidade;
- b) Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes teórico-práticas e a PBE;
- c) Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional.

Foram igualmente estabelecidos objetivos específicos com o propósito da aquisição de competências específicas do EEESMO, definidas no regulamento das competências específicas do EEESMO (OE, 2019). Sendo assim, os objetivos de estágio estabelecidos correspondem às competências descritas no regulamento:

- a) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré- concecional;
- b) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o TP;
- d) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

## **1.2.2. Abordagem Metodológica das Práticas Clínicas do Estágio de Natureza Profissional**

No âmbito do ENPRF, reconheceu-se que a aquisição de conhecimentos desempenhou um papel fundamental na capacidade de prestar cuidados especializados com base na evidência científica. Estes conhecimentos foram adquiridos através de: supervisão clínica e orientação pedagógica; observação de cuidados prestados e prática clínica; aprofundamento de conhecimentos com revisão integrativa da literatura e com relato de caso e aplicação de modelo teórico.

### **1.2.2.1. Supervisão Clínica e Orientação Pedagógica**

O ENPRF foi realizado sobre a supervisão clínica de EEESMO integrados nos diversos contextos clínicos e também com a orientação pedagógica da docente da Universidade de Évora. Em todos os contextos, ocorreram reuniões de avaliação, quer intermédias como finais, com os supervisores e orientadora docente, assim como reuniões pontuais com a orientadora docente para encaminhamento e esclarecimento do ENPRF e reuniões pontuais com os supervisores clínicos para reflexão sobre o percurso de estágio e pontos de melhoria, contribuindo assim para melhorar a qualidade da prestação de cuidados especializados.

### **1.2.2.2. Observação de Cuidados Prestados e Prática Clínica**

Numa fase inicial dos contextos clínicos, foi assumida uma postura atenta e observadora, de modo à melhor compreensão das dinâmicas de cada serviço e das diversas técnicas e procedimentos inseridos nos diversos contextos. Após observação, foi possível, de forma gradual, aperfeiçoar a prática clínica e consequentemente adquirir as competências inerentes às especificidades do EEESMO, levando a uma progressiva autonomia supervisionada durante a prestação de cuidados.

### **1.2.2.3. Aprofundamento de Conhecimentos com Revisão Integrativa de Literatura**

A revisão integrativa da literatura é uma abordagem metodológica que procura sintetizar conhecimentos sobre uma determinada temática através da análise de resultados de estudos relevantes, destacando-se como uma ferramenta fundamental para a PBE, promovendo assim a aplicação de evidências sólidas na prática profissional e decisões clínicas informadas (Souza et al., 2010).

A revisão de literatura para aprofundamento de conhecimentos recaiu sobre a temática deste relatório “Prevenção do Trauma Perineal”, tendo por base a colheita de dados nas bases



de dados *PubMed*, *EBSCOhost*, *Cochrane Library* e na revista *BMC Pregnancy and Childbirth* e a utilização do software, gestor de referências, *Zotero 6.0.30*.

#### 1.2.2.4. Aprofundamento de Conhecimentos com Relato de Caso

O relato de caso destaca-se pela capacidade de proporcionar uma análise pormenorizada e aprofundada de um fenómeno específico, com o objetivo de relatar observações, diagnósticos, tratamentos e resultados associados a um caso em particular, permitindo assim uma compreensão detalhada e contextualizada do objeto de estudo, com vista a compreender a singularidade e globalidade dos casos, simultaneamente (Figueiredo & Amendoeira, 2018). A PBE classifica hierarquicamente os níveis de evidência com base na abordagem metodológica de investigação e, embora os relatos de caso sejam considerados de nível 4, ou seja, de baixo nível de evidência, é concomitantemente o nível de investigação mais concreto para os estudantes iniciarem a sua motivação de pesquisa (Aromataris & Munn, 2020; Figueiredo & Amendoeira, 2018)

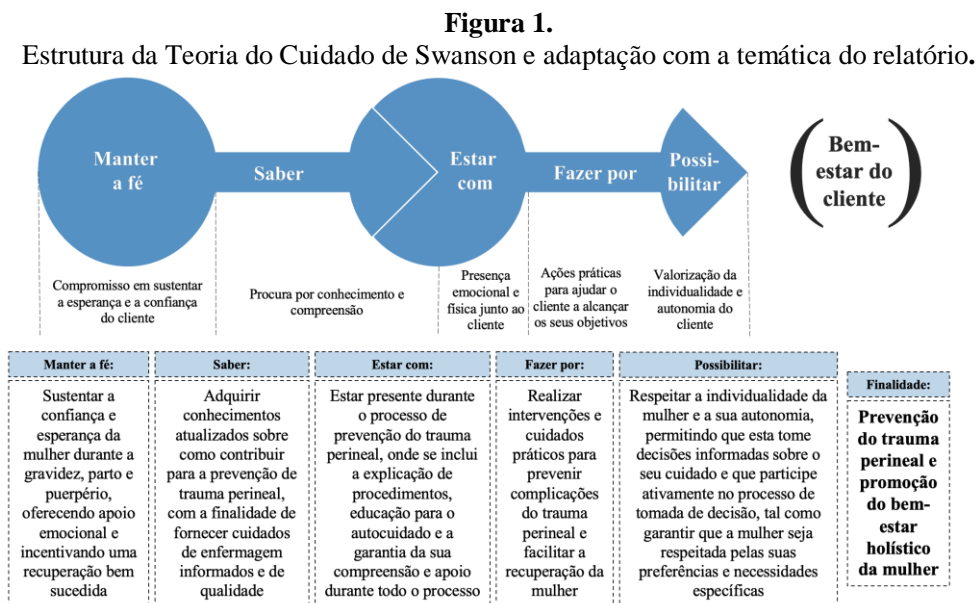
No decorrer do ENPRF no contexto clínico de Internamento de Puerpério, existiu a oportunidade de realizar um relato de caso sobre “Pré-eclâmpsia no puerpério”. A temática suscitou bastante interesse, uma vez que houve a possibilidade de lidar diversas vezes com situações clínicas complexas referentes a esta patologia durante o decurso do estágio. Foi ainda possível verificar a necessidade de aprofundar a temática junto da equipa de enfermagem e desta forma realizar uma Formação em Serviço sobre o mesmo relato de caso, como é possível verificar no Apêndice A.

#### 1.2.2.5. Aplicação de Modelo Teórico

Os Modelos Teóricos de Enfermagem contribuem para a evolução da prática clínica, aprimorando a qualidade do atendimento prestado e proporcionando uma base sólida para o avanço da profissão de enfermagem (McEwen & Wills, 2019). Com a finalidade de enriquecer a prática clínica e solidificar o processo de aprendizagem, considerou-se assim essencial a orientação através de um Modelo Teórico de Enfermagem, neste caso a Teoria do Cuidado, de Kristen Swanson (1991). A utilização de Modelos Teóricos de Enfermagem é extremamente importante para a prática clínica, pois é através destes que é fornecida a estrutura conceitual que orienta e baseia as ações de enfermagem, tornando a “arte de cuidar” mais sistemática, abrangente e eficaz e, ainda, auxiliar o enfermeiro a compreender o melhor significado das suas intervenções, tal como a ter em conta todas as dimensões do cuidar – aspetos físicos, emocionais, sociais, culturais e espirituais (McEwen & Wills, 2019).

Para o EEESMO é assim importante seguir um modelo assistencial holístico, trabalhando em parceria com a mulher, de forma a adequar os cuidados de enfermagem especializados às suas necessidades individuais, ou seja, colocando a mulher no centro da sua prestação de cuidados (*International Confederation of Midwives*, 2021). O modelo teórico de Swanson permite realçar o aspeto humano do cuidado de enfermagem, considerando o cuidado como uma ação interpessoal e holística, que vai além do simples tratamento de sintomas físicos e processo de cura (Swanson, 1991). Ao considerar o trauma perineal como um desafio sensível e significativo no contexto da saúde da mulher, esta teoria enfatiza a importância do cuidado holístico provido pelo EEESMO.

A teoria de Swanson foi desenvolvida a partir de vários estudos fenomenológicos, onde fornece orientações sobre estratégias eficazes para a prática dos cuidados de enfermagem e é composta por cinco elementos do cuidado: “Manter a fé”, onde o enfermeiro estabelece o compromisso de sustentar a esperança e a confiança da pessoa; “Saber”, onde o enfermeiro procura por conhecimentos e compreensão; “Estar com”, onde o enfermeiro deve estar presente emocional e fisicamente junto à pessoa ; “Fazer por”, onde o enfermeiro aplica ações para ajudar a pessoa a alcançar os seus objetivos e “Possibilitar”, onde o enfermeiro valoriza a individualidade e autonomia da pessoa, culminando no bem-estar integral da pessoa (Swanson, 1991). A autora defende ainda que as pessoas são seres únicos e em transformação dotadas de experiências de vida, influenciadas pela herança genética, pelo dom espiritual e pela capacidade de livre arbítrio (Swanson, 1991). Na figura 1, foi demonstrada e sistematizada a estrutura da Teoria do Cuidado e, à posteriori, adaptado cada elemento com a finalidade da temática abordada.



Fonte: Adaptação de Swanson (1991)

## **2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

A realização do mestrado, remete para a aquisição de novas competências, mas também, como contributo para a melhoria na prestação de cuidados. Este capítulo detalha as estratégias utilizadas para promover a PBE e concludentemente os contributos deste processo para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

### **2.1. CONCETUALIZAÇÃO**

#### **2.1.1. Introdução**

O TP e o nascimento são, na maioria dos casos, processos fisiológicos, apesar de serem também processos bastante complexos (Costa et al., 2017). Pela atuação das forças ativas e passivas do TP, o parto vaginal acontece quando se dá a expulsão do feto por via vaginal (Jost et al., 2018).

Durante o parto, a mulher vivencia várias experiências em simultâneo, dentro dessas experiências, as consequências poderão ser a curto ou a longo prazo na sua saúde e bem-estar (Carneiro & Couto, 2017; Healy et al., 2020). O trauma perineal é uma das causas de morbidade decorrentes do parto vaginal e a sua ocorrência está relacionada a diversos fatores, tais como características maternas, intervenções obstétricas realizadas durante a gravidez e TP e as características do feto (Jost et al., 2018; Souza et al., 2020).

Durante o TP, o trauma perineal define-se como qualquer lesão na região do períneo, podendo ser decursivo de lacerações espontâneas ou da realização de episiotomia (Ferreira et al., 2018). A laceração perineal espontânea pode ser classificada em quatro graus: 1.º grau – laceração unicamente da pele ou mucosa do períneo; 2.º grau – laceração envolvendo os músculos perineais mas não envolvendo o esfíncter anal; 3.º grau: laceração envolvendo o complexo do esfíncter anal e 4.º grau – laceração envolvendo o complexo do esfíncter e o epitélio anal (ACOG, 2014). A episiotomia é muitas vezes utilizada por médicos e enfermeiros obstetras com o objetivo de prevenir lacerações espontâneas graves ou em risco de asfíxia fetal (Carneiro & Couto, 2017; Ferreira et al., 2018).

O trauma perineal está associado a dor perineal crónica, dispareunia, hemorragia no pós-parto, incontinência urinária e fecal, limitações na díade mãe-filho, depressão pós-parto e, em caso de futura gravidez, aumenta o risco de novo trauma perineal (Ferreira et al., 2018; Rodrigues et al., 2019; Smith et al., 2017; Ugwu et al., 2018). Tendo em conta estes factos, é imperativo o EEESMO implementar intervenções de forma a prevenir a incidência e reduzir a gravidade do trauma perineal e, deste modo, promover uma experiência de parto positiva.

Existem diversas medidas preventivas que podem ser utilizadas antes e durante o parto, no entanto, a sua eficácia é controversa. Deste modo, tornou-se relevante realizar uma revisão integrativa da literatura, tendo por base a questão norteadora: “Em mulheres que estejam sujeitas a um parto vaginal, quais as intervenções que o EEESMO pode realizar para prevenir o trauma perineal ou reduzir a sua severidade?”.

A revisão integrativa da literatura apresenta-se como uma metodologia que sintetiza conhecimentos através dos resultados de estudos significativos, caracterizando-se como um instrumento da PBE (Souza et al., 2010). O objetivo desta revisão é analisar as intervenções, quer durante a gravidez como no TP, que possam prevenir o trauma perineal e consequentemente reduzir as morbilidades a ele associadas.

### **2.1.2. Metodologia**

O processo de elaboração de uma revisão integrativa da literatura divide-se em seis etapas: elaboração da questão norteadora, seleção da amostra, colheita de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e conclusões da revisão (Dantas et al., 2022). Deste modo, esta revisão, seguiu as linhas orientadoras sugeridas.

Definir uma questão norteadora é crucial para a realização de uma revisão integrativa da literatura e esta deve ser clara e focalizada, pois é através dela que serão determinados os estudos abrangidos (Dantas et al., 2022; Souza et al., 2010). A estratégia PICO auxilia na construção da questão norteadora e na busca de evidências, mostrando ser eficiente na resolução da questão clínica, recuperando evidências científicas nas bases de dados (Araújo, 2020). PICO é o acrónimo para Paciente ou Problema, Intervenção, Comparação e *Outcome* ou Resultados (Araújo, 2020; Dantas et al., 2022; C. Santos et al., 2007), assim, na tabela 3, é possível observar a decomposição dos componentes da estratégia PICO, a questão norteadora que se moldou, os Descritores em Ciência da Saúde e as palavras-chave utilizados para cada componente.

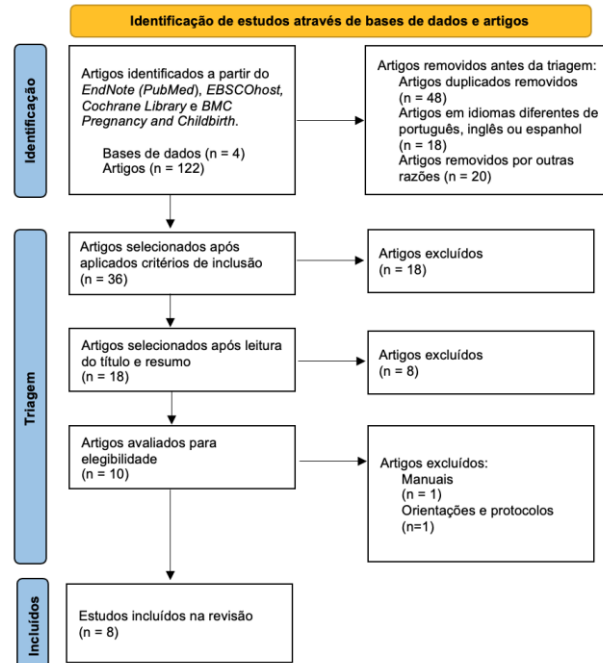
**Tabela 3.**  
Estratégia PICO.

	<b>P</b> (População/Problema)	<b>I</b> (Intervenção)	<b>C</b> (Comparação)	<b>O</b> (Outcome/Resultado)
	Grávidas ou parturientes que estejam sujeitas a um parto vaginal	Conjunto de ações (do EEESMO) que minimizem o trauma perineal	Nenhum tratamento	Reduzir a incidência ou severidade do trauma perineal
<b>Questão Norteadora</b>	Em mulheres que estejam sujeitas a um parto vaginal, quais as intervenções que o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica pode realizar para prevenir o trauma perineal ou reduzir a sua severidade?			
<b>Descritores em Ciências da Saúde</b>	<i>Obstetric Delivery</i>	<i>Primary Prevention</i>	-	<i>Injuries; Perineum</i>
<b>Palavras-chave</b>	Parto Vaginal	Prevenção Primária; Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica	-	Trauma Perineal

Fonte: Elaboração própria

De forma a elaborar a revisão e com o propósito de responder à questão de investigação “Em mulheres que estejam sujeitas a um parto vaginal, quais as intervenções que o EEESMO pode realizar para prevenir o trauma perineal ou reduzir a sua severidade?”, realizou-se uma colheita de dados, no período de novembro e dezembro de 2022, nas bases de dados *PubMed*, *EBSCOhost*, *Cochrane Library* e na revista *BMC Pregnancy and Childbirth*. Foram utilizados, para busca dos artigos, os Descritores em Ciências da Saúde “*Obstetric Delivery*”, “*Primary Prevention*”, “*Injuries*” e “*Perineum*” com os operadores booleanos “AND” e “OR” entre si, obtendo um total de 122 artigos. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram artigos disponibilizados na íntegra e publicados nas referidas plataformas nos últimos 5 anos e os critérios de exclusão foram artigos em idiomas diferentes de português, inglês ou espanhol e artigos repetidos. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram analisados 8 artigos. Este processo de seleção encontra-se esquematizado através de um fluxograma (Figura 2), tendo por base a declaração *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* [PRISMA] (Page et al., 2021). Após seleção dos artigos, procedeu-se a uma análise criteriosa dos mesmos, extraindo características e evidências de cada artigo, compilando-os de forma descritiva numa tabela (Tabela 4), de forma a identificar e categorizar facilmente cada um dos artigos.

**Figura 2.**  
Fluxograma PRISMA - seleção de artigos.



Fonte: adaptação de Page et al. (2021)

### 2.1.3. Resultados

Para responder aos objetivos e questão norteadora propostos, sucedeu-se uma análise criteriosa e descritiva dos artigos selecionados (Tabela 4), nomeadamente a base de dados de origem, o título, os autores e o ano de publicação, o tipo de abordagem metodológica, a amostra, os objetivos, os resultados e/ou conclusões dos artigos. Para identificar a qualidade metodológica dos artigos, realizou-se a classificação dos mesmos quanto ao nível de evidência. A PBE enfoca na classificação hierárquica de evidências, dependendo da abordagem metodológica escolhida para a concretização de um estudo (Galvão, 2006). A hierarquia das evidências, segundo *The Joanna Briggs Institute*, resume-se em 5 níveis: nível 1: estudos experimentais (revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados); nível 2: estudos quase experimentais; nível 3: estudos observacionais analíticos (estudos de coorte e caso-controlo); nível 4: estudos observacionais descritivos (estudos seccionais, relatos de caso e estudo de caso); nível 5: opiniões de especialistas e bancos de investigações (Aromataris & Munn, 2020).

**Tabela 4.**  
Análise dos artigos seleccionados.

Origem	Título	Autores e ano de publicação	Abordagem / Amostra (n) / Nível de Evidência	Objetivos do estudo	Resultados / Conclusões
PubMed	<i>Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials</i>	(Abdelhaki m et al., 2020)	Revisão sistemática com meta-análise de 11 ensaios clínicos randomizados. Os ensaios clínicos incluem grupo de controlo e grupo de intervenção. (n=5 223)  Nível 1	Identificar a influência da massagem perineal quanto aos desfechos de episiotomias, lacerações perineais, dor perineal, duração do 2.º estadio do TP, cicatrização de feridas perineais, incontinência urinária e fecal e índice de Apgar ao 1.º e 5.º minuto.	A massagem perineal pré-natal reduziu a incidência de episiotomias e lacerações perineais de 3.º e 4.º grau. A massagem reduziu o tempo do 2.º estadio do TP, a dor perineal no pós-parto e a incontinência fecal. Não existe relação significativa na incontinência urinária e a massagem. Em relação ao grupo de controlo, a massagem pré-natal melhorou a cicatrização dos traumas do parto. A realização de massagem perineal pré-natal melhorou o score de índice de apgar ao 5.º minuto, não influenciando o 1.º minuto. A falta de informações sobre a realização da técnica, o tabu em torno da massagem perineal, a dificuldade pela realização da técnica sozinha e o cansaço fácil são fatores que influenciam a realização da técnica.
PubMed	<i>Perineal Massage for Prevention of Perineal Trauma and Episiotomy During Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis</i>	(Venugopal et al., 2022)	Meta-análise de 10 ensaios clínicos randomizados de mulheres com gravidez simples, com apresentação cefálica e de termo. (n=4 088)  Nível 1	Avaliar o efeito da massagem perineal durante o final do 1.º e início do 2.º estadio do TP quanto à taxa de episiotomias e ao risco de laceração perineal.	O estudo indica que existe uma redução razoável de lacerações de 1.º grau quando realizada a massagem perineal durante o TP e uma redução significativa de lacerações de 2.º, 3.º e 4.º grau após massagem. Quanto ao períneo íntegro após o parto, os estudos indicam que existe uma probabilidade significativamente maior quando realizada a massagem perineal. A massagem também se prevê como redutora da probabilidade de realizar episiotomias. Na maioria dos estudos, a massagem perineal foi feita com os dedos médio e indicador das parteiras e leve alongamento do períneo por dentro, com ou sem o uso de lubrificante hidrossolúvel, por muito que a técnica em si não seja especificada. Muitos dos estudos, utilizaram várias técnicas para prevenção do trauma perineal em simultâneo, nesta meta-análise, isolou-se a utilização da massagem durante o TP.

Prevenção do trauma perineal: Contributos do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica

PubMed	<p><i>Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials</i></p>	<p>(Pierce-Williams et al., 2019)</p>	<p>Revisão sistemática com meta-análise de 5 estudos randomizados que incluíram mulheres com gravidez simples, com apresentação cefálica, a termo, submetidas a parto vaginal espontâneo. (n=7 287)</p> <p>Nível 1</p>	<p>Avaliar se a técnica <i>hands-on</i> durante o parto vaginal resulta em menor incidência de trauma perineal do que a técnica <i>hands-off</i>.</p>	<p>A técnica <i>hands-on</i> foi associada a um aumento de lacerações de 3.º (2,6% versus 0,7%) e de episiotomia (13,6% versus 9,8%) em comparação com a técnica <i>hands-off</i>. Quando comparadas relativamente ao períneo íntegro, lacerações de 1.º, 2.º e 4.º grau, não houve diferenças significativas. A técnica <i>hands-on</i> referida é a manobra de Ritgen modificada. Esta é uma meta-análise que enfoca apenas a técnica <i>hands-on</i>, sem confundir os resultados com outras técnicas no período expulsivo para proteger o períneo, como massagem, compressas quentes ou manobra de Ritgen.</p>
BMC Pregnancy and Childbirth	<p><i>Which elements were significant in reducing obstetric anal sphincter injury? A prospective follow-up study</i></p>	<p>(Rasmussen et al., 2021)</p>	<p>Estudo de corte longitudinal que inclui mulheres com gravidez simples, de idade gestacional superior a 22 semanas, submetidas a parto vaginal. (n= 10 383)</p> <p>Nível 3</p>	<p>Analisar os cuidados para prevenir lacerações perineais graves.</p>	<p>Foi aplicado um modelo com 5 elementos para prevenir a laceração perineal grave: 1) comunicação eficaz; 2) fácil visualização do períneo durante a expulsão da cabeça fetal; 3) mão inteira na cabeça do feto para abrandar o parto; 4) sustentação do períneo com a outra mão; 5) formação certificada da parteira na prevenção de trauma. A 30% das mulheres não foram aplicados os 5 elementos (17% não foi utilizado o apoio das mãos no períneo, 11% das parteiras não tinha formação certificada, 90% manteve comunicação eficaz, períneo visível e mão na cabeça fetal). A taxa de laceração grave foi inferior a 2%. A taxa de lacerações graves foi aumentada por nuliparidade, analgesia epidural, distocia tratada com ocitocina, episiotomia e maior peso ao nascer. O peso ao nascer aumentou o risco de lacerações graves de forma mais proeminente em mulheres nulíparas. A posição de pé ao nascer em mulheres nulíparas foi associada a mais casos com lacerações graves.</p>
PubMed	<p><i>Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis</i></p>	<p>(Magoga et al., 2019)</p>	<p>Meta-análise de 7 ensaios clínicos randomizados. (n=2 103)</p> <p>Nível 1</p>	<p>Avaliar a eficácia de compressas quentes durante o 2.º estadio do TP na redução do trauma perineal.</p>	<p>A utilização de compressas quentes no 2.º estadio do TP está associado a uma maior taxa de períneo íntegro e menor taxa de trauma perineal, nomeadamente lacerações sem necessidade de sutura ou episiotomia. Não foi claro o tempo e a temperatura a que as compressas se devem aplicar nos estudos analisados, sendo esta uma limitação do estudo.</p>



*Prevenção do trauma perineal: Contributos do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica*

<p><i>PubMed</i></p>	<p><i>Is Ritgen's maneuver associated with decreased perineal lacerations and pain at delivery?</i></p>	<p>(Aquino et al., 2020)</p>	<p>Meta-análise de 3 estudos randomizados incluindo gravidezes simples com apresentação cefálica a termo ou perto de termo submetidas a parto vaginal espontâneo. (n=1 589)</p>	<p>Analisar se a manobra de Ritgen durante o parto vaginal tem efeito sobre os riscos de trauma perineal.</p>	<p>Os resultados não demonstram diferença significativa entre a utilização da manobra de Ritgen e lacerações graves e demonstram um aumento reduzido de dor no pós-parto em relação à não aplicação da manobra, no entanto ao aplicar a manobra, vê-se reduzida a taxa de lacerações de 1.º grau. A manobra de Ritgen pode ser aplicada de diferentes formas, podendo assim alterar resultados, sendo esta a limitação do estudo.</p>
Nível 1					
<p><i>PubMed</i></p>	<p><i>Perineal massage during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials</i></p>	<p>(Aquino et al., 2019)</p>	<p>Revisão sistemática com meta-análise de estudos randomizados em primíparas, com apresentação cefálica, superior a 36 semanas. (n=3 374)</p>	<p>Avaliar se as técnicas de massagem perineal durante o parto vaginal diminuem o risco de trauma perineal.</p>	<p>As mulheres que receberam massagem perineal durante o TP tiveram uma incidência significativamente menor de trauma perineal grave comparativamente às que não receberam massagem. A incidência de períneo íntegro foi significativamente maior no grupo que foi sujeito à massagem perineal periparto, inversamente proporcional à taxa de realização de episiotomia, que foi significativamente menor. Em mulheres múltíparas, não foram observadas diferenças significativas nos subgrupos de massagem perineal versus sem massagem perineal. A massagem perineal no final do TP foi associada a uma redução significativa nas lacerações de 3.º e 4.º graus.</p>
Nível 1					
<p><i>PubMed</i></p>	<p><i>Effects of perineal preparation techniques on tissue extensibility and muscle strength: a pilot study</i></p>	<p>(Freitas et al., 2019)</p>	<p>Estudo piloto randomizado com grupo de controlo a mulheres a partir das 34 semanas de gravidez. (n=27)</p>	<p>Avaliar o efeito do alongamento assistido por instrumento versus a aplicação da massagem perineal anteparto na extensibilidade e força dos músculos do assoalho pélvico.</p>	<p>40% das mulheres que realizaram alongamentos assistidos com instrumento (balão insuflável acoplado a uma bomba manual de extinção de pressão) apresentaram períneo íntegro após o parto, ao contrário das mulheres que realizaram massagem perineal, nenhuma tendo apresentado períneo íntegro após o parto. Nenhuma mulher, em ambos os grupos, apresentou lacerações de 3.º ou 4.º grau. Os resultados do estudo demonstram que tanto a massagem perineal como a utilização do balão inflável são igualmente capazes de aumentar a extensibilidade, não afetando a força dos músculos do assoalho pélvico. O alongamento dos músculos diminui o pico de tensão da musculatura e, conseqüentemente, diminui o risco de lesões. Apesar da falta de significância estatística, a utilização da bomba inflável aparenta ser mais eficiente que a massagem perineal anteparto, ainda que ambas contribuam para a redução da taxa e grau de lacerações.</p>
Nível 2					

Fonte: Elaboração própria

#### **2.1.4. Discussão de Resultados**

Tendo por base os artigos seleccionados, procedeu-se a uma leitura criteriosa dos resultados, comparando os mesmos com obras de referência. Com o intuito de responder à questão norteadora e objetivo propostos, e de acordo com os resultados obtidos, estes foram agrupados em 5 categorias:

- 1) Preparação do períneo durante a gravidez;
- 2) Massagem perineal durante o TP;
- 3) Aplicação de compressas quentes durante o 2.º estadio do TP;
- 4) Posição materna e esforços expulsivos durante o 2.º estadio de TP;
- 5) *Hands-on* e *hands-off* durante a fase ativa do 2.º estadio do TP.

##### **1) Preparação do períneo durante a gravidez**

Nesta análise, Abdelhakim et al. (2020) afirmam que a massagem perineal durante a gravidez reduz significativamente a incidência de lacerações perineais de 3.º e 4.º grau. O resultado deste estudo vai de acordo com vários estudos realizados anteriormente e à posteriori, nomeadamente, numa meta-análise, onde estavam compreendidos 16 estudos randomizados que comparavam a realização e a não realização da massagem perineal na gravidez, incluindo uma amostra de 6487 mulheres primíparas, divididas, 3211 e 3276, entre o grupo onde se realizava massagem perineal e o grupo de controlo, respetivamente (Chen et al., 2022).

Chen et al. (2022) comprovam, através do seu estudo, que com a realização de massagem perineal na gravidez, apenas 33,2% das mulheres apresentou alguma lesão, comparativamente com os 36,2% das mulheres que não realizou massagem. Destas lacerações, Chen et al. (2022) ainda comprovaram que, 6,1% foram de 3.º ou 4.º grau, aquando da realização da massagem, comparando com os 8,2% das lacerações de 3.º ou 4.º grau no grupo de controlo.

A episiotomia durante o parto é também uma causa comum de trauma perineal (Carneiro & Couto, 2017). Abdelhankim et al. (2020) afirmam que a massagem reduz a incidência de episiotomia. No estudo de Chen et al. (2022) foi possível verificar que a apenas 26,4% das mulheres foi realizada episiotomia quando comparadas às mulheres do grupo de controlo, que atingiu os 30,2%, corroborando a redução de incidência de episiotomia.

A ACOG, nas suas recomendações para prevenção do trauma perineal, em 2018, comprovava também a redução da incidência de trauma perineal, com necessidade de sutura, tal como redução da incidência de episiotomia, principalmente em mulheres sem qualquer parto

vaginal anterior, quando estas eram submetidas a massagem perineal durante a gravidez (ACOG, 2018).

A massagem perineal permite a preparação dos vários tecidos do períneo para o parto, estimulando a circulação sanguínea tecidual e criando uma equação inversamente proporcional entre o aumento da elasticidade e a diminuição da resistência da musculatura do períneo durante a distensão causada pela expulsão do feto (Carneiro & Couto, 2017; Chen et al., 2022). O trauma perineal pode levar a diversas complicações na vida da mulher, entre elas, a dor perineal (Ferreira et al., 2018; Rodrigues et al., 2019). Abdelhakim et al. (2020) descobriram que a massagem pode reduzir a incidência de dor perineal no pós-parto, justificando que o aumento da circulação sanguínea irá promover a cicatrização no caso de trauma, para além de que reduzir a incidência de trauma, em si, fará reduzir a dor no pós-parto, ou seja, referem a redução da dor como um efeito colateral, no entanto, não especificam em que momento é avaliada a dor.

Chen et al. (2022) comprovaram que a massagem reduz a dor perineal ao fim de três meses após o parto, verificando que, das mulheres que realizaram massagem, apenas 10,3% referiram dor ao fim de três meses, em comparação com os 16% de mulheres que não realizaram massagem. Quanto à observação da dor no final do terceiro dia após o parto, os autores não observaram diferença significativa na dor perineal em ambos os grupos.

No entanto, apesar destes estudos, a ACOG comprovou, ainda em 2018, que só as mulheres que já tinham partos vaginais anteriores é que referiram uma redução de dor perineal ao fim de três meses, baseando-se num estudo em que a amostra incluía 376 mulheres (ACOG, 2018). Esta disparidade de resultados pode estar relacionada com o tamanho da amostra utilizada em ambos os estudos, sendo nitidamente menor que a amostra do estudo de Chen et al. (2022).

Quanto à incontinência urinária, não houve diferença significativa quando comparados os grupos, em qualquer um dos estudos analisados (Abdelhakim et al., 2020; ACOG, 2018; Carneiro & Couto, 2017; Chen et al., 2022). Já relativamente à incidência de incontinência fecal, tal como a justificativa para a dor, reduz como efeito colateral, sendo que a massagem reduz a severidade da laceração, consequentemente reduz a incidência de incontinência fecal, segundo Abdelhakim et al. (2020). Já para Chen et al. (2022), não houve diferença significativa nos dados.

Abdelhakim et al. (2020) refere como limitação, para a realização da massagem perineal na gravidez, o assunto ainda ser tabu na sociedade, algo que também é relatado por Carneiro & Couto (2017), sugerindo a necessidade de ser um tema importante de abordar pelo EEESMO durante a gravidez, inclusive nos cursos de preparação para o nascimento.

Como já referido, a massagem perineal durante a gravidez, ajuda a relaxar e a alongar a musculatura do períneo e, para além desta técnica, a utilização de um dispositivo que consiste num balão de silicone conectado a uma bomba de ar, pode ajudar a fortalecer a musculatura do assoalho pélvico, preparando-a para o parto (Kavvadias & Hoesli, 2016). O dispositivo é colocado no canal vaginal e insuflado gradualmente, exercendo pressão nos músculos pélvicos, semelhantes à pressão exercida pela cabeça fetal durante o parto (Pereira et al., 2015).

Freitas et al. (2019) diz-nos que, no seu estudo com uma amostra de 27 mulheres, houve maior índice de períneo íntegro nas mulheres que realizaram alongamento da musculatura pélvica com o dispositivo comparando com mulheres que apenas realizaram massagem perineal durante a gravidez. Já Kavvadias & Hoesli (2016) concluíram que a utilização deste dispositivo pode diminuir a incidência de trauma perineal quer espontâneo como artificial, no entanto, constataram também que a significância estatística é baixa, devido às pequenas amostras utilizadas nos estudos analisados e também por não ser específico a utilização de outras técnicas concomitantemente, podendo influenciar os resultados. Para ambos os autores, a utilização do dispositivo providencia o alongamento dos músculos do assoalho pélvico, diminuindo o pico de tensão desta musculatura e, conseqüentemente, diminuindo o risco de lesões (Freitas et al., 2019; Kavvadias & Hoesli, 2016).

## **2) Massagem perineal durante o TP**

A massagem perineal durante o TP contribui para a prevenção do trauma perineal por meio de vários mecanismos, sendo que a aplicação de pressão suave e contínua sobre os tecidos perineais ajuda a aumentar a flexibilidade e a elasticidade desses tecidos, preparando-os para a distensão que ocorre durante o parto.

Na meta-análise de Venugopal et al. (2022), a massagem perineal durante o TP demonstrou uma redução razoável de lacerações de 1.º grau e uma redução significativa de lacerações de 2.º, 3.º e 4.º grau, além de aumentar a probabilidade de manter o períneo íntegro após o parto. Além disso, essa técnica também se mostrou eficaz na diminuição de realização de episiotomias (Venugopal et al., 2022).

Lopes et al. (2021), num artigo que discute a importância da massagem perineal durante o TP, realizaram uma revisão integrativa da literatura e num dos estudos analisados nesta, com uma amostra de 724 mulheres primíparas, evidencia que a massagem perineal reduz o risco de lacerações perineais de diferentes graus, bem como a necessidade de episiotomias, promovendo ainda a manutenção do períneo íntegro após o parto, corroborando a meta-análise de Venugopal (2022).

Também a revisão sistemática com meta-análise de Aquino et al. (2019) mostrou que a massagem perineal, em primíparas, durante o TP resultou numa menor incidência de trauma perineal grave em comparação com o grupo que não realizou massagem, para além de que as mulheres que receberam massagem perineal apresentaram uma maior incidência de períneo íntegro, enquanto a taxa de episiotomias foi significativamente menor. Relativamente a mulheres múltíparas, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos que realizou massagem perineal e o que não realizou massagem perineal (Aquino et al., 2019).

Marcos-Rodríguez et al. (2023) abordam a eficácia da massagem perineal na prevenção do trauma perineal e morbidade pós-parto através de uma revisão sistemática e meta-análise de estudos clínicos randomizados, constatando que a massagem perineal reduz o risco de lacerações perineais graves, episiotomias e morbidades pós-parto, como dor perineal e dispareunia.

Conclui-se que todos os estudos analisados (Aquino et al., 2019; Lopes et al., 2021; Marcos-Rodríguez et al., 2023; Venugopal et al., 2022) comprovam a importância da massagem perineal durante o TP como sendo uma intervenção eficaz e segura na promoção de melhores desfechos perineais durante o parto vaginal, proporcionando benefícios para a saúde da mulher e contribuindo ainda para que esta vivencie uma experiência de parto mais positiva.

### **3) Aplicação de compressas quentes durante o 2.º estadio do TP**

A utilização de compressas embebidas em água quente, comumente denominadas de compressas quentes, durante o parto é uma prática que tem sido adotada como uma medida preventiva de trauma perineal, sendo estas aplicadas na região perineal durante o 2.º estadio do TP, com o objetivo de promover relaxamento muscular, melhorar a elasticidade dos tecidos e facilitar a distensão durante a expulsão do feto (Faraz et al., 2022). A aplicação de calor na região perineal ajuda a aumentar a circulação sanguínea local, o que pode contribuir para uma melhor oxigenação dos tecidos e uma resposta mais eficaz às exigências físicas do parto e, além disso, o calor promove relaxamento muscular, reduz a tensão na área perineal e pode aliviar a dor durante as contrações e os esforços expulsivos (Faraz et al., 2022; Hong et al., 2022). Ao relaxar a musculatura do períneo, as compressas quentes também ajudam a reduzir a resistência à passagem da cabeça fetal pelo canal de parto, contribuindo para uma distensão mais suave e gradual dos tecidos perineais, diminuindo assim o risco de trauma perineal (Hong et al., 2022).

Na meta-análise de Magoga et al. (2019), analisada neste trabalho, com uma amostra de 2,103 mulheres, os resultados indicaram que o uso de compressas perineais quentes resultou na redução significativa de trauma perineal, comparando 22,4% de períneos íntegros em mulheres

onde foram aplicadas compressas quentes contra 15,4% em mulheres a quem não foram aplicadas e 54,1% contra 47,1% de lacerações onde não foi necessário sutura aquando da utilização ou não de compressas quentes, respetivamente. No entanto, este estudo foi limitado pela variação de temperatura da água, tempo e extensão da área de aplicação das compressas, tal como pela variação de técnicas utilizadas durante o 2.º estadio do TP.

Embora os resultados não sejam isolados de outras técnicas, algumas pesquisas indicam benefícios positivos. Por exemplo, o artigo de Modoor et al. (2021) investigou o efeito da utilização de compressas quentes na prevenção de lacerações perineais e na intensidade da dor durante o 2.º estadio do TP. O estudo envolveu 100 mulheres em TP e comparou dois grupos: um grupo que recebeu compressas quentes aplicadas no períneo e um grupo de controlo. Os resultados mostraram que a utilização de compressas quentes reduziu significativamente a incidência de lacerações perineais, especialmente as de 2.º grau e, além disso, o grupo que utilizou compressas quentes apresentou uma redução na intensidade da dor durante o 2.º estadio do TP em comparação com o grupo de controlo.

Apesar de isoladamente não ser possível garantir um benefício, com os resultados apresentados através dos estudos de Faraz et al. (2022), Magoga et al. (2019) e Modoor et al. (2021), os resultados mostraram que a utilização de compressas quentes foram efetivas na redução do trauma perineal grave. Assim, estes achados sugerem que a utilização de compressas quentes pelo EEESMO podem desempenhar um papel importante na prevenção do trauma perineal durante o parto.

#### **4) Posição materna e esforços expulsivos durante o 2.º estadio do TP**

Vários estudos têm apresentado resultados contraditórios em relação à preservação da integridade perineal na posição durante o parto. Enquanto alguns estudos indicam que a posição vertical favorece a integridade perineal, outros sugerem exatamente o contrário. As posições verticalizadas durante o TP apontam vantagens tais como o efeito facilitador da força da gravidade, maior eficiência e intensidade da força da contração uterina, a diminuição do risco de compressão da veia cava e, conseqüentemente, melhor oxigenação do feto no período expulsivo, tal como o aumento dos diâmetros pélvicos ântero-posterior e transversal materno nas posições de cócoras e ajoelhada (Amaro et al., 2021).

Na revisão sistemática de Rocha et al. (2020), onde foram incluídos 26 estudos clínicos, com o objetivo de comparar a adoção de posições verticalizadas durante o 2.º estadio do TP à posição de litotomia, de modo a prevenir o trauma perineal, indicaram que as posições verticalizadas foram associadas a uma redução significativa da realização da episiotomia. No

entanto, houve divergências entre os estudos quanto à prevenção de laceração perineal, com alguns estudos sugerindo que a posição vertical favorece a preservação do períneo e outros apresentando resultados opostos. Essa heterogeneidade considerável entre os estudos impossibilitou a obtenção de uma conclusão definitiva.

Na análise do estudo de Rasmussen et al. (2021), verificou-se que a posição verticalizada durante o parto aumentou a taxa de lacerações perineais e, em concordância com Rocha et al. (2020), a taxa de episiotomia apresentou uma redução significativa aquando da adoção desta posição.

Souza et al. (2020) realizaram um estudo transversal, com 226 primíparas, com ênfase na comparação entre a posição no período expulsivo do parto e a realização de episiotomia, onde se constatou que todas as parturientes sujeitas a episiotomia, adotaram a posição horizontal durante a fase ativa do período expulsivo, mais especificamente, 17,4% das mulheres estavam na posição de decúbito dorsal, enquanto 82,6% delas adotaram a posição semi-sentada. Apesar desses dados, a nível de lesão espontânea, o estudo concluiu que não houve associação entre as posições horizontal e vertical no 2.º estágio de TP e laceração perineal, demonstrando que não existe maior probabilidade de lacerações perineais, independentemente da posição escolhida pela parturiente (Souza et al., 2020).

Já Carneiro & Couto (2017), no seu estudo, revelam que a adoção da posição de decúbito lateral aumentou significativamente a taxa de períneos íntegros, corroborando a informação anteriormente estudada por Albers et al. (1996) onde foram analisados um total de 3049 partos e concluíram que a posição lateral esquerda estava associada a um maior número de períneos íntegros em comparação com a posição de litotomia, que por sua vez apresentou um maior número de casos de trauma perineal.

Através estudos analisados, apesar de Rasmussen et al. (2021) afirmar o aumento da taxa de lacerações em posições verticalizadas e Carneiro & Couto (2017) referir o aumento de períneos íntegros na posição de decúbito lateral, pela diferença estatística pouco significativa, não foi possível afirmar qual a melhor posição a adotar durante a fase ativa do período expulsivo. Apenas foi possível verificar que a realização de episiotomia por parte dos profissionais se torna mais evidente aquando de posições horizontais, facto verificado em todos os estudos analisados neste trabalho. Este facto também foi verificado pela ACOG (2018), apesar da qualidade estatística ser considerada baixa.

No mesmo artigo da ACOG (2018), é ainda possível verificar que a associação da posição de decúbito lateral em conjunto com esforços expulsivos espontâneos aumentou a taxa de períneos íntegros. Os esforços expulsivos durante o 2.º estágio do TP são importantes e

indispensáveis para a descida e nascimento do feto, podendo estes ser espontâneos ou dirigidos, no entanto, esses mesmos esforços podem estar associados a um risco de trauma perineal (Ducarme et al., 2019).

Na pesquisa de Lemos et al. (2017), que incluiu 21 estudos, com uma amostra total de 3,763 mulheres, divididas em dois grupos, onde num grupo realizaram esforços expulsivos espontâneos e no outro grupo realizaram esforços dirigidos, revelou não existir diferenças estatísticas significativas, entre os dois grupos de mulheres com lacerações perineais. A ACOG (2018) refere, num estudo que incluiu 2,953 mulheres, que, isoladamente, a realização de esforços expulsivos espontâneos ou dirigidos não apresentou diferenças nas taxas de laceração perineal ou de utilização de episiotomias. Concluindo-se, assim, que os esforços expulsivos poderão ser espontâneos ou dirigidos, não existindo consenso sobre a estratégia ideal para facilitar o período expulsivo e as pesquisas são contraditórias quanto à sua influência quer a nível materno como a nível fetal.

Em suma, e em concordância com a ACOG (2018), não é possível recomendar uma posição ou tipo de esforço expulsivo em detrimento de outro para reduzir o risco de trauma perineal, devendo a mulher ter liberdade de escolha e desta forma tornar o momento do parto numa experiência mais positiva.

### **5) *Hands-on* e *hands-off* durante a fase ativa do 2.º estadio do TP**

Durante o TP, o EEESMO pode adotar diferentes abordagens para prevenir lacerações perineais, sendo duas dessas abordagens comumente utilizadas, conhecidas como técnicas *hands-on* (mãos sobre) e *hands-off* (mãos posicionadas). A técnica *hands-on*, envolve o contato físico direto do profissional com o períneo da parturiente durante a fase de expulsão fetal (Huang et al., 2020). Nesta abordagem, o EEESMO pode aplicar pressão controlada no períneo, oferecendo suporte e auxiliando na orientação do movimento da cabeça do feto durante a passagem pelo canal de parto com o objetivo de reduzir a resistência muscular do períneo e controlar a deflexão gradual da cabeça fetal (Huang et al., 2020). Por outro lado, a técnica *hands-off* envolve uma abordagem mais observacional, na qual o EEESMO monitoriza o progresso da cabeça fetal sem realizar intervenções físicas diretas no períneo (Huang et al., 2020). Nessa abordagem, o EEESMO pode aplicar uma leve pressão em caso de expulsão rápida do feto, mas evita tocar diretamente o períneo, com o objetivo de permitir um parto mais fisiológico (Huang et al., 2020). Ambas as técnicas têm os seus benefícios e considerações.

No estudo analisado, Pierce-Williams et al. (2019) referem que a técnica *hands-on*, especificamente a manobra de Ritgen modificada, foi associada a um aumento na incidência de



lacerações de 3.º grau (2,6% versus 0,7%) e de episiotomias (13,6% versus 9,8%) em comparação com a técnica *hands-off*, no entanto, quando se trata de lacerações de 1.º, 2.º e 4.º graus, bem como de um períneo íntegro, não foram observadas diferenças significativas entre as técnicas *hands-on* e *hands-off*.

Concordando em parte, ao que referem Lima et al., (2020), na sua revisão sistemática de literatura, composta por 14 estudos, onde demonstram que a técnica *hands-off* tem sido associada a taxas menores de lacerações de 3.º e 4.º graus em comparação com a técnica *hands-on*, indicando ainda que a técnica *hands-off* tem sido preferida em partos de baixo risco nos diversos estudos. Além disso, alguns autores dos estudos observados sugerem que manter a mão no períneo durante a técnica *hands-on* pode resultar numa diminuição do fluxo sanguíneo, aumentando assim o risco de trauma (Lima et al., 2020).

Ainda na revisão de Lima et al. (2020), um dos estudos com uma amostra de 1076 mulheres, concluiu que 32,5% das mulheres do grupo *hands-on* e 35,8% do grupo *hands-off* sofreram lesões do assoalho pélvico, no entanto, 2,7% do grupo *hands-on* desenvolveram lacerações de 3.º grau em comparação com 0,9% do grupo *hands-off*, acrescentando ainda que no grupo *hands-on* 17,9% foram submetidas a episiotomia, em comparação com 10,1% do grupo *hands-off*. Noutro estudo idêntico mas com uma amostra de 70 nulíparas, foi descrito que o uso das técnicas *hands-on* ou *hands-off* não alterou a incidência ou o grau de lacerações perineais (Lima et al., 2020). Já para Rasmussen et al. (2016), aplicando a técnica *hands-on*, foi possível reduzir a incidência de rutura do esfíncter de 7,0% para 3,4% e a taxa de episiotomia nesse grupo específico de mulheres era de 9,6%, passando a 8,4%.

Rasmussen et al. (2016) aplicaram um projeto interventivo de melhoria de qualidade, utilizando 4 aspetos cruciais dentro da técnica *hands-on*: 1) Comunicação estabelecida, ou seja, uma decisão compartilhada com a mulher de realizar esforços expulsivos dirigidos aquando da expulsão da cabeça fetal para diminuir a velocidade do parto; 2) Visualização do períneo durante a expulsão da cabeça fetal; 3) Mão íntegra na cabeça fetal exercendo pressão sobre a mesma para diminuir a velocidade do parto; 4) Suporte perineal durante a expulsão da cabeça fetal, constituindo um apoio firme no períneo e, ao mesmo tempo, facilitando a deflexão natural da cabeça.

A técnica *hands-off* procura promover um parto mais natural e minimizar intervenções (Huang et al., 2020). Paiva (2018) concluiu que as mulheres que foram assistidas utilizando a técnica *hands-off* tiveram uma maior probabilidade de apresentar lacerações perineais, porém a maioria dessas lacerações foi de 1.º grau, sendo superficiais e não exigindo sutura, cicatrizando rapidamente, contrariamente ao estudo realizado por Aquino et al. (2020). Por outro lado,

mulheres assistidas pelo método *hands-on* tiveram uma maior probabilidade de serem submetidas a episiotomia, um procedimento mais invasivo que requer sutura perineal e está associado a um maior risco de complicações no pós-parto (Paiva, 2018), em concordância com Pierce-Williams et al. (2019) e Lima et al. (2020).

Goma et al. (2020) compreenderam, no seu estudo randomizado controlado, que a técnica *hands-on* teve um efeito significativo na redução da taxa de lacerações perineais, diminuindo o grau das lacerações perineais, assim como a necessidade de reparação em comparação com a técnica *hands-off*, após a exclusão de vários fatores de risco significativamente associados à ocorrência de lacerações perineais, também em concordância com os estudos de Aquino et al. (2020) e Pierce-Williams et al. (2019).

Segundo as recomendações da ACOG (2018), na sua meta-análise, as técnicas de suporte perineal não foram bem descritas, o que dificulta a avaliação da qualidade da técnica *hands-on* ou *hands-off*, concluindo que as evidências atuais são insuficientes para recomendar uma prática específica.

É possível que a utilização da técnica *hands-on* previna lacerações em alguns casos específicos de TP, mas, por outro lado, é possível que para outros casos, a técnica seja inclusive prejudicial (Lima et al., 2020). Diante destes resultados, a utilização da técnica *hands-on* ou da técnica *hands-off* ainda é controversa, não existindo consenso na literatura sobre a compreensão da sua real utilidade na redução do risco ou gravidade no trauma perineal. É importante ressaltar que a escolha entre as técnicas deve ser feita levando em consideração as necessidades individuais da parturiente, assim como a avaliação contínua do progresso do TP, lembrando que cada caso é único e que a decisão sobre qual técnica adotar deve ser feita em conjunto pela equipa e pela parturiente, levando em consideração os riscos e benefícios de cada abordagem para uma experiência segura e positiva no parto.

### **2.1.5. Conclusão**

Embora o trauma perineal seja uma complicação frequente do parto vaginal, os sintomas associados, como a dor perineal, incontinência urinária, incontinência fecal e dispareunia, exercem um impacto significativo na saúde física e mental da mulher.

Concluiu-se que a preparação do períneo durante a gravidez, tanto a abordagem *hands-on* como a abordagem *hands-off* durante a fase ativa do período expulsivo, a massagem perineal durante o TP, a aplicação de compressas quentes no 2.º estadio do TP são consideradas medidas preventivas de trauma perineal.

Estas técnicas, e ainda a posição materna e o tipo de esforços expulsivos, têm sido objeto de estudos para reduzir lacerações perineais e a necessidade de episiotomia durante o parto, no entanto, as evidências disponíveis sobre a eficácia dessas intervenções e os seus efeitos em outros desfechos clínicos são limitadas e, em alguns casos, inconsistentes.

Para obter uma compreensão mais aprofundada da eficácia e impacto das técnicas perineais, são necessárias pesquisas adicionais. Estudos futuros devem se concentrar em avaliar, de forma isolada, diferentes técnicas perineais, com o objetivo de elucidar o seu verdadeiro potencial na prevenção do trauma perineal.

Além disso, é crucial que essas investigações incluam também a colheita de informações sobre as opiniões e preferências da mulher em relação às técnicas utilizadas. A consideração da perspectiva da parturiente/puérpera é fundamental para melhorar as decisões clínicas e garantir uma abordagem centrada na mulher.

O EEESMO deve basear a sua assistência em evidências científicas atualizadas, com enfoque na individualização do cuidado e no respeito às preferências da mulher, e deste modo contribuir para a redução de lesões perineais durante o parto com as melhores práticas, possíveis e disponíveis, para promover a segurança e o bem-estar materno-fetal.

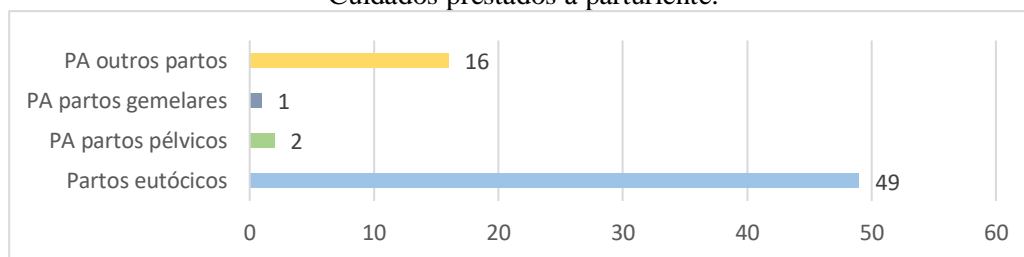
## 2.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA

Após a pesquisa e análise da literatura científica existente, referente à temática “Prevenção do Trauma Perineal”, tornou-se possível aplicar os conhecimentos adquiridos na prática clínica. Existem diversas abordagens quando se trata de prevenção do trauma perineal, sendo estas abordagens analisadas criteriosamente na revisão de literatura realizada. A seleção das medidas preventivas foi profundamente influenciada não somente pela orientação científica, como também pelas dinâmicas culturais e diretrizes da instituição, tal como pela experiência clínica das supervisoras responsáveis pelos contextos clínicos. Considerou-se também essencial incorporar as preferências individuais das parturientes, bem como as particularidades inerentes a cada TP. Esta abordagem holística, enriqueceu tanto a vertente prática como a validação do conhecimento teórico com a aplicação prática promovendo assim cuidados individualizados de saúde materna. Esta secção apresenta os resultados dos dados colhidos ao longo dos campos clínicos, por via do Partograma institucionalizado e do Boletim de Saúde da Grávida, sendo ambos instrumentos de cuidados nesta área de especialidade.

### 2.2.1. Caraterização da amostra

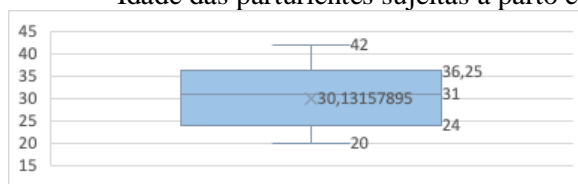
Foram prestados cuidados a 68 parturientes em sala de partos, sendo a amostra composta por 49 mulheres, a quem foram prestados cuidados durante o parto eutócico (Figura 3), com idades compreendidas entre os 20 e os 42 anos (Figura 4), no período de setembro de 2022 a junho de 2023.

**Figura 3.**  
Cuidados prestados à parturiente.



PA – Participação ativa  
Fonte: Elaboração própria

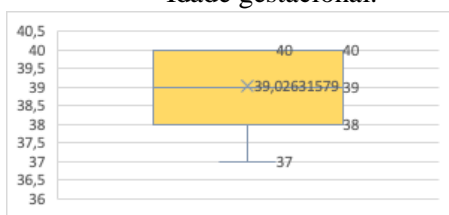
**Figura 4.**  
Idade das parturientes sujeitas a parto eutócico.



Fonte: Elaboração própria

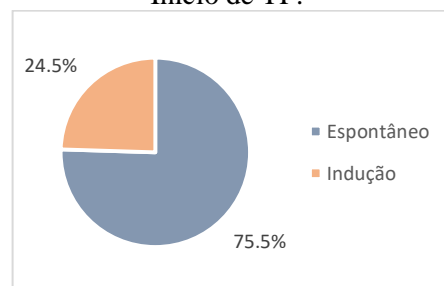
Quanto às caraterísticas obstétricas, a amostra apresentou uma média de idade gestacional de 39 semanas (Figura 5) e revelou que 75,5% iniciou o TP espontaneamente, comparativamente aos 24,5%, onde o TP foi induzido (Figura 6). Quanto ao índice de massa corporal, varia entre 19,5 e 39,3kg/m<sup>2</sup> (Figura 7). Da amostra, 43% (21 parturientes) eram primíparas, enquanto 57% (28 parturientes) eram múltíparas (Figura 8).

**Figura 5.**  
Idade gestacional.



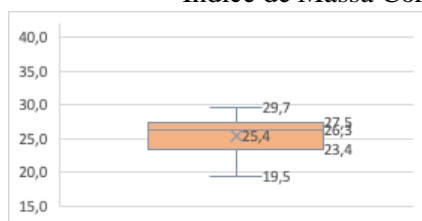
Fonte: Elaboração própria

**Figura 6.**  
Início de TP.



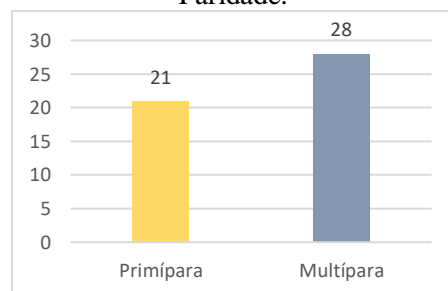
Fonte: Elaboração própria

**Figura 7.**  
Índice de Massa Corporal



Fonte: Elaboração própria

**Figura 8.**  
Paridade.



Fonte: Elaboração própria

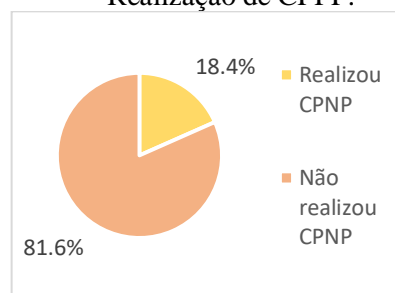
Quanto à vigilância da gravidez, apenas 1 das parturientes não a vigiou adequadamente, ou seja, realizou menos que 6 consultas durante toda a gravidez, critério definido pela DGS (2015) (Figura 9). Da amostra de parturientes, 18,4% realizou o CPPP, enquanto 81,6% não realizou (Figura 10).

**Figura 9.**  
Vigilância da gravidez.



Fonte: Elaboração própria

**Figura 10.**  
Realização de CPPP.

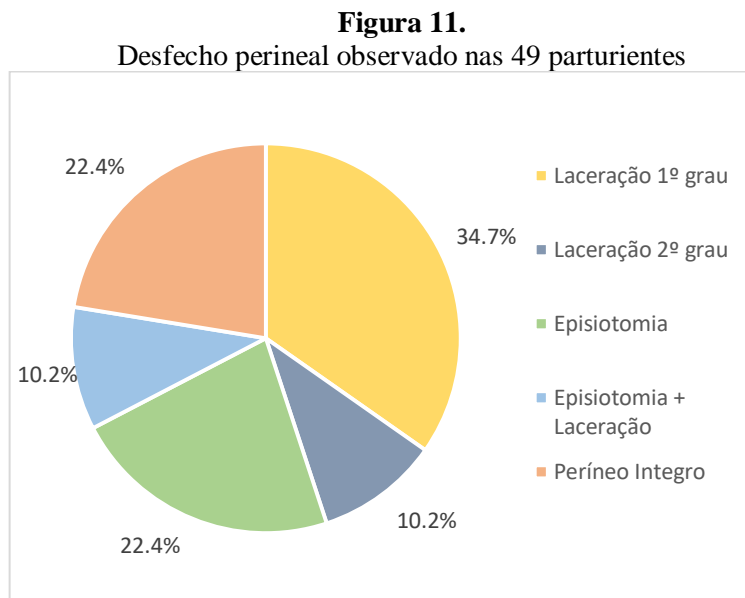


Fonte: Elaboração própria

### Desfecho perineal observado

Na figura 11, é possível observar o desfecho perineal obtido após prestados cuidados nos 49 partos eutócicos. Foi possível observar que 22,4% das parturientes permaneceu com o períneo íntegro após o parto, 34,7% com lacerações de 1.º grau, 10,2% com lacerações de 2.º

grau, 22,4% parturientes a quem foi realizada episiotomia e 10,2% a quem foi realizada episiotomia e ainda sofreu de algum tipo de laceração. Nesta amostra, nenhuma das parturientes sofreu lacerações quer de 3.º como de 4.º grau.



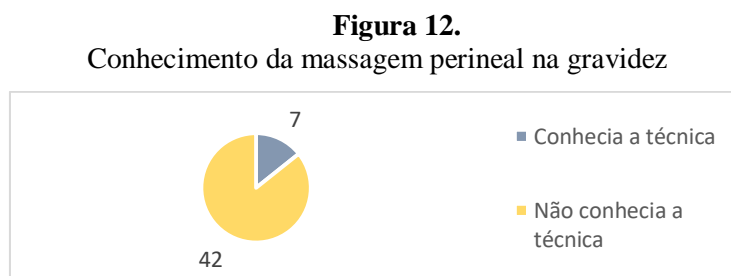
Fonte: Elaboração própria

## 2.2.2. Técnicas de prevenção de trauma perineal

As técnicas de prevenção de trauma perineal realizadas e observadas foram a massagem perineal na gravidez e durante o TP, a aplicação de compressas quentes, posição materna e hands-on ou hands-off durante o segundo estadio do TP.

### 2.2.2.1. Massagem perineal na gravidez

Das parturientes a quem foram prestados cuidados durante o parto eutócico, apenas 7 conheciam a técnica de massagem perineal que poderiam realizar durante a gravidez (Figura 12).



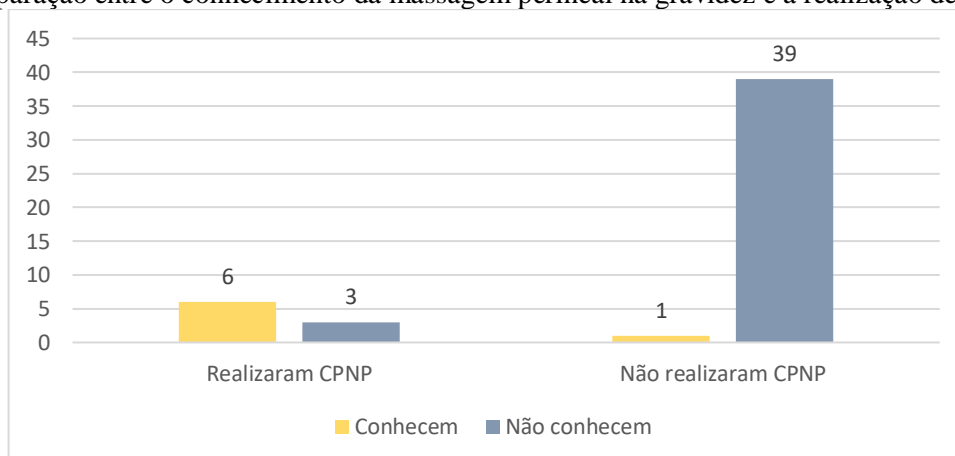
Fonte: Elaboração própria

Em 2016, a Mesa do Colégio de Enfermagem da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica [MCEESMO] lançou um parecer sobre como deveria ser abordado o CPPP, onde está incluída a fisiologia do TP, a dinâmica pélvica, a analgesia de parto, a relevância do puerpério e da sexualidade tanto na gravidez como no pós-parto (MCEESMO, 2016). Apesar de estar implícita em alguns destes pontos, a massagem perineal não se revela como indispensável de abordagem durante o curso, motivo pelo qual pode não ser tida em conta durante este momento de aprendizagem. Comparando a realização do CPPP e o conhecimento da massagem, apesar de dados pouco significativos, observou-se que 66,7% das grávidas que realizaram o CPPP conheciam a técnica de massagem, comparativamente, aos 2,5% de grávidas que conheciam a técnica, não tendo realizado CPPP (Figura 13).

Abordar a temática da massagem perineal durante a gravidez é uma intervenção de relevância significativa prestada pelo EEESMO, sendo que a massagem desempenha um papel crucial na preparação do períneo, visando diminuir o risco e grau de laceração tal como de episiotomias (Abdelhakim et al., 2020; Chen et al., 2022). Além destes benefícios físicos, ao abordar a massagem perineal, permite-se um espaço de diálogo e de confiança entre a grávida e o profissional de saúde, possibilitando uma abordagem holística, que engloba o bem-estar emocional e psicológico da mulher (Carneiro & Couto, 2017). Ao orientar adequadamente esta técnica, tendo em conta as preferências e características individuais da mulher, é possível proporcionar uma experiência de parto mais positiva.

**Figura 13.**

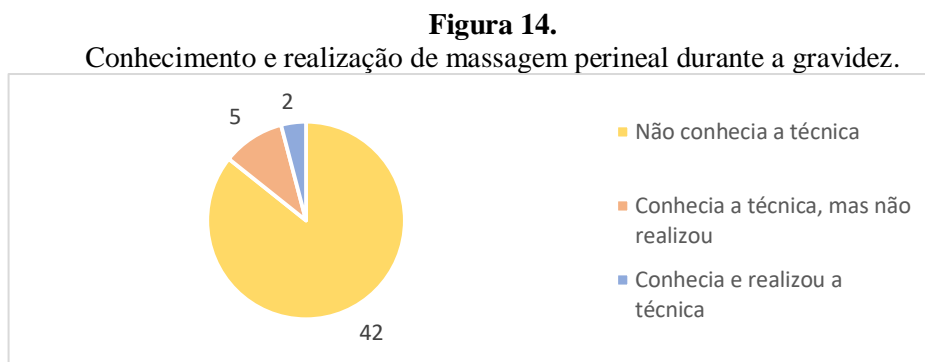
Comparação entre o conhecimento da massagem perineal na gravidez e a realização de CPPP.



Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao conhecimento da técnica comparando-o com a sua realização, apenas 2 das mulheres que conheciam a técnica a realizaram, o que corresponde a 28% das que conheciam e a 4% da amostra total (Figura 14).

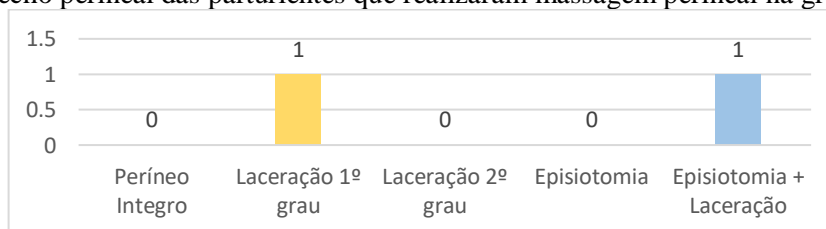
Na revisão de Beckmann & Stock (2013), que analisou 4 ensaios, com uma amostra de 2497 mulheres, que realizaram massagem perineal durante a gravidez, destas, 79% referiu que numa gravidez futura, repetiria a técnica e 87% recomendaria a técnica a outras mulheres. Os comentários referidos pelas mulheres incluíam desconforto, desagradável e até com alguma sensação dolorosa nas primeiras semanas de realização da técnica, apesar deste relato, referiram ainda que estas sensações desconfortáveis diminuíram ou desapareceram durante a segunda ou terceira semana de realização da técnica.



Fonte: Elaboração própria

Quanto ao grau de trauma apresentado no final do parto, ao realizar a massagem durante a gravidez, os dados foram pouco significativos, sendo que apenas 2 mulheres realizaram a massagem, os resultados corresponderam a 1 mulher com laceração de 1.º grau e 1 mulher com episiotomia + laceração (Figura 15). Já das mulheres que não realizaram, 11 apresentaram períneo íntegro, 16 laceração de 1.º grau, 5 com lacerações de 2.º grau, 11 com episiotomias e 4 com episiotomias + laceração (Figura 16).

**Figura 15.**  
Desfecho perineal das parturientes que realizaram massagem perineal na gravidez.

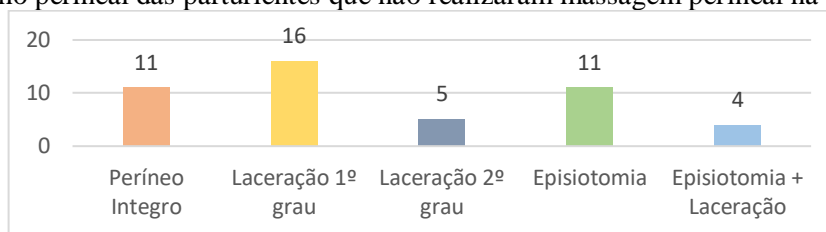


Fonte: Elaboração própria



**Figura 16.**

Desfecho perineal das parturientes que não realizaram massagem perineal na gravidez.



Fonte: Elaboração própria

### Conclusões:

A comparação de um gráfico com uma amostra de 2 parturientes e um gráfico com uma amostra de 47 parturientes revelou a limitação em tirar conclusões significativas devido ao tamanho reduzido das amostras.

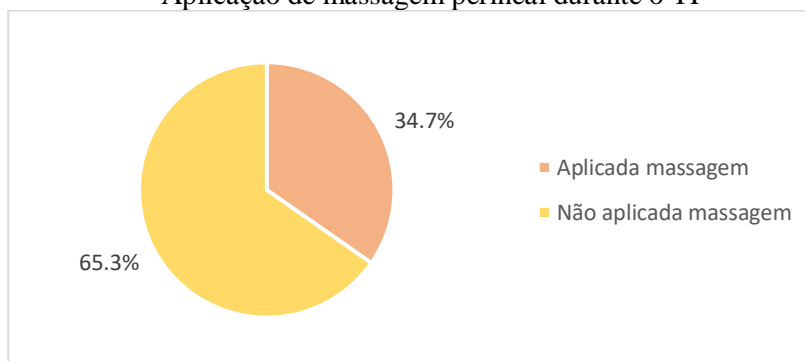
Como já verificado na revisão realizada, Abdelhakim et al. (2020) apontaram como uma limitação para a prática da massagem perineal, durante a gravidez, o fato de que esse assunto ser considerado tabu na sociedade, uma observação que também é compartilhada por Carneiro & Couto (2017), indicando a necessidade de dar maior ênfase à discussão desse tema, especialmente pelo EEESMO durante a gravidez, inclusive no CPPP.

#### 2.2.2.2. Massagem perineal durante o TP

Das parturientes a quem foram prestados cuidados durante o parto eutócico, a 34,7% foi aplicada a massagem perineal durante o TP, comparando com 65,3% das parturientes a quem não foi realizada massagem perineal (Figura 17). A massagem realizada durante o TP foi explicada e apenas foi realizada quando consentida pela mulher.

**Figura 17.**

Aplicação de massagem perineal durante o TP

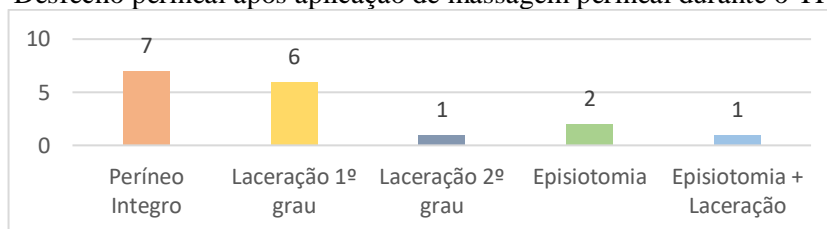


Fonte: Elaboração própria

Quanto ao grau de trauma apresentado no final do parto, ao realizar a massagem durante o TP, os resultados corresponderam a 7 mulheres com períneo íntegro quando realizada a massagem em comparação com 4 mulheres a quem não foi realizada massagem, 6 mulheres com laceração de 1.º grau quando realizada a massagem em comparação com 11 mulheres a quem não foi realizada massagem, 1 mulher com laceração de 2.º grau quando realizada a massagem em comparação com 4 mulheres a quem não foi realizada massagem, 2 mulheres com episiotomia quando realizada a massagem em comparação com 9 mulheres a quem não foi realizada massagem, 1 mulher com episiotomia + laceração quando realizada a massagem em comparação com 4 mulheres a quem não foi realizada massagem (Figura 18 e 19).

**Figura 18.**

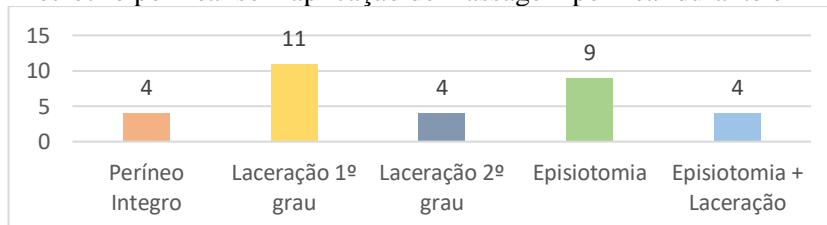
Desfecho perineal após aplicação de massagem perineal durante o TP.



Fonte: Elaboração própria

**Figura 19.**

Desfecho perineal sem aplicação de massagem perineal durante o TP.



Fonte: Elaboração própria

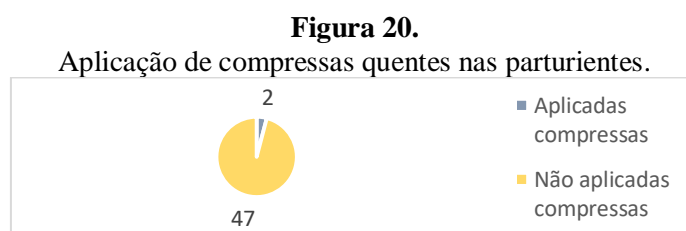
#### Conclusões:

Pelos gráficos descritos, foi possível perceber que 41% das mulheres a quem foi realizada massagem, apresentou períneo íntegro em comparação com 12,5% a quem não foi realizada massagem e quanto a episiotomias, 11,8% a quem foi realizada massagem comparativamente com 28,1% a quem não foi realizada massagem. Assim, através destes dados e de acordo com a revisão de literatura realizada, foi possível salientar e corroborando com o estudo de Venugopal (2022), que a realização da massagem perineal durante o TP reduziram a realização de episiotomias e aumentaram o número de períneos íntegros após o parto.

Apesar dos estudos comprovarem os benefícios da massagem perineal durante o TP, algumas parturientes não foram sujeitas a tal procedimento. Os motivos pelos quais a massagem não foi realizada a todas as parturientes incluíram a falta de oportunidade (por exemplo: TP precipitado), desconforto da parturiente, recusa da parturiente e posição desfavorável para a realização de massagem.

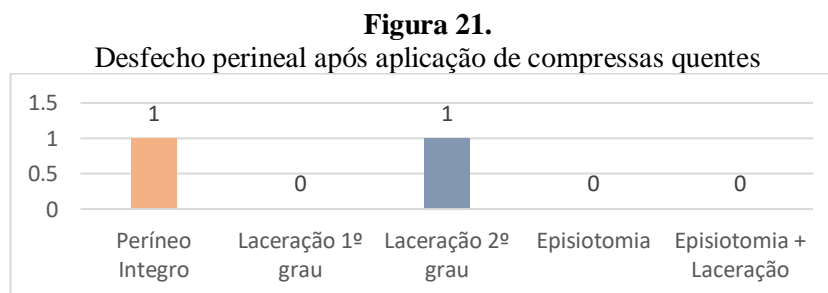
### 2.2.2.3. Aplicação de compressas quentes durante o 2.º estadio do TP

Das parturientes a quem foram prestados cuidados durante o parto eutócico, a 2 mulheres foram aplicadas compressas quentes durante o TP, enquanto a 47 parturientes não foram aplicadas compressas quentes (Figura 20). A aplicação de compressas quentes durante o TP foi explicada e apenas foi realizada quando consentida pela mulher.

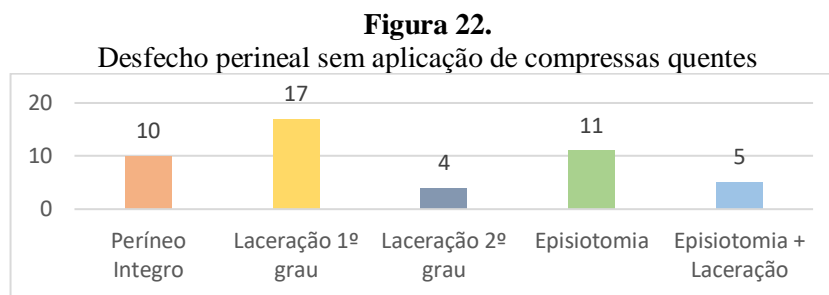


Fonte: Elaboração própria

Quanto ao grau de trauma apresentado no final do parto, ao aplicar compressas durante o TP, os dados foram pouco significativos, sendo que apenas 2 mulheres foram submetidas ao procedimento, os resultados corresponderam a 1 mulher com períneo íntegro e 1 mulher com laceração de 2.º grau (Figura 21). Já das mulheres que não realizaram, 10 apresentaram períneo íntegro, 17 laceração de 1.º grau, 4 com lacerações de 2.º grau, 11 com episiotomias e 5 com episiotomias + laceração (Figura 22).



Fonte: Elaboração própria



Fonte: Elaboração própria

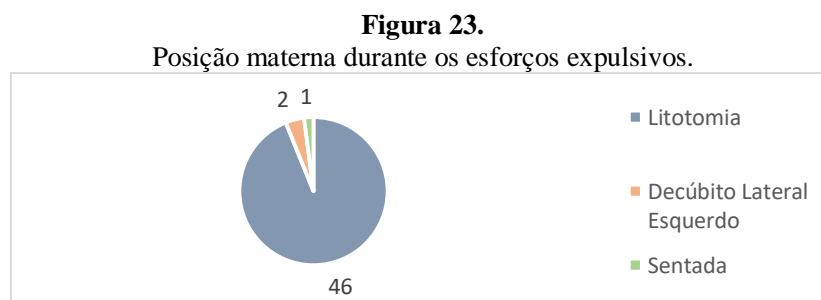
#### Conclusões:

Tal como na aplicação da massagem perineal na gravidez, a comparação de um gráfico com uma amostra de 2 parturientes e um gráfico com uma amostra de 47 parturientes revelou a limitação em tirar conclusões significativas devido ao tamanho reduzido das amostras.

Apesar da literatura referir a redução da severidade das lacerações, não foi possível realizar a técnica a todas as parturientes. Os motivos pelos quais não foram aplicadas compressas quentes a todas as parturientes incluíram a falta de oportunidade (por exemplo: TP precipitado), a falta de disponibilidade (por exemplo: gestão do número de parturientes atribuídas e tempo para preparação do material), desconforto da parturiente e falta de recursos.

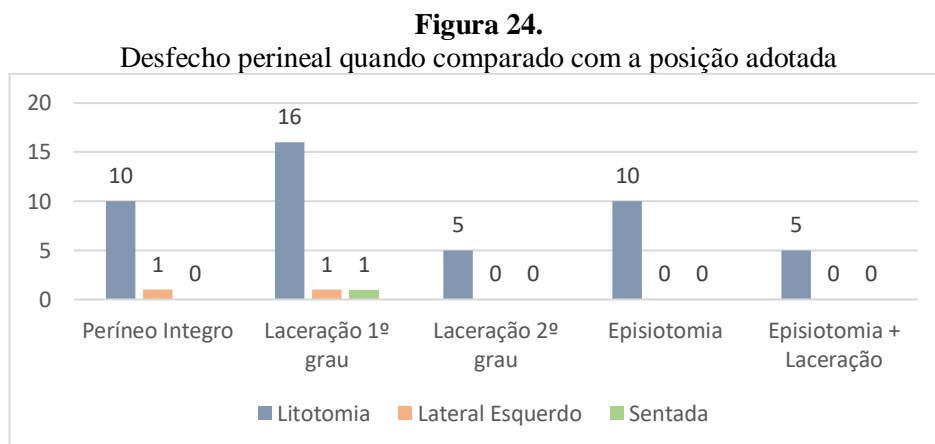
#### 2.2.2.4. Posição materna e esforços expulsivos durante o 2.º estadio do TP

Das parturientes a quem foram prestados cuidados durante o parto eutócico, 46 pariram na posição de litotomia, 2 em decúbito lateral esquerdo e 1 sentada (Figura 23). A posição adotada pelas parturientes foi escolhida pelas próprias no momento do parto, em algumas situações, na presença de analgesia epidural, por contraindicação dos médicos anestesistas, a mulher não tinha autorização médica para se levantar pelo risco de queda aumentado, apenas para mobilização no leito, pelo que, nestes casos, de forma a promover uma experiência de parto positiva, foram sugeridas diversas posições que poderiam ser adotadas no leito, sendo a escolha final da parturiente.



Fonte: Elaboração própria

Quanto ao grau de trauma apresentado no final do parto, das mulheres que pariram em posição de litotomia, 10 apresentaram um períneo íntegro, 16 lacerações de 1.º grau, 5 lacerações de 2.º grau, 10 episiotomias e 5 episiotomias + lacerações; das mulheres que pariram em decúbito lateral esquerdo, 1 apresentou períneo íntegro e 1 apresentou laceração de 1.º grau; a mulher que pariu na posição sentada apresentou uma laceração de 1.º grau (Figura 24).



Fonte: Elaboração própria

#### Conclusões:

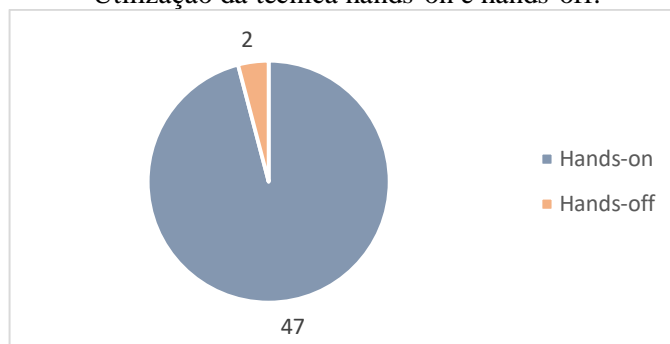
Quanto ao grau de trauma apresentado no final do parto, consoante a posição adotada, os dados foram pouco significativos, sendo que apenas 3 mulheres pariram em posições diferentes de litotomia, sendo assim inconclusivo o resultado. Já na revisão de literatura foi possível compreender que a posição adotada durante o parto também é controversa quanto à sua prevenção de trauma, assim e seguindo as diretrizes da ACOG (2018), não é apropriado fazer recomendações que favoreçam uma posição em detrimento de outras para minimizar o risco de trauma perineal. É essencial que a mulher tenha a liberdade de escolher, pois isso contribui para tornar o parto numa experiência mais positiva e personalizada para a mulher/casal.

Os motivos pelos quais as parturientes adotaram ou não determinadas posições tiveram relacionados com a segurança dos profissionais, a disponibilidade da parturiente, a eficácia da analgesia epidural e a falta de recursos (por exemplo: camas inadaptaadas, falta de cadeira de partos).

#### 2.2.2.5. *Hands-on* e *hands-off* durante a fase ativa do 2.º estadio do TP

Das parturientes a quem foram prestados cuidados durante o parto eutócico, em 47 foi aplicada a técnica de *hands-on*, caracterizada pela manobra de Ritgen modificada e nas restantes 2 a técnica *hands-off* (Figura 25).

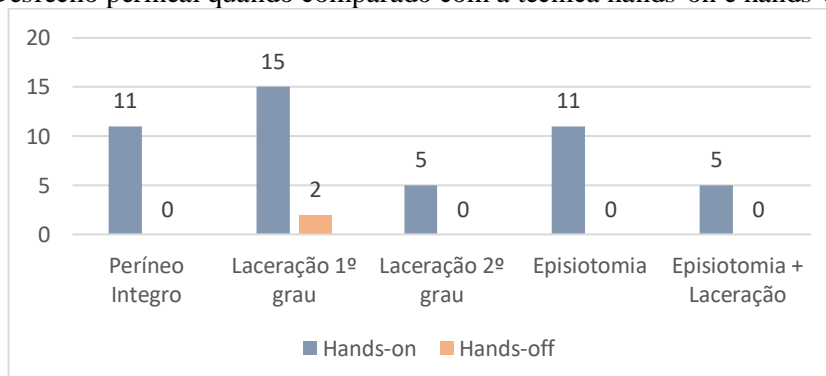
**Figura 25.**  
Utilização da técnica hands-on e hands-off.



Fonte: Elaboração própria

Quanto ao grau de trauma apresentado no final do parto, na técnica hands-on, 11 apresentaram períneo íntegro, 15 lacerações de 1.º grau, 5 lacerações de 2.º grau, 11 episiotomias e 5 episiotomias + lacerações, na técnica hands-off, as 2 parturientes apresentaram lacerações de 1.º grau (Figura 26).

**Figura 26.**  
Desfecho perineal quando comparado com a técnica hands-on e hands-off.



Fonte: Elaboração própria

Quanto ao grau de trauma apresentado no final do parto, dependendo da técnica, os dados foram pouco significativos, sendo que apenas a 2 parturientes não foi aplicada a técnica hands-on.

#### Conclusões:

Como analisado na revisão de literatura, a aplicação da técnica hands-on ou da técnica hands-off foi controversa, certos autores defendiam a técnica hands-on na prevenção de lacerações graves e episiotomias e outros defendiam que a técnica hands-off prevenia lacerações de 3.º grau e prevenia episiotomias. Assim, a seleção entre as técnicas deve ser

baseada nas necessidades específicas da parturiente, juntamente com uma avaliação contínua do TP, envolvendo uma consideração cuidadosa dos riscos e benefícios associados a cada técnica, de forma a garantir uma experiência segura e positiva durante o parto.

### **2.2.3. Considerações finais**

Pode afirmar-se que em todos os partos foram aplicadas práticas preventivas do trauma perineal, de forma a minimizar as possíveis comorbilidades associadas a este. As técnicas adotadas para prevenção do trauma não foram utilizadas de forma isolada e assim não sendo possível afirmar que uma técnica é melhor quando foram utilizadas várias técnicas em simultâneo.

Tal como na prática, nos estudos analisados na revisão de literatura também existiu a dificuldade de isolar uma única técnica, o que faz com que haja a necessidade de realização de mais estudos e, inclusive, estudos que explorem as experiências vivenciadas pelas parturientes.

### **3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

#### **3.1. COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS**

##### **3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal**

Competência A1: Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Sendo MESMO, tornou-se essencial integrar nos diversos contextos de estágio, nomeadamente no seio da equipa de enfermagem mas também no seio de toda a equipa multidisciplinar. Sendo identicamente necessário adquirir conhecimentos relativos a cada serviço, nomeadamente dinâmicas, consulta de protocolos implementados, de modo a sustentar a prática clínica.

O papel da enfermagem é crucial no cuidado da pessoa, e esse papel envolve uma série de interações e experiências influenciadas pelas suas vivências, fatores individuais e coletivos, bem como pelo seu aspeto subjetivo (The Health Foundation, 2016). Na aplicação prática de enfermagem, o enfermeiro depara-se com situações complexas, que surgem de reações comportamentais e emocionais vivenciadas pela pessoa ao enfrentar o processo de vulnerabilidade que é estar dependente dos cuidados de alguém (Charlo et al., 2021).

A prestação de cuidados centrados na pessoa manifesta-se mediante o estabelecimento de uma relação de parceria entre a pessoa e o enfermeiro, sendo facilitada pela tomada de decisões compartilhada. O cuidado centrado na pessoa transcende unicamente a satisfação dos seus desejos individuais e é um sinal de respeito pelas suas preferências, implicando colaborar ativamente com a pessoa para identificar e implementar estratégias de cuidados adequadas às suas necessidades específicas (Charlo et al., 2021; Serra et al., 2021). Assim, ao longo do percurso de estágio, procurou-se prestar cuidados à mulher/casal respeitando as suas opções através de ensinamentos, para que de forma autónoma mas informada pudessem delinear as suas decisões.

Os momentos de estágio fazem parte essencial da formação em enfermagem, expondo desde cedo o MESMO à realidade dos cuidados e propondo-o a ultrapassar as dificuldades de estar num contexto real (Cabete et al., 2016). Perante o contato com as mulheres, a apresentação



e esclarecimento enquanto MESMO foi essencial, de forma que houvesse a possibilidade de escolherem outro profissional de saúde para a prestação de cuidados especializados, em caso de preferência.

O artigo n.º106 do Código Deontológico que rege a profissão de Enfermagem prevê que o Enfermeiro tem o dever de guardar sigilo profissional sobre o que toma conhecimento enquanto profissional e apenas partilha informações pertinentes com os que se encontram implicados no plano terapêutico da pessoa (OE, 2015). Assim, o princípio do sigilo torna-se fundamental na prática profissional e foi respeitado, durante o decurso do ENPRF, tanto na prestação direta de cuidados como na realização de trabalhos escritos garantindo a confidencialidade das pessoas envolvidas. Foi realizado um relato de caso “Pré-eclâmpsia no Puerpério”, no decurso do estágio em Internamento de Puerpério, onde a permissão da puérpera foi consentida antes da colheita de quaisquer informações, tal como a sua identificação foi ocultada.

Competência A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Durante o percurso do ENPRF, foi possível mostrar de forma consistente um compromisso com o respeito pelos princípios dos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais que regem a profissão de Enfermagem. O respeito pelas convicções, crenças e valores culturais das mulheres e famílias fizeram parte crucial do processo de aprendizagem, independentemente das diferentes etnias, culturas e nacionalidades.

O período letivo decorrido acometeu, a nível mundial, várias situações de risco, como por exemplo, a Guerra na Ucrânia, que através de dados colhidos pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, legalmente trouxe para Portugal 56 528 refugiados ucranianos, entre eles mulheres grávidas, muitas das quais que viajaram sozinhas, sem a sua pessoa significativa. Foram vários os momentos deparados com mulheres oriundas da Ucrânia, como refugiadas, sozinhas, vulneráveis e apenas a conseguirem comunicar na sua língua materna, onde não havia a presença do acompanhante significativo, apenas à distância de um telefonema, pelo que era imprescindível todo o apoio emocional e recurso a métodos de comunicação como tradutores online ou outros profissionais fluentes na língua. Também mulheres oriundas de outros países como a Índia, Nepal, Bangladesh e Marrocos fizeram-se presentes nas salas de partos e internamentos, muitas das quais que apenas sabiam falar a sua língua materna, mas maioria fazia-se acompanhar de companheiros que conseguiam comunicar em inglês ou português. A barreira linguística foi considerada um fator problemático ao longo da prestação de cuidados. A comunicação considerada eficaz permite uma melhor satisfação da pessoa e

consequentemente uma maior adesão aos cuidados de saúde, adaptando o método comunicativo às capacidades cognitivas, tanto a nível cultural, educacional como a nível de crenças e valores de cada pessoa.

Quando ao plano de parto, este é um registo, de natureza legal, onde a mulher/casal demonstram as suas expectativas e escolhas sobre os cuidados que desejam receber durante o TP e o período de puerpério imediato, levando em consideração as suas crenças, preferências e necessidades pessoais (OE, 2015). A ACOG e a *American Academy of Pediatrics* concluíram que a criação de um plano de parto não apenas aprimora a comunicação entre a mulher/casal e o enfermeiro, contribuindo também para uma experiência de parto positivo (Pinheiro & Sardo, 2020). Sempre que as mulheres apresentavam planos de parto, sob forma escrita ou verbal, dentro das limitações dos serviços, e primando pela sua saúde e pelo bem-estar materno-fetal, estes eram discutidos e esclarecidos em equipa com o casal, e cumpridos todos os desejos possíveis, de forma a proporcionar uma experiência de parto positiva e respeitosa.

### **3.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade**

Competência B1: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Competência B2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Priorizar a qualidade na área da saúde desempenha um papel fundamental na redução de riscos evitáveis, na melhoria dos cuidados de saúde e na igualdade e respeito na prestação destes cuidados. Conforme definido pela DGS (2015), a qualidade na área da saúde traduz-se na oferta de cuidados acessíveis e equitativos, mantendo um alto padrão profissional e tendo em conta os recursos, tanto humanos como materiais, disponíveis. Em 2021, aprovado pela Assembleia Ordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ficaram definidas diretrizes sobre as melhores práticas e critérios de qualidade para os cuidados de enfermagem prestados pelo EEESMO, sendo que estes asseguram a segurança, eficácia e excelência de cuidados na área de saúde materna e obstétrica (MCEESMO, 2021).

No decorrer do ENPRF, no serviço de Internamento de Puerpério, tornou-se possível a participação na formação em serviço, na qualidade de formadora, sendo a elaboração acompanhada pela Supervisora Clínica e pela Professora Orientadora, com o título de: “Pré-eclâmpsia no Puerpério” (Apêndice A). Foi ainda possível, durante o percurso de estágio, a participação no XXIV Encontro Nacional & VIII Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (Anexo A) e no Congresso Internacional – Percursos da

Investigação em Enfermagem (Anexo B). As experiências previamente mencionadas desempenham um papel vital no processo de aprendizagem, de forma a melhorar a formação contínua, traduzindo-se numa consolidação dos conhecimentos fundamentais e na aquisição de novos conhecimentos, que, por sua vez, aprimoram as competências do “cuidar”.

Competência B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro.

O ambiente desempenha um papel essencial nos cuidados de enfermagem conforme foi delineado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (MCEESMO, 2021). Este ambiente, no qual os indivíduos habitam e evoluem, é composto por elementos que abrangem as dimensões humanas, físicas, políticas, económicas e culturais, fatores esses que desempenham um papel determinante na influência dos estilos de vida de cada um e, conseqüentemente exercem um impacto significativo no conceito de saúde (OE, 2015). Assim, o enfermeiro tem o dever de promover constantemente a segurança do doente, realizando a gestão de um ambiente seguro e terapêutico, controlando riscos que ameacem a qualidade dos cuidados.

No âmbito do contexto de estágio de Bloco de Partos, em situações de parturientes com dor alusiva ao TP, foi adaptada a prática, recorrendo a medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor, promovendo a presença da pessoa significativa durante todo o processo, regulando a temperatura e luminosidade tal como explicando todos os procedimentos, fatores estes que promoveram um ambiente seguro para a mulher/casal. A discussão do plano de partos com a mulher/casal foi também um momento de ensino e aprendizagem, onde foi possível promover um ambiente seguro e terapêutico, pois os desejos e diferenças culturais promoveram naturalmente diferentes reações e atitudes por parte das parturientes e quando explicados tornaram a experiência de parto mais informada, segura e positiva. Ainda no mesmo contexto de estágio, foi possível desenvolver a técnica denominada de “Impressão de Placentas”, técnica esta aprendida noutra contexto e trazida como melhoria, tal como disseminada com os restantes profissionais de saúde e pares, onde foi promovida a humanização de cuidados também prevista pela OE, no artigo 89.º do seu Código Deontológico (OE, 2015). Para além da sua aplicação e disseminação, foi realizada também uma colheita de palavras-chave percebidas quer pelos casais, quer pelos profissionais aquando da entrega da impressão da placenta após o parto. Esta ação de humanização encontra-se explanada no Apêndice B.

### **3.1.3. Gestão dos Cuidados**

Competência C1: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

Durante a realização do ENPRF nos diversos contextos de estágio, observou-se uma efetiva colaboração entre os diferentes profissionais que compõem a equipa multidisciplinar, sendo que cada categoria profissional que faz parte da equipa desempenha um papel fundamental e possui habilidades específicas mas todos trabalham em conjunto com o propósito unificado de proporcionar a mais alta qualidade de cuidados no atendimento às mulheres, casais e famílias.

Um dos momentos demonstrativos da gestão realizada pelo Enfermeiro Especialista, em modo de exemplo, reflete-se à vigilância do TP, pois de acordo com as competências específicas inerentes à especialidade do EEESMO, a assistência da gravidez de baixo risco é assumida pelo EEESMO e caso ocorra algum desvio à normalidade, no decorrer do TP, o EEESMO tem a competência tanto de identificar a situação como de pedir colaboração e encaminhar a situação para outros profissionais habilitados, de forma a solucionar o problema.

A escala de Goodwin Modificada é uma ferramenta utilizada na obstetrícia para avaliar o risco de complicações obstétricas e deve ser utilizada pelo EEESMO em cada consulta com a grávida (OE, 2015). Assim, outro momento demonstrativo, ainda dentro da assistência da gravidez de baixo risco, principalmente em contexto de Cuidados de Saúde Primários, ao ser identificado um risco igual ou superior a 3, segundo a escala de Goodwin, surgia o pedido de colaboração e encaminhamento da situação para os profissionais habilitados a tal, para uma vigilância específica dessa gravidez.

Competência C2: Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

A gestão individual dos cuidados de saúde desempenha um papel crucial para assegurar a continuidade e excelência dos cuidados prestados. No decurso do ENPRF nos diversos locais, constatou-se que a gestão de recursos é fundamental para que seja possível garantir a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Existem diversos modelos assistenciais em enfermagem, no entanto, em todos os locais de estágio, excepcionando o Centro de Saúde, foi aplicado o conceito de Cuidado Integral, que reflete o enfermeiro como responsável por todos os aspetos de cuidado de uma ou mais mulheres, sendo que o mesmo é o prestador de todos os cuidados de enfermagem à mesma mulher durante o turno, tendo as vantagens de uma prestação de cuidados holísticos, contínuos e especializados, uma total responsabilidade pela mulher com mais autonomia e uma

continuidade da comunicação tanto com a mulher, como com a família e a restante equipa multidisciplinar (Sousa et al., 2017). No contexto da enfermagem de saúde materna e obstétrica, este conceito é fundamental por orientar a prática do EEESMO, melhorando o acompanhamento da mulher, a deteção precoce de fatores de risco e complicações e a promoção da saúde da mulher e da sua família, assim, a implementação deste conceito na prática resulta em menos custos em saúde, através da redução dos internamentos e de intervenções médicas desnecessárias, melhorando os resultados em saúde materno-infantil.

### **3.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

Competência D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Competência D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Durante o percurso de estágio, emergiram momentos onde existiu necessidade de adquirir e aprofundar o autoconhecimento, para conseguir justificar a prática clínica. Foi assim necessário investir e desenvolver conhecimentos relativamente a métodos de investigação, tal como a participação no “*Webinar Clinical Reasoning in Nursing/Midwifery*”(Anexo C), a realização de um relato de caso “Pré-eclâmpsia no Puerpério”, tendo sido adaptado numa formação no serviço de Internamento de Puerpério (Apêndice A) e apresentado em modelo de comunicação oral de curta duração no Congresso Internacional – Percursos da Investigação em Enfermagem (Apêndice C e Anexo B) e a realização de um poster científico com o título “Prevenção do Trauma Perineal durante o Trabalho de Parto: Intervenções do EEESMO” disponibilizado no SU de Obstetrícia e Ginecologia, nomeadamente na área de Bloco de Partos e apresentado sob a forma de poster no XXIV Congresso Nacional e VIII Internacional APEO 2023 (Apêndice D e Anexo D), ambos com o objetivo de aprender, disseminar e partilhar entre pares o conhecimento, com recurso a bases de dados fidedignas, possibilitando a prática baseada na evidência científica.

## **3.2. ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

Tanto nos cuidados de saúde primários quanto nos cuidados de saúde prestados em ambiente hospitalar está refletida a aplicação prática das competências específicas inerentes à especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. De acordo com a OE, estas competências específicas são definidas como habilidades adequadas, em grau elevado, que emergem das necessidades humanas suprimidas durante o ciclo vital. O Regulamento n.º

391/2019 da OE (2019), estabelece uma sucessão de atividades essenciais para a aquisição e desenvolvimento dessas competências especializadas. De forma a prestar cuidados de saúde de alta qualidade e a adaptação contínua às necessidades específicas das mulheres, estas atividades são fundamentais para o aperfeiçoamento das habilidades e conhecimentos do EEESMO. Assim, no decorrer do processo de aquisição de competências, serão descritas as atividades realizadas para obtenção das mesmas.

### 3.2.1. Competência 1 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.

O acesso a métodos de planeamento familiar é um componente essencial da qualidade dos cuidados de saúde reprodutiva, uma vez que reduz o número de gravidezes indesejadas, previne cerca de 60% das mortes maternas e 57% das mortes infantis em todo o mundo e aumenta experiências seguras de gravidez e parto (Sully et al., 2020; WHO, 2017). O conceito de planeamento familiar enquadra um conjunto de medidas que permitem à mulher/casal programar a conceção e número de filhos desejados, no período de tempo desejado, tal como delinear o intervalo de tempo entre nascimentos, abrangendo ainda o aconselhamento relativo à saúde sexual e reprodutiva, sendo um direito previsto para todos os indivíduos em Diário da República (DR, 1998). Portanto, pode afirmar-se que os objetivos do planeamento familiar incluem facilitar comportamento saudáveis face à sexualidade, fomentar uma parentalidade saudável, prevenir gravidezes indesejadas, diminuir as taxas de morbilidade e mortalidade materna, perinatal e infantil e reduzir a incidência de infeções sexualmente transmissíveis.

No âmbito do estágio realizado no Centro de Saúde, existiu a oportunidade de assistir a consultas de enfermagem e médicas de planeamento familiar, estas consultas eram realizadas pelo Enfermeiro de Família e o pelo Médico de Família, respetivamente, apesar de definidas pela OE (2015) como sendo o EEESMO o profissional de excelência na prestação de cuidados de elevada qualidade nesta área, potenciando a saúde da mulher/casal. Ainda assim, foi possível desenvolver conhecimentos com o objetivo de empoderar a mulher, como ser individual, quanto à sua saúde sexual e reprodutiva, orientando o processo educativo. Foi realizada uma anamnese às mulheres assistidas, onde foram colhidas informações sobre a sua história familiar, pessoal e obstétrica, bem como uma avaliação antropométrica e de parâmetros vitais, e deste modo foi exequível individualizar tanto os cuidados como os ensinamentos a realizar.

Ainda no estágio realizado no Centro de Saúde, durante as sessões do CPPP, uma das sessões de educação para a saúde que se realizou foi sobre a temática “Puerpério”, onde, para além de abordadas todas as alterações fisiológicas e emocionais relativas a este período, se

introduz a temática de sexualidade e planeamento familiar, onde foi possível informar e esclarecer as grávidas/casais sobre as suas futuras opções.

No âmbito dos estágios realizados nos serviços de Internamento de Puerpério e de Internamento de Ginecologia, tal como referido em Diário da República (1998), o planeamento familiar é uma das temáticas abordadas durante todo o internamento, em especial, no dia de alta clínica. Assim, foi possível assegurar a transmissão das informações às mulheres, ou seja, habilitar para a tomada de decisão informada.

Portanto, pode concluir-se que manter os profissionais de saúde com conhecimentos atualizados garante que estes possam oferecer cuidados de alta qualidade no campo da saúde sexual e reprodutiva, em todos os campos possíveis, contribuindo assim para a segurança e bem-estar dos casais e famílias.

### 3.2.2. Competência 2 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.

A gravidez é predominantemente percebida como uma condição fisiológica normal, apesar de todas as gestações acarretarem algum grau de risco, as adaptações que ocorrem no corpo da mulher visam principalmente em manter a homeostasia e promover o crescimento fetal, sem comprometer o bem-estar materno (DGS, 2015; WHO, 2017). Durante o período de gravidez, ocorrem modificações físicas, psicológicas e emocionais, assim sendo, torna-se essencial compreender essas alterações para que o profissional de saúde possa oferecer cuidados e ensinamentos adequados, visando o bem-estar e a qualidade de vida da grávida/casal.

No âmbito do estágio realizado no SU de Obstetrícia e Ginecologia, foi frequente o contacto com mulheres durante o período pré-natal, onde foi permitido ter vivência com múltiplas aprendizagens perante situações patológicas da gravidez, entre roturas prematuras de membranas, ameaças de parto pré-termo, restrições de crescimento intrauterino, alterações de fluxos, hemorragias de 1.º, 2.º e 3.º trimestre, pré-eclâmpsias, placentas prévias, infeções do trato urinário, entre outras, contextos estes que contribuíram para o desenvolvimento tanto de conhecimentos e capacidades como de habilidades no que diz respeito à promoção da saúde, prevenção de complicações e diagnóstico precoce através de cuidados de enfermagem específicos à mulher, de modo a facilitar a sua adaptação ao período pré-natal. Assim, foi possível concretizar a avaliação e monitorização do bem-estar materno-fetal, incluindo a avaliação de sinais vitais maternos, auscultação dos batimentos cardíacos fetais, monitorização cardiotocográfica, identificação da perceção dos movimentos fetais, tal como qualquer outro sinal ou sintoma perceptível ou referido pela mulher.

Já no contexto do Centro de Saúde, antes de iniciar o CPPP, existiu a oportunidade de realizar uma consulta de enfermagem individual com cada casal participante, o que permitiu, em conjunto com a grávida/casal conhecer contextos pessoais, história obstétrica, avaliar a sua literacia em saúde e, oportunamente, avaliar e monitorizar a sua gravidez e o risco obstétrico através da Tabela de *Goodwin* modificada, sendo também possível referenciar e articular com a equipa multidisciplinar, em situações não consideradas de baixo risco, permitindo a deteção e tratamento precoce de complicações. Nas consultas de enfermagem, orientadas segundo o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015), foi possível adequar a conduta e esquema da vigilância da gravidez a cada mulher/casal, atendendo à idade gestacional, adequando o processo educativo, informando e orientando a grávida para medidas de alívios dos desconfortos associados à gravidez tal como sinais e sintomas de alarme com necessidade de recorrer ao serviço de urgência. No parecer da MCEESMO n.º22 de 2023 e de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a assistência pré-natal é definida como os cuidados gerados pelo EEESMO em torno da promoção da adaptação à gravidez e à parentalidade e a preparação para o parto (MCEESMO, 2023). Assim, durante todo o período de estágio, foi possível realizar 251 exames pré-natais, vigiar e prestar cuidados a 31 grávidas em situação de risco e realizar 21 consultas de enfermagem de vigilância pré-natal (Apêndice E).

Ainda durante o estágio de Centro de Saúde, no decorrer do CPPP, houve a possibilidade de atualizar a planificação e elaboração de quatro sessões de educação para a saúde, com os temas “Equipamento de Puericultura”, “Sexualidade na Gravidez”, “Trabalho de Parto” e “Puerpério” (Apêndice F). As sessões de educação para a saúde neste contexto, foram momentos planeados e organizados com o objetivo de fornecer informações, promover a consciencialização e desenvolver habilidades de forma a promover vivências positivas e saudáveis da gravidez, parto e puerpério, tal como orientar e promover atitudes e decisões informadas e esclarecidas, modificando eventuais comportamentos de risco, indo de acordo com as competências do EEESMO (DGS, 2015; OE, 2019).

### 3.2.3. Competência 3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP.

O TP é um processo fisiológico e natural que pode ser vivenciado sem complicações na maioria das situações e é caracterizado por contrações rítmicas que promovem a dilatação e apagamento do colo do útero e a descida do feto pelo canal de parto, terminando após a dequitação, dividindo-se assim em 3 estadios, sendo o 1.º estadio a fase de dilatação e apagamento do colo uterino, ainda dividido em fase latente e fase ativa consoante a cervicometria,



o 2.º estadio a expulsão do feto, ainda dividido em fase passiva e fase ativa, e o 3.º estadio a dequitação (ACOG, 2019; Graça, 2017; WHO, 2018a). Alguns autores referem ainda existir um 4.º estadio do TP, correspondendo ao período de *Greenberg*, após a saída da placenta onde a puérpera e RN necessitam de uma vigilância mais apertada, sem consenso na literatura sobre a sua duração exata (Graça, 2017; Martins-Costa et al., 2017).

É pretendido que o EEESMO, durante o TP, cuide da mulher dando-lhe assistência num ambiente seguro, de forma a otimizar a saúde tanto da parturiente quanto do feto/RN, tal como cuidar da pessoa significativa que a acompanha, e desta forma, contribuir para uma experiência de parto positiva (MCEESMO, 2021). No decorrer os vários estágios em Bloco de Partos, foi possível desenvolver atividades que possibilitaram a aquisição desta competência tal como admitir e acolher as parturientes em sala de partos, executar e avaliar intervenções que visem o conforto e bem-estar da parturiente/casal, intervenções de promoção da vinculação da díade/tríade, intervenções que visem a prevenção e controlo da dor, manuseio autónomo do Partograma implementado pelas instituições, identificar e monitorizar o TP, o risco materno-fetal e desvios ao padrão normal durante a evolução do TP, referenciando situações que estejam além da área de atuação do EEESMO, individualizar os cuidados especializados de acordo com a fase de TP, implementar intervenções adequadas à parturiente com patologia associada, avaliar e determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto, realizar técnicas de prevenção de trauma perineal com o consentimento da parturiente, avaliar das características do períneo e integridade do canal de parto e justapor técnicas de reparação, referenciando situações para além da atuação do EEESMO, promover a adaptação do RN à vida extrauterina e promoção do contacto pele-a-pele no período de *Greenberg*.

Durante o percurso de estágios em Bloco de Partos, houve a oportunidade de se realizar 251 exames pré-natais, assistir 49 partos eutócicos, dos quais em 18 foram aplicados a técnica de episiotomia e episiorrafia e procedeu-se a 21 perineorrafias, somadas às episiorrafias já referidas. Foi possível participar ativamente em 2 partos pélvicos, 1 parto gemelar e colaborar em 16 partos realizados por outros profissionais de saúde, nomeadamente partos instrumentados por ventosas ou fórceps. Procedeu-se também à vigilância de 42 mulheres em situação considerada de risco durante o TP (Apêndice E).

#### 3.2.4. Competência 4 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

O puerpério é o período após o nascimento do RN em que a mãe passa por um período de mudanças, recuperação emocional e retorno dos órgãos reprodutivos ao estado pré-gravídico,

começando imediatamente após o parto e prolongando-se até às 6 semanas, ou seja, 42 dias após o parto (Coad et al., 2019; DGS, 2015). O período pós-natal caracteriza-se por inúmeras alterações na vida da mulher/casal e está impregnado de aspetos sociais, culturais e religiosos significativos (Coad et al., 2019). Previsto pela DGS (2015), e em concordância com a OMS (2018) e a ACOG (2019), os profissionais de saúde devem possuir a capacidade de avaliar o bem-estar físico, emocional e social da puérpera/RN/família e corrigir ou tratar desvios da normalidade durante a fase de puerpério.

Ainda no contexto de estágio no Bloco de Partos, foi possível realizar a vigilância e monitorização específicas do EEESMO, tais como avaliação do Globo de Segurança de Pinard, monitorização dos lóquios e avaliação da perineorrafia (MCEESMO, 2015), para além de realizar uma vigilância da relação da díade/tríade, amamentação durante o período de *Greenberg* e desvios da normalidade tanto na puérpera como a adaptação do RN ao meio extrauterino.

No âmbito do estágio no serviço de Internamento de Puerpério, foi possível desenvolver atividades para a aquisição desta competência como a realização do exame físico e psicológico da puérpera, onde foi possível verificar as modificações anatómicas e fisiológicas como as alterações das mamas e o processo de amamentação, a involução do útero, a saída de lóquios e as suas características, os traumas perineais e a sua correção e inspeção do canal de parto, a eliminação urinária e intestinal, as alterações nos membros inferiores, a possível ferida operatória, informar sobre os sinais e sintomas de alarme, prestar cuidados especializados específicos à puérpera com patologias associadas e ainda ter atenção a possíveis punções da dura-máter ou necessidade de imunizações. Também em relação à alta hospitalar, foi viável realizar ensinamentos e orientar para a anticonceção, planeamento familiar e retorno à vida sexual, a necessidade de controlo algico no domicílio e encaminhamento para a consulta de puerpério. Quanto ao RN, foi possível desenvolver atividades como a realização do exame físico, a capacitação da mãe/casal na prestação de cuidados, o auxílio na amamentação e a promoção do aleitamento materno, o auxílio na alimentação do RN com leite adaptado quando necessário, a referenciação e encaminhamento com a equipa multidisciplinar em caso de desvios de adaptação à parentalidade e prestação de cuidados específicos ao RN com patologias associadas.

Durante a obtenção desta competência houve a oportunidade de prestar cuidados a 177 puérperas, das quais 46 foram consideradas em situação de risco e foram prestados cuidados a 178 recém-nascidos saudáveis, dos quais 45 foram considerados em situação de risco (Apêndice E).

3.2.5. Competências 5 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

3.2.6. Competência 6 – Cuida da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica.

O climatério resulta do acompanhamento de sinais e sintomas progressivos decorrentes da diminuição de estrogénios, existindo um declínio progressivo da função ovárica, demarcando assim a transição do período reprodutivo para a incapacidade reprodutiva (Zahar & Serzedelo, 2019). O climatério não é uma condição patológica, mas sim uma etapa natural da vida da mulher, no entanto, algumas mulheres atravessam esse período sem experimentar desconfortos significativos ou a necessidade de tratamento médico, enquanto outras podem vivenciar uma ampla variedade de sintomas com diferentes graus de intensidade (Vieira et al., 2018).

No âmbito do estágio no serviço de internamento de Ginecologia, existiu a oportunidade de prestar cuidados especializados a mulheres em idade fértil e no período de climatério, internadas após diagnóstico de patologia do foro ginecológico, sendo possível ou não a realização de cirurgia. Assim, houve a possibilidade de prestar cuidados pré e pós-operatórios a mulheres submetidas a intervenções cirúrgicas, como histerectomia total, parcial e radical, colpoplastia, salpingectomia, ooforectomia, tumorectomia e colocação de fita sintética suburetral. Também no estágio realizado no SU de Obstetrícia e Ginecologia foi possível a familiarização e colaboração nos cuidados a diversas mulheres no período fértil ou climatério com afeções ginecológicas, dentro de situações como metrorragia, amenorreia, bartolinite, patologias do foro oncológico, torção do ovário, prolapso dos órgãos pélvicos, mastite, vaginite e retenção de objetos estranhos. Durante os diversos contextos de estágio, existiu contacto com 82 mulheres com afeções ginecológicas (Apêndice E), às quais foram prestados cuidados como identificação de alterações físicas, sexuais e psicológicas, avaliação de sinais vitais e colaboração com a restante equipa multidisciplinar.

3.2.7. Competência 7 – Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Em 2015, a Organização das Nações Unidas [ONU] comprometeu-se a garantir um desenvolvimento económico que perdure ao longo do tempo, que tenha em consideração a preservação do meio ambiente e promova a equidade social. Para tal 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável foram criados, dentro dos quais se apresenta o objetivo n.º 3 – saúde de qualidade (ONU, 2015). Para atingir este terceiro objetivo foram propostas diversas

metas, entre as quais se definem até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global, acabar com as mortes evitáveis de RN, reduzir a taxa de mortalidade neonatal e assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (ONU, 2019).

Em 2017, a OMS em conjunto com outros colaboradores, indicou que existiram 295 mil mortes maternas, uma redução de 35% em relação a 2000, quanto à morte de RN, estimou-se 211 mortes, uma redução de 38% quando comparado com 2000 (WHO et al., 2019). Hipertensão, hemorragias, complicações no parto, complicações após abortos clandestinos são das causas mais comuns de morte materna (Say et al., 2014). Assim, a aquisição desta competência passa por garantir uma vigilância de saúde no ciclo de vida da mulher, promovendo intervenções e orientando para programas de promoção para a saúde e prevenção da doença. Programas direcionados à saúde da mulher, como incentivo a estilos de vida saudáveis, manutenção do plano nacional de vacinação, rastreios do cancro da mama e cancro do colo do útero tornam-se muito relevantes, tal como o programa de vigilância de gravidez de baixo risco e o programa de interrupção voluntária da gravidez, que reduziram as taxas de mortalidade materno-fetal, pelo acompanhamento mais próximo da gravidez e os seus desvios e pela redução de abortos clandestinos, respetivamente (Ministério da Saúde, 2018). Estes programas são orientados por EEESMO, garantindo a proximidade com a mulher, melhorando a sua literacia em saúde e consequentemente promovendo a sua saúde. Dentro destes projetos estão incluídas intervenções especializadas do EEESMO, que, desta forma, consegue minimizar as causas de comorbilidades materno-infantis ao grupo-alvo.

Durante os diversos contextos de estágio foi possível realizar atividades destinadas ao grupo-alvo, desde consultas de vigilância da gravidez e do puerpério, o seu acompanhamento e encaminhamento aquando desvios da normalidade, a recapitulação dos sinais e sintomas de alerta em cada contacto com a mulher, a realização de um folheto informativo sobre a prevenção de trauma perineal (Apêndice G), com o objetivo de prevenir complicações no pós-parto e a realização de um folheto informativo sobre a colpoplastia (Apêndice H), com o objetivo de esclarecer e prevenir complicações pós-operatórias, tal como um retorno positivo à vida sexual. Estas atividades são fundamentais para planear e orientar a mulher prevenindo outros desvios de saúde e desta forma alcançar o propósito desta competência.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, tornou-se imperativo adquirir um conjunto essencial de competências gerais e específicas relacionadas com esta área. A aquisição destas competências acompanhou um processo contínuo que se iniciou no primeiro ano letivo, a fase teórica, culminando na prática clínica durante a Unidade Curricular do ENPRF.

A elaboração do presente Relatório é considerada uma ferramenta crucial para refletir sobre a prestação de cuidados de enfermagem especializados e o seu conteúdo é o resultado de uma análise crítica e reflexiva de todo o desempenho durante este período, contribuindo para a consolidação das competências necessárias para evolução para EEESMO, garantindo uma abordagem baseada em evidência científica e de alta qualidade no atendimento às necessidades da saúde da mulher e da sua família.

O tema escolhido para aprofundar conhecimentos foi a prevenção do trauma perineal decorrente do parto, uma vez que se trata de uma questão relevante para a qualidade de vida das mulheres e para a prática clínica baseada na evidência. Este relatório apresenta uma revisão integrativa da literatura sobre as técnicas de prevenção do trauma perineal, tais como a massagem perineal, a aplicação de compressas quentes, a posição materna, os esforços expulsivos e as técnicas hands-on e hands-off, bem como uma análise dos resultados obtidos na prática clínica. Apesar da existência de extensos estudos, as evidências disponíveis sobre a eficácia destas intervenções e os seus efeitos em outros desfechos clínicos são limitadas e, em alguns casos, inconsistentes, para além de, muitas vezes, não ser possível isolar uma única técnica ou critério. Para aprofundar a compreensão sobre a eficácia e impacto das técnicas perineais, é imperativo conduzir pesquisas adicionais e assim sendo, estudos futuros devem dedicar-se a analisar, de maneira isolada, as diversas técnicas, de forma a esclarecer o seu real potencial na prevenção de lesões perineais.

Foi possível, durante este percurso, vivenciar diversos contextos clínicos relacionados com a saúde materna, obstétrica e ginecológica e aprofundar conhecimentos sobre a temática da prevenção do trauma perineal, explorando estratégias e práticas para minimizar este tipo de lesão. Ainda, os diferentes cenários hospitalares e cuidados de saúde primário proporcionaram uma visão abrangente das necessidades da mulher durante todo o seu ciclo de vida. A colaboração com as equipas multidisciplinares e a aplicação dos conhecimentos teóricos na

prática clínica foram enriquecedores e potencializadores para a evolução enquanto futura EEESMO.

Com este relatório sugere-se ainda algumas recomendações para a melhoria da assistência à mulher e da sua família, tais como a promoção da educação para a saúde, a formação contínua dos profissionais de saúde, a utilização de protocolos baseados na evidência e, como já referido, a realização de mais estudos sobre a temática desenvolvida.

Ao avaliar os avanços conquistados em direção aos objetivos propostos, pode concluir-se que estes foram atingidos tanto a nível académico como a nível profissional, no entanto, é imperativo também reconhecer que existem desafios pendentes na busca pela melhoria da saúde materna e obstétrica, assemelhando-se a uma maratona, portanto, onde fica o compromisso de melhorar sempre os cuidados a prestar, atualizados e baseados na evidência científica. Este estágio reforçou a paixão sobre a enfermagem de saúde materna e obstétrica e motivou a contínua aprendizagem e contributo para o bem-estar da mulher e da sua família.

## REFERÊNCIAS

- Abdelhakim, A., Eldesouky, E., Elmagd, I., Mohammed, A., Farag, E., Mohammed, A., Hamam, K., Hussein, A., Ali, A., Keshta, N., Hamza, M., Samy, A., & Abdel-Latif, A. (2020). Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Urogynecology Journal*, 31(9), 1735–1745. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04302-8>
- ACOG. (2014). *reVITALize: Obstetrics Data Definitions*. ACOG - The American College of Obstetricians and Gynecologists. <https://www.acog.org/en/practice-management/health-it-and-clinical-informatics/revitalize-obstetrics-data-definitions>
- ACOG. (2018). ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 132(3), e87–e102. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002841>
- ACOG. (2019). ACOG Committee Opinion No. 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2), e164. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>
- 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. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2130>
- Andrade, R., Santos, J., Maia, M., & Mello, D. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery*, 19, 181–186. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>
- APA. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style* (7th ed.). American Psychological Association.
- Aquino, C., Guida, M., Saccone, G., Cruz, Y., Vitagliano, A., Zullo, F., & Berghella, V. (2019). Perineal massage during labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(6), 1051–1063. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1512574>
- Aquino, C., Saccone, G., Troisi, J., Guida, M., Zullo, F., & Berghella, V. (2020). Is Ritgen's maneuver associated with decreased perineal lacerations and pain at delivery? *The*

- Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(18), 3185–3192.  
<https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1568984>
- Araújo, W. (2020). *Recuperação da informação em saúde: Construção, modelos e estratégias*.  
<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/52993>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Beckmann, M., & Stock, O. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD005123.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005123.pub3>
- Cabete, D., Alves, P., Baixinho, C., Rafael, H., Viegas, L., & Oliveira, C. (2016). A Primeira Experiência Clínica do Estudante de Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 25.
- Carneiro, M., & Couto, C. (2017). Prevención del trauma perineal: Una revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global*, 16(3), Artigo 3.  
<https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>
- Censos. (2022). *População residente segundo os Censos: Total e por grandes grupos etários*.  
<https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+segundo+os+censos+total+e+por+grandes+grupos+etarios-22>
- Charlo, P., Cardoso, L., Pires, G., Radovanovic, C., Carreira, L., Meirelles, B., & Salci, M. (2021). Cuidados de enfermagem à luz da complexidade: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12253>
- Chen, Q., Qiu, X., Fu, A., & Han, Y. (2022). Effect of Prenatal Perineal Massage on Postpartum Perineal Injury and Postpartum Complications: A Meta-Analysis. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2022, 3315638.  
<https://doi.org/10.1155/2022/3315638>
- Coad, J., Pedley, K., & Dunstall, M. (2019). *Anatomy and Physiology for Midwives* (4<sup>a</sup>). Elsevier.
- Costa, S., Ramos, J., Magalhães, J., Passos, E., & Freitas, F. (2017). *Rotinas em Obstetrícia* (7<sup>a</sup>).
- Dantas, H., Costa, C., Costa, L., Lúcio, I., & Comassetto, I. (2022). Como elaborar uma revisão integrativa: Sistematização do método científico. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 12(37), Artigo 37. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.334-345>
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Direção-



Geral da Saúde.

- DGS. (2020). *Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade—CPPP, Cursos de Recuperação Pós Parto—CRPP Equidade na transição para a maternidade e a parentalidade.*
- DR. (1998). *Resolução da Assembleia da República n.º 51/98, de 2 de novembro.* Série I-A do Diário da República.  
<https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/1s/1998/11/253a00.pdf>
- DRE. (2008). *Decreto-Lei n.º 28/2008—Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22: Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.* DRE.  
<https://www.parlamento.pt/Documents/2019/julho/descentralizacao/Adalberto-Campos-Fernandes/ACES-Decreto-Lei.pdf>
- DRE. (2016). *Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio.* <https://diariodarepublica.pt/>
- DRE. (2017). *Lei n.º 101/2017, de 28 de agosto.* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/101-2017-108063582>
- DRE. (2018). *Decreto-Lei n.º 61/2018, de 3 de agosto.* <https://diariodarepublica.pt/>
- DRE. (2019). *Aviso n.º 15812/2019, de 7 de outubro: Diário da República n.º 192/2019, Série II de 2019-10-07, páginas 139—140.*  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/15812-2019-125074206>
- DRE. (2023). *Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro.*  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Ducarme, G., Pizzoferrato, A., de Tayrac, R., Schantz, C., Thubert, T., Le Ray, C., Riethmuller, D., Verspyck, E., Gachon, B., Pierre, F., Artzner, F., Jacquetin, B., & Fritel, X. (2019). Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 48(7), 455–460.  
<https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2018.12.002>
- Eurocid. (2022). *Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.*  
<https://eurocid.mne.gov.pt/empregos/organizacao-cooperacao-desenvolvimento-economico>
- FAME. (2007). *Iniciativa Parto Normal.* Federación de Asociaciones de Matronas de España.  
[http://comatronas.es/contenidos/2012/03/textos/Iniciativa\\_parto\\_normal\\_FAME.pdf](http://comatronas.es/contenidos/2012/03/textos/Iniciativa_parto_normal_FAME.pdf)
- FAME. (2023). *Iniciativa Parto Normal.* 93.  
[https://www.llevadores.cat/images/docs/publicacions/IPN\\_080523%20INICIATIVA%20PARTO%20NORMAL.pdf](https://www.llevadores.cat/images/docs/publicacions/IPN_080523%20INICIATIVA%20PARTO%20NORMAL.pdf)

- Faraz, S., Vasudevan, V., Ahmed, H., Varghese, D., Augustine, N., Pillai, U., Ammar, A., & Aftab, N. (2022). The Effect of Warm Compress and Proper Perineal Support Technique on Prevention of Severe Perineal Trauma. *Dubai Medical Journal*, 5(4), 238–243. <https://doi.org/10.1159/000526161>
- 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, . <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.23812>
- Figueiredo, M., & Amendoeira, J. (2018). O Estudo de Caso como método de Investigaçãp em Enfermagem. *Revista da UI\_IPSantarém*, 6(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16137>
- Freitas, S., Cabral, A., de Melo Costa Pinto, R., Resende, A., & Pereira Baldon, V. (2019). Effects of perineal preparation techniques on tissue extensibility and muscle strength: A pilot study. *International Urogynecology Journal*, 30(6), 951–957. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3793-1>
- Galvão, C. (2006). Níveis de evidência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19, 5–5. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001>
- Gobierno de Canarias. (2022). *Itinerarios formativos del Hospital Insular—Materno Infantil*. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=874a45ef-aa3d-11ea-b228-5993cb5bdfde&idCarpeta=04d48f0a-541c-11de-9665-998e1388f7ed>
- Goma, L., Khedr, N., & Gouda, M. (2020). *Effect of utilizing hands-on versus off method during delivery of fetal head on occurrence of perineal tear*. 7(2).
- Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. Lidel.
- Healy, M., Nyman, V., Spence, D., Otten, R., & Verhoeven, C. (2020). How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic review. *PLOS ONE*, 15(7), e0226502. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226502>
- Hong, J., Abdullah, N., Rajaratnam, R., Ahmad Shukri, S., Tan, S., Hamdan, M., & Lim, B. (2022). Combined perineal massage and warm compress compared to massage alone during active second stage of labour in nulliparas: A randomised trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 270, 144–150. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.01.011>
- Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., & Wang, J. (2020). The effects of hands on and

- hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 87, 102712. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102712>
- INE. (2023). *Mulheres em idade fértil (%) na população residente feminina por Local de residência*. Portal do INE. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008254&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008254&contexto=bd&selTab=tab2)
- International Confederation of Midwives. (2021). *International Confederation of Midwives Strategy Plan 2021-2023*. Strengthening Midwifery Globally. [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2021/01/2021---2023-icm-strategic-plan-eng-ext\\_final.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2021/01/2021---2023-icm-strategic-plan-eng-ext_final.pdf)
- Jost, L., Bizuti, M., & Rossetto, M. (2018). Parto Vaginal Natural e seus Benefícios. *Anais do SEPE*, 8º, 2.
- Kavvadias, T., & Hoesli, I. (2016). The EpiNo® Device: Efficacy, Tolerability, and Impact on Pelvic Floor—Implications for Future Research. *Obstetrics and Gynecology International*, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/3818240>
- Lemos, A., Amorim, M., Andrade, A., Souza, A., Filho, J., & Correia, J. (2017). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009124.pub3>
- Lima, E., Bueno, K., Nunes, E., & Latorre, G. (2020). Hands-on durante o período expulsivo: Herói ou vilão? *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 10(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v10i2.2810>
- Lopes, M., Coutinho, E., Santos, M., Ferreira, M., & Dias, H. (2021). Efeitos da massagem perineal durante o trabalho de parto. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2132>
- Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H., G, H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 240, 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.06.011>
- Marcos-Rodríguez, A., Leirós-Rodríguez, R., & Hernandez-Lucas, P. (2023). Efficacy of perineal massage during the second stage of labor for the prevention of perineal injury: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, n/a. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14723>

- Martins-Costa, S., Ramos, J., Magalhães, J., Passos, E., & Freitas, F. (2017). *Rotinas em Obstetrícia* (7<sup>a</sup>). Artmed Editora. <https://books.google.pt/books?id=QStzDgAAQBAJ>
- MCEESMO. (2015). *Parecer n.º 63/2015—Consultas de enfermagem no pós-parto, a nível particular*. OE.
- MCEESMO. (2016). *Parecer n.º 04/2016—Sessão e tempos de duração dos cursos de preparação para o nascimento e curso de recuperação pós-parto*. OE. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer04\\_2016\\_MCEESMO\\_SessaoTemposCursoPreparacaoCursoRecuperacaPosParto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer04_2016_MCEESMO_SessaoTemposCursoPreparacaoCursoRecuperacaPosParto.pdf)
- MCEESMO. (2019). *Parecer n.º 43/2019—Cálculo de Dotações Seguras em Cuidados SMO Revisto*. OE. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer\\_4\\_2019\\_14052019\\_mceesm\\_o\\_calculo\\_dotações\\_seguras\\_cuidados\\_smo\\_revisto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesm_o_calculo_dotações_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf)
- MCEESMO. (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. OE. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3\\_padrões-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padrões-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf)
- MCEESMO. (2023). *Parecer 22/2023—Assistência Pré-Natal das Grávidas de Baixo Risco*. OE. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28756/parecer-mceesmo\\_22-2023\\_assist%C3%A2ncia-pr%C3%A9-natal-das-gr%C3%A1vidas-de-baixo-risco\\_anonimizado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28756/parecer-mceesmo_22-2023_assist%C3%A2ncia-pr%C3%A9-natal-das-gr%C3%A1vidas-de-baixo-risco_anonimizado.pdf)
- McEwen, M., & Wills, E. (2019). *Theoretical basis for nursing* (Fifth edition). Wolters Kluwer.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)
- Modoor, S., Fouly, H., & Rawas, H. (2021). The effect of warm compresses on perineal tear and pain intensity during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Belitung Nursing Journal*, 7(3), 210–218. <https://doi.org/10.33546/bnj.1452>
- Monteiro, A. (2014). O futuro já começou: Cyborgs, Biotecnologias e Ciências de Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 18(1), 3–13.
- OCDE. (2021). *Health at a Glance 2021: OCDE Indicators*. OECD Publishing. [https://www.oecd.org/about/publishing/Corrigendum\\_OECD-Health-at-a-Glance-2021.pdf](https://www.oecd.org/about/publishing/Corrigendum_OECD-Health-at-a-Glance-2021.pdf)
- OE. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

- OE. (2019). *Regulamento n.º 391/2019—Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário da República, 2.ª série.
- ONU. (2015). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Nações Unidas - ONU Portugal. <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/>
- ONU. (2019, janeiro 30). *Objetivo 3: Saúde de qualidade*. Nações Unidas - ONU Portugal. <https://unric.org/pt/objetivo-3-saude-de-qualidade-2/>
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Paiva, M. (2018). Influência do método hands-off na integridade perineal, problemas puerperais e neonatais. *Anais dos Seminários de Iniciação Científica*, 22, Artigo 22. <https://doi.org/10.13102/semic.v0i22.3870>
- Pereira, A., Oliveira, A., Cury, G., Jorge, L., & Latorre, G. (2015). Eficácia do Epi-No® na diminuição da episiotomia e risco de lesão perineal pós-parto: Revisão sistemática. *Femina*, 251–256.
- Pierce-Williams, R., Saccone, G., & Berghella, V. (2019). Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(6), 993–1001. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1619686>
- Pinheiro, A., & Sardo, D. (2020). Plan de nacimiento: Una mirada de los profesionales de la salud en portugal. *Revista ROL de Enfermería*, 43(1), 24–31.
- PORDATA. (2023). *Quadro resumo: Município de Albufeira*. <https://www.pordata.pt/municipios/quadro+resumo/albufeira-824230>
- Rasmussen, O., Yding, A., Andersen, C., Boris, J., & Lauszus, F. (2021). Which elements were significant in reducing obstetric anal sphincter injury? A prospective follow-up study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 781. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04260-z>
- Rasmussen, O., Yding, A., Anhøj, J., Andersen, C., & Boris, J. (2016). Reducing the incidence of Obstetric Sphincter Injuries using a hands-on technique: An interventional quality improvement project. *BMJ Open Quality*, 5(1), u217936.w7106.

<https://doi.org/10.1136/bmjquality.u217936.w7106>

- Rocha, B., Zamberlan, C., Pivetta, H., Santos, B., & Antunes, B. (2020). Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: Revisão sistemática e metanálise. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03610. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>
- Rodrigues, S., Silva, P., Agius, A., Rocha, F., Castanheira, R., Gross, M., & Calleja-Agius, J. (2019). Intact Perineum: What are the Predictive Factors in Spontaneous Vaginal Birth? *Materia Socio-Medica*, 31(1), 25–30. <https://doi.org/10.5455/msm.2019.31.25-30>
- Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados.... *Nascer e Crescer*. <https://repositorio.chporto.pt/handle/10400.16/705>
- Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 508–511. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
- Santos, J. (2023). Enfermagem avançada: Recordar o passado, apreciar o presente e perspetivar o futuro. *Pensar Enfermagem*, 27(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.218>
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, O., Moller, A., Daniels, J., Gülmezoglu, A., Temmerman, M., & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *The Lancet. Global Health*, 2(6), e323-333. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
- Serra, A., Simões, A., Fernandes, J., & Ferreira, M. (2021). *O Cuidado Centrado na Pessoa*. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37866/1/EBOOK%20II%20JEESSSEM%202020.pdf>
- Servicio Canario de la Salud, & Gobierno de Canarias. (2022). *Memoria 2021* (p. 25). Gobierno de Canarias. [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/gc/29/memorias/21/memoria\\_resumen/memoriaresumen\\_negrin\\_2021.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/gc/29/memorias/21/memoria_resumen/memoriaresumen_negrin_2021.pdf)
- Severino, A. (2017). *Metodologia do Trabalho Científico* (24<sup>a</sup>). Cortez Editora.
- Smith, V., Guilliland, K., Dixon, L., Reilly, M., Keegan, C., McCann, C., & Begley, C. (2017). Irish and New Zealand Midwives' expertise at preserving the perineum intact (the MEPPi study): Perspectives on preparations for birth. *Midwifery*, 55, 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.011>
- Sousa, S., Bernardino, E., Crozeta, K., Peres, A., & Lacerda, M. (2017). Cuidado integral:

- Desafio na atuação do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70, 504–510.  
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0380>
- Souza, M., Farias, L., Ribeiro, G., Coelho, T., Costa, C., & Damasceno, A. (2020). Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primiparas: A cross-sectional study. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 54. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018043503549>
- Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Integrative review: What is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)*, 8, 102–106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
- SPMS. (sd). *BICS - Boletim de Informação em Ciências da Saúde Pública*. SPMS. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/5/50001/5080151/Pages/default.aspx>
- Sully, E., Biddlecom, A., Darroch, J., Riley, T., Ashford, L., Lince-Deroche, N., Firestein, L., & Murro, R. (2020). *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. <https://doi.org/10.1363/2020.31593>
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161–166.
- The Health Foundation. (2016). *Person-centred care made simple: What everyone should know about person-centred care*. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareMadeSimple.pdf>
- Transparência do SNS. (2023). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares*. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt-pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine=tempo=2023>
- UÉESESJD. (2022). *Planeamento—Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final 2022/2033*. UÉ. [https://www.moodle.uevora.pt/2223/pluginfile.php/45697/mod\\_resource/content/1/Planeamento%20ESTAGIO%20FINAL%20%20%20set%202022.pdf](https://www.moodle.uevora.pt/2223/pluginfile.php/45697/mod_resource/content/1/Planeamento%20ESTAGIO%20FINAL%20%20%20set%202022.pdf)
- Ugwu, E., Iferikigwe, E., Obi, S., Eleje, G., & Ozumba, B. (2018). Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 44(7), 1252–1258. <https://doi.org/10.1111/jog.13640>
- ULGA. (2023). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde 2022*. Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2023/05/2022-CHUA-Relatorio-de-acesso.pdf>
- Venugopal, V., Deenadayalan, B., Maheshkumar, K., Yogapriya, C., Akila, A., Pandiaraja, M., Poonguzhali, S., & Poornima, R. (2022). Perineal Massage for Prevention of Perineal

- Trauma and Episiotomy During Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Family & Reproductive Health*, 16(3), 162–169. <https://doi.org/10.18502/jfrh.v16i3.10575>
- Vieira, T., Araujo, C., Souza, E., Costa, M., Teston, E., Benedetti, G., & Marquete, V. (2018). Vivenciando o climatério: Percepções e vivências de mulheres atendidas na atenção básica. *Enfermagem em Foco*, 9(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n2.1084>
- WHO. (2017). *Programme reporting standards for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health* (WHO/MCA/17.11). World Health Organization.
- WHO. (2018a). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. 210. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550215>
- WHO. (2018b). *WHO recommendations: Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550338>
- WHO, & UNICEF. (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*. World Health Organization. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK153471/>
- WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, & United Nations Population Division. (2019). *Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017*.
- Zahar, S., & Serzedelo, M. (2019). *Ginecologia fundamental*. Lidel. <https://www.lidel.pt/pt/catalogo/ciencias-da-saude/ginecologia/ginecologia-fundamental/>



## **ANEXOS**

ANEXO A - Participação no XXIV Encontro Nacional & VIII Congresso Internacional da  
APEO

# CERTIFICADO

## XXIV Congresso Nacional e VIII Internacional APEO 2023

Certifica-se que o(a) Exm<sup>o</sup>(<sup>a</sup>) Sr.(<sup>a</sup>):

**Débora Cristiana Mascote Colaço**

Participou no XXIV Encontro Nacional & VIII Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, que decorreu nos dias 4 e 5 de maio de 2023, no IAPMEI- Lisboa, Portugal.

**Presidente da APEO**

Assinado por : VÍTOR MANUEL LEÃO BAPTISTA  
**VARELA**  
Num. de Identificação: 06706968  
Data: 2023.05.09 18:42:56 +0100



**Secretária da APEO**

**ARMINDA  
ANES  
PINHEIRO**

Assinado de forma digital por ARMINDA ANES PINHEIRO  
Dados: 2023.05.08 21:34:58 +01'00'

ANEXO B - Participação e apresentação de Comunicação Oral no Congresso Internacional –  
Percurso da Investigação em Enfermagem



## CERTIFICADO

Certifica-se que **Débora Mascote Colaço, Catarina Guiomar, Carla Albino e Ana Frias** apresentaram a comunicação de curta duração intitulada **“Pré-eclâmpsia no puerpério: um estudo de caso descritivo”** no Congresso Internacional | Percursos da Investigação em Enfermagem [*Nursing Research Paths - International Congress*], organizado pela NURSE'IN – UIESI, Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas, em formato híbrido, que decorreu nos dias 26 e 27 de maio de 2023 (duração de 14 horas e 30 minutos), na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, que teve como objetivo de disseminar e partilhar entre pares, o conhecimento/investigação nacional e internacional em Enfermagem.

Pela Comissão Organizadora

Assinado por: **Mónica Cristina Rodrigues Costa Monteiro**  
Num. de Identificação: 11918227  
Data: 2023.06.13 10:43:27 +0100



ANEXO C - Participação no “Webinar Clinical Reasoning in Nursing/Midwifery”



## Webinar Clinical Reasoning in Nursing/Midwifery

### CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que *Débora Cristiana Mascote Colaço*, participou no **Webinar Clinical Reasoning in Nursing/Midwifery**, realizado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, no dia 03 de maio de 2023, com a duração de 1:30h.

Professora Ana Filipa Poeira  
Comissão Organizadora

Erasmus +  
KA220 HED COOPERATION PARTNERSHIPS IN HIGHER EDUCATION  
PROJECT CODE 2021-1-BE02-KA220-HED-000023194  
CLINICAL REASONING IN NURSING/MIDWIFERY EDUCATION AND CLINICAL PRACTICE



Funded by  
the European Union



ANEXO D - Apresentação de Póster Científico No XXIV Congresso Nacional e VIII  
Internacional APEO 2023



# CERTIFICADO

**XXIV Congresso Nacional e VIII Internacional APEO 2023**  
Modelos Assistencial Liderado por EESMO/PARTEIRA

No XXIV Encontro Nacional VIII Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras que decorreu no dia 4 de maio de 2023, no IAPMEI - Lisboa, Portugal, foi apresentado o trabalho **Prevenção do trauma perineal durante o trabalho de parto: intervenções do EESMO sob a forma de poster, sendo autoras as Exmas. Sras. Débora Cristiana Mascote Colaço; Carla Matos; Vera Relvas; Ana Frias.**

Assinado por: **MÁRCIO FILIPE MONIZ TAVARES**  
Num. de Identificação: 11531478  
Data: 2023.05.21 22:16:36+00'00'

Presidente da APEO



Direção da APEO

## **APÊNDICES**

APÊNDICE A - Formação em Serviço: “Pré-Eclâmpsia no Puerpério”



# Pré-Eclâmpsia no Puerpério

Estudo de Caso Descritivo

**Enf<sup>a</sup> Débora Mascote**  
Aluna do Mestrado em  
Enfermagem de Saúde de  
Saúde Materna e Obstétrica

## CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

### Unidade Curricular:

Estágio de Natureza Profissional com relatório final – Puerpério

### Mestranda:

Enf<sup>a</sup> Débora Mascote

### Supervisora Clínica:

Enf<sup>a</sup> Mestre Carla Albino

### Orientadora:

PhD Ana Frias

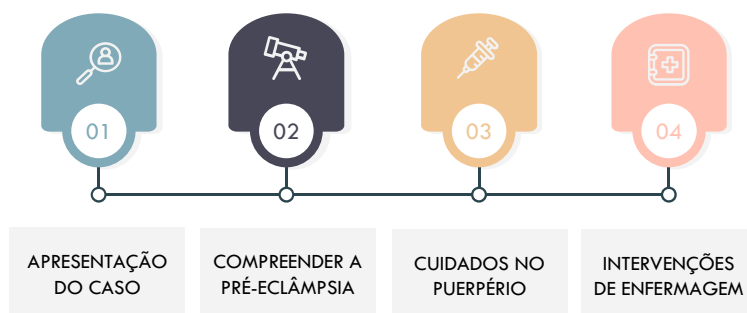


UNIVERSIDADE DE ÉVORA

## OBJETIVOS



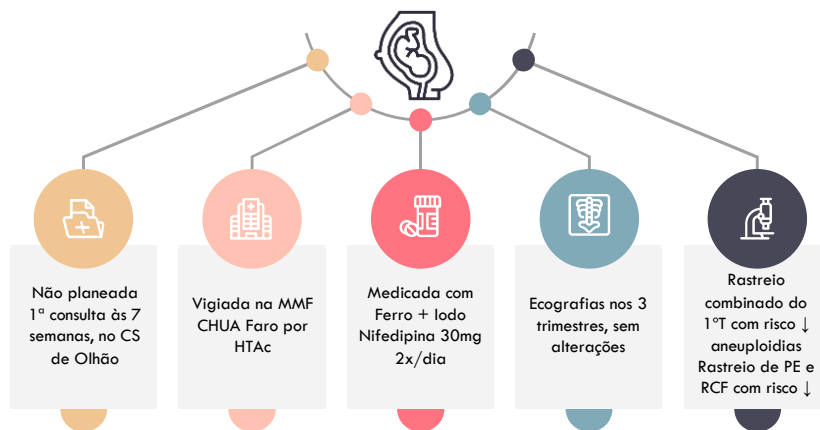
## ESTRUTURA



## ANAMNESE



## HISTÓRIA DA GRAVIDEZ



## HISTÓRIA DE INTERNAMENTO

### BLOCO DE PARTOS



#### Motivo

Encaminhada CE  
HTAc com PE  
sobreposta  
IG: 37s+3d



#### Observação

Apresentação fetal  
transversa  
Placenta GIII  
TA: 153/93mmHg



#### Intervenção

Versão Cefálica  
Externa →  
Indução de TP



#### Parto

2º dia de Indução de  
TP → EFNT →  
Cesariana sob  
raquianestesia



#### Nascimento

Nado-vivo  
Sexo feminino  
IA 10/10  
Peso 2860g

Dados colhidos com o consentimento informado da doente

## HISTÓRIA DE INTERNAMENTO

### OBSTETRÍCIA



#### Dia 1

Perfil hipertensivo mantido  
(nifedipina 60mg 2x/dia  
Iniciou Enoxaparina 60mg  
por 10 dias (risco↑ TVP)



#### Dia 2

Perfil hipertensivo  
mantido  
Colheu sangue para  
análise (estáveis)



#### Dia 3

Perfil tensional baixo  
– ajuste terapêutico  
(nifedipina 30mg  
2x/dia)



#### Dia 4

Perfil tensional com  
alterações  
Alta protelada por RN

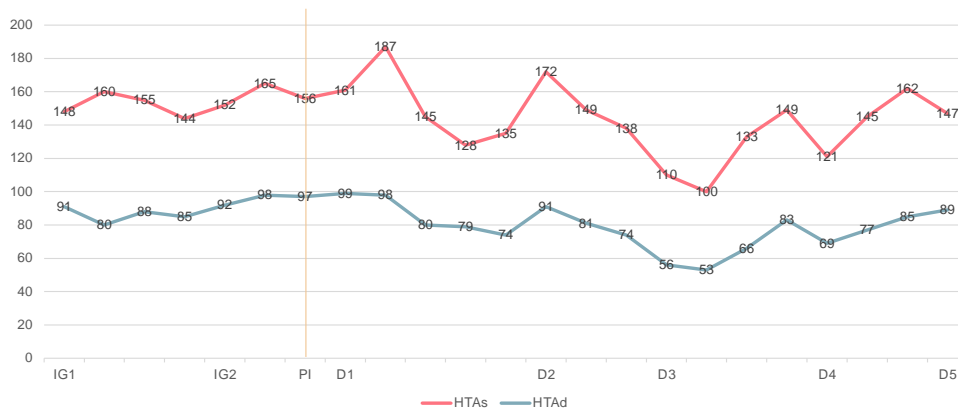


#### Dia 5

Alta para domicílio  
TA: 147/89mmHg  
Sem sintomas  
Físico: Ligeiro EMI

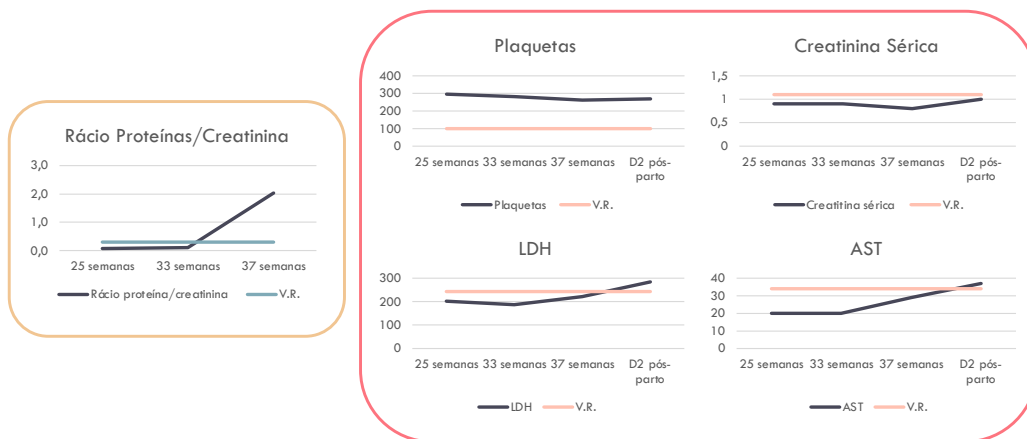
Dados colhidos com o consentimento informado da doente

## VALORES TENSIONAIS



Dados colhidos com o consentimento informado da doente

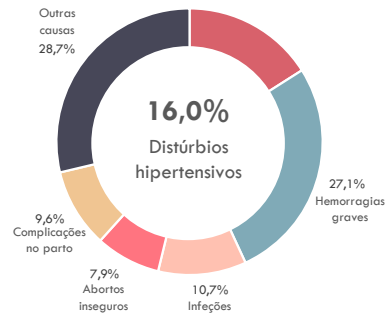
## VALORES ANALÍTICOS



Dados colhidos com o consentimento informado da doente

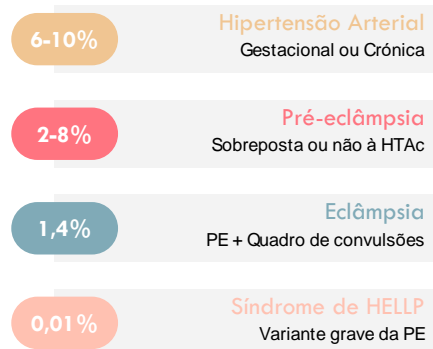


## CAUSAS DE MORTE MATERNA



(Abalos et al., 2013; ACOG, 2020; Barra et al., 2012; Cunha & Silva, 2022; Ives et al., 2020; Say et al., 2014)

## DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GRAVIDEZ



(Abalos et al., 2013; ACOG, 2020; Barra et al., 2012; Cunha & Silva, 2022; Ives et al., 2020; Say et al., 2014)

## DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GRAVIDEZ



Hipertensão Arterial  
Gestacional ou Crónica

2%

Pré-eclâmpsia  
Sobreposta ou não à HTAc

Eclâmpsia  
PE + Quadro de convulsões

Síndrome de HELLP  
Variante grave da PE

(Abalos et al., 2013; ACOG, 2020; Barra et al., 2012; Cunha & Silva, 2022; Ives et al., 2020; Say et al., 2014)

## DEFINIÇÃO DE PRÉ-ECLÂMPSIA

TAs  $\geq$  a 140mmHg

e / ou

TAd  $\geq$  a 90mmHg

(avaliação em duas ocasiões com pelo menos 4 horas de intervalo, após as 20 semanas de gestação, numa mulher previamente normotensa)

TAs  $\geq$  a 160mmHg

e / ou

TAd  $\geq$  a 110mmHg

(em duas ocasiões com pelo menos 15 minutos de intervalo)

ASSOCIADO A  
(1 dos seguintes):

(ACOG, 2020; Mateus & Edral, 2021; NICE, 2019)

## DEFINIÇÃO DE PRÉ-ECLÂMPSIA

ASSOCIADO A  
(1 dos seguintes):

- **Proteinúria:**
  - $\geq$  a 300mg em urina de 24horas;
  - rácio proteína/creatinina  $\geq$  a 0,3mg/dL;
  - dipstick 2+ quando não existem outros métodos disponíveis.

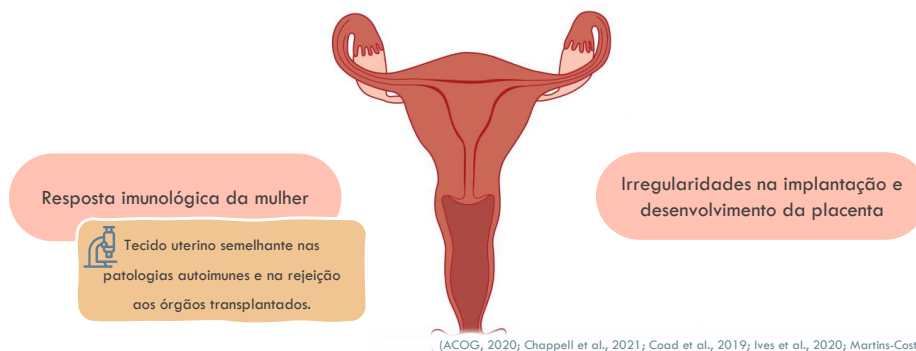
- Trombocitopenia ( $<100.000/mm^3$ )
- Insuficiência renal (creatinina sérica  $>1,1mg/dL$  ou duplicação da creatinina na ausência de doença renal)
- Função hepática alterada (aumento de 2x transaminases)
- Edema pulmonar
- Cefaleia de instalação recente que não responde a analgesia
- Distúrbios visuais
- Epigastralgias/ dor no quadrante superior direito do abdómen não explicada

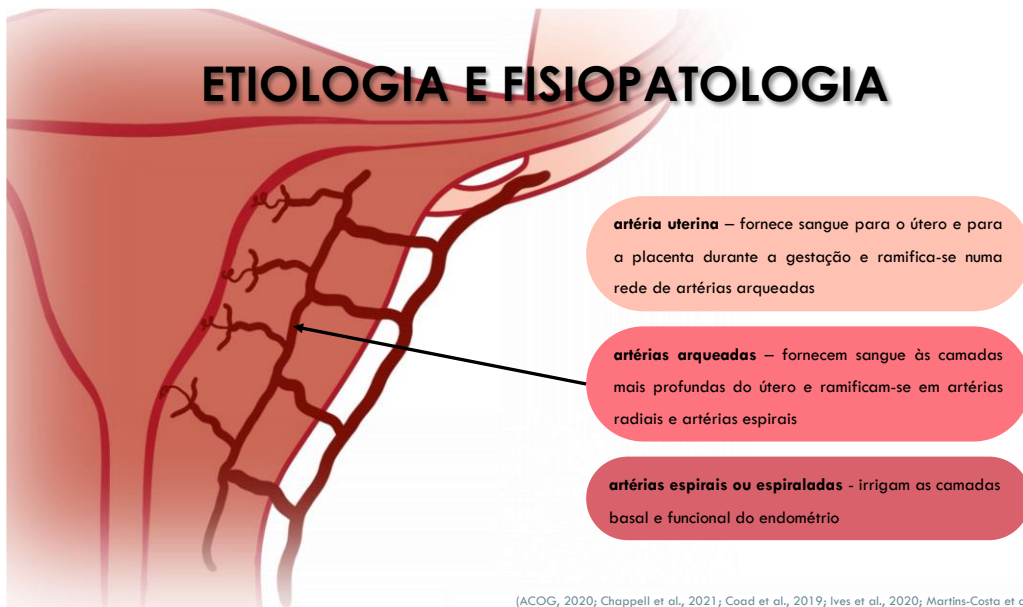
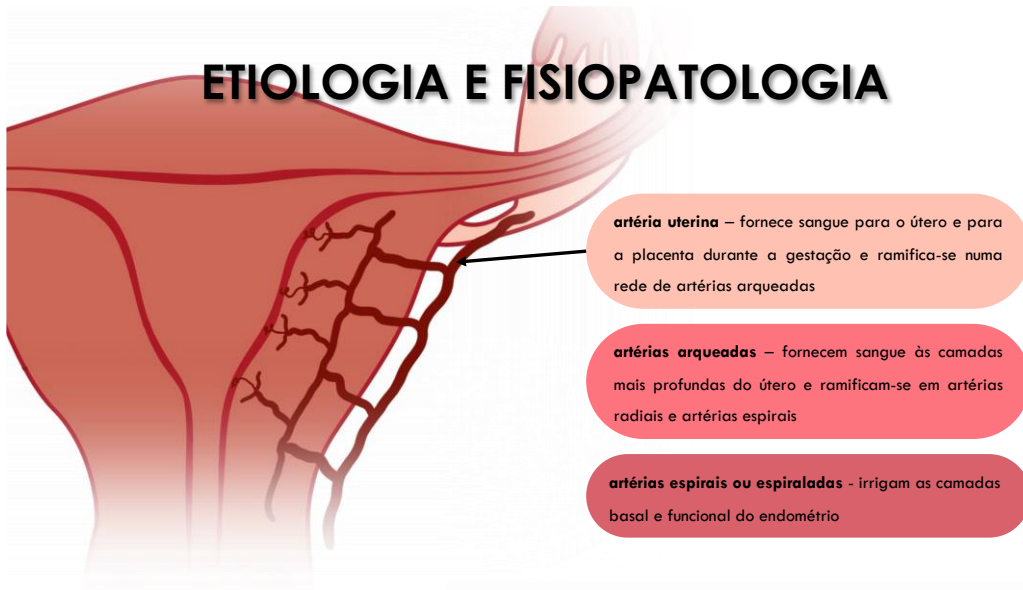
**(critérios de gravidade)**

(ACOG, 2020; Mateus & Edral, 2021; NICE, 2019)

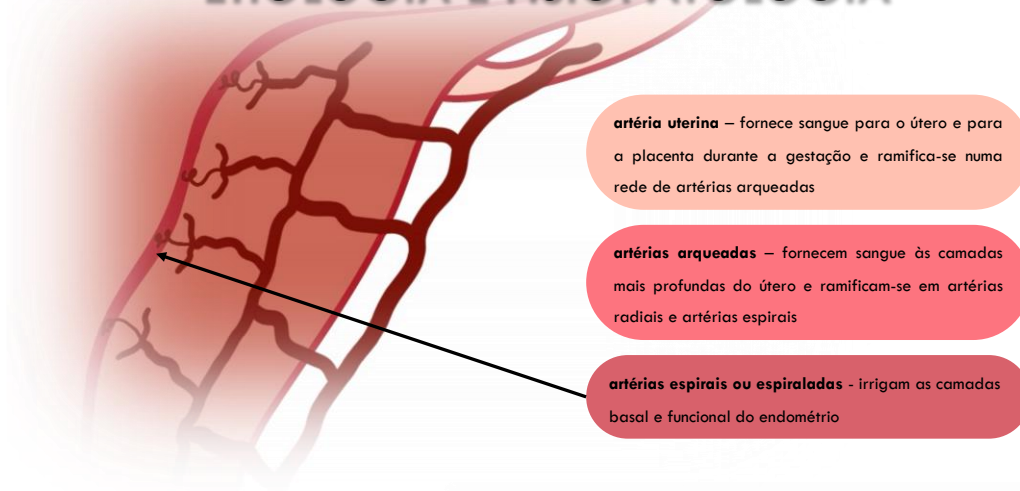
## ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

Apesar de submetida a uma extensa investigação ao longo dos anos, a fisiopatologia da pré-eclâmpsia continua a ser especulativa e a sua etiologia desconhecida.



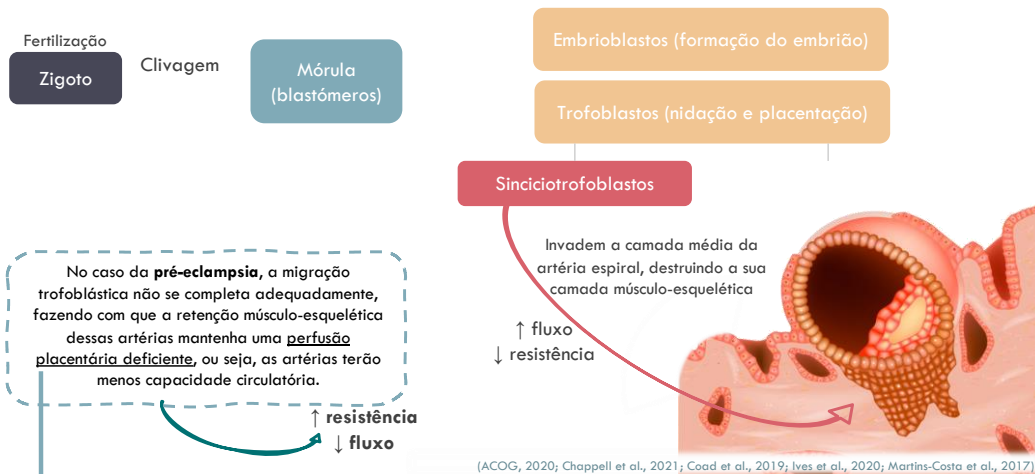


## ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA



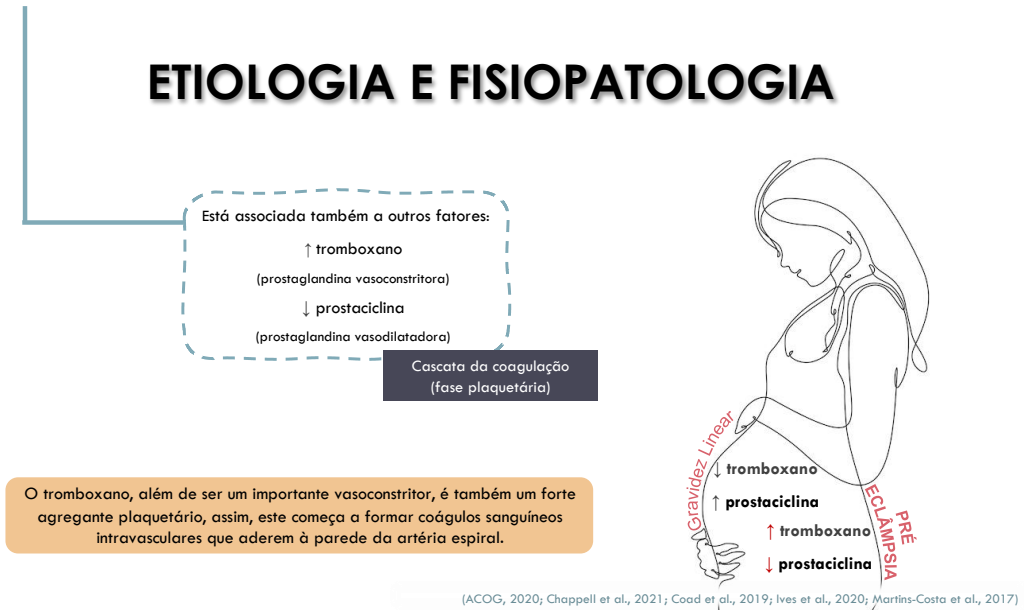
(ACOG, 2020; Chappell et al., 2021; Coad et al., 2019; Ives et al., 2020; Martins-Costa et al., 2017)

## ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA



(ACOG, 2020; Chappell et al., 2021; Coad et al., 2019; Ives et al., 2020; Martins-Costa et al., 2017)

## ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

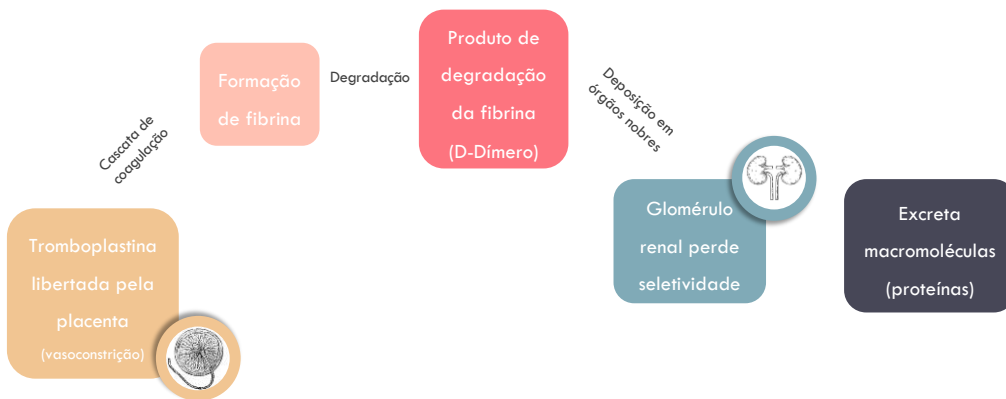


## ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA



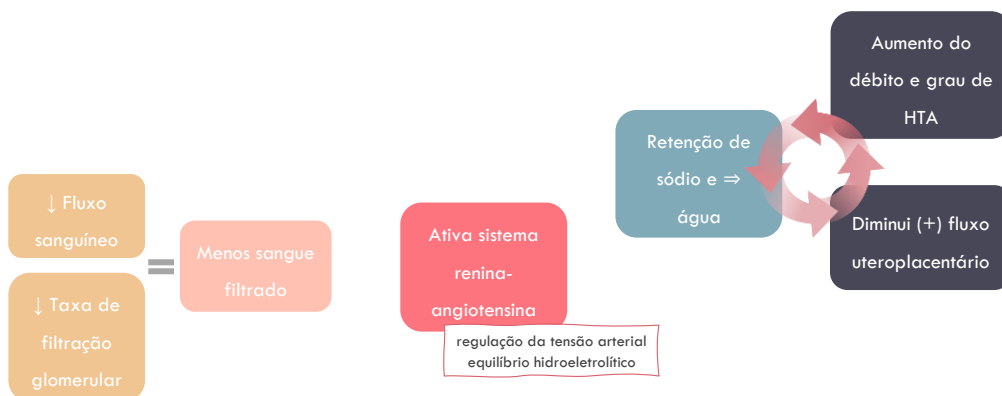
(ACOG, 2020; Chappell et al., 2021; Coad et al., 2019; Ives et al., 2020; Martins-Costa et al., 2017)

## ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA



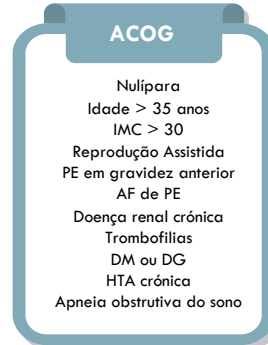
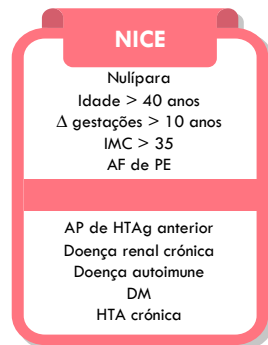
(ACOG, 2020; Chappell et al., 2021; Coad et al., 2019; Ives et al., 2020; Martins-Costa et al., 2017)

## ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA



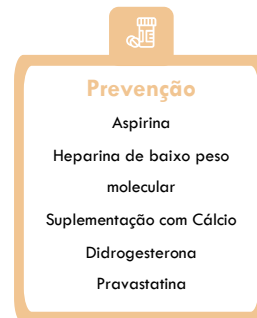
(ACOG, 2020; Chappell et al., 2021; Coad et al., 2019; Ives et al., 2020; Martins-Costa et al., 2017)

## FATORES DE RISCO



(ACOG, 2020; Cunha & Silva, 2022; Ives et al., 2020; Martins-Costa et al., 2017; NICE, 2019)

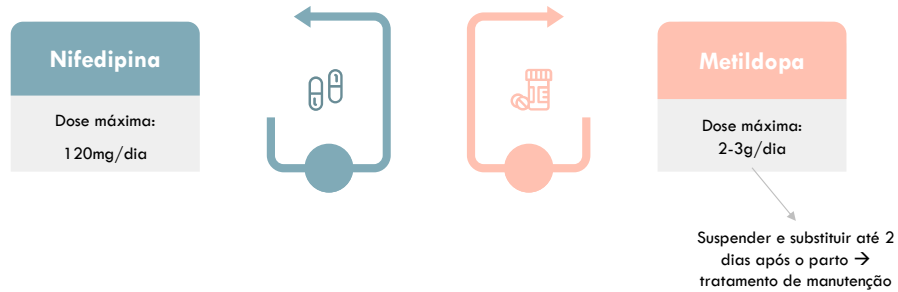
## RASTREIO E PREVENÇÃO



(ACOG, 2020; NICE, 2019)



## TRATAMENTO NO PUERPÉRIO



(ACOG, 2020; Mateus & Edral, 2021)

## TRATAMENTO PE GRAVE



(ACOG, 2020; Mateus & Edral, 2021)

# TRATAMENTO PE GRAVE

## Controlo de Hipertensão

### LABETALOL

Iniciar com prescrição médica

→ Bólus de 20mg (4mL diretos em 2 minutos)

Após 10 minutos, se TA > 150/100mmHg

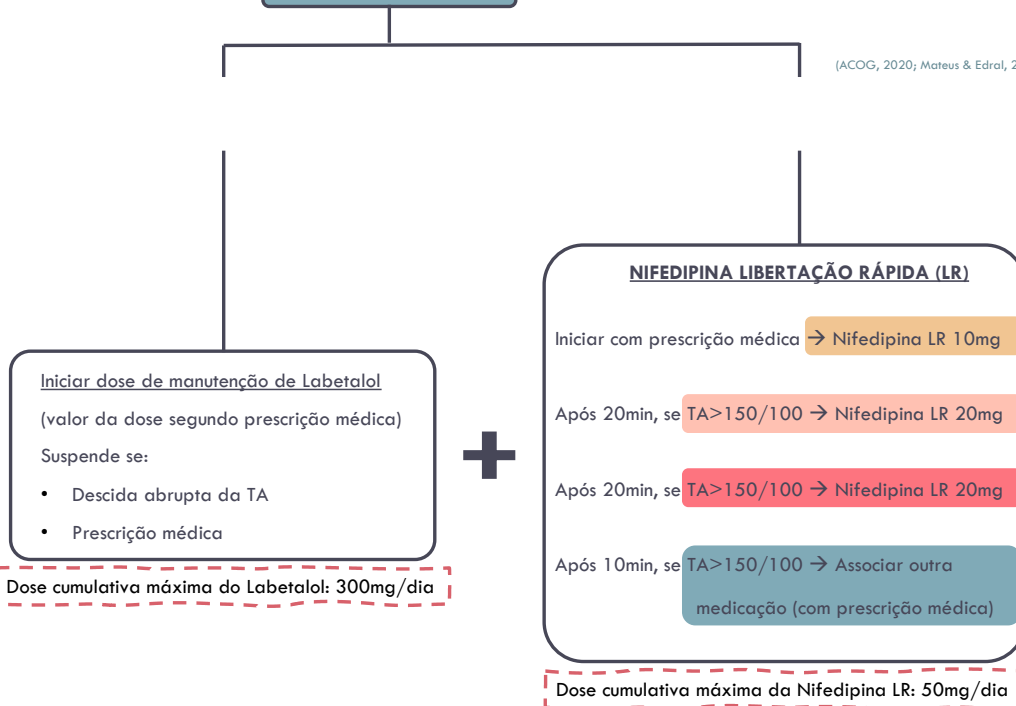
→ Bólus de 40mg (8mL diretos em 2 minutos)

Após 10 minutos, se TA > 150/100mmHg

→ Bólus de 80mg (16mL diretos em 2 minutos)

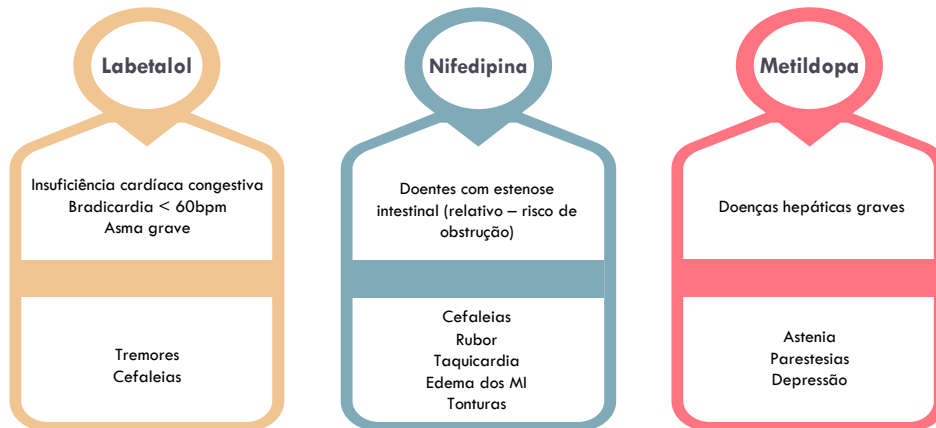
Após 10 minutos, se TA > 150/100mmHg

(ACOG, 2020; Mateus & Edral, 2021)



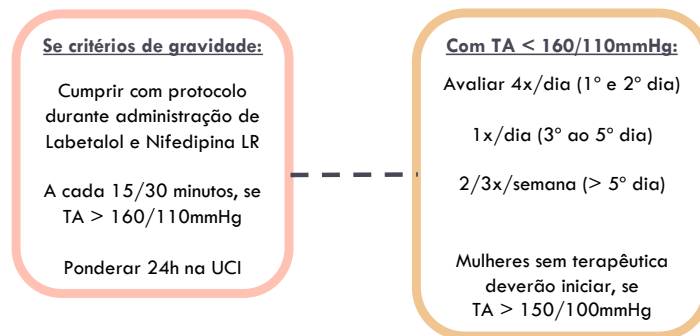
(ACOG, 2020; Mateus & Edral, 2021)

## CONTRAINDICAÇÕES E EFEITOS SECUNDÁRIOS



(ACOG, 2020; NICE, 2019)

## MONITORIZAÇÃO DE TA NO PUERPÉRIO

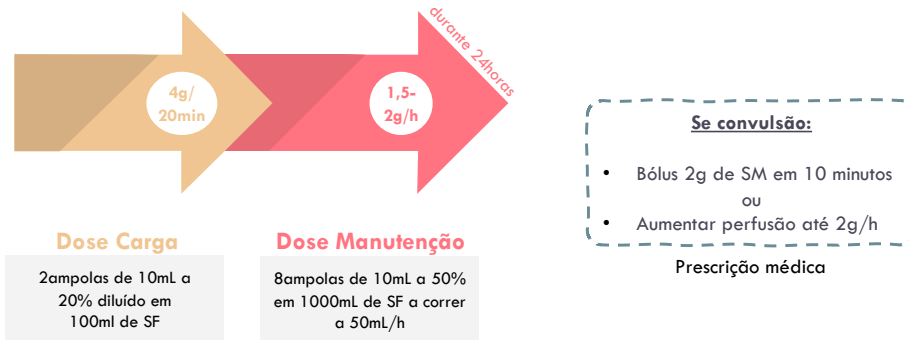


Profilaxia de TVP, de acordo com protocolo

(ACOG, 2020; Mateus & Edral, 2021)

## TRATAMENTO PE GRAVE

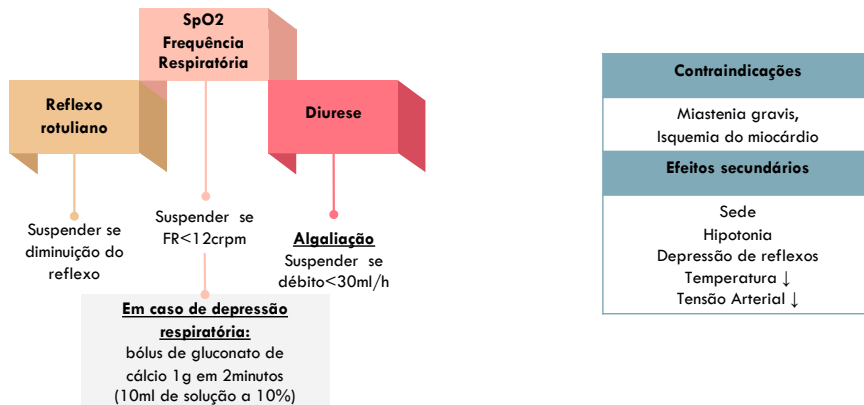
### Prevenção de Convulsões



(ACOG, 2020; Mateus & Edral, 2021)

## TRATAMENTO PE GRAVE

### Sulfato de Magnésio



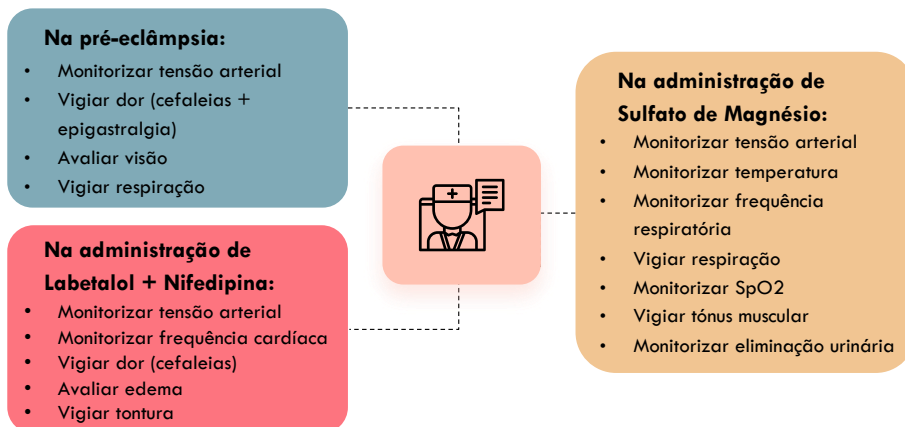
(ACOG, 2020; Mateus & Edral, 2021; NICE, 2019)

## ALTA PARA O DOMICÍLIO



(ACOG, 2020; Mateus & Edral, 2021)

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



## COMPLICAÇÕES NO FUTURO

### **Na mulher:**

Predisposição para doenças cardiovasculares e mais precocemente

Risco 2x superior de desenvolver HTA

Risco 4x superior de insuficiência cardíaca

Risco 5-12x superior de doença renal crónica terminal

Risco superior de AVC e 8-10 mais precoce

Maior risco em gravidezes futuras

A PE tem de ser reconhecida como um fator de risco para futuras doenças cardiovascular, cerebrovascular ou renal.

### **No feto:**

maior risco de atraso de crescimento intrauterino

Maior risco de prematuridade

Maior risco de morte intrauterina

### **No neonato:**

Maior risco de parelesia cerebral

Maior risco de enterocolite necrosante

Maior risco de retinopatia da prematuridade

### **Na criança:**

Maior risco de HTA

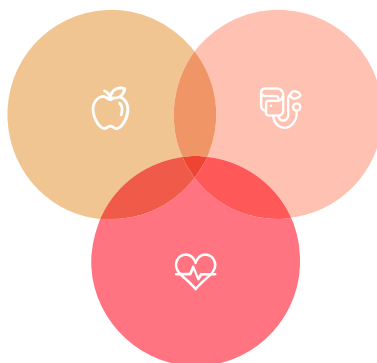
Maior risco de AVC

Maior risco de doenças metabólicas (principalmente em PIG)

(Cunha & Silva, 2022; NICE, 2019)

## EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS



VIGILÂNCIA DO PERFIL TENSIONAL

VISITAS MÉDICAS REGULARES

É importante incentivar a vigilância a longo prazo, rastreio, reconhecimento e tratamento precoces, para prevenção de morbimortalidade nesta população.

(Cunha & Silva, 2022; Ferreira et al., 2016; NICE, 2019)

## CONCLUSÕES

Os enfermeiros são os primeiros profissionais a terem contato com a puérpera em emergências obstétricas, portanto, é essencial que a assistência de enfermagem seja baseada em evidências científicas atualizadas.

É função do enfermeiro:

- Realizar uma colheita de dados detalhada e exame físico criterioso;
- Ter atenção aos valores tensionais e a outros sinais de pré-eclâmpsia;
- Realizar colheitas e acompanhamento dos exames laboratoriais pertinentes;
- Realizar intervenções corretas e rápidas, como chamar ajuda, solicitar avaliação médica, estabelecer acesso venoso de bom calibre e iniciar a terapias, assim que possível;
- Educar para a saúde durante o internamento e na alta hospitalar.

Ações que garantem uma assistência de excelência e a redução da morbimortalidade materno-infantil nestes casos.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abalos, E., Cuesta, C., Grosso, A. L., Chou, D., & Say, L. (2013). Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: A systematic review. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 170(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.05.005>
- ACOG. (2020). Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 222. *Obstetrics and Gynecology*, 135(6). <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003892>
- Barra, S., Cachulo, M. do C., Providência, R., & Leão-Marques, A. (2012). Hipertensão arterial na grávida: O atual estado da arte. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 31(6), 425–432. <https://doi.org/10.1016/j.rpc.2012.04.006>
- Chappell, L. C., Cluver, C. A., Kingdom, J., & Tong, S. (2021). Pre-eclampsia. *The Lancet*, 398(10297), 341–354. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32335-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32335-7)
- Coad, J., Pedley, K., & Dunstall, M. (2019). *Anatomy and Physiology for Midwives (4<sup>th</sup>)*. Elsevier.
- Cunha, V., & Silva, P. M. da. (2022). Hipertensão Arterial na Mulher Grávida. *Medicina Interna*, 29(3), Art. 3. <https://doi.org/10.24950/rspmi.537>
- Ferreira, M. B. G., Silveira, C. F., Silva, S. R. da, Souza, D. J. de, & Ruiz, M. T. (2016). Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia: Revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 0324–0334. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342016000200020>
- Ives, C. W., Sinkey, R., Rajapreyar, I., Tita, A. T. N., & Oparil, S. (2020). Preeclampsia—Pathophysiology and Clinical Presentations: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(14), 1690–1702. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.08.014>
- Martins-Costa, S. H., Ramos, J. G. L., Magalhães, J. A., Passos, E. P., & Freitas, F. (2017). *Rotinas em Obstetrícia (7<sup>th</sup>)*. Arméd Editora.
- Mateus, A., & Edral, A. (2021). *Hipertensão Gestacional, Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia (Protocolo nº4)*. Medicina Materno-Fetal - Centro Hospitalar Universitário do Algarve; Protocolo de Orientação Clínica de MMF.
- NICE. (2019). *Hypertension in pregnancy: Diagnosis and management (NICE Guideline, No. 133)*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546004/>
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, O., Moller, A.-B., Daniels, J., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M., & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *The Lancet. Global Health*, 2(6), e323–333. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)

Agradeço pela  
atenção de todos!



APÊNDICE B - Impressão de Placentas, uma Ação de Humanização dos Cuidados de  
Enfermagem



## IMPRESSÃO DE PLACENTAS, UMA AÇÃO DE HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

### Identificar, descrever e perceber

#### Significado da placenta

A placenta desempenha um papel crucial como órgão vascular durante a gravidez, funcionando semelhantemente a um parasita ao depender do sangue materno para fornecer oxigénio e nutrientes essenciais ao feto tal como a excretar outros resíduos (Coad et al., 2019). Assim, a sua função fisiológica é essencial para a manutenção da gravidez, facilitando a eficiente troca de substâncias entre os sistemas circulatórios materno e fetal e, deste modo, sustentar o desenvolvimento fetal adequado.

#### Simbolismo da placenta


A placenta é reconhecida como a "Árvore da Vida" pela sua semelhança com uma árvore, evidenciada pela analogia do cordão umbilical como o tronco, os vasos sanguíneos como ramos e o tecido placentário como a copa da árvore. Esta designação reflete a importância da placenta como uma ponte essencial entre a mãe e o seu bebé, simbolizando a ligação vital que sustenta o desenvolvimento fetal (Botelho, s.d.).

#### Humanização dos cuidados

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, humanizar “é tornar humano, dar condição ou forma humana; é tornar mais adaptado aos seres humanos; tornar compreensivo, bondoso, sociável”.

Ao abordar a humanização em enfermagem, é considerável mencionar a Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard Peplau, em 1952, onde se propõe que a abordagem terapêutica e o relacionamento interpessoal com o doente influenciarão tanto na identificação como na resolução do seu estado de saúde (Júnior et al., 2020).

Também a Ordem dos Enfermeiros, no artigo 89.º do seu Código Deontológico, se pronuncia quanto à humanização dos cuidados, reiterando que o enfermeiro é responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, ao assumir o dever de dar atenção à pessoa totalmente única inserida numa família e numa comunidade, de forma a criar um ambiente propício para o desenvolvimento das suas potencialidades (DRE, 2015).

<p>Assim, e adequando os cuidados de enfermagem no ciclo gravídico e puerperal, a humanização dos cuidados empoderará a mulher para vivenciar, a gravidez, o parto e o puerpério como um momento especial na sua vida.</p>
<b>Objetivo</b>
<p>O principal objetivo é promover a humanização dos cuidados, sendo uma forma de criar uma “imagem” do ambiente intrauterino, visando ampliar a memória e o registo da experiência da gravidez, do trabalho de parto e do nascimento. A impressão da placenta materializa de forma concreta o processo de nascimento e a importância do ambiente intrauterino como um contributo essencial para o bem-estar e desenvolvimento fetal, transformando-o numa recordação palpável e simbólica.</p>
<b>Local de aplicação</b>
<p>Contexto clínico Bloco de Partos do CH da Unidade A a sul do Tejo</p>
<b>Estratégias de envolvimento e participação dos profissionais</b>
<p>1 – Os conhecimentos quanto à técnica de impressão de placentas foram adquiridos pela mestrandia, através de formação facultada pelas EEESMO do CH da Região Autónoma de Espanha;</p> <p>2 – Foram aplicados os conhecimentos apreendidos pela mestrandia com a supervisão das mesmas Enfermeiras;</p> <p>3 – Foram aplicados os conhecimentos apreendidos pela mestrandia, de forma autónoma, num novo contexto clínico, no Bloco de Partos do CH da Unidade A, onde a técnica era desconhecida;</p> <p>4 – Foi fomentado o envolvimento e participação dos EEESMO e colegas MESMO, instruindo a técnica aprendida através de demonstrações e aplicação prática.</p>

<p>(Imagens autorizadas pelas intervenientes)</p>
<b>Recursos necessários</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Folhas brancas A4</li></ul>


- Tintas acrílicas diversas
- Luvas limpas
- Resguardos

**Resultados**



**Avaliação dos resultados**

Foi realizada uma nuvem de palavras com a perceção, quer dos casais quanto dos profissionais, aquando da entrega da impressão da placenta após o parto.


<b>Considerações finais</b>
<p>Para aprimorar a experiência do parto, a impressão da placenta emerge como uma estratégia valiosa, pois proporciona às mulheres a oportunidade de ampliar ou ressignificar a sua experiência durante a gravidez, trabalho de parto e nascimento.</p> <p>A ação de humanização, representada pela impressão da placenta, não amplia apenas a relação interpessoal do enfermeiro com a mulher/casal mas também a relação de díade/tríade, consolidando uma ligação significativa com o momento do nascimento. Ao reconhecer e atender às necessidades emocionais da mulher/casal, esta abordagem destaca-se como um componente importante para promover uma experiência de parto mais positiva.</p>
<b>Referências bibliográficas</b>
<p>Botelho, B. (s.d.). <i>Árvore da Vida   Dra. Beatriz Botelho Ginecologista Maringá</i>. Beatriz Botelho. <a href="https://beatrizbotelho.med.br/arvore-da-vida/">https://beatrizbotelho.med.br/arvore-da-vida/</a></p> <p>Coad, J., Pedley, K., &amp; Dunstall, M. (2019). <i>Anatomy and Physiology for Midwives</i> (4ª). Elsevier.</p> <p>DRE. (2015). <i>Código Deontológico</i>. OE. <a href="https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf">https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf</a></p> <p>Júnior, J. N. de B. S., Gomes, A. C. M. dos S., Guedes, H. C. dos S., Lima, E. de A. P., Januário, D. C., &amp; Santos, M. L. dos. (2020). Behavior of nursing professionals and the implementation of hospital humanization policy / Comportamentos dos profissionais de enfermagem na efetivação da humanização hospitalar. <i>Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online</i>, 12, 471–478. <a href="https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8527">https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8527</a></p>

APÊNDICE C - Comunicação Oral de Curta Duração no Congresso Internacional – Percursos  
da Investigação em Enfermagem



Pre-eclampsia in the postpartum period: A descriptive case study

## Pré-Eclâmpsia no Puerpério: Um estudo de caso descritivo

Débora Colaço<sup>(a, b)</sup>

Catarina Guiomar<sup>(a)</sup>

Carla Albino<sup>(a)</sup>

Ana Frias<sup>(b)</sup>

<sup>(a)</sup>Centro Hospitalar Universitário do Algarve; <sup>(b)</sup>Universidade de Évora



## INTRODUÇÃO

### Definição

Elevação da tensão arterial  
Proteinúria  
Trombocitopenia  
Insuficiência renal  
Alterações da função hepática  
Edema pulmonar  
Cefaleias  
Distúrbios visuais  
Epigastralgias

### Prevalência

Estima-se que a pré-eclâmpsia complica 2% das gestações em Portugal.  
Mais frequente durante a gravidez.  
O desenvolvimento desta complicação no puerpério não deve ser ignorado.

### Objetivos

Descrever a clínica da puérpera e identificar as suas necessidades  
Aprofundar conhecimentos sobre a pré-eclâmpsia  
Refletir sobre a atuação e conduta enquanto enfermeiros

(ACOG, 2020; Cunha & Silva, 2022; Ives et al., 2020)

Nursing Research Paths: International Congress

2



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Critérios para alta

- TA, com ou sem tratamento, <150/100mmHg
- Sem sintomas de pré-eclâmpsia
- Análise camente estável ou melhorada

Ao 5º dia após o parto:  
Alta para domicílio  
TA: 147/89mmHg  
Sem sintomas  
Análise camente estável

### COMPLICAÇÕES FUTURAS

**Na mulher:**  
Predisposição e desenvolvimento precoce para doenças cardiovasculares;  
Risco aumentado de desenvolver HTA, insuficiência cardíaca, doença renal crónica terminal, AVC e PE em gravidezes futuras.

**Na criança:**  
Maior risco de paralisia cerebral, enterocolite necrosante e retinopatia da prematuridade.

Risco aumentado de HTA, AVC e doenças metabólicas.

A PE deve ser reconhecida como um fator de risco para futuras doenças cerebro-cardiovasculares e/ou renais.

(ACOG, 2020; Cunha & Silva, 2022; Ferreira et al., 2016; NICE, 2019)

Nursing Research Paths: International Congress 5

## CONCLUSÃO

Os enfermeiros são os primeiros profissionais a terem contato com a puérpera em emergências obstétricas, portanto, é essencial que a assistência de enfermagem seja baseada em evidências científicas atualizadas.

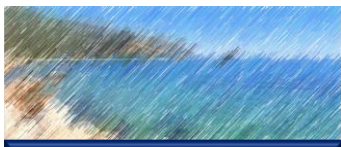
É função do enfermeiro:

- Realizar uma colheita de dados detalhada e exame físico criterioso;
- Ter atenção aos valores tensionais e a outros sinais de pré-eclâmpsia;
- Realizar colheitas e acompanhamento dos exames laboratoriais pertinentes;
- Realizar intervenções corretas e rápidas, como chamar ajuda, solicitar avaliação médica, estabelecer acesso venoso de bom calibre e iniciar terapias, assim que possível;
- Educar para a saúde durante o internamento e na alta hospitalar.

Ações que garantem uma assistência de excelência e a redução da morbimortalidade materno-infantil nestes casos.

Nursing Research Paths: International Congress 6





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG. (2020). Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 222. *Obstetrics and Gynecology*, 135(6).  
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003892>
- Chappell, L. C., Cluver, C. A., Kingdom, J., & Tong, S. (2021). Pre-eclampsia. *The Lancet*, 398(10297), 341–354. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32335-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32335-7)
- Coad, J., Pedley, K., & Dunstall, M. (2019). *Anatomy and Physiology for Midwives* (4a). Elsevier.
- Cunha, V., & Silva, P. M. da. (2022). Hipertensão Arterial na Mulher Grávida. *Medicina Interna*, 29(3), Art. 3. <https://doi.org/10.24950/rspmi.537>
- Ferreira, M. B. G., Silveira, C. F., Silva, S. R. da, Souza, D. J. de, & Ruiz, M. T. (2016). Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia: Revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 0324–0334. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200020>
- Ives, C. W., Sinkey, R., Rajapreyar, I., Tita, A. T. N., & Oparil, S. (2020). Preeclampsia—Pathophysiology and Clinical Presentations: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(14), 1690–1702. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.08.014>
- Martins-Costa, S. H., Ramos, J. G. L., Magalhães, J. A., Passos, E. P., & Freitas, F. (2017). *Rotinas em Obstetrícia* (7a). Artmed Editora.
- NICE. (2019). *Hypertension in pregnancy: Diagnosis and management* (NICE Guideline, No. 133). National Institute for Health and Care Excellence (NICE).  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546004/>

APÊNDICE D - Poster Científico com o título “Prevenção do Trauma Perineal durante o Trabalho de Parto: Intervenções do EEESMO”, Apresentado No XXIV Congresso Nacional e VIII Internacional APEO 2023

Modelos Assistenciais Liderados por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica | Parteiras



Autoras: EESMO<sup>(a)</sup> En<sup>(b)</sup> Débora Mascote, EESMO<sup>(b)</sup> Carla Matos, EESMO<sup>(b)</sup> Vera Relvas e Docente<sup>(a)</sup> PhD Ana Frias

# PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO: INTERVENÇÕES DO EESMO

Palavras-chave: Trauma Perineal, Parto Vaginal, Prevenção Primária, Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

## INTRODUÇÃO

Durante o parto, a mulher vivencia várias experiências em simultâneo, dentro dessas experiências, as consequências poderão ser a curto ou a longo prazo na sua saúde e bem-estar<sup>(1-3)</sup>. É possível a mulher sofrer algum tipo de lesão espontânea ou artificial a nível do períneo, a qualquer uma destas lesões dá-se o nome de trauma perineal<sup>(3)</sup>.



### LACERAÇÃO GRAU I:

Atinge a pele e/ou

mucosa do períneo<sup>(4)</sup>.



### LACERAÇÃO GRAU II:

Atinge os músculos

perineais, não envolve o

esfíncter anal<sup>(4)</sup>.



### LACERAÇÃO GRAU III:

Atinge os músculos

perineais, envolvendo o

esfíncter anal<sup>(4)</sup>.



### LACERAÇÃO GRAU IV:

Atinge o esfíncter anal e

concomitantemente o

epitélio anorretal<sup>(4)</sup>.



### EPISIOTOMIA:

Incisão dos tecidos do períneo, aplicada em situação de asfixia fetal ou iminência de laceração grave<sup>(1, 5, 6)</sup>.

### Complicações

- Dor perineal crónica<sup>(1, 10)</sup>
- Dispareunia<sup>(6, 10)</sup>
- Incontinência urinária<sup>(10)</sup>
- Incontinência fecal<sup>(10)</sup>
- Fistulas retovaginais<sup>(10)</sup>
- Infecção perineal<sup>(1, 6)</sup>

## OBJETIVO

Identificar as intervenções do EESMO durante o trabalho de parto que previnem e minimizam o trauma perineal nas parturientes.

## METODOLOGIA

Revisão integrativa da literatura.

Coleta de dados nas bases de dados PubMed, EBSCOhost, Cochrane Library e BMC Pregnancy and Childbirth.

DeCS para pesquisa: "Obstetric Delivery", "Primary Prevention", "Injuries" e "Perineum".

Identificados 122 artigos, que após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram incluídos 8 artigos.

## CONCLUSÕES

Em conformidade com a OMS, o trabalho de parto realizado da forma mais natural possível, bem como a redução de intervenções e a limitação de instrumentalização, consideram-se fatores promotores da integridade do períneo, além de tornarem o parto uma experiência mais positiva.

É importante, em cada realidade, implementar uma assistência baseada na evidência científica e com respeito à mulher.

CONGRESSO  
APEO  
2023 XXIII  
3, 4 e 5 de Maio

REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Posição Materna

A combinação de mudanças posturais, durante a fase passiva do 2º estadio do trabalho de parto e o uso da posição de decúbito lateral, durante a fase ativa do 2º estadio está associada à redução das taxas de parto instrumentado e de trauma perineal<sup>(1, 7, 14)</sup>.

### Manobra de Ritgen

A realização da Manobra de Ritgen Modificada diminui a incidência de lacerações de grau I a nível do períneo, no entanto, aumenta a incidência de dor no período puerperal<sup>(1, 8)</sup>. Relativamente a lacerações de grau III e IV, a mesma manobra não diminui a sua incidência<sup>(8, 9, 13)</sup>.

### Aplicação de Calor

A aplicação de compressas quentes no períneo tem um efeito preventivo nas lacerações, mais significativo nas lacerações de grau III e IV<sup>(1, 6, 7, 15)</sup>.

### Massagem Perineal

A realização da massagem perineal, com recurso a lubrificante, durante o 2º estadio de trabalho de parto, aumenta a probabilidade de períneo intacto após o parto e em caso de laceração, diminui a incidência de lacerações de grau III e IV<sup>(1, 6, 11, 12, 16)</sup>.

### Restrição de Manipulação do Períneo

Restringir a manipulação do períneo até à chegada da fase ativa do 2º estadio, reduz a incidência de lacerações no períneo, tal como a necessidade de realização de episiotomia<sup>(1, 6, 7)</sup>.

### Comunicação Eficaz

Estabelecer uma comunicação eficaz entre o profissional de saúde e a parturiente fará com que a mesma se mantenha mais atenta, participativa e confie nas intervenções do profissional, podendo consequentemente diminuir a incidência de trauma<sup>(6, 14)</sup>.

(a) Universidade de Évora;  
(b) Centro Hospitalar Universitário do Algarve

APÊNDICE E – Registo Total das Atividades Realizadas

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida <input type="checkbox"/> Exames pré-natais (100)	251
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
<input type="checkbox"/> Partos eutócicos (40) -----	49
<input type="checkbox"/> Participação activa em partos pélvicos -----	2
<input type="checkbox"/> Participação activa em partos gemelares -----	1
<input type="checkbox"/> Participação activa noutros partos -----	16
<input type="checkbox"/> Episiotomia -----	18
<input type="checkbox"/> Episiorrafia / perineorrafia-----	39
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
<input type="checkbox"/> Gravidez -----	31
<input type="checkbox"/> Trabalho de parto -----	42
<input type="checkbox"/> Puerpério -----	46
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	131
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	133
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	45
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	82

APÊNDICE F - Sessões de Educação para a Saúde realizadas: “Equipamento de Puericultura”, “Sexualidade na Gravidez”, “Trabalho de Parto” e “Puerpério”

## PUERICULTURA



Realização:  
MESMO Débora Mascote

Orientação:  
EESMO Filipe Oliveira  
PhD Ana Frias

UNIVERSIDADE DE ÉVORA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS **Al-Buhera** Unidade de Cuidados na Comunidade



## SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ

Realização:  
MESMO Débora Mascote

Orientação:  
EESMO Filipe Oliveira  
PhD Ana Frias

UNIVERSIDADE DE ÉVORA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS **Al-Buhera** Unidade de Cuidados na Comunidade



## O PARTO

Realização:  
MESMO Débora Mascote

Orientação:  
EESMO Filipe Oliveira  
PhD Ana Frias

UNIVERSIDADE DE ÉVORA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS **Al-Buhera** Unidade de Cuidados na Comunidade



## PUERPÉRIO

Realização:  
MESMO Débora Mascote

Orientação:  
EESMO Filipe Oliveira  
PhD Ana Frias

UNIVERSIDADE DE ÉVORA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS **Al-Buhera** Unidade de Cuidados na Comunidade

APÊNDICE G - Folheto Informativo sobre a Massagem Perineal



### O que é o períneo feminino?

O períneo é a região entre a vagina e o ânus que sustenta os órgãos pélvicos da mulher, com o a bexiga, o útero, o intestino, o reto. Éo chamado "assoalho pélvico".



### O que é a massagem perineal?

É uma técnica que permite que os músculos do períneo alonguem e que os tecidos ao nível da vulva mantenham a sua flexibilidade e elasticidade.

### As vantagens...

Promover um parto natural o mais fisiológico possível, minimizando as consequências de um parto vaginal, diminuindo a incidência e grau de lacerações, tal como o de episiotomia. No pós-parto, minimiza a dor perineal e a incidência de incontinência fecal.

### Quando fazer?

A massagem perineal pode ser iniciada a partir das 34 semanas de gestação, salvo alguma contraindicação. Deve ser realizada 2 a 3 vezes por semana, por um período de 10 a 15 minutos.

### Contraindicações

- Idade gestacional inferior a 34 semanas
- Ruptura prematura da bolsa amniótica
- Ameaça de parto prematuro

Fale com o profissional de saúde antes de iniciar a massagem perineal e esclareça as suas dúvidas.



Aluna de EESMO Débora Mascote  
EESMO Filipe Viegas



## MASSAGEM PERINEAL NA GRAVIDEZ



### Como e quando fazer?

Cuidados antes da massagem



Conversar com o profissional de saúde antes de iniciar a massagem perineal.



Tomar um banho relaxante, de forma a relaxar os músculos e suavizar a pele.



Aparar as unhas para evitar lesões ou desconfortos.



Higienizar as mãos para prevenir a entrada de microrganismos no canal vaginal.



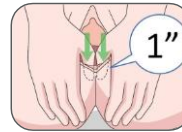
Colocar-se numa posição e local confortável, com o apoio de almofadas.

Técnica de automassagem

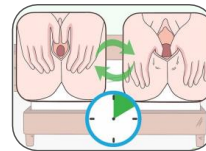


A técnica é realizada com os dois polegares no períneo, ambos devem estar lubrificados.

Apoiar os polegares, 2,5cm dentro da vagina, pressionando para baixo, em direção ao ânus, os restantes dedos apoiados nas nádegas.



Massajar o canal em "U" para cada lado. Tentando manter os músculos relaxados.



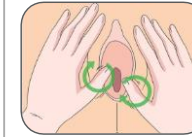
Alternar os movimentos, por um período de 10 a 15 minutos.

Produto a utilizar

- Lubrificante solúvel em água
- Óleo de amêndoas doces

Técnica de massagem a dois

Escolher alguém de confiança e estabelecer uma comunicação eficaz, para alertar se houver algum desconforto.



Massajar o períneo com os polegares, em movimentos circulares.



Inserir os indicadores dentro da vagina, pressionando para baixo e para os lados, fazendo o movimento em "U".

Alternar os movimentos. Estarem preparados para qualquer reação emocional. Libertar a tensão e relaxar.



Cuidados após a massagem



Tomar um banho, de forma a remover os produtos aplicados.

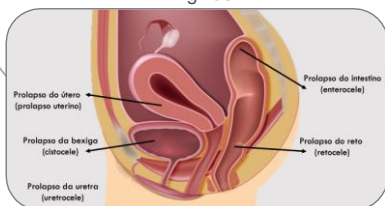


APÊNDICE H - Folheto Informativo sobre Colpoplastia

### O que é um prolapso genital?

O prolapso genital é um distúrbio decorrente do enfraquecimento dos músculos que sustentam o assoalho pélvico (órgãos da região baixa do abdómen), descaindo sobre o canal vaginal.

O prolapso pode ocorrer em diversos órgãos:



É possível que existam vários prolapso em simultâneo.

### Quais os efeitos do prolapso?

Esta fraqueza muscular pode causar incontinência urinária, dificuldade para urinar ou evacuar, sensação de peso ou como houvesse algo dentro da vagina.

### Sinais de alerta pós-cirúrgico

Perdas sanguíneas vaginais: Por norma são escassas após a cirurgia e vão progredindo de cor entre o vermelho vivo, acastanhadas e chegando a amareladas até as 4 a 6 semanas → Ensopar um penso higiénico numa hora, é sinal de hemorragia. Sinais de infeção urinária (dor ou ardor ao urinar, urinar muitas vezes) ou de retenção urinária (não conseguir esvaziar a bexiga).

**Sinais e sintomas para recorrer ao Serviço de Urgência:** hemorragia, dor intensa, febre.

### Exercícios de Kegel

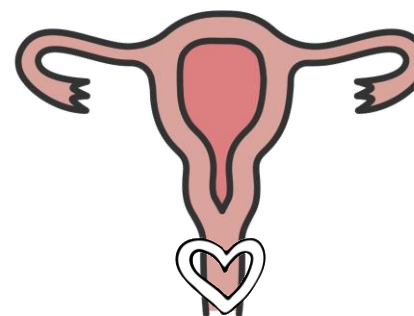
Os exercícios de Kegel ajudam na recuperação pós-operatória, prevenindo também futura incontinência urinária e futuros prolapso. Só deverão ser iniciados depois da cicatrização estar completa (1 mês).

#### Como fazer?

- Contrair o pavimento pélvico com a máxima força
- Sustentar a contração entre 3-10 segundos
- Realizar 3-4 contrações rápidas no pico de cada contração lenta (contração intensiva)
- Realizar este exercício diariamente, fazendo uma sequência de 8 a 12 repetições, idealmente 3 vezes por dia



COLPOPLASTIA



SERVIÇO DE GINECOLOGIA



Referências Bibliográficas



Aluna de EESMO Débora Mascote  
EESMO Sandra Capucho  
2022/2023

### Colpoplastia, afinal, o que é?

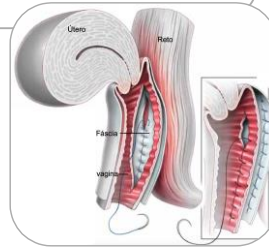
É a reparação da parede vaginal de forma a reforçar a musculatura (também chamada de fásia) que enfraqueceu. Dependendo dos órgãos, pode ser colpoplastia anterior, quando há prolapso da bexiga, ou posterior, quando há prolapso do intestino ou reto. O objetivo deste tipo de cirurgia é aliviar os efeitos do prolapso e melhorar as funções urinária, intestinal ou sexual.

### Como se pode corrigir?

O tipo de tratamento varia com o grau de prolapso que existir e os órgãos que descaíram. Pode ser utilizado um tampão ou anel para conter o prolapso ou cirurgicamente reforçando a musculatura da vagina e/ou períneo (região entre a vagina e o ânus) - **colpoplastia**.

### Como é feito o procedimento?

A cirurgia pode ser realizada com anestesia geral, regional ou ainda anestesia local. É feito um corte na parede vaginal, corrigindo-se a musculatura enfraquecida.



A parede vaginal que foi cortada, volta a ser fechada e os pontos saem sozinhos entre 4 a 6 semanas após a cirurgia. Frequentemente coloca-se uma sonda vesical e um tampão na vagina, que são retirados depois da cirurgia.

### Cuidados após a colpoplastia

- Evitar realizar esforços, exercício físico e levantar pesos durante 30 dias.
- Evitar banhos de imersão ou piscinas durante 30 dias.
- Sempre que a cueca ou o penso higiênico estiver húmido, trocar.
- Não utilizar tampões ou copos menstruais.
- Manter a região sempre higienizada e seca.
- Não retomar relações sexuais até indicação médica.

### Ao retomar relações sexuais...

Inicialmente poderá existir algum desconforto pelo que deve ser utilizado um gel lubrificante à base de água para o seu alívio. Se, ainda assim, o desconforto se mantiver por mais de 3 meses, informar o médico.