



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**
Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na
Prevenção do Trauma Perineal no Parto**

Daniela Nascimento Marques

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**
Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na
Prevenção do Trauma Perineal no Parto**

Daniela Nascimento Marques



Orientador: Professora Maria Luísa Sotto-Mayor



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

"Birth matters, and I believe the way a child is brought into the world has an important impact on the rest of life. Helping with that transition is an honor."

Anjli Aurora Hinman (2015)

AGRADECIMENTOS

Os caminhos longos e tortuosos enaltecem a importância dos pilares que nos suportam, das luzes que nos guiam e da bússola que nos norteia. A todos quantos estiveram envolvidos neste percurso, deixo o meu agradecimento.

Primeiramente, à Professora Maria Luísa Sotto-Mayor, minha orientadora, por abraçar a temática, pela paciência, pelo saber, pelo suporte e pelo carinho.

A todas as supervisoras clínicas, fundamentais na minha aprendizagem em todos os contextos de Estágio, pela competência e sabedoria que me transmitiram.

Em especial, à Enf.^a Vanessa Furão, pelo entusiasmo, energia, perseverança, resiliência e confiança. Comprometo-me a manter a minha vida organizada por cores, a manter o material arrumado e devidamente ordenado e a honrar tudo aquilo que me ensinaste. Obrigada por tudo.

A todas as famílias, casais e mulheres, que me permitiram fazer parte de momentos tão íntimos, e com quem tanto aprendi. Foi um privilégio e um gosto.

Aos meus colegas de trabalho, na pessoa da Enf.^a Carla Veigas, pelo exemplo e apoio ao longo desta jornada. Que continuemos a caminhar juntos.

Aos que ingressaram nesta aventura a meu lado, meus colegas de curso, em especial à minha “grupeta”, pelas palavras de incentivo e por nunca deixarem ninguém para trás. Contra tempestades, furacões e pandemias...está feito! E bem feito!

Aos meus amigos, pelos abraços, gargalhadas, brindes, lágrimas, mesas cheias e horas de conversas intermináveis. Sei bem porque vos escolhi.

Às minhas “chicas”, Joana e Rita, os melhores exemplos de especialistas que conheço, que me motivaram a dar este passo. Que o vosso dragãozinho nunca vos desiluda.

À minha família, avós, tios, primos e afilhados, por nunca se esquecerem do meu lugar à mesa, mesmo quando não compareci, pelas videochamadas, pela lembrança constante.

Ao meu núcleo, pais e mana, com quem falhei tantas vezes em presença, mas de quem o aplauso, o colo e as palavras certas nunca me faltaram. Amo-vos e espero-vos orgulhosos.

Por fim, a ti, Daniel, companheiro de todas as horas, de todas as missões, de todas as aventuras. Sem o teu apoio, amor, compreensão, humor, resiliência, abraço e colo, esta caminhada teria sido insuportável. Obrigada do fundo do coração, meu amor.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

APA – American Psychological Association

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CMESMO – Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia

CPPP – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

CTG – Monitorização Cardiotocográfica/Cardiotocografia

DGES – Direção-Geral do Ensino Superior

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EpS – Educação para a Saúde

ER – Estágio com Relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

ICM – International Confederation of Midwives

IST – Infecções de Transmissão Sexual

JB – Joanna Briggs Institute

MFR – Medicina Física e de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCC – População, Conceito e Contexto

PDS – Plataforma de Dados de Saúde

RCIU – Restrição de Crescimento Intrauterino

RPPTM – Ruptura Prematura Pré-Termo de Membranas

RS – Revisão *Scoping*

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

RESUMO

O trauma perineal no parto define-se, segundo Beleza (2019), como a perda da integridade dos tecidos perineais, que pode acontecer espontaneamente, através das lacerações espontâneas do períneo, ou cirurgicamente, através da episiotomia.

O impacto do trauma perineal, em consonância com a Recomendação de Cuidados Intraparto para uma Experiência Positiva de Parto da OMS (2018), tem promovido a procura de técnicas e recursos para o prevenir.

O presente relatório tem como objetivo geral refletir sobre as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, que permitiram a aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica.

De modo a responder à questão “que intervenções pode o Enfermeiro Obstetra desenvolver, durante a gravidez e parto, para prevenir o trauma perineal no parto?”, recorri à metodologia da revisão *scoping*, segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute*, e à translação da melhor e mais recente evidência científica para a prática clínica, através da realização de sessões de esclarecimento e formação, aplicação das técnicas e recursos de prevenção do trauma perineal e análise dos resultados obtidos.

Este trabalho foi guiado pelo referencial teórico da Teoria dos Sistemas, de Betty Neuman, encarando a parturiente/casal como o centro de um sistema aberto e declarando o trauma perineal como um *stressor* que pode prejudicar a homeostase deste sistema. O cuidado especializado de enfermagem deve alicerçar-se no nível de prevenção primário, capacitando os casais e os profissionais de saúde que assistem à gravidez e parto para as técnicas e recursos existentes.

Palavras-chave: Trauma perineal, Laceração Perineal, Episiotomia, Grávida, Parto vaginal, Enfermeiro Obstetra

ABSTRACT

Perineal trauma in childbirth is defined, according to Beleza (2019), as the loss of perineal tissue integrity, which can happen spontaneously, through spontaneous perineal lacerations, or surgically, through episiotomy.

The impact of perineal trauma, in line with the WHO Intrapartum Care Recommendation for a Positive Childbirth Experience (2018), has promoted the search for techniques and resources to prevent it.

The present report has as general objective to reflect on the activities developed in the different internship contexts, which allowed the acquisition of specific competences of Nurse Specialist in Obstetric Maternal Health Nursing.

To answer the question "what interventions can the Obstetric Nurse develop, during pregnancy and childbirth, to prevent perineal trauma in childbirth?" best and most recent scientific evidence for clinical practice, by conducting clarification and training sessions, applying perineal trauma prevention techniques and resources, and analyzing the results obtained.

This work was guided by the theoretical framework of Systems Theory, by Betty Neuman, considering the parturient/couple as the center of an open system and declaring perineal trauma as a stressor that can harm the homeostasis of this system. Specialized nursing care must be based on the level of primary prevention, enabling couples and health professionals who assist pregnancy and childbirth in the techniques and resources available.

Keywords: Perineal trauma, Perineal laceration, Episiotomy, Pregnant, Vaginal birth, Obstetric nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	14
1.1. Mapa Conceptual	14
1.1.1. Pavimento Pélvico e Períneo	14
1.1.2. Trabalho de Parto	16
1.1.3. Trauma Perineal no Parto	17
1.1.4. Morbilidade	19
1.1.5. Dados Epidemiológicos	20
1.2. Referencial Teórico de Enfermagem	21
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	24
2.1. Revisão Scoping	24
2.1.1. Objetivo e Questão de Pesquisa	24
2.1.2. Critérios de Inclusão	25
2.1.3. Estratégia de Pesquisa	25
2.1.4. Resultados da Pesquisa	27
2.2. Translação da Evidência Científica para a Prática Clínica	34
3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU ACADÉMICO DE MESTRE E DA ESPECIALIDADE SMO	49
3.1. Competências do Grau Académico de Mestre	50
3.2. Competências Específicas de Enfermagem de SMO	52
3.3. Percurso de Aquisição de Competências	53
3.3.1. Cuidado especializado no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional	53
3.3.2. Cuidado especializado durante o período pré-natal	55
3.3.3. Cuidado especializado durante o trabalho de parto e parto	58
3.3.4. Cuidado especializado durante o período pós-natal	62
3.3.5. Cuidado especializado em processos de saúde/doença ginecológica e climatério	64
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	66
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

APÊNDICES

Apêndice I – Termos de Pesquisa

Apêndice II – Pesquisa na base de dados *CINAHL*

Apêndice III – Pesquisa na base de dados *MEDLINE*

Apêndice IV – Fluxograma da Estratégia de Pesquisa

Apêndice V – Tabelas de Extração de Dados

Apêndice VI – Tabelas de Apresentação de Resultados

Apêndice VII – Cronograma

Apêndice VIII – Folheto Informativo

Apêndice IX – Diapositivos da Sessão de Educação Para a Saúde – Prevenção do Trauma Perineal

Apêndice X – Resultados do Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

Apêndice XI – Apontamentos Clínicos do Serviço de Obstetrícia

Apêndice XII – Apontamentos Clínicos da Sala de Partos

Apêndice XIII – Indicador de Qualidade

Apêndice XIV – Diapositivos da Apresentação aos Profissionais da área da Saúde da Mulher – Indicador de Qualidade

Apêndice XV – Resultados do Questionário de Avaliação da Apresentação aos Profissionais da área da Saúde da Mulher – Indicador de Qualidade

Apêndice XVI – Parecer da Comissão de Ética da Unidade Hospitalar em que foi implementado o projeto de investigação

ANEXOS

Anexo I – Diagrama do Modelo de Sistemas de Neuman

Anexo II – Síntese de Registo de Atividades Práticas

INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório (ER) encerra o percurso académico definido para o Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), que permitirá obter o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e o grau académico de Mestre.

Este processo pressupõe a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos científicos, saberes teórico-práticos e competências específicas, nomeadamente as competências previstas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento n.º 391/2019) e definidas pela *International Confederation of Midwives* (ICM, 2019).

Para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO), a presente jornada académica, assim como o seu relatório, cumpre os requisitos estipulados pelos Descritores de Dublin para o 2º ciclo, desenvolvidos em 2003, que propõem a caracterização das expectativas dos resultados e aptidões que representam a conclusão desse mesmo ciclo. Os requisitos fundamentam-se em cinco (5) domínios: o conhecimento e capacidade de compreensão, a aplicação de conhecimentos e compreensão, a realização de julgamento/tomada de decisões, a comunicação e as competências de autoaprendizagem (Joint Quality Initiative, 2004). Respeitando o Decreto-Lei n.º 65/2018, emitido pela Presidência do Conselho de Ministros, a apresentação e discussão pública do presente relatório permite que o mestrando obtenha o grau académico pretendido.

A temática em estudo, o trauma perineal, vai ao encontro dos meus interesses enquanto Enfermeira de Cuidados Gerais em sala de partos, enquanto futura EEESMO, enquanto mulher e como futura parturiente. Desde o ingresso no curso que tenho vindo a desenvolver, cada vez mais, a capacidade analítica e reflexiva das práticas no contexto em que exerço e a escolha desta temática veio ao encontro da necessidade, já despertada em mim, do desenvolvimento de competências que promovam a evolução profissional e deem visibilidade às intervenções dos enfermeiros obstetras.

O impacto do trauma perineal na vida da parturiente, na sua autoestima, autoimagem, na experiência de parto, na vivência do puerpério, no vínculo com o recém-nascido, na relação em casal e nos custos económicos derivados de complicações, foi sempre uma temática que me suscitou interesse. Ao observar a prestação de cuidados de alguns EEESMO do contexto profissional, percebi que o trauma perineal pode ser evitável, que existem técnicas e recursos para o prevenir e que a mudança de paradigma é urgente, através da uniformização de condutas e ganhos em saúde.

Este último ponto remete-me para um dos enunciados descritivos do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2018) onde consta que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EESMO previne complicações para a saúde (...) ao longo do ciclo reprodutivo, em todos os contextos de vida” (p. 6). Esta procura permanente da excelência revela-se na pesquisa e atualização contínua da evidência científica e na sua mobilização para a prática de cuidados, com o objetivo de prestar o cuidado mais holístico, humanizado, individualizado e eficiente possível.

A pertinência do tema em estudo prende-se também com o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019), uma vez que, apesar de culminar no cuidado à mulher “inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (p.13561), é notoriamente transversal em todas as etapas do seu ciclo vital, assim como nos vários contextos de Estágio, seja no “âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional” (p.13561), assim como no “período pré-natal” (p.13561), através da capacitação e educação para a saúde sobre o trauma perineal e a forma de o prevenir; seja no “período pós-natal” (p.13561), através da transmissão de informação pertinente e atual sobre o controlo de infeção, medidas de controlo da dor e desconforto, reabilitação do pavimento pélvico assim como a referenciação da parturiente para profissionais especializados nesta patologia; durante o “período do climatério” para deteção e identificação precoce de complicações do trauma perineal no parto, assim como participação no seu tratamento; em “processos de saúde/doença ginecológica” (p.13561) no rastreio, identificação, tratamento e referenciação de situações de potencial patologia, assim como na educação para a saúde.

Ao longo do percurso formativo, apresentado em apêndice através de um cronograma (Apêndice I), pude experienciar diversos contextos clínicos, como os

Cuidados de Saúde Primários, Medicina Materno-Fetal, Obstetrícia, Sala de Partos, Neonatologia e consulta e internamento de Ginecologia em diversas Instituições de Saúde e Unidades Hospitalares da região de Lisboa, que me possibilitaram o desenvolvimento de competências prévias, a aquisição e treino de novas competências e, também, o desenvolvimento do meu projeto individual.

O referencial teórico que norteou e sustentou este trabalho de pesquisa e a sua aplicabilidade prática foi a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, na medida em que cada parturiente/casal/família, enquanto *core* do sistema aberto, é diretamente influenciado pelos recursos, conhecimentos e cuidados que o envolvem. Quando as linhas de defesa se manifestam reforçadas pela capacitação, educação para a saúde e treino, ao nível de prevenção primário, o sistema mantém a saúde e o equilíbrio, mesmo quando o surgimento do *stressor* trauma perineal é inevitável.

O presente relatório teve como principal objetivo refletir sobre as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, que permitiram a aquisição de competências específicas de EEESMO. É, desta forma, materializada a obtenção do título profissional de enfermeiro especialista e do grau académico de Mestre.

Como objetivos específicos: aprofundar conhecimentos através da pesquisa de evidência científica que fundamente e suporte as intervenções do enfermeiro obstetra na prevenção do trauma perineal; refletir sobre a influência do enfermeiro obstetra na experiência de parto da mulher/casal; apreciar o impacto do trauma perineal na experiência de parto e pós-parto da mulher/casal; identificar situações de Prática Baseada na Evidência sobre a intervenção do enfermeiro obstetra na prevenção do trauma perineal; e adquirir competências especializadas para prevenir o trauma perineal no parto.

No que concerne à estrutura do relatório, este encontra-se dividido em cinco capítulos: o primeiro capítulo, “Enquadramento Conceptual e Teórico”, que compreende a apresentação e definição de conceitos, através de uma revisão da evidência científica sobre a temática, e o referencial teórico escolhido; o segundo capítulo, “Enquadramento Metodológico”, onde constam as duas metodologias utilizadas, nomeadamente, a revisão *Scoping* (RS) e a translação da evidência científica para a prática clínica; o terceiro capítulo narra reflexivamente o percurso de aquisição de competências da especialidade e do grau de mestre, refletindo sobre o cuidado ao longo do ciclo vital da mulher; o quarto capítulo revela as “Considerações Éticas” inerentes ao processo de elaboração deste relatório; o quinto capítulo,

“Considerações Finais”, concretiza o balanço do percurso académico, assim como do presente trabalho. Seguem-se as referências bibliográficas de todas as fontes de informação e evidência utilizadas neste relatório.

Este relatório foi redigido segundo o Novo Acordo Ortográfico, de acordo com o Guia Orientador de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações, da ESEL (2020) e as normas da *American Psychological Association* (APA, 2012).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

1.1. Mapa Conceptual

1.1.1. Pavimento Pélvico e Períneo

A anatomia da pelve feminina ainda é pouco conhecida e as suas descrições anatómicas variam consoante a fonte de evidência que as fundamentam. Como principais funções, podemos enumerar a manutenção da estática pélvica, a continência, a sexualidade e a reprodutividade (Giraudet, Patrouix, Fontaine, Demondion, Cosson & Rubod, 2018).

A estrutura do pavimento pélvico é altamente dinâmica, sendo mantida em equilíbrio pelos músculos do assoalho pélvico, fáscia endopélvica, tecido conjuntivo e ossos pélvicos (Çetindağ, Dökmeci, Çetinkaya & Seval, 2021). O comprometimento destes elementos do assoalho pélvico pode causar um desequilíbrio imprevisível que, consequentemente, pode resultar numa variedade de distúrbios funcionais e prolapsos de órgão único ou multicompartimental, disfunção urinária e intestinal e disfunção sexual (Flusberg, Kobi & Bahrami, 2019; Çetindağ et al., 2021).

Para compreender os fenómenos, transformações, disfunções ocorridas durante o ciclo vital da mulher, assim como as intervenções a adotar na prestação de cuidados, é essencial ter o conhecimento prévio da anatomia do pavimento pélvico.

O pavimento pélvico compreende três camadas de músculo e tecido conjuntivo que fornecem suporte estrutural e ajudam a manter a continência intestinal e urinária. Anatomicamente, a pelve feminina é dividida em três compartimentos: a bexiga e a uretra estão no compartimento anterior, o útero e a vagina no compartimento médio e o reto e o ânus no compartimento posterior. Podemos ainda considerar três camadas integradas que constituem o pavimento pélvico: a fáscia endopélvica, o diafragma pélvico e a membrana perineal. Os ossos pélvicos e as camadas de tecido conjuntivo da fáscia endopélvica e da membrana perineal fornecem suporte pélvico passivo,

enquanto o diafragma pélvico muscular fornece suporte ativo tanto em repouso como durante a atividade (Flusberg et al., 2019).

A camada mais profunda de músculos é composta por dois músculos levantadores do ânus, sendo que cada um está dividido em três músculos diferentes: o pubococcígeo, o ileococcígeo e o isquiococcígeo. O músculo pubococcígeo é o mais importante do assoalho pélvico, uma vez que se situa na linha média e é atravessado pela uretra, vagina e reto, sendo frequentemente danificado durante o parto (Baggish & Karram, 2015). Tal como referido por Giraudet et al. (2018), os músculos do pavimento pélvico tomam o nome consoante a origem das suas inserções, ou seja, recorrendo a essa terminologia, descrevemos os músculos ileococcígeo, pubococcígeo e isquiococcígeo.

A camada muscular superficial do assoalho pélvico é constituída por músculos que, embora pequenos, contribuem para a sua força: os bulbocavernosos, que circundam a vagina e o clitóris e atuam como um esfíncter, os isquiocavernosos, que vão desde as tuberosidades isquiáticas até ao clitóris – têm um papel no controlo da micção, os músculos perineais transversos que vão desde as tuberosidades isquiáticas até ao corpo perineal e proporcionam um suporte extra na região perineal, o esfíncter anal externo, à volta do orifício anal que controla a passagem de fezes e gases e o esfíncter membranoso da uretra (Baggish & Karram, 2015).

Por sua vez, o períneo tem um papel importante na manutenção dos órgãos genitais externos, na continência vesical e anal, nas relações sexuais e na mecânica obstétrica. É o conjunto das estruturas situadas por baixo do diafragma pélvico, limitado lateralmente pelos ossos e ligamentos que constituem o canal pélvico - o ângulo subpúbico, os ramos isquiopúbicos, as tuberosidades isquiáticas, os ligamentos sacrotuberosos e o cóccix – e é composto por dois triângulos: o urogenital anteriormente e o anal posteriormente (Baggish & Karram, 2015).

O triângulo urogenital compreende o introito vaginal, a uretra, o clitóris, os bulbos vestibulares (tecido erétil), glândulas de Bartholin, o diafragma urogenital, os músculos que fazem parte do ponto central do períneo (ou corpo perineal), as bolsas perineais, superficial e profunda e os vasos sanguíneos, linfáticos e nervos. O triângulo anal corresponde à parte final do canal do ânus e os seus esfíncteres, corpo anococcígeo, fossa isquiorrectal e vasos sanguíneos, linfáticos e nervos. O ponto central do períneo, ou corpo perineal, é limitado anteriormente pela vagina e posteriormente pelo ânus, sendo vulgarmente designado em obstetrícia como

períneo. É composto pelo esfíncter anal externo, os dois músculos levantadores do ânus, os músculos transversos profundos e superficiais do períneo e o músculo bulbocavernoso. É esta região que é, com frequência, lacerada durante o trabalho de parto (Baggish & Karram, 2015).

O parto vaginal é uma condição fisiológica aguda que perturba o equilíbrio do suporte do assoalho pélvico e leva a inúmeras alterações anatômicas e funcionais conhecidas. Contudo, segundo Çetindağ et al. (2021), o parto distócico por cesariana não foi um claro protetor das disfunções do pavimento pélvico, concluindo, assim, que a própria gravidez pode contribuir para o desenvolvimento destas anomalias. As alterações induzidas pela gravidez na parede vaginal e nos tecidos de suporte relacionados, em consonância com a combinação das respostas bioquímicas e biomecânicas dos tecidos conjuntivos com as hormonas esteroides e a relaxina, permitem a intromissão de desequilíbrios (Çetindağ et al., 2021).

1.1.2. Trabalho de Parto

Entende-se por trabalho de parto (TP) o conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à contratilidade uterina regular, ao apagamento e dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior (Machado & Graça, *in* Graça, 2017). Os mesmos autores dividem o TP em três diferentes estádios – dilatação, período expulsivo e dequitação – com características e tempos bem definidos. Contudo, não descartam a necessidade de acrescentar um período que precede o início do TP efetivo, fase de quiescência, definindo-o como o intervalo de tempo em que o músculo uterino deixa de ter a contratilidade inibida pela progesterona, pela prostaciclina, pelo óxido nítrico e por outros metabolitos que mantêm o musculo uterino praticamente inativo (quiescente) até ao termo da gestação (Machado & Graça, *in* Graça, 2017).

O primeiro estádio, que compreende o apagamento e a dilatação cervical, decorre desde o início das contrações uterinas regulares até à extinção do colo do útero. O segundo estádio, o período expulsivo, inicia-se com a dilatação completa do colo do útero e termina com a expulsão do feto. O terceiro estágio, dequitação, decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e membranas fetais (Machado & Graça, *in* Graça, 2017). Aos três estágios mencionados, autores como Budin (2010), consideram que é pertinente acrescentar um quarto estágio, que se

prende com o período de recuperação, tendo a duração de uma a quatro horas após a dequitação, durante o qual se dá o restabelecimento da homeostasia.

O decorrer do TP varia consoante a ação dos vários fatores que o influenciam. Friedman (1978), citado por Machado & Graça, *in* Graça (2017), estabeleceu uma representação gráfica do TP, através do registo da progressão temporal da dilatação do colo e da descida do móvel fetal. O padrão de dilatação cervical, num TP normal, é representado por uma curva sigmoide onde é possível distinguir duas fases: fase latente – progressão cervical vagarosa – e fase ativa – subdividida em três segmentos (aceleração, declive máximo e desaceleração). Por sua vez, o padrão de descida da apresentação fetal é representado por uma curva hiperbólica com alterações pouco significativas na sua porção inicial, seguindo-se de uma progressão rápida durante a fase de desaceleração, após se ter atingido a dilatação completa.

Segundo Beleza (2019), o parto vaginal é um dos fatores com influência sobre a superfície pélvica e perineal, sobretudo no segundo estágio do TP, o período expulsivo. É nesta etapa que as forças vão conduzir o feto no trajeto para a sua expulsão, o nascimento. As contrações uterinas frequentes, regulares e de forte intensidade formam, juntamente com as contrações voluntárias do músculo abdominal e diafragma, o motor deste estágio. Para que a expulsão aconteça, a cabeça do feto exerce uma força sobre os tecidos da vagina, dilatando-a, estirando o períneo e deslocando os músculos elevadores do ânus. É nesta fase, e devido a estas modificações para a formação do canal de parto, que pode ocorrer a perda de integridade dos tecidos.

A perda da integridade dos tecidos é denominada de trauma perineal e consiste num dano ocorrido na região genital durante o parto (Beleza, 2019).

1.1.3. Trauma Perineal no Parto

Tal como supracitado, o trauma perineal define-se como a perda de integridade dos tecidos resultante de um dano na região genital durante o parto (Beleza, 2019). Ao longo dos anos, o trauma perineal tem-se afirmado como elemento importante na procura de evidência científica no campo da obstetrícia e uroginecologia (Peppe, Stefanello, Infante, Kobayashi, Baraldi, & Brito, 2018), pelo impacto negativo na vida das mulheres e casais, na experiência de parto, na vivência do pós-parto, na vinculação e cuidados ao recém-nascido e custos hospitalares (devido a complicações com necessidade do aumento de intervenções e duração do período de internamento).

O impacto negativo na vida das mulheres e casais tem sido associado por vários autores a dor perineal, incontinência urinária, disfunção sexual, perturbações psicológicas e sociais (Magoga et al., 2019; Matei et al., 2021).

Podem ser referidas como agentes de trauma perineal, as lacerações espontâneas do períneo e a episiotomia – método cirúrgico.

As lacerações perineais espontâneas são classificadas por graus, consoante os tecidos atingidos. A laceração de primeiro grau atinge a pele, tecido celular subcutâneo do períneo e epitélio vaginal; a de segundo grau estende-se até à fáscia e aos músculos perineais; as de terceiro grau afetam o esfíncter anal – subdividindo-se em três classes consoante o seu nível de gravidade; a) menos de 50% do esfíncter anal externo, b) mais de 50% do esfíncter anal externo e c) rutura total do esfíncter anal externo e atinge o esfíncter anal interno. Alguns autores consideram, ainda, o quarto grau, quando a laceração atinge a mucosa anal (Colacioppo, Riesco, Colacioppo & Osava, 2011; Bruno, Reis, Pereira, Ladeira & Alberto, 2015).

No entanto, a objetividade da classificação da laceração perineal é comprometida por variáveis relativas à parturiente e ao profissional de saúde que as identifica. Relativamente à parturiente, existem variações individuais nas estruturas anatómicas da região vulvoperineal, como a espessura do tecido subcutâneo e muscular, a tonalidade (pela diversidade de etnia e tom de pele) e a propensão para hemorragia. Quanto ao profissional, a sua experiência e capacitação para situações de laceração perineal são determinantes para identificar e discriminar os tecidos afetados. A inexistência de instrumentos testados e padronizados fomenta a subjetividade e a incerteza na avaliação (Colacioppo et al., 2011).

A prática de episiotomia consiste numa incisão cirúrgica na região perineal, e deve ser um recurso de uso criterioso, com indicação obstétrica como: sinais de sofrimento fetal, prematuridade, progressão insuficiente da apresentação fetal, condição perineal (rigidez aumentada), grandes múltiparas com episiotomias nos partos anteriores, ameaça de trauma perineal severo (sob a justificação de que a sua execução contribui para a sua prevenção), de prolapso uterino, de incontinência urinária e parto instrumentado (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017; Carniel, Vital & de Souza, 2019; Santos, Andrade & Silva, 2021).

O uso limitado da prática de episiotomia em muito contribui para a promoção de uma experiência positiva do parto e para a humanização dos cuidados prestados (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017).

Na Recomendação de Cuidados Intraparto para uma Experiência Positiva de Parto, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) refere que o uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado para mulheres que realizam parto vaginal espontâneo. Reconheceu, ainda, que não há evidências que corroborem a necessidade de qualquer episiotomia no atendimento ao parto de rotina, e considera que uma taxa “aceitável” de episiotomia é difícil de determinar. Realça como aspetos essenciais para a realização desta técnica, a anestesia local eficaz e o consentimento informado da mulher (OMS, 2018).

Têm sido estudadas e aplicadas, por diversos autores, diferentes técnicas e recursos para prevenir lacerações perineais espontâneas no parto, assim como para reduzir a necessidade de recurso à episiotomia, incluindo a massagem perineal pré-parto, a manobra de Ritgen, o uso de lubrificante, a técnica respiratória no período expulsivo e a aplicação de calor (Romina, Ramezani, Falah, Mafi & Ranjkesh, 2020; Akhlaghi, Baygi, Miri & Najafi, 2019; Freitas, Cabral, Pinto, Resende & Baldon, 2019; Schreiner, Crivelatti, de Oliveira, Nygaard & Dos Santos, 2018; Magoga et al., 2019; Alihosseni, Abedi, Afshary, Haghighi & Hazeghi, 2018; Ahmadi, Torkzahrani, Roosta, Shakeri & Mhmoodi, 2017; Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017), sendo essa a temática que pretendi desenvolver nos vários contextos de Estágio.

1.1.4. Morbilidade

O trauma espontâneo da região perineal, assim como o seu grau de gravidade, está intimamente relacionado com a morbilidade materna (como a diabetes gestacional e o aumento ponderal), porém pode ser determinado por outros fatores como a idade materna, a primiparidade, a rigidez dos tecidos perineais, as dimensões do corpo perineal, a curta duração do período expulsivo, a condição e posição fetal, distócia de ombros, parto instrumentado e ainda o posicionamento materno durante o parto (Beleza, 2019; Matei et al., 2021). Esta conclusão é corroborada por Peppe et al. (2018), que consideram o posicionamento da parturiente um dos fatores de risco mais controversos, na medida em que não existe consenso sobre a melhor posição para o nascimento – se há estudos que concluem que a posição vertical, em dois apoios, resulta em taxas mais baixas de trauma, também os há que evidenciem que a posição de quatro apoios deve ser privilegiada; o mesmo autor enaltece a evidência de estudos que indicam o decúbito lateral como uma posição de eleição para a prevenção do trauma perineal; a posição de litotomia foi consensual em todos os

estudos como o posicionamento com as taxas mais elevadas de trauma perineal espontâneo.

Por sua vez, o recurso profilático e rotineiro à episiotomia, sem evidência científica que suporte o seu benefício e critério, deve ser evitado, uma vez que pode promover sequelas graves para a mulher e casal, tais como o aumento da taxa de infeção, o risco de lesão grave no períneo, maior perda sanguínea, hematoma perineal, desconforto e maior tempo de recuperação no pós-parto, com repercussões no estabelecimento do processo de vinculação e de amamentação, dispareunia, fístulas, incontinência e alterações da autoimagem com dificuldade em conectar-se em casal (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017; Carniel, Vital & de Souza, 2019; Franchi et al., 2020; Santos, Andrade & Silva, 2021).

Num estudo desenvolvido por Alves & Cirqueira (2019), foi identificado um risco acrescido de vaginismo em parturientes submetidas a episiotomia. Esta disfunção caracteriza-se pela contração vaginal, de forma involuntária, que provoca espasmos musculares e causa grande desconforto, dor, ardor e incapacidade total de ter relações sexuais (Alves & Cirqueira, 2019).

A evidência sugere que as lesões perineais podem refletir-se num marcador de trauma psicológico (Skinner, Barnett & Dietz, 2018). Os sintomas deste trauma refletem-se, sobretudo, no vínculo entre a mãe e o recém-nascido e, consequentemente, no comportamento e desenvolvimento das crianças. Podem afetar adversamente os relacionamentos e diminuir a qualidade das interações sexuais e conjugais. O reconhecimento deste *stress* pós-traumático relacionado com o parto é relativamente recente. O estudo é claro quando refere a falta de informação pré-natal sobre fatores de risco de partos vaginais, o impacto pós-parto nas relações conjugais e a descoberta de sintomas vaginais somáticos inesperados como principais causas de ansiedade (Skinner et al., 2018).

1.1.5. Dados Epidemiológicos

Atualmente, uma das fontes de informação de dados epidemiológicos, em Portugal, relativamente aos dados de saúde do utente, é o registo efetuado na Plataforma de Dados de Saúde (PDS). A PDS, enquanto plataforma informática dinâmica e atualizada, congrega e apresenta informação de saúde do utente. Nesta plataforma é possível registar a vacinação, notícias de nascimento, registos obstétricos, episódios de urgência e consultas em todas as instituições de saúde do

país, receitas médicas, entre outros dados pertinentes. Contudo, os registos relativamente ao parto e, sobretudo, ao trauma perineal, são escassos, de difícil acesso, ou inexistentes. A escassez de instrumentos de registo padronizados a nível nacional dificulta o acesso a dados epidemiológicos nacionais.

Para obter informação útil e atualizada, os hospitais recorrem ao seu sistema de informação e registo, que permite a codificação dos dados e efetuar estatísticas.

Em Portugal, durante o período de um estudo realizado por Teixeira & Barros (2016), a prevalência de episiotomia diminuiu de 80,0% para 64,4%. Concluiu-se que a prevalência de episiotomia diminuiu e o trauma perineal severo aumentou em simultâneo. Estes resultados sugerem alterações na prática clínica e maior cuidado no diagnóstico e registo de trauma perineal severo após o parto vaginal não instrumentado (Teixeira & Barros, 2016).

Segundo a informação recolhida através do *síte* do Parlamento Europeu, atualizada em Março de 2021, a prática reiterada de episiotomias na União Europeia (UE), nomeadamente em Portugal, tem uma taxa de ocorrência de 73%, sendo considerado o segundo país da Europa com a taxa mais alta, segundo o Relatório Primavera 2018, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (Parlamento Europeu, 2021).

Segundo Magoga et al. (2019), a incidência de trauma perineal no parto vaginal pode variar consideravelmente. A maioria consiste em lesões de primeiro e segundo grau, enquanto cerca de 3,3% das mulheres apresenta roturas de terceiro grau e cerca de 1,1% apresenta roturas de quarto grau.

1.2. Referencial Teórico de Enfermagem

De modo a sustentar o processo de pesquisa e a uniformizar a linguagem de conceitos referentes ao metaparadigma dos cuidados em Enfermagem, foi escolhida a Teoria dos Sistemas, de Betty Neuman, relacionada com a temática em estudo. Dos vários modelos conceptuais e teorias que derivam do metaparadigma da disciplina de Enfermagem, a Teoria dos Sistemas foi a que melhor se enquadrou no projeto de investigação desenvolvido.

Este modelo, descrito por Betty Neuman e apresentado em anexo (Anexo I), alicerça-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos. Trata-se de um modelo abrangente e de abordagem dinâmica, coexistindo quatro conceitos fundamentais: *pessoa, ambiente, saúde e*

enfermagem. A pessoa ou cliente é um sistema aberto em constante interação com o seu ambiente interior e exterior, composto por cinco variáveis: a fisiológica, a psicológica, a sociocultural, a de desenvolvimento e a espiritual (Neuman & Fawcett, 2011).

Neuman refere-se à homeostase como um processo através do qual um organismo mantém o seu equilíbrio e, conseqüentemente, a sua saúde, sob diversas condições. Esse equilíbrio sofre a ação de fatores disruptivos, descritos pela autora como *stressores*. Estes, por sua vez, podem influenciar positiva ou negativamente o indivíduo, dependendo das suas capacidades para lidar com os mesmos. A saúde consiste num equilíbrio entre o bem e o mal-estar, estando o grau de bem-estar relacionado com a quantidade de energia dispensada, por forma a retomar o equilíbrio. Por sua vez, quando o processo de estabilização falha nalgum ponto ou quando o organismo permanece num estado de desarmonia por muito tempo, ficando incapaz de satisfazer as suas necessidades, pode surgir a doença (Tomey & Alligood, 2004; Neuman & Fawcett, 2011).

O cliente – definido como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto – é considerada a estrutura básica e central do sistema, o *Core*. Este constitui-se como fonte de energia e reúne os fatores básicos de sobrevivência da espécie, nomeadamente todas as características que o tornam único.

A linha normal de defesa é o círculo sólido exterior do modelo e representa um estado de estabilidade para o indivíduo ou sistema. É preservada ao longo do tempo e funciona como padrão para avaliar os desvios do padrão de bem-estar do cliente (Tomey & Alligood, 2004), englobando as variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. Por sua vez, a linha flexível de defesa é dinâmica e pode modificar-se rapidamente, de modo a prevenir a invasão de *stressores* ao *Core*, bloqueando-os. Uma maior expansão desta linha de defesa flexível, conseguida através de educação para a saúde (com conhecimentos atuais e pertinentes que permitem uma maior atenção aos possíveis danos) ou hábitos de vida saudáveis, proporciona uma maior proteção do cliente.

As linhas de resistência constituem-se por séries de anéis quebrados que circundam a estrutura nuclear básica, representando fatores de recurso que ajudam o cliente a lutar contra um *stressor*. Serve de exemplo a resposta do sistema imunitário (Tomey & Alligood, 2004). Esta resposta é ativada quando os *stressores* ultrapassam a linha normal de defesa.

Tendo por base estas máximas da teoria, é essencial realizar uma boa avaliação do impacto dos diferentes *stressores* no sistema, adequando desta forma a intervenção de Enfermagem. Para esse efeito, Neuman adapta o conceito de níveis de prevenção.

A prevenção primária, utilizada para proteger o organismo antes que este se depare com um *stressor* prejudicial, permite o fortalecimento das linhas de defesa. Como exemplo deste nível de prevenção é pertinente referir a educação pré-natal e a vigilância da gravidez.

As prevenções secundária e terciária são o recurso a aplicar depois do organismo enfrentar um *stressor* prejudicial. A prevenção secundária visa reduzir o efeito ou possível efeito dos *stressores* através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas de doença, permitindo ao cliente reconstituir-se. A prevenção terciária visa reduzir os efeitos residuais do *stressor* depois do tratamento, constituída por intervenções semelhantes à intervenção primária e permitindo o fortalecimento do sistema e manutenção da homeostase (Tomey & Alligood, 2004; Neuman & Fawcett, 2011).

Terminada esta breve revisão da teoria de Neuman, apraz-me referir que este referencial teórico está relacionado com a problemática da prevenção do trauma perineal, na medida em que este se declara como um *stressor* temido pelas parturientes e que influencia as dimensões que constituem a estrutura nuclear do sistema. O cuidado especializado de enfermagem à parturiente suscetível de sofrer trauma perineal durante o parto deve alicerçar-se no nível de prevenção primário, na medida em que existem técnicas e recursos eficientes no fortalecimento das linhas de defesa.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2.1. Revisão *Scoping*

A prática baseada em evidência em saúde encontra-se numa vertiginosa expansão, tendo sido desenvolvidos vários modelos e abordagens de condução das pesquisas, de modo a sintetizar a evidência de forma eficaz e rigorosa (Joanna Briggs Institute, JBI, 2020).

Contrariamente à revisão sistemática da literatura, que visa fornecer uma síntese abrangente e imparcial de muitos estudos relevantes num único documento usando, de modo sintético para abranger o conhecimento sobre uma determinada temática, através de uma questão de pesquisa focada (JBI, 2020), a revisão *scoping* (RS) pretende o mapeamento da literatura ou evidência existente, a partir de uma questão de pesquisa ampla e aberta, de modo metódico e ordenado, promovendo uma profunda compreensão sobre os achados encontrados (Ribeiro, 2014).

A proposta de realização da RS sobre a temática em estudo surgiu contextualizada na UC Opção II, em Outubro de 2020, tendo sido repetida por três (3) vezes no decorrer do espaço temporal que comporta o percurso formativo, sendo a última datada de Novembro 2021, de modo a poder mapear a mais atual evidência científica disponível.

2.1.1. Objetivo e Questão de Pesquisa

Tendo definido como título “A intervenção do Enfermeiro Obstetra na prevenção do trauma perineal no parto: uma revisão *scoping*” para a RS, o objetivo principal definido consistiu em mapear a evidência científica existente relativa às técnicas e recursos utilizados pelos enfermeiros obstetras para a prevenção do trauma perineal no parto.

A etapa subsequente consistiu na formulação da questão de pesquisa, que se baseou na mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC) (JBI, 2020), como elementos de inclusão. Tendo por base esta premissa, formulei a seguinte questão de partida: “que intervenções pode o Enfermeiro Obstetra desenvolver, durante a gravidez e parto, para prevenir o trauma perineal no parto?”, na qual a população se refere à parturiente, a intervenção do enfermeiro obstetra na prevenção do trauma perineal corresponde ao conceito e o contexto objetiva-se em todos os contextos clínicos pré-parto e parto.

Partindo da questão de investigação, surgem outras questões secundárias, com o objetivo de responder à temática em estudo de forma holística: quais as competências que os enfermeiros podem desenvolver, no contexto pré-parto, para prevenir o trauma perineal; e quais as competências que os enfermeiros podem desenvolver para prevenir o trauma perineal durante o parto.

2.1.2. Critérios de Inclusão

Posteriormente a uma breve revisão de literatura para reconhecimento dos achados, foram definidos os critérios de inclusão das fontes de informação desta revisão. Segundo o JBI (2020) estes critérios devem ser, necessariamente, o mais transparentes e inequívocos possível, pois têm forte impacto na estratégia de pesquisa e na seleção dos artigos.

Deste modo, foram incluídos na RS: estudos que incidam sobre o trauma perineal após o parto vaginal; estudos que incidam sobre a prevenção do trauma perineal em grávidas; estudos que incidam sobre as técnicas utilizadas para prevenção do trauma perineal; estudos publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola; estudos de abordagem qualitativa ou quantitativa; estudos com texto integral disponível; estudos publicados a partir de 2015; e estudos acessíveis nas bases de dados *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*.

2.1.3. Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa de uma RS deve, preferencialmente, ser o mais abrangente possível dentro das limitações de tempo e recursos, a fim de identificar fontes primárias de evidência, tanto publicadas quanto não publicadas (literatura cinzenta) (JBI, 2020). Deve contemplar três (3) etapas e quaisquer limitações em termos de amplitude e abrangência da estratégia de pesquisa devem ser detalhadas e justificadas.

A primeira etapa prende-se com uma pesquisa inicial que deve contemplar pelo menos duas bases de dados *online* adequadas para a temática em estudo (JBI, 2020). Nesta fase foram realizadas pesquisas no *Google Académico*, obras literárias, fontes de evidência científica *online* e bases de dados da plataforma *EBSCOhost*, utilizando as bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE*. Dos resultados desta primeira revisão de literatura surgiram os descritores de pesquisa, através da análise das palavras

contidas no título e resumo dos artigos encontrados, assim como os termos indexados utilizados para descrever os artigos.

Na segunda etapa da revisão, segundo o JBI (2020), foi efetuada uma nova pesquisa nas bases de dados mencionadas, utilizando todas as palavras-chave e termos indexados identificados apresentados em apêndice (Apêndice I). Nesta etapa foi realizada a aplicação dos termos naturais e indexados identificados nas duas bases de dados e, conseqüentemente, efetuado o cruzamento dos descritores encontrados com os termos naturais, utilizando o operador booleano [OR]. Seguidamente foi realizada a interceção desses descritores entre si, utilizando o operador booleano [AND].

A maior dificuldade surgiu na identificação e seleção dos termos de pesquisa, uma vez que a interceção de todos os descritores encontrados – grávida, períneo, trauma perineal, laceração perineal, episiotomia, prevenção, parto vaginal, cuidado de enfermagem obstétrica e parteiras – com o operador booleano [AND], não obteve quaisquer resultados. Muitos dos artigos encontrados, depois de várias tentativas, não utilizam o termo “prevenção” e, por isso, não constavam nos resultados, assim como a “enfermagem obstétrica” e “parteiras”. Apesar da evidência produzida pelos enfermeiros obstetras e parteiras ser atual, pertinente e em número crescente, não lhe é dada a devida visibilidade em títulos e palavras-chave.

Da conjugação bem-sucedida de termos, com a aplicação de limitadores e realizada o mais recentemente possível, resultaram trinta e sete (37) artigos na base de dados *CINAHL* (Apêndice II) e quarenta e cinco (45) artigos na base de dados *MEDLINE* (Apêndice III), tendo sido excluídos os artigos duplicados nas bases de dados. Posteriormente, foram analisados os títulos e resumos dos artigos obtidos, e desta análise foram selecionados vinte e quatro (24) artigos para análise integral.

Na terceira etapa, o JBI (2020) preconiza a análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados com o intuito de obter fontes adicionais de evidência.

Na totalidade foram apreciados dezoito (18) artigos, constantes nas bases de dados, e um (1) artigo adicional, dos outros modos de revisão de literatura. O fluxograma da estratégia de pesquisa, segundo o JBI (2020), encontra-se apresentado através de um esquema em apêndice (Apêndice IV).

2.1.4. Resultados da Pesquisa

A procura objetiva, regrada e conduzida do melhor e mais recente conhecimento científico, despoletada pela *RS*, procura contributos válidos para os cuidados especializados, de modo a expandir e liberalizar a prática baseada na evidência.

De modo a mapear e analisar de forma lógica o conhecimento encontrado, recorri a tabelas de extração de dados (Apêndice V), individuais para cada estudo e, posteriormente, a tabelas de apresentação de resultados, devidamente categorizados consoante o seu contributo para o estudo da temática escolhida (Apêndice VI).

Foram designadas quatro (4) categorias para classificar os artigos selecionados, resultantes das respostas aos critérios de inclusão previamente definidos: trauma perineal espontâneo (lacerações), trauma perineal por método cirúrgico (episiotomia), técnicas e recursos de prevenção do trauma perineal e fatores que influenciam o pavimento pélvico, o períneo e os tecidos.

Para a contextualização e definição da temática, informação sobre a morbilidade e dados epidemiológicos do trauma perineal, o conhecimento encontrado através da *RS* forneceu importantes contributos, atualizados e pertinentes. Este conhecimento encontra-se articulado na breve revisão apresentada no primeiro capítulo do presente relatório. Seguidamente serão explanados os achados dos estudos, que inovem e complementem o conhecimento anteriormente explicitado.

O posicionamento da parturiente no período expulsivo, e a sua influência no tipo e extensão do trauma perineal espontâneo, tem sido amplamente estudado, sem que as conclusões sejam concordantes nos diferentes achados. Foi constatado que as posições de litotomia e de cócoras aumentam o risco de rutura do esfíncter anal quando comparadas com as posições sentadas (Thies-Lagergren, Uldbjerg & Maimburg, 2020). Os mesmos autores, no estudo que levaram a cabo, não identificaram risco aumentado em mulheres primíparas que deram à luz no banco de parto em comparação com mulheres primíparas que deram à luz em qualquer outra posição, porém, foi demonstrado um risco aumentado de rutura de esfíncter em mulheres múltiparas em banco de parto (Thies-Lagergren, Uldbjerg & Maimburg, 2020).

Num estudo realizado por Elvander, Ahlberg, Edqvist & Stephansson (2019), foram analisadas mulheres submetidas a parto vaginal após cesariana, concluindo que apresentavam um risco aumentado de trauma perineal grave, independentemente da indicação e momento do anterior parto por cesariana. Os fatores identificados como

promotores desta situação foram a idade e altura maternas, peso fetal, perímetro cefálico fetal, variedade fetal, idade gestacional, extração por ventosa, período expulsivo com duração superior a quarenta e cinco (45) minutos e episiotomia (Elvander et al., 2019). Os enfermeiros obstetras devem estar cientes da associação entre uma cesariana prévia e o risco de trauma perineal grave, a fim de otimizar e individualizar as medidas preventivas.

Segundo o estudo de Garcia-Lausin, Perez-Botella, Duran, Rodríguez-Pradera, Gutierrez-Martí & Escuriet (2019), que pretendia estudar a relação da analgesia locorregional com o trauma perineal, foi observada uma alta incidência de laceração perineal severa em mulheres nulíparas e em mulheres que tiveram partos vaginais instrumentais, sendo que os partos sob analgesia epidural tiveram taxas significativamente maiores de indução e medicalização, aumento da duração do trabalho de parto, recurso à posição de litotomia para o período expulsivo e episiotomia.

No que concerne ao trauma perineal por método cirúrgico, a episiotomia é definida como uma incisão cirúrgica no períneo, feita durante o segundo estágio do parto vaginal, para aumentar a sua capacidade espacial, de modo a facilitar a expulsão fetal mais rápida, minimizar o risco de asfixia, prevenir laceração severa do canal do parto e evitar lesões no assoalho pélvico (Sangkomkamhang, Kongwattanakul, Kietpeerakool, 2020).

As diretrizes atuais recomendam limitar o uso de episiotomia, uma vez que a mudança de paradigma na assistência ao parto contribui para a obtenção de uma experiência mais positiva de parto e para a humanização dos cuidados prestados (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017). Assim, o desenvolvimento de uma classificação objetiva das práticas permite identificar, clarificar e justificar o recurso à episiotomia (Desplanches, Szczepanski, Cottenet, Semama, Quantin & Sagot, 2019). O estudo realizado pelos autores citados permitiu relacionar as características de sete (7) grupos de grávidas clinicamente relevantes (agrupadas pelas características e antecedentes obstétricos) com a prevalência de episiotomias e trauma perineal severo.

Deste modo, Desplanches et al. (2019) concluíram que as mulheres múltiparas, grávidas de termo, com apresentação cefálica e sem parto instrumental têm a menor taxa de episiotomia, enquanto as mulheres nulíparas, grávidas de termo, com apresentação cefálica e com parto instrumental têm a maior taxa de prevalência.

Quanto à prevalência da episiotomia nos diferentes tipos de partos, este estudo demonstrou que o fórceps está associado a uma maior taxa de episiotomia, assim como a maior taxa de episiotomia está associada a partos assistidos pela equipa médica e a menor taxa aos partos assistidos por parteiras (Desplanches et al., 2019).

A evidência disponível demonstra que o risco de várias lacerações perineais, mesmo as de terceiro e quarto graus, aumentam em mais de três vezes no segundo parto de mulheres que foram submetidas à episiotomia no parto anterior (Alihosseni et al., 2018).

O atendimento ao parto executado por parteiras é considerado um fator positivo na prevenção do trauma perineal mencionado por Suto, Takehara, Misago & Matsui (2015), que concluíram que o treino das parteiras japonesas é fundamentado nas técnicas de proteção do períneo, não tendo permissão legal para realizar episiotomias ou suturar lacerações complexas nem para alterar o processo natural do trabalho de parto, ficando a aguardar a distensão natural do períneo (Suto et al., 2015).

Relativamente à prevalência de episiotomia em partos assistidos por estudantes de enfermagem, Silva Rocha, Casagrande Mela, Westphal & Erlach Goldman (2018) referem que um modelo educacional que capacite os estudantes, com base nas melhores práticas de parto e nascimento e em evidências científicas, visa reduzir as taxas de episiotomia, uma vez que o processo educativo pode impactar na assistência prestada pelos profissionais de saúde e, assim, diminuir morbilidades associadas à assistência ao parto (Silva Rocha et al., 2018).

O impacto do trauma perineal na experiência de parto, assim como na vida da mulher e do casal, a morbilidade associada e os custos em saúde são alguns dos motivos que levam a um interesse crescente, e emergente, nas técnicas e recursos de prevenção do trauma perineal por parte dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros obstetras.

A aplicação de calor, nas suas diferentes formas, é um recurso importante em vários momentos da gravidez e pré-parto. Como inquestionável vasodilatador e promotor da distensão dos tecidos, pode produzir efeitos terapêuticos muito positivos (Magoga et al., 2019).

O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2016), citado por Magoga et al. (2019), recomenda o uso de compressas quentes durante o segundo estágio do trabalho de parto, suportando-se numa meta-análise de quatro (4)

estudos, de modo a reduzir significativamente a ocorrência de lacerações de terceiro e quarto graus.

As compressas quentes aplicadas durante o segundo estágio do trabalho de parto aumentam a incidência de períneo intacto, assim como diminuem a necessidade de episiotomia, o risco de trauma perineal grave e revela resultados de dor perineal significativamente mais baixos, no primeiro e segundo dia pós-parto (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017; Magoga et al., 2019). Na forma de almofada térmica perineal, segundo Alihossen et al. (2018), o calor pode reduzir significativamente o recurso à episiotomia, assim como reduzir a probabilidade de laceração perineal em mulheres primíparas.

Os diferentes estudos encontrados ressaltam que são necessárias mais pesquisas e estudos para aferir a temperatura ideal da água e o tempo de aplicação.

A massagem perineal é uma técnica de prevenção do trauma perineal de baixo custo, segura e acessível a todas as parturientes e profissionais de saúde. Em resultado desse objetivo, a massagem pode permitir às parturientes uma recuperação pós-parto mais fácil e rápida, na medida em que pode reduzir o recurso a episiotomia, fomentar o aumento da taxa de períneo saudável após o parto e redução das queixas algícas no segundo estágio do trabalho de parto e após o parto (Romina et al., 2020).

É considerado, por diversos autores, um poderoso recurso durante o período pré-natal e no segundo estágio de trabalho de parto (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017; Schreiner et al., 2018; Akhlaghi et al., 2019; Freitas et al., 2019; Romina et al., 2020), uma vez que aumenta o fluxo sanguíneo na região perineal, alonga os músculos e tecidos perineais, vaginais e do canal de parto, promovendo a sua elasticidade e suavidade e pode encurtar a duração do segundo estágio do trabalho de parto.

O treino do assoalho pélvico para prevenção do trauma perineal pode reduzir o risco de incontinência urinária no final da gravidez e pós-parto e está aconselhado a partir das trinta e quatro (34) semanas de gestação (Schreiner et al., 2018) podendo ser realizada em casa com as devidas orientações e recorrendo à pessoa significativa. Deve ser realizada diariamente, para otimizar a sua potencialidade, precedida de um banho quente ou aplicação de calor local, sendo que a duração não deve ultrapassar os dez (10) minutos, progredindo gradualmente segundo a tolerância da grávida.

Segundo o estudo de Romina et al. (2020), o óleo de avestruz deve ser considerado quando se trata da massagem perineal, uma vez que ajuda a diminuir a

taxa de episiotomia em mulheres nulíparas e promove a saúde materna, ao fornecer condições seguras para o parto fisiológico. O óleo de avestruz contém aminoácidos, ácidos gordos essenciais e algumas vitaminas, usados no alívio de dores musculares e articulares, hidratando a pele e o cabelo, assim como contém propriedades antibacterianas e anti-inflamatórias para a pele.

O mais recente aliado à massagem perineal envolve uma abordagem multidisciplinar e inovadora no que diz respeito aos instrumentos disponíveis para a preparação perineal (Freitas et al., 2019), o aparelho insuflável, conhecido como EPI-NO®, que se encontra ligado a um medidor de pressão e que simula a expulsão da apresentação fetal para treinar o assoalho pélvico e canal de parto para este momento real na hora do parto, com o objetivo de reduzir o risco de trauma perineal (Schreiner et al., 2018; Freitas et al., 2019).

Este instrumento permite o alongamento músculo-esquelético, que consiste na aplicação de uma pressão externa ao músculo e tecido conjuntivo na direção oposta ao encurtamento, com o objetivo de aumentar a extensibilidade muscular, sem alterar a força muscular. Relativamente aos músculos do assoalho pélvico, este alongamento é realizado por meio do alargamento do hiato no plano axial, à semelhança do que ocorre durante a massagem perineal, sendo aconselhadas oito (8) sessões (Freitas et al., 2019).

As técnicas e recursos de prevenção do trauma perineal devem ser combinadas para alcançar melhores resultados (Leon-Larios, Corrales-Gutierrez, Casado-Mejía, & Suarez-Serrano, 2017). Assim, estes autores remetem-nos para o treino do pavimento pélvico, que tem sido recomendado para fortalecer os músculos perineais antes e depois do parto para ajudar a proteger contra danos, em particular, a incontinência urinária e anal ou a dispareunia. Pode ser eficaz para encurtar o primeiro e o segundo estádios do trabalho de parto em primíparas.

A combinação de um programa de treino perineal/pélvico combinado com a massagem perineal, em mulheres primíparas, parece aumentar a probabilidade de ter um períneo intacto, reduz as taxas de episiotomia e traumatismo perineal grave, dor perineal pós-parto e não tem qualquer influência nos resultados perinatais no recém-nascido (Leon-Larios et al., 2017). Aliado ao treino pélvico, o exercício físico durante a gravidez contribui não só para a redução dos desconfortos, como para a manutenção do peso e para o reforço muscular (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017).

Um dos fatores determinantes do sucesso das técnicas de prevenção do trauma perineal é o modo como a parturiente opera os esforços expulsivos, nomeadamente o controlo da respiração (Ahmadi et al., 2017).

Há duas técnicas que são consideradas norteadoras dos esforços expulsivos no segundo estágio do trabalho de parto. Na primeira técnica, introduzido pela primeira vez em 1950, a manobra de Valsalva, as mulheres são treinadas para, simultaneamente com o início das contrações, respirar fundo, prendê-la e começar a realizar esforços expulsivos com toda a força possível (Ahmadi et al., 2017). Este método causa dano nervoso e estrutural no pavimento pélvico e foi atribuído ao aumento da pressão abdominal e rápida expansão da vagina e do períneo (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017, Ahmadi et al., 2017).

O segundo método, mais atual, é a técnica respiratória no período expulsivo, ou seja, de glote aberta. Neste método, após a dilatação cervical total, a parturiente realiza esforços expulsivos com a glote aberta, enquanto expira (Ahmadi et al., 2017). O enfermeiro obstetra, enquanto assiste, acompanha e apoia o segundo estágio do trabalho de parto, tem o papel de informar e orientar para a melhor e mais eficaz técnica no período expulsivo.

Outra técnica fácil, acessível e de baixo custo é a manobra de Ritgen. Esta manobra é um procedimento obstétrico que ajuda na exteriorização controlada da apresentação fetal e evita a expulsão violenta que pode ocasionar lesões perineais (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017). Consiste na proteção do períneo, através de pressão externa exercida pelo enfermeiro obstetra ou médico que assiste ao parto. É uma manobra preventiva de lacerações do esfíncter anal, sendo realizada nos intervalos entre as contrações uterinas pelo profissional de saúde que assiste ao parto.

Aliado a todas as técnicas e recursos apresentados surge o papel do enfermeiro obstetra no empoderamento, apoio e confiança transmitida à parturiente/casal. O enfermeiro obstetra tem a responsabilidade de empoderar as mulheres/casais, transmitindo informação atual e pertinente, ganhando a sua confiança, e motivando-a para confiar no seu corpo e na sua capacidade para cumprir o trabalho de parto, que é um processo natural e fisiológico e uma experiência única na vida das mulheres/casais/famílias (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017).

Por fim, a última categoria de artigos diz respeito aos fatores que influenciam o pavimento pélvico, o períneo e os tecidos, nomeadamente a componente biomecânica

dos tecidos, as alterações do pavimento pélvico e infeções relacionadas com a fragilidade perineal.

A gravidez induz várias alterações no comportamento biomecânico dos tecidos, nomeadamente, um aumento da laxidão ligamentar e um aumento da distensibilidade vaginal, que proporcionam a acomodação fisiológica do ganho de peso, o útero grávido e o normal desenvolvimento do trabalho de parto (Gachon, Nordez, Pierre & Fritel, 2019).

Esse comportamento biomecânico dos tecidos deve ser considerado na avaliação individualizada do risco de trauma perineal no parto, com o objetivo de fornecer aconselhamento personalizado para mulheres em cursos pré-natais ou durante o trabalho de parto, desenvolvendo estratégias preventivas. Nesta perspetiva, Gachon et al. (2019) acreditam que a elastografia por ondas de cisalhamento seria uma ferramenta muito útil no estudo deste risco.

A perceção das transformações que ocorrem no pavimento pélvico ao longo da gravidez, são uma fonte preciosa de conhecimento para que o enfermeiro obstetra adeque as suas intervenções e antecipe o aparecimento de complicações.

A força dos músculos do assoalho pélvico pode diminuir, durante a gravidez e após o parto, devido a processos fisiológicos e mudanças na posição anatómica da pelve e na forma dos músculos do assoalho pélvico, facilitando o aparecimento de alterações músculo-esqueléticas, consequente incontinência de esfíncteres, laceração perineal e dispareunia (Schreiner et al., 2018).

É importante referir que não são apenas as condições físicas da parturiente e do feto que influenciam a ocorrência de trauma perineal, sendo importante ter em conta o estado de saúde da parturiente, como a presença de infeções e alterações analíticas, para prever e prevenir a ocorrência de trauma perineal (Letouzey et al., 2015).

A composição do ecossistema vaginal não é estática, muda com o tempo e em resposta a influências endógenas e exógenas ao organismo. É conhecido que o pH ácido evita o crescimento excessivo de microrganismos potencialmente patogénicos, sendo que, durante a gravidez, podem ocorrer dois tipos principais de microbioma vaginal anormal: vaginose anaeróbica (ou vaginose bacteriana) e vaginite aeróbia (Letouzey et al., 2015).

A alteração do microbioma vaginal normal e, em particular, a vaginose bacteriana anaeróbica, tem sido associada a várias complicações na gravidez, como parto

premature, rutura prematura das membranas e corioamnionite. A resposta do sistema imunitário a esta infeção altera a maleabilidade da mucosa vaginal, o que pode apresentar como um maior risco de laceração durante o parto (Letouzey et al., 2015).

2.2. Translação da Evidência Científica para a Prática Clínica

Ao longo dos diversos contextos de estágio foram aproveitadas todas as oportunidades de aprendizagem, assim como de mobilização e aplicação do tema em estudo. A ordem cronológica do processo de aquisição de conhecimento e translação da evidência não correspondeu ao ciclo de vida da mulher/casal/família, mas à sequência de contextos de estágio, pré-definida pelo cronograma de atividades para o ano letivo (Apêndice VII), elaborado pela regente e co-regentes da UC.

À luz da evidência científica obtida pela *RS*, do referencial teórico de Betty Neuman, da prática reflexiva – fomentada pelo debate e discussão com as orientadoras clínicas nos diferentes contextos – e introspectiva – através da autorreflexão e autoavaliação clínica, foi estimulado o desenvolvimento de competências específicas e a implementação e mobilização do projeto individual.

Esta jornada académica teve início no contexto clínico de cuidados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal, num internamento de Medicina Materno-fetal onde, concomitantemente com os requisitos necessários para o sucesso neste contexto, (como a aquisição de competências específicas e a elaboração de um estudo de caso), era também incentivada a divulgação e desenvolvimento do projeto individual – o tema da prevenção do trauma perineal.

No internamento de medicina materno-fetal, o EEESMO cuida da mulher e família, capacita-a para gerir e manter a sua gravidez de modo saudável, vigia, avalia e monitoriza com autonomia o bem-estar materno-fetal. Sem presença médica permanente, cabe ao enfermeiro obstetra mobilizar os conhecimentos e competências para levar a cabo as intervenções adequadas, e mobilizar a equipa multidisciplinar quando achar necessário. Neste contexto, pela sua especificidade e riqueza em aprendizagens e experiências, emergiu a vontade de crescer, criar relações de ajuda e empatia, de modo contínuo e prolongado no tempo, promovendo a autonomia e capacitação em grávidas e famílias.

Deste modo, desenvolvi um folheto informativo (Apêndice VIII) e explicativo sobre uma das técnicas de prevenção do trauma perineal no parto, a massagem perineal, que servia de base às sessões de educação para a saúde que pude

desenvolver ao longo deste contexto de estágio. Estas sessões, com a transmissão de evidência científica atualizada, permitiam que a linha flexível de defesa do sistema se expandisse, protegendo o *core* desse *stressor* tão indesejado e temido.

Pelas diretrizes rígidas da Unidade Hospitalar e do seu gabinete de imagem, este folheto não pode ser distribuído, pelo que servia de suporte, ilustração e síntese do conhecimento transmitido durante as interações referidas. O *feedback* por parte da chefia do serviço, das mulheres grávidas, casais e famílias foi muito positivo, uma vez que a maioria desconhecia esta possibilidade de atuação. Este folheto foi também divulgado em momento de passagem de ocorrência a colegas, de modo a sensibilizar para a temática e para a importância do papel do enfermeiro obstetra, neste contexto, para a prevenção do trauma perineal no parto.

Seguiu-se o contexto clínico de cuidados de saúde primários, numa Unidade de Cuidados na Comunidade, onde se pretendia a prestação de cuidados de enfermagem especializados a utentes/famílias em contexto comunitário, complementada com a elaboração de um trabalho escrito – relatório de visita domiciliária ou intervenção comunitária ou planeamento fundamentado de uma sessão de educação para a saúde ou formação em serviço – que poderia ir ao encontro da temática individual em estudo.

Assim, de modo a responder positivamente às exigências do contexto e a mobilizar o meu tema de interesse, optei por planear uma sessão de educação para saúde.

A Educação para a Saúde (EpS) foi definida pela Organização Mundial de Saúde (1998), citada por Catford (2011), como “qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes”. Através desta definição pretendia-se operacionalizar o conceito de Promoção de Saúde, definido na carta de Ottawa (1986) como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar” (Catford, 2011).

Por forma a adquirir a melhor e mais atualizada informação sobre a melhoria do seu estado de saúde e prevenção de complicações, tomada de decisão no trabalho de parto e parto, alívio da dor, cuidados ao recém-nascido, aleitamento materno e competências parentais, as grávidas/casais recorrem ao Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP). De acordo com Neuman (2011), pretende-se, assim,

expandir e reforçar as linhas de defesa, ao desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência tranquila e harmoniosa da gravidez, parto e parentalidade.

O período pré-natal é considerado, por Silva, Lima & Osório (2016), o momento ideal para instruir, empoderar e orientar a grávida/casal, para que possam viver uma experiência de parto positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e o maior sucesso no aleitamento materno e vinculação.

A sessão de EpS teve como objetivos: aprofundar conhecimentos através da pesquisa de evidência científica que fundamente o tema e o enquadre no CPPP, informar as grávidas/casais sobre as técnicas de preparação do pavimento pélvico e dos seus benefícios na prevenção do trauma perineal no parto e promover a capacitação, segurança, confiança e motivação da grávida/casal para uma participação ativa no seu processo pré-natal, trabalho de parto e parto. Decorreu conforme o planeamento, no dia e hora estipulados e sem intercorrências a registar (Apêndice IX). Participaram vinte e uma (21) pessoas, entre elas grávidas e respetivos companheiros, tendo apenas respondido ao questionário de avaliação da sessão treze (13) pessoas, considerando-se este o número de participantes para a amostra em estudo dos resultados da sessão.

De modo a compreender a opinião das grávida/casais sobre a sessão e o impacto da temática na sua perceção, foi construído um questionário através da plataforma *Microsoft Forms*[®], que permite o acesso *online* imediato, sem necessidade de editar o documento e com recurso a um *link*. As conclusões do questionário foram analisadas com o apoio de gráficos, e encontram-se em apêndice (Apêndice X). As maiores dificuldades prenderam-se com a conjuntura pandémica atual, que não permitiu a presença física das grávidas/casais na sessão levada a cabo, superadas com o recurso às plataformas digitais disponíveis para a realização de conferências em grupo. Contrapondo o distanciamento físico, recorri a uma linguagem simples, apresentação sintética e a vídeos ilustrativos para que a informação fosse transmitida com clareza.

O contexto clínico de Ginecologia, desenvolvido em internamento e consulta externa, consistiu no terceiro momento de aprendizagem deste percurso e num dos maiores desafios ao longo do percurso académico, pela escassez de momentos de aprendizagem influenciados pela situação pandémica que assolou as Unidades Hospitalares e motivou a reformulação de serviços e redistribuição dos recursos

humanos. De modo a responder às exigências formativas e avaliativas deste contexto, foi-me proposta a realização de um relatório de aprendizagem que contemplasse a descrição das atividades desenvolvidas, a avaliação crítica dessas atividades e a reflexão sobre o percurso de aprendizagem e os temas importantes para a formação especializada nos cuidados à mulher/família em processo de saúde/doença ginecológica.

Considero que foi um contexto muito rico no que diz respeito ao desenvolvimento de competências específicas do EEESMO, mas ressalvo a sua curta duração e o contexto pandémico atual que condicionaram a experiência plena de aprendizagem. As consultas encontravam-se a dar resposta a situações de carácter mais urgente e os blocos operatórios de ginecologia não se encontravam na plenitude da sua resposta por diferentes necessidades de gestão de recursos humanos e materiais.

Tal como tinha previsto, não foi possível mobilizar e promover o meu projeto individual, uma vez que não surgiu a oportunidade de assistir e colaborar em consultas de Reeducação do Pavimento Pélvico ou prestar cuidados a mulheres após intervenção cirúrgica neste âmbito, que poderiam ser, ou não, uma consequência direta das suas experiências de parto.

O quarto contexto clínico foi desenvolvido num Internamento de Obstetrícia, onde se pretendia a aquisição e o desenvolvimento de competências especializadas que demonstrassem uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados no período pós-natal, que culminassem na elaboração de um relatório de aprendizagem, crítico e reflexivo, e na aplicação e desenvolvimento do projeto individual de cada estudante.

Considero que o enfermeiro especialista, no serviço de Obstetrícia, presta cuidados com um alto nível de diferenciação técnico-científico, dando reconhecimento à Enfermagem enquanto disciplina, demonstrando um raciocínio clínico capaz de antecipar, diagnosticar e intervir segundo um julgamento crítico avançado.

Assim, foi possível mobilizar e promover o meu projeto individual, através não só da vigilância e cuidado de saúde fundamentado à puérpera e família, mas também através da análise dos apontamentos clínicos, que consistem em dados referentes à história clínica, de TP, parto e pós-parto, colhidos aquando da prestação de cuidados, (Apêndice XI), com a devida autorização da comissão de ética do hospital, que contribuíram para tecer conclusões relativamente ao impacto do trauma perineal no controlo da dor, nas necessidades fisiológicas, atividades habituais e cuidados ao

recém-nascido. Os apontamentos clínicos referidos e a avaliação do impacto do trauma perineal nas atividades habituais e na satisfação das necessidades fisiológicas básicas, foram baseados no artigo de Santos, da Silva Santos, Brandão, Cerqueira, Ramos & de Santana Carvalho (2018), que nos dá conta que o edema, a dor, o hematoma, eritema e ardor são os principais problemas perineais mencionados por parturientes que sofreram trauma perineal no parto, assim como a amamentação e cuidados ao RN, deambulação, vestir, sentar, sono, alimentação, micção, dejeção e higiene íntima são as necessidades fisiológicas e atividades habituais mais afetadas.

Num total de nove (9) puérperas e famílias a quem prestei cuidados especializados, seis (6) apresentaram períneo íntegro após parto vaginal, uma (1) laceração de grau I e duas (2) laceração de grau II, como apresentado na tabela de dados clínicos acima mencionada.

Esta reduzida amostra justifica-se não só pela curta duração do estágio, mas também pela premissa, em uso naquele serviço, que consiste em privilegiar que o enfermeiro se mantenha responsável pelas famílias com quem já teve contacto nos turnos anteriores, o que favorece a continuidade dos cuidados, assim como a manutenção de uma relação empática e de confiança entre a tríade e o profissional de saúde. Esta condicionante limitou o meu contacto com um maior número de clientes que pudessem apresentar diferentes resultados, em termos de trauma perineal.

Desta forma, foi-me possível acompanhar o processo de capacitação dos pais, nos cuidados ao recém-nascido e na adaptação a novas dinâmicas e perceber, através da reflexão, que desta forma foi mais fácil e eficaz validar os conhecimentos adquiridos através da minha intervenção na educação para a saúde. As observações e conclusões que se seguem foram realizadas nas trinta e seis (36) horas após o parto.

As parturientes do grupo de estudo encontram-se num intervalo entre os 20 e os 40 anos de idade. Neste grupo, o trauma perineal mais grave, consistindo em lacerações de grau II, ocorreu em duas mulheres, de 23 e 40 anos. Embora os autores como Hornemann, Kamischke, Luedders, Beyer, Diedrich & Bohlmann (2010) tenham comparado a ocorrência de trauma perineal em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos com mulheres com idade inferior a 35 anos, e concluído que o trauma perineal tem uma maior incidência em parturientes com idade igual ou superior a 35

anos, não é possível retirar esta conclusão a partir dos apontamentos clínicos realizados, pela reduzida dimensão e pelas características da amostra em estudo.

O grau de literacia académica, que poderia pressupor uma maior literacia em saúde e, conseqüentemente, uma melhor preparação e capacitação para o parto, também não se revelou como indicador de prevenção do trauma perineal, na medida em que uma das parturientes que não sofreu trauma perineal tinha o 9º ano de escolaridade (o menor grau académico identificado no grupo de estudo) e as lacerações de grau II ocorreram em parturientes com o 12º ano e licenciatura.

A Direção-Geral da Saúde (DGS) (2019), no Plano de Ação para a Literacia em Saúde, refere que a

literacia em saúde implica o conhecimento, a motivação e as competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida (DGS, 2019, p.6).

É considerado preocupante, e com necessidade de intervenção, um país com baixos níveis de literacia em saúde, sendo que Portugal apresenta um valor mais elevado de pessoas com um nível problemático de Literacia em Saúde, quando comparado com a média europeia (DGS, 2019). A mesma fonte define como grupos muito vulneráveis ao défice de literacia em saúde: pessoas com 65 ou mais anos; com baixos níveis de escolaridade; com rendimentos até 500€ mensais; com doenças crónicas; com uma auto-perceção de saúde “má”; que frequentaram, no último ano, 6 ou mais vezes, os cuidados de saúde primários; e que se sentem limitados por terem alguma doença crónica (DGS, 2019).

A maior propensão para o trauma perineal em parturientes com menor grau académico vai ao encontro das conclusões de Nunes, Mapelli, Nazário, Traebert, Seemann & Traebert (2019), na medida em que a menor literacia pode conduzir a atividades laborais mais artesanais e que requerem uma atividade física mais extenuante, resultando numa maior movimentação física, num maior estímulo da musculatura perineal ao longo da sua vida e conseqüente aumento do risco de lacerações perineais.

Neste caso, trata-se de uma amostra muito reduzida e com baixa representatividade, pelo que não considero pertinente retirar conclusões. De qualquer forma, verificou-se que os comportamentos de procura de conhecimento em saúde ao

longo da gravidez, através da frequência dos CPPP, escassearam, tendo sido frequentados por duas (2) das nove (9) mulheres/casais.

Nas nove (9) mulheres do grupo de estudo, a prevalência de períneos íntegros teve a sua maior representatividade em partos de termo eutócicos (5 dos 6 registados); destas parturientes, duas (2) eram primíparas e o peso dos recém-nascidos era superior a 3000g em 4 dos 6 casos de períneo íntegro. As lacerações de grau I e grau II ocorreram em partos de termo eutócicos e todos os recém-nascidos com um peso superior a 3000g.

O aumento ponderal durante a gravidez é referido por DeVader, Neeley, Myles e Leet (2007) como um fator de risco que promove situações adversas, nomeadamente a pré-eclâmpsia, a falha da indução do trabalho de parto, situações de incompatibilidade feto-pélvica, a não progressão da apresentação fetal, a instrumentalização do parto, a macrosomia fetal e o trauma perineal grave.

No grupo em estudo, o ganho ponderal não se revelou um fator determinante do trauma perineal nos casos analisados, uma vez que o maior aumento ponderal foi de 33 kg e esta parturiente experienciou um parto de termo eutócico sem trauma perineal e, por sua vez, as parturientes que sofreram lacerações de grau II tiveram um aumento ponderal de 14kg e 16kg ao longo da gravidez.

A todas as parturientes do grupo em estudo foram implementadas medidas não farmacológicas para o controlo da dor antes da analgesia locorregional (epidural ou sequencial), pelo que não é possível ter dados comparativos para concluir a sua influência na prevalência do trauma perineal.

A longa duração do trabalho de parto é mencionada por vários autores, tais como Henrique, Gabrielloni, Cavalvanti, Melo e Barbieri (2016), como fator que predispõe ao trauma perineal espontâneo ou que revela necessidade de recurso à episiotomia. No grupo de parturientes em estudo a duração do trabalho de parto foi variável entre 1 e 14 horas, tendo o trauma perineal mais grave ocorrido no trabalho de parto mais longo, parecendo sugerir, desta forma, que trabalhos de parto mais duradouros aumentam o risco de incidência de lacerações perineais mais graves.

Quanto ao posicionamento da parturiente no período expulsivo, verificou-se que a maioria (8 das 9 mulheres) esteve em litotomia durante o segundo estágio do trabalho de parto e apenas uma parturiente se posicionou de cócoras, tendo ocorrido nesta parturiente uma laceração de grau II do períneo. Face ao exposto, e pelo verificado ao longo da minha prática clínica neste contexto de aprendizagem, o

posicionamento de cócoras não permite uma eficaz proteção do períneo no momento da expulsão da apresentação fetal.

Este aspeto é controverso e referido por diversos autores e entidades atuais. A OMS (2018) defende que, para uma boa condução do parto normal, os profissionais de saúde devem basear a sua prática clínica na melhor e mais recente evidência científica existente, destacando-se a liberdade de movimento durante o trabalho de parto, o estímulo às posições verticalizadas no parto e a prática restritiva da episiotomia (OMS, 2018). O estudo levado a cabo por Rocha, Zamberlan, Pivetta, Santos e Antunes (2020) identifica, como principal justificação para o incentivo às posições verticalizadas, a ação da força da gravidade, que contribui para a progressão da apresentação fetal pelo canal de parto, além de modificar a angulação pélvica materna (Rocha et al., 2020). Este mesmo estudo conclui que não é possível afirmar com precisão a eficácia das posições verticalizadas em detrimento das posições horizontais para a prevenção do trauma perineal no parto, contudo a escolha do posicionamento deve ser realizada pela parturiente, com as devidas orientações e esclarecimentos (Rocha et al., 2020).

Categorizando quantitativamente a dor no período pós-parto em dois intervalos numéricos, recorrendo à escala numérica da dor, foi possível objetivar que quatro (4) das seis (6) das parturientes com períneo íntegro e uma (1) das duas (2) puérperas das lacerações de grau II referiram uma dor inferior a cinco (5), sendo que as restantes indicaram uma dor superior a seis (6), à data da observação. A dor perineal no período pós-parto, em parturientes que sofreram trauma perineal no parto, pode afetar a qualidade de vida e interferir nas atividades habituais e na satisfação das necessidades fisiológicas, sendo imprescindível que o enfermeiro obstetra não negligencie este sintoma (Silva et al., 2018).

Das nove parturientes e famílias cuidadas, sete (7) mencionaram dor, desconforto e dificuldade a amamentar e a prestar cuidados ao RN devido ao trauma perineal, tendo referido que poderia ser um obstáculo ao estabelecimento e manutenção do aleitamento materno exclusivo; sete (7) mencionaram dificuldade e dor ao sentar para se poderem alimentar, amamentar e descansar; cinco (5) mencionaram dor à micção e quatro (4) à dejeção; na realização da higiene perineal, seis (6) das parturientes cuidadas revelaram desconforto.

Relacionando a satisfação das necessidades básicas com o tipo de trauma perineal sofrido no parto, sete (7) das nove (9) parturientes revelam dor ao amamentar;

o ato de sentar causa dor a quatro (4) das parturientes com períneo íntegro, à parturiente que sofreu uma laceração de grau I e a uma (1) das parturientes que sofreram uma laceração de grau II (a parturiente que subsiste mencionou desconforto ao sentar); à micção, quatro (4) puérperas que não apresentam trauma perineal verbalizam ardor à micção, sendo apoiadas por uma (1) das puérperas submetidas a laceração de grau II, contrapondo-se com a ausência de queixas no caso das lacerações de grau I; o trânsito intestinal ainda não tinha sido restabelecido em três (3) parturientes, contudo uma das mulheres com períneo íntegro verbalizou dor à dejeção e todas as parturientes sujeitas a lacerações perineais espontâneas verbalizaram desconforto; a higiene perineal revelou-se dolorosa para metade (3) das parturientes sem trauma perineal, para todas as parturientes que sofreram lacerações de grau I e para uma das parturientes que sofreram laceração de grau II; os períodos de sono e descanso demonstraram-se afetados para apenas uma (1) das parturientes com períneo íntegro, pela dor, e para todas as parturientes sujeitas a laceração de grau II, sendo que esta necessidade fisiológica não se manifestou afetada no grupo das lacerações de grau I.

Mais uma vez, recorrendo aos autores Silva et al. (2018), considero importante ressaltar que a dor perineal se caracteriza pela sua intensidade considerável e pelo desconforto que causa, durante a prestação de cuidados ao RN, e afetando o relacionamento com as suas pessoas significativas. Assim, é essencial que o recurso à episiotomia seja realizado de forma restrita e que os enfermeiros obstetras utilizem técnicas e recursos de proteção perineal, de modo a minimizar o impacto do trauma perineal no período pós-parto (Silva et al., 2018).

Face às observações expostas, e confrontando com a evidência atual, foi-me possível concluir que o impacto do trauma perineal na vida da parturiente e casal influencia a sua autoestima, a vivência do puerpério, o vínculo com o recém-nascido, a relação em casal e os custos económicos em saúde.

No contexto de Neonatologia pretendia-se o desenvolvimento de competências específicas na prestação de cuidados à mulher e família de RN com necessidade de cuidados especiais durante o período neonatal, em vinte e cinco (25) horas de contacto. Neste percurso pretendia-se a compreensão, observação, participação e reflexão dos cuidados prestados numa unidade de neonatologia, culminando no desenvolvimento de uma reflexão de aprendizagem e na mobilização do projeto individual.

Contrariamente ao expectável, pude mobilizar e enriquecer o meu projeto individual através da prestação de cuidados a uma família cujo parto provocou um trauma perineal severo (episiotomia, laceração de grau III e posterior hematoma perineal com necessidade de drenagem cirúrgica, em bloco operatório). Ao promover cuidados especializados e holísticos a esta tríade, estive sempre atenta às manifestações de dor e desconforto da mãe, aconselhando-lhe os melhores posicionamentos, medidas não farmacológicas de controlo da dor (providenciando gelo, apesar de não existir naquela unidade), revelando preocupação, interesse e conhecimento científico e levando a família a confiar em mim, reconhecendo o meu empenho, dedicação, competência e segurança.

O culminar do percurso formativo em estágio ocorreu na Sala de Partos. De modo a responder às exigências formativas e avaliativas deste contexto, foi-me proposta a realização de um “Estudo de Caso” sobre uma situação de cuidados pertinente, fundamentando o plano de cuidados num modelo conceptual/teoria de enfermagem e, claro, implementar o meu projeto individual.

De modo a promover esse mesmo projeto, comecei por apresentar à orientadora clínica a minha RS e toda a evidência científica que suportava a minha intenção de aplicar as técnicas e recursos existentes para a prevenção do trauma perineal no parto. A receção não poderia ter sido mais satisfatória, uma vez que proporcionar uma experiência de parto positiva, com ênfase na prevenção do trauma perineal, já consistia numa preocupação e motivação da minha orientadora na sua prática clínica diária.

Com recurso aos apontamentos clínicos realizados ao longo do percurso (Apêndice XII), baseados nas passagens de ocorrências e história clínica da parturiente, necessária à prestação de cuidados individualizada, foi-me possibilitado retirar algumas conclusões pertinentes sobre a minha conduta nos quarenta e nove (49) partos de termo eutócicos assistidos.

Analisando estatisticamente os quarenta e nove partos que tive a possibilidade de atender, trinta e dois (32) resultaram em períneos íntegros (65,31%), dez (10) originaram lacerações de grau I (20,40 %) e sete (7) lacerações de grau II (14,29 %). Pela avaliação e juízo clínico da minha orientadora, pelas aprendizagens que desenvolvi através da evidência científica que analisei previamente, pela apreciação crítica que pude desenvolver e pelas estratégias adotadas, foi tomada a decisão clínica de não realizar episiotomia.

As parturientes do grupo de estudo encontram-se num intervalo entre os 14 e os 45 anos, sendo que o trauma perineal mais grave – a laceração de grau II – ocorreu em sete mulheres, entre os 24 e os 32 anos, e a ausência de trauma perineal compreendeu trinta e duas mulheres entre os 14 e os 45 anos, o que me leva a concluir que, da minha prática clínica neste contexto aqui explanada, a idade não foi um fator determinante para a propensão para o trauma vaginal.

Relativamente ao grau de literacia académica, no grupo em estudo encontram-se parturientes entre o 9º ano de escolaridade e o grau académico de mestrado, sendo que a ausência e o maior grau de trauma perineal foram verificados transversalmente a todos os níveis académicos, concluindo-se que este fator não se exprimiu como indicador de prevenção do trauma perineal.

Os comportamentos de procura de conhecimento em saúde, através CPPP, podem ser considerados favorecedores da prevenção do trauma perineal, uma vez que 37,5% das parturientes com períneo íntegro frequentaram estes cursos, contrapondo-se aos 14,29% (apenas uma parturiente) que obtiveram uma laceração de grau II. A capacitação das grávidas e casais promove a sua participação consciente como membros ativos do seu processo de gravidez e parto revelando-se em ganhos em saúde e capacidades parentais.

A prevalência de períneos íntegros em partos de termo eutócicos atendidos diretamente por mim, e pela orientadora clínica, atingiu os 65,31%; destas parturientes 50% eram primíparas e o peso dos seus recém-nascidos era superior a 3000g em 31,25% dos casos. É de enfatizar o caso de uma parturiente primípara, cujo recém-nascido pesou 4330g, sendo o caso de maior peso fetal com melhor resultado em saúde. Dos restantes 50% de parturientes com períneo íntegro, as múltiparas, 37,5% tinham sido submetidas a episiotomia no parto anterior e 25% sofreram uma laceração espontânea do períneo no parto anterior.

No caso das lacerações de grau I, prevalentes em 20,40% dos partos assistidos, 50% das parturientes eram primíparas e o peso dos seus recém-nascidos era superior a 3000g em 40% dos casos. Dos 50% de múltiparas que sofreram este tipo de trauma perineal, 40% foram submetidas a episiotomia no parto anterior e 20% sofreram laceração espontânea do períneo no parto anterior.

Por fim, as lacerações de grau II, presentes em 14,29% dos partos totais, atingiram principalmente primíparas (57,14%) e múltiparas com traumas perineais

anteriores, nomeadamente a episiotomia (28,57%), trauma perineal espontâneo (14,29%) e mutilação vaginal (14,29%).

O aumento ponderal durante a gravidez revelou-se um fator determinante do trauma perineal nos casos analisados, uma vez que o maior aumento ponderal foi de 31 kg e esta parturiente experienciou um parto de termo eutócico com o trauma perineal mais grave deste estudo, a laceração de grau II. Por sua vez, as parturientes que obtiveram o melhor resultado em termos de integridade do períneo, aumentaram de 8 a 20kg ao longo da gravidez.

Todas as parturientes do grupo em estudo recorreram a medidas não farmacológicas para o controlo da dor, porém apenas sete (7) não solicitaram analgesia locorregional (epidural ou sequencial), correspondendo a 14,29 % dos partos assistidos. Deste grupo, cinco (5) parturientes obtiveram o períneo íntegro e duas (2) o trauma perineal menos profundo, a laceração de grau I. Estes resultados foram alcançados pela conjugação de diversos fatores como o respeito pela escolha e pelo tempo da parturiente (e casal), a consciência (por parte da equipa de profissionais de saúde) da dor provocada pelo trauma perineal e pela sua reparação através da sutura, a motivação dos profissionais, a colaboração e motivação maternas e o recurso às técnicas de prevenção do trauma perineal disponíveis.

A duração do trabalho de parto, enquanto fator determinante da predisposição ao trauma perineal, foi variável entre 1 e 12 horas, sendo que o trauma perineal se verificou mais grave no trabalho de parto mais longo (57,14% das lacerações de grau II resultaram de um trabalho de parto entre as 2h e as 11h e 37,5% dos períneos íntegros resultaram de trabalhos de parto com duração inferior a 2 horas), concluindo, desta forma, que trabalhos de parto mais duradouros aumentam o risco de incidência de lacerações perineais mais graves.

Quanto ao posicionamento da parturiente é possível concluir, através da análise dos apontamentos clínicos, que a maioria (65,62%) das parturientes que não sofreu trauma perineal no parto se posicionou em litotomia modificada no segundo estágio do trabalho de parto, sendo esta a posição mais frequentemente adotada nos partos assistidos.

A adoção preferencial pela litotomia modificada prende-se não só com a inexperiência do profissional (neste caso concreto, pela necessidade de ter uma visão global do parto e material disponível, assim como o posicionamento relativamente ao aparelho de cardiotocografia e falta de agilidade mental e física no atendimento ao

parto), mas também com a necessidade e facilidade de aplicar técnicas de prevenção de trauma perineal no período expulsivo. O posicionamento de cócoras durante este período, tal como se verifica na literatura existente, não foi consensual no que diz respeito à incidência de trauma perineal; se por um lado é considerado dificultador da proteção eficaz do períneo no momento da expulsão da apresentação fetal, por outro verificou-se que neste posicionamento se obtiveram 21,88% dos períneos íntegros e 30% das lacerações de grau I, sendo este o único grau de trauma apurado.

A duração do período expulsivo revelou-se inferior ou igual a trinta (30) minutos em 78,125% dos períneos íntegros e superior a trinta (30) minutos em 14,29% das lacerações de grau II. De acordo com a evidência disponível, a duração do segundo estágio de trabalho de parto influencia o trauma perineal decorrente do parto, na medida em que o seu prolongamento aumenta o edema perineal podendo reduzir a elasticidade dos tecidos vaginais e perineais, aumentando a instrumentalização do parto e diminuindo a capacidade de colaboração materna, quando se trata de fadiga e ansiedade em terminar esse momento.

Quanto ao cerne deste trabalho, a intervenção do enfermeiro obstetra na prevenção do trauma perineal no parto, revela-se neste estágio em sala de partos maioritariamente objetivada na mobilização de técnicas e recursos de prevenção do trauma perineal no parto.

De modo a preparar o períneo para a expulsão fetal nos partos assistidos, a lubrificação do canal vaginal, de modo a reduzir o atrito e as áreas passíveis de fricção e posterior trauma, foi um recurso utilizado em todos eles (100%). O lubrificante eleito foi a vaselina em pomada, pela sua consistência e durabilidade ao longo do período expulsivo, sem que seja necessária uma constante reposição para bons resultados, pela reduzida incidência de reações alérgicas à mesma, pelo baixo custo económico e disponibilidade no serviço.

A manobra de Ritgen, referida muitas vezes como proteção perineal manual, realizada pelo profissional de saúde que assiste ao parto, foi mobilizada em todos os partos assistidos, com a exceção de um (1), tendo sido comprovada a sua eficácia e facilidade em ser aplicada, mesmo por profissionais mais inexperientes. O posicionamento da parturiente pode dificultar a sua aplicação, tal como referido *a priori*, nomeadamente de cócoras, que não permite uma postura ergonómica do profissional.

A aplicação de calor, realizada através de compressas molhadas com água quente, não se demonstrou relevante na prevenção do trauma perineal, pela sua reduzida utilização na prática clínica em análise, em apenas 20,81% dos partos, pois implica que o profissional abandone o campo esterilizado e a proximidade com a parturiente para se deslocar ao lavatório e, com algum engenho, molhar as compressas sem se contaminar.

A técnica respiratória do período expulsivo, ou esforços com glote aberta, foi aplicada em 93,75% dos partos assistidos que não resultaram em trauma perineal, e nos restantes partos atendidos, sendo um recurso de extrema importância e relevância. A colaboração materna e a relação terapêutica estabelecida com o profissional de saúde são fatores essenciais para o sucesso desta técnica, uma vez que é importante transmitir esta evidência de forma clara para que seja recebida com compreensão e confiança. O preconceito, fomentado pela desinformação, de que no segundo estágio do trabalho de parto é necessário realizar esforços expulsivos dirigidos, com a manobra de Valsalva associada, começa hoje a dar lugar à procura de conhecimento válido pelos casais, através dos CPPP e fontes de informação mais validades. Desta forma, senti que a explicação desta técnica era recebida com motivação e muita colaboração, permitindo assim a expulsão da apresentação fetal de forma mais suave e tranquila, obtendo melhores resultados em saúde tanto materna como fetal.

A massagem perineal previamente ao parto não foi realizada por um grupo representativo de parturientes. Por sua vez, durante o período expulsivo, foi mobilizada enquanto recurso válido para treinar e aumentar a elasticidade dos tecidos do canal de parto, e consequentemente diminuir a sua resistência à passagem da apresentação fetal, sempre com uso concomitante da lubrificação com vaselina, em 15,625% dos partos sem trauma perineal e 10% dos partos que resultaram em lacerações de grau I.

Tive oportunidade de elaborar (com a colaboração da enfermeira chefe do serviço) um indicador de qualidade (Apêndice XIII), relativo à prevenção do trauma perineal no parto, que prevê a aplicação das medidas descritas anteriormente, permitindo a quantificação da ocorrência de trauma perineal e a referenciação para a consulta de patologia do pavimento pélvico do serviço de medicina física e reabilitação (MFR) do hospital.

Quanto ao maior ganho em saúde, este projeto vai permitir, através do registo no processo clínico da parturiente, criar um alerta informático que sinaliza a puérpera com episiotomia e/ou lacerações perineais de grau II ou superiores ao serviço de MFR, de modo a efetivar uma avaliação e acompanhamento corretos.

Para apresentação do indicador (Apêndice XIV) à equipa multidisciplinar, foi elaborado um convite formal, divulgado por toda a unidade hospitalar através do correio eletrónico dos profissionais de saúde, para uma apresentação, presencial e com possibilidade de assistência *online*, elaborada e apresentada por mim. Estiveram presentes dezassete (17) profissionais de saúde da área da saúde da mulher, estando seis (6) destes a assistir via *Microsoft Teams*. Destes profissionais, dez (10) eram enfermeiros (de cuidados gerais e EESMO) da sala de partos, três (3) médicos obstetras, duas (2) estudantes da especialidade de saúde materna e dois (2) alunos do 6º ano do curso de Medicina.

De modo a obter a opinião dos profissionais de saúde presentes na sessão, foi construído um questionário através da plataforma *Microsoft Forms*. As conclusões do questionário são apresentadas em apêndice (Apêndice XV), tendo obtido um *feedback* bastante positivo de treze (13) participantes, com a formação avaliada como “excelente” por 54% dos inquiridos, e “muito boa” por 38%.

3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU ACADÉMICO DE MESTRE E DA ESPECIALIDADE SMO

Segundo a Direção-Geral do Ensino Superior (DGES), e regulado através do decreto-lei n.º 74/2006, reiterado pelo decreto-lei n.º 65/2018, o grau de Mestre é conferido aos que, por meio da aprovação em todas as unidades curriculares que integram um plano de estudos do curso de mestrado e pela aprovação no ato público de defesa de uma dissertação, de um trabalho de projeto ou de um relatório de estágio, tenham obtido o número de créditos fixado para este efeito.

De forma mais pormenorizada, o grau académico de mestre é atribuído àqueles que cumpram os requisitos estipulados pelos Descritores de Dublin para o 2º ciclo, fundamentados em cinco (5) domínios: àqueles que demonstrem conhecimentos e capacidade de compreensão; àqueles que consigam aplicar esses conhecimentos na resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares; àqueles que revelem capacidade de integrar estes conhecimentos e lidar com questões complexas e desenvolver soluções, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções; àqueles que sejam capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e àqueles que possuam competências de autoaprendizagem (Joint Quality Initiative, 2004; Decreto-lei n.º 74/2006; Decreto-lei n.º 65/2018).

Por sua vez, o título de Enfermeiro Especialista é atribuído ao detentor do título de Enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e da certificação de competências, numa área clínica de especialização, nos termos do regulamento da especialidade, aprovado pela Ordem dos Enfermeiros e homologado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde (Regulamento n.º 391/2019).

Face ao exposto, seguidamente irei apresentar as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do meu percurso formativo.

3.1. Competências do Grau Académico de Mestre

O estágio com Relatório está estipulado pelo decreto-lei n.º 65/2018 como uma das modalidades que permite a aquisição do grau de mestre, quando defendido publicamente com sucesso. O objetivo da aquisição deste grau académico, por parte do profissional, é dar continuidade aos conhecimentos e competências adquiridos no primeiro ciclo de ensino, aprofundando-os e desenvolvendo-os, em especial no âmbito da investigação.

No decurso deste processo de aprendizagem foram inúmeras as oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências, delineadas pelos já mencionados cinco domínios que definem os detentores do grau de mestre.

Relativamente à capacidade de compreensão de situações clínicas, ao longo dos vários contextos de estágio, foram formulados diagnósticos de enfermagem após a avaliação da pessoa/tríade e da situação, analisando criticamente os dados obtidos e implementando intervenções de enfermagem especializadas adequadas, individualizadas e holísticas. Procedeu-se à reformulação dos diagnósticos, quando necessário, adaptando as intervenções à evolução da situação clínica do cliente. O processo de tomada de decisão, inerente às competências de grau de mestre desenvolvidas, foi sustentado nas dimensões éticas e deontológicas, de modo a fomentar cuidados de saúde de qualidade, respeitando as vontades, crenças e autonomia do cliente.

No domínio da aplicação dos conhecimentos na resolução de problemas em situações novas, este nível formativo remete-nos para a apropriação e domínio de conceitos, teorias e evidência que fundamenta e suporta a atividade na área de especialização em ESMO. De modo a concretizar este domínio, foram realizadas, em trabalho autónomo, pesquisas e revisões de literatura, elaborados relatórios, reflexões e estudos de caso, por forma a estar apta a dar resposta a situações novas, de forma correta e sustentada. A constante e ativa procura de conhecimento, através de discussões e partilha de conhecimentos e práticas com os orientadores clínicos e com a equipa multidisciplinar dos vários contextos revelou-se no desenvolvimento de habilidades comunicacionais, relacionais e no processo consciente de tomada de decisão.

No que diz respeito ao domínio que remete para a apropriação dos conhecimentos de modo a lidar com questões complexas, desenvolver soluções e refletir sobre as implicações que resultem das soluções encontradas, os diferentes

contextos de estágio, ao serem muito distintos e ricos em desafios, permitiram que desenvolvesse a prática reflexiva e julgamento crítico. A prática reflexiva individual ou entre pares permitiu realizar um balanço das atividades desenvolvidas, gerir as suas implicações para a prática clínica, assim como as questões éticas, morais e legais que lhe são inerentes.

O quarto domínio remete para a capacidade de comunicar conclusões, conhecimento e raciocínios de uma forma clara, sem ambiguidades, quer a especialistas quer a não especialistas. Neste domínio, desenvolvi capacidades comunicacionais através de formações e apresentações (ou comunicações) públicas que pude efetivar durante o estágio, nomeadamente no contexto de internamento de Medicina Materno-Fetal, partilhando as conclusões da minha *RS*, nomeadamente os benefícios da massagem perineal, a enfermeiros especialistas e a parturientes; no contexto de cuidados de saúde primários, onde pude realizar uma sessão de educação para a saúde; e no contexto de sala de partos, em que levei a cabo uma apresentação formativa sobre a temática específica em estudo – o trauma perineal – e o indicador de qualidade que tive oportunidade de desenvolver, destinada à equipa multidisciplinar do serviço, o que me permitiu adquirir e treinar a capacidade de transmitir conhecimento a profissionais de saúde ou clientes de cuidados, com diversos níveis de formação académica.

Por fim, as competências de autoaprendizagem e autoconhecimento que conduzem à identificação das minhas limitações individuais e à capacidade de as superar, tendo sido possível através de espírito de iniciativa, proatividade e resiliência.

3.2. Competências Específicas de Enfermagem de SMO

Os cuidados de saúde e, paralelamente, os cuidados de Enfermagem, assumem atualmente uma maior relevância e exigência técnica e científica, levando os profissionais de saúde a assumir como prioridade a sua formação, diferenciação e especialização (Regulamento n.º 140/2019).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define que é atribuído o título de enfermeiro especialista àquele a quem se reconhecem competências científicas, técnicas e humanas comuns para prestar cuidados de enfermagem especializados, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados, para além dos específicos das diversas áreas de especialidade em enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

Às competências comuns do enfermeiro especialista acrescem as competências específicas das várias áreas de especialização (OE, 2019).

Relativamente à ESMO, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento n.º 391/2019) preconiza que a prestação de cuidados em saúde reprodutiva pressupõe o acompanhamento da mulher, ao longo das várias etapas do seu ciclo de vida, e é nesse sentido que as competências específicas do EEESMO foram definidas, por forma a assumir a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de atividade de intervenção: planeamento familiar e período pré-concepcional; período pré-natal; trabalho de parto e parto; período pós-natal; climatério; ginecologia; e saúde comunitária (OE, 2019).

Após esta breve contextualização irei apresentar o percurso académico, realizado com a finalidade de adquirir e desenvolver competências específicas, ao longo dos diferentes contextos de estágio, seguindo a ordem aplicada no regulamento, que corresponde ao ciclo de vida da mulher.

3.3. Percurso de Aquisição de Competências

O percurso de aquisição e desenvolvimento de competências específicas da especialidade de ESMO decorreu não só durante o ano de sessões teóricas e práticas lecionadas por professores especialistas, mestres e doutorados na área, mas sobretudo durante o estágio com relatório, realizado em diversas unidades hospitalares e de saúde comunitária da região de Lisboa.

Esta jornada académica alicerçou-se, tal como referido anteriormente, no decreto-lei n.º 74/2006, reiterado pelo decreto-lei n.º 65/2018, para a aquisição do grau de Mestre, e no Regulamento de Competências Específicas da Especialidade de ESMO (Regulamento n.º 391/19). Sinergicamente aos referidos documentos reguladores, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados do EEESMO (OE, 2018), as orientações do ICM (2019) – divididas em quatro (4) domínios: competências gerais, pré-concepcional e pré-natal, trabalho de parto e nascimento, e cuidados pós-natais a mulheres e recém-nascidos –, e o Modelo Teórico de Betty Neuman, operacionalizaram de forma padronizada e eficiente a aquisição de competências pretendida.

Nos próximos subcapítulos será descrito e analisado o percurso formativo realizado, apresentando-se pela ordem estipulada pelo já referido Regulamento de Competências Específicas da Especialidade de ESMO.

3.3.1. Cuidado especializado no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019) esta competência remete para o cuidado especializado no âmbito do planeamento familiar, da saúde sexual e reprodutiva e do período pré-concepcional, atestando a capacidade do enfermeiro obstetra estabelecer e implementar programas de intervenção e de educação para a saúde, promovendo vivências positivas na sexualidade, no planeamento da gravidez e na parentalidade.

A aquisição e desenvolvimento desta competência decorreu no contexto dos cuidados de saúde primários, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e, em modo opcional e complementar, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), que proporcionou as maiores oportunidades de aprendizagem, pela afluência presencial às consultas.

Este contexto permitiu-me desenvolver competências na área da saúde reprodutiva em várias etapas do ciclo de vida da mulher, prestando cuidados especializados de enfermagem que permitiram contribuir para a saúde e bem-estar da cliente, através do reforço das linhas de defesa, nos vários níveis de prevenção definidos por Neuman (Neuman & Fawcett, 2011).

Tal como referido por Neuman na sua teoria dos sistemas (Neuman & Fawcett, 2011), o compromisso de uma das várias linhas de defesa que rodeiam o *core* provoca um desequilíbrio capaz de provocar doença, com necessidade de intervenção especializada do profissional de saúde. Neste sentido, a saúde reprodutiva abrange diversos elementos profundamente interligados e que se influenciam entre si, como é o caso da educação para a saúde que permite capacitar as mulheres e as suas pessoas significativas para a prevenção de infeções de transmissão sexual (IST), com impacto positivo na sexualidade, planeamento familiar, fertilidade, vigilância pré-concepcional e pré-natal, parto e qualidade de vida das crianças, para além do rastreio de cancro do colo do útero e da mama, cuidados pré-concepcionais e pós-parto, e prevenção de comportamentos de risco e aditivos (DGS, 2008).

Neste contexto de cuidados de saúde primários pude assistir, participar, estruturar e desenvolver consultas de planeamento familiar, aumentando gradualmente a minha intervenção e autonomia. As consultas foram estruturadas com base na Teoria dos Sistemas, de Betty Neuman, na medida em que procurei identificar as várias dimensões e necessidades o *core* e desenvolvi intervenções especializadas de modo a eliminar os *stressores* e a reforçar as linhas de defesa que permitem manter o equilíbrio do sistema.

Apesar de desenvolver o estágio em contexto pandémico, limitado pelos seus constrangimentos, procurei ser assídua nas oportunidades de desenvolvimento de competências. O contexto complementar em UCSP, abordado de forma opcional pela orientadora clínica, foi um contributo fértil em consultas presenciais, onde pude desenvolver competências comunicacionais e aplicar os conhecimentos teórico-práticos previamente adquiridos. Neste âmbito permiti-me trabalhar não só em prol da saúde da mulher, mas também em prol da profissão, dando visibilidade, credibilidade e criando na comunidade a necessidade de recorrer ao enfermeiro obstetra para a melhor vigilância em saúde.

Pude participar ativamente numa sessão *online*, em conjunto com a orientadora clínica e a convite de uma Associação de Solidariedade Social, sobre as vantagens e desvantagens dos diferentes métodos contraceptivos.

A mobilização de conhecimentos revelou-se mais fácil ao longo do percurso, nomeadamente na análise de exames e relatórios clínicos de colpocitologia e na condução da consulta de enfermagem. Considero-me capaz de identificar sinais de alarme e alerta e melhorei a compreensão e autonomia nesse sentido.

3.3.2. Cuidado especializado durante o período pré-natal

No que diz respeito ao período pré-natal, o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, a DGS (2015) enquadra a vigilância da gravidez numa Rede de Referência Materno-Infantil, articulando o trabalho realizado nos Cuidados de Saúde Primários e com os Cuidados Hospitalares. Neste período, a intervenção especializada do enfermeiro obstetra prende-se com a implementação de hábitos de vida saudáveis – alimentação, exercício físico, cessação tabágica, cessação de consumo de substâncias psicoativas – e comportamentos que se podem prolongar ao longo do ciclo de vida da mulher, da criança e da família alvo de cuidados (DGS, 2015). A gravidez surge como uma oportunidade de identificar e modificar situações de risco de patologia futura, e de promover a continuidade dos cuidados centrados na pessoa.

Nos cuidados de saúde primários pude assistir, participar, estruturar e implementar consultas de vigilância de gravidez, para grávidas e famílias com diferentes idades gestacionais, possibilitando a adequação das intervenções, monitorizações e educação para a saúde a cada estadio de desenvolvimento.

O processo de capacitação da mulher/casal no período pré-natal, através do desenvolvimento de autoconfiança e das competências parentais, foi desenvolvido ao longo das consultas de vigilância de gravidez de baixo risco desenvolvidas, mas também através dos CPPP.

Assumi o compromisso da participação no CPPP, acompanhando na íntegra um grupo de grávidas/casais/pessoas significativas, estabelecendo uma relação profissional de ajuda e empenho, demonstrando disponibilidade, adquirindo e desenvolvendo competências no que diz respeito ao desenvolvimento de programas de capacitação da mulher grávida/casal. O curso organizou-se em treze (13) sessões, desenvolvido com base nas componentes teórico-práticas das recomendações

fundamentais à sua estruturação (OE, 2012) e integrando uma equipa multidisciplinar especializada nas áreas de fisioterapia, saúde infantil e pediátrica e psicologia, coordenada pela EEESMO.

Relativamente a situações de aborto ou pós-aborto, não foram frequentes nos cuidados de saúde primários, tendo apenas desenvolvido uma consulta de planeamento familiar após realização de interrupção voluntária da gravidez, onde analisei a ecografia de controlo e aconselhei quanto ao método contraceptivo adequado para aquela mulher. No que diz respeito ao contexto de serviço de urgência obstétrica e ginecológica (SUOG), as situações de aborto em evolução ou retido fizeram-se presentes, nomeadamente tendo como motivo de admissão a hemorragia vaginal ativa e abundante. Para além da observação clínica para diagnóstico do motivo da hemorragia e a sua caracterização, a minha intervenção enquanto futura enfermeira obstetra primou pelo apoio emocional à mulher/casal/pessoa significativa, identificando o significado atribuído a este processo, as suas necessidades e respeitando as suas vontades e crenças.

Os cuidados à grávida/casal/pessoa significativa em situação de risco materno-fetal visam conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e/ ou concomitante com a gravidez (OE, 2019). Esta competência foi adquirida e desenvolvida num internamento de medicina materno-fetal de uma unidade hospitalar da região de Lisboa, permitindo prestar assistência à mulher/família que se encontra a vivenciar um processo de saúde/doença que requer um episódio de internamento.

Este contexto permitiu-me a aquisição de novos conhecimentos através de pesquisa exaustiva de evidência científica atual que suportasse o plano de cuidados holístico e individualizado. Esta evidência aliada à prática reflexiva e à teoria de Neuman (Neuman & Fawcett, 2011) proporcionou uma base sólida que guiou a minha intervenção.

À admissão, ou aquando do primeiro contacto com a grávida, promovi a decisão informada através da transmissão de informação atualizada e pertinente do seu estado de saúde e dos recursos disponíveis no serviço – tais como o protocolo de extração precoce de colostro em partos pré-termo, o percurso do acompanhante, bola de parto, espaço para deambulação – através do incentivo à participação em programas de preparação para o nascimento disponíveis online e acessíveis através

do *wi-fi* do internamento e através da idealização, realização e divulgação do plano de parto.

Neste contexto foi potenciado o desenvolvimento de competências relacionadas com intervenções autónomas do enfermeiro obstetra, tais como: a monitorização cardiotocográfica (CTG), a auscultação de batimentos cardíacos fetais, as manobras de Leopold, a vigilância de sinais vitais, a observação e identificação de sinais e sintomas que remetem para patologias ou agravamento do estado clínico da grávida, a educação para a saúde e o apoio emocional. Foram também levadas a cabo intervenções interdependentes como aplicação de protocolos de antibioterapia profilática, terapêutica anticoagulante, tocolise e maturação pulmonar, assim como a administração de terapêutica instituída para cada situação patológica.

Neste contexto de cuidados, foram desenvolvidas competências teóricas e práticas, de assistência especializada a grávidas/casais/famílias com diferentes diagnósticos, tendo sido os mais frequentes a Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT), Ruptura Prematura Pré-Termo de Membranas (RPPTM), Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU), gravidez gemelar (Monocoriónica/Monoamniótica), Diabetes Gestacional (DG), Doenças Hipertensivas, Hemorragia no 3º Trimestre e Hiperémese gravídica.

A gravidez que requer internamento já comporta, por si só, transtornos a nível pessoal e familiar e, em ambiente pandémico, procurei demonstrar uma postura atenta, preocupada e aberta de modo a promover a relação terapêutica e responder de forma mais satisfatória às necessidades de cada grávida.

Este contexto específico, no qual o EEESMO alia a sua autonomia a uma enorme responsabilidade e competência, evidencia-se a importância de complementar o conhecimento da especialidade com um conhecimento aprofundado de patologia, protocolos instituídos, farmacologia, valores de referência de análises clínicas, meios complementares de diagnóstico e contactos da equipa multidisciplinar, para alcançar uma resposta holística e o mais adequada possível.

3.3.3. Cuidado especializado durante o trabalho de parto e parto

O cuidado especializado à mulher/casal/família durante o trabalho de parto pressupõe um cuidado baseado numa enfermagem avançada e, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019), o desenvolvimento desta competência antevê a assistência ao parto em ambiente seguro, de modo a otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

O contexto de cuidados à grávida/casal/recém-nascido foi desenvolvido numa sala de partos e SUOG de um hospital da área de Lisboa, representando na sua especificidade, complexidade e riqueza em aprendizagens e experiências o culminar de um ano de estágio, em diferentes contextos.

Considero que efetivei um crescimento muito positivo ao longo do percurso em estágio, tanto na promoção da saúde materno-fetal ao longo do trabalho de parto – estando atenta aos sinais vitais, bem-estar materno, bem-estar fetal, cardiotocografia fetal e sinais de alarme – como na prestação de cuidados à mulher com patologia, nomeadamente diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, onde me considero autónoma na monitorização, aplicação de protocolos, preparação de terapêutica e mobilização da equipa multidisciplinar para maiores ganhos em saúde.

A admissão das grávidas é concretizada por duas vias: vindas do SUOG, com situações urgentes como contratilidade uterina e consequente modificação cervical, fase ativa de trabalho de parto, rutura de bolsa de águas e período expulsivo, ou vindas do internamento de medicina materno-fetal, onde estariam em processo de indução de trabalho de parto ou em vigilância de bem-estar materno-fetal.

Os dados colhidos, aquando do acolhimento da grávida/casal, nomeadamente sobre os dados sociodemográficos, antecedentes pessoais, antecedentes obstétricos e ginecológicos, história heredofamiliar, terapêutica habitual, hábitos alimentares, hábitos nocivos, situação socioeconómica e dados sobre a gravidez atual, (como o índice obstétrico, idade gestacional, e observação física das condições da parturiente e feto), são complementados pela intenção de conhecer as expetativas, as preferências e os conhecimentos prévios da grávida/casal/pessoa significativa, ao questionar sobre a frequência de CPPP e a idealização e concretização do plano de parto.

O plano de parto é um documento escrito, de carácter legal, no qual a mulher/casal/pessoa significativa explicitam as suas vontades, crenças e expetativas,

com o objetivo de evitar procedimentos dispensáveis e intervenções rotineiras, aumentando o sentimento de controlo e potenciando melhores resultados em saúde (dos Santos, da Silva Andrade & de Albuquerque, 2020). A sua elaboração deve ser realizada em colaboração com o EEESMO que acompanhou o processo de gravidez, que transmite informações adequadas e baseadas na melhor evidência científica e apresenta expectativas positivas e realísticas das práticas desenvolvidas na instituição escolhida para o parto (Garrett & dos Santos, 2021). Posteriormente à admissão no serviço, o EEESMO que assistir o trabalho de parto é o profissional de excelência para a implementação do plano de parto (Garrett & dos Santos, 2021), devendo discutir e debater alternativas de modo a garantir intervenções de qualidade e de risco controlado.

A segurança do ambiente durante o trabalho de parto e parto revelou-se na avaliação das condições físicas da sala de partos, bem como na vigilância e monitorização contínua do bem-estar materno-fetal.

Na unidade hospitalar em que desenvolvi este contexto de estágio, em sala de partos, a monitorização da frequência cardíaca fetal (FCF) e da dinâmica uterina é maioritariamente contínua, por indicações clínicas como: fase ativa do trabalho de parto, após realização de analgesia locorregional, rutura de membranas, cesariana prévia, perfusão de ocitocina e expressão de queixas álgicas pela parturiente. Segundo as *guidelines* para monitorização fetal intraparto, definidas pela FIGO (2015), a monitorização contínua de CTG deve ser considerada em todas as situações em que exista alto risco de hipoxia/acidose fetal, seja por condições de saúde materna (como hemorragia vaginal e pirexia materna), crescimento fetal anormal durante a gravidez, analgesia locorregional, líquido meconial ou a possibilidade de atividade uterina excessiva, como ocorre com o trabalho de parto induzido (Ayres-de-Campos, Spong, Chandrachan, & FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel, 2015). Por sua vez, a monitorização intermitente deve ser realizada por tempo suficiente para permitir a avaliação adequada das características básicas do CTG.

Pude desenvolver a competência de interpretação do registo cardiotocográfico através da análise e caracterização do seu traçado, preencher essa avaliação no partograma e transmiti-la em contexto de passagem de ocorrências. Da mesma forma, concebi, planeei, implementei e avaliei planos de cuidados especializados de modo a alcançar melhores resultados em saúde para as parturientes e suas famílias. Sempre

que se verificou necessário, acionei a equipa multidisciplinar quando as situações iam além da minha atuação.

No que concerne às competências que procuram promover o conforto e bem-estar da mulher/casal/pessoas significativas, nomeadamente o controlo da dor, procurei implementar intervenções individualizadas e holísticas, de acordo com as preferências da mulher/casal/pessoa significativa, tais como a hidroterapia e bola de nascimento (em separado ou em conjunto), deambulação e verticalidade, técnicas de relaxamento, respiração e utilização de música do gosto da parturiente.

A identificação e monitorização do TP foi levada a cabo com um apoio progressivamente decrescente da enfermeira orientadora ao longo do tempo, uma vez que ao manifestar maior e mais consolidado conhecimento e confiança me foi concedida uma maior autonomia no planeamento e implementação de intervenções. A avaliação cervical não foi realizada de forma rotineira, mas quando existia um motivo clinicamente válido para o fazer, como queixas algícas percecionadas pela grávida, rutura de bolsa de águas, alterações patológicas da CTG ou hemorragia vaginal. No primeiro estágio de TP, apagamento e dilatação cervical, promovi a deambulação e verticalidade, apoiando a grávida/casal/pessoa significativa nas suas decisões e providenciando as condições necessárias para as concretizar, tais como a bola de nascimento, hidroterapia, liberdade de movimentos e ensino de movimentos adequados à adaptação da estrutura pélvica à posição e situação fetal.

No segundo estágio de TP pude desenvolver a competência de identificação da estática fetal, agindo em conformidade, nomeadamente na presença de variedades fetais posteriores, em que sugeri a posição de quatro apoios, fundamentada pela libertação da pressão na região sagrada e pressão anterior realizada por parte do feto com a ação da gravidade, com efeitos benéficos na ampliação de diâmetros e, em grande parte das situações, culminar num parto eutócico. As posições mais sugeridas foram a posição de cócoras, decúbito lateral e litotomia modificada, baseadas na estática fetal e na potencialidade de proteção do períneo para prevenção do trauma perineal.

Prestei assistência direta ao parto de quarenta e nove (49) grávidas/casais/pessoas significativas, privilegiando a decisão informada da díade, a individualização da intervenção especializada e a aplicação de técnicas de prevenção do trauma perineal, procurando fomentar uma experiência de parto positiva. Foi relevante o aumento considerável da minha confiança, autonomia e juízo clínico ao

longo deste percurso, primando sempre pela qualidade da experiência de parto ao invés da quantidade, investindo no acompanhamento e condução do trabalho de parto, no desenvolvimento de relações terapêuticas baseadas na confiança e empatia com a grávida/casal/família.

No que diz respeito à assistência da grávida/casal/família/recém-nascido em situação de parto distócico, procurei manter-me presente como elemento de referência, identifiquei situações de necessidade de acionar a equipa multidisciplinar, providenciei material, diagnostiquei precocemente complicações e prestei cuidados imediatos ao recém-nascido de modo a melhorar a adaptação à vida extrauterina (como o contacto precoce pele-a-pele para promoção de vinculação, termorregulação, observação física do recém-nascido, administração de vitamina K, pesagem e adaptação precoce à mama), assegurando a sua reanimação em situação de emergência, cooperando com o neonatologista.

A competência de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno foi amplamente desenvolvida, realizado ensinamentos e esclarecimentos sobre as suas vantagens e benefícios, sinais de boa pega, sugestões de posicionamentos e supervisão da adaptação à mama.

O quarto estágio de TP, que se inicia após a expulsão fetal, permitiu o desenvolvimento de competências relacionadas com a dequitação e a vigilância e avaliação puerperais. Perante uma situação de perda hemática aumentada, verifiquei a tonicidade uterina, realizei massagem externa, administração de fluidoterapia endovenosa, mobilizei a equipa multidisciplinar, realizei colheita de sangue periférico para análises clínicas e administrei terapêutica uterotónica e antifibrinolítica prescrita.

A vigilância puerperal, em situação regular, realizava-se nas duas horas imediatas ao parto na sala de partos e posteriormente no Internamento de Obstetrícia na Unidade de Puerpério, quando asseguradas as condições de segurança para transferência da díade, puérpera e recém-nascido. A avaliação do recém-nascido contemplava a observação física objetiva, com especial atenção na coloração de pele e mucosas, coto umbilical e vitalidade, a validação da correta adaptação à mama, a vigilância de eliminações e a aplicação de pulseiras de identificação e segurança. A prestação dos cuidados previstos primou pela sua excelência, bem como pela inclusão da tríade alvo de cuidados, integrando ensinamentos e esclarecimentos sobre a parentalidade e sinais de alerta.

A inexistência de desvios à normalidade, quer da puérpera quer do RN possibilitava a transferência da díade para o internamento, em regime de alojamento conjunto.

3.3.4. Cuidado especializado durante o período pós-natal

A prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal foi um dos focos da minha intervenção em diversos contextos de estágio, tanto nos cuidados de saúde primários, como na sala de partos, internamento de Obstetrícia e unidade de Neonatologia.

No contexto de cuidados de saúde primários, a assistência no período pós-natal realizava-se em três (3) diferentes dimensões: em consulta de enfermagem presencial, em visita domiciliária e em contacto à distância (através dos meios disponíveis na UCC, como o endereço de *e-mail* e contacto telefónico. Esta assistência, em qualquer uma das modalidades, tinha como principal finalidade a capacitação e apoio da mulher/casal/família para a transição positiva para a parentalidade, identificação e monitorização de alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade (tendo sido realizada a referenciação para áreas como o serviço social e psicologia, quando pertinente), a promoção e proteção do aleitamento materno, divulgação dos recursos existentes na comunidade, vigilância do estado de saúde materno e do recém nascido, esclarecimento de dúvidas e manutenção da relação terapêutica criada no período pré-parto.

A visita domiciliária surge, no processo de implementação do projeto do Banco de Leite Humano, com a finalidade de recolher leite e providenciar material de colheita, mas também como meio para avaliar o bem-estar físico, emocional e social da mulher/criança/casal/família de modo a detetar situações de desvio à normalidade.

Em contexto de internamento de Obstetrícia, inicialmente, a visita do acompanhante ao serviço de puerpério estava interdita pelo contexto pandémico, porém, a alteração deste procedimento durante o decorrer do estágio trouxe contributos muito positivos para a minha experiência de aprendizagem, na medida em que pude adequar a minha prestação de cuidados, sempre que possível, ao horário estipulado para a visita e promover, desta forma, cuidados personalizados e inclusivos a todos os intervenientes desta transição para a parentalidade.

Como futura enfermeira especialista, procurei que, com o conhecimento que é inerente à especialidade, a educação para a saúde fosse uma parte integrante da

minha prática clínica, de modo a proporcionar à mulher/família uma vivência mais tranquila da transição para a parentalidade, com as ferramentas necessárias para ultrapassar as dificuldades de adaptação. No âmbito do apoio ao desenvolvimento de competências parentais, este contexto de estágio permitiu informar, orientar e apoiar a mãe/família a cuidar do seu filho (OE, 2019), nomeadamente no ensino do banho ao RN, sinais de alarme, manobra de desengasgamento, prevenção de acidentes, segurança rodoviária e programa nacional de vacinação.

No sentido de identificar e monitorizar o estado de saúde do recém-nascido (OE, 2019), foram implementadas intervenções especializadas baseadas nos padrões e *guidelines* de qualidade e cumprindo o plano nacional de saúde infantil e juvenil (DGS, 2013).

Relativamente ao desenvolvimento da competência específica que prevê a conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de recuperação pós-parto (OE, 2019), as oportunidades de aprendizagem surgiram diariamente. Por forma a ir ao encontro das necessidades da mulher foram implementadas as intervenções específicas previstas, dando especial ênfase às medidas que promovem o conforto e recuperação perineal, como a higiene, a aplicação tópica de gelo, o recurso a terapêutica anti-inflamatória e a sugestão de estratégias para facilitar o regresso a casa.

O contexto de neonatologia, realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios, teve como objetivo observar e colaborar na prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido/família em situação de prematuridade ou patológica e hospitalizado. Nesta oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento pude identificar o modo de articulação deste serviço com os diferentes contextos que com ele cooperam (urgência pediátrica, sala de partos e internamento de obstetrícia), planeei e implementei intervenções promotoras da autonomia alimentar, da vinculação, neuroprotecção e da segurança, através da transmissão de informação e validação da mesma com os pais.

3.3.5. Cuidado especializado em processos de saúde/doença ginecológica e climatério

O cuidado especializado à mulher que se encontra a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, no sentido de potenciar a sua saúde, foi implementado nos contextos de cuidados de saúde primários, no internamento e consulta de Ginecologia.

Pude, com autonomia crescente, realizar rastreios do cancro do colo do útero e cancro da mama, analisar os resultados destes rastreios, referenciar para outros profissionais quando o resultado assim o exigia e transmitir e orientar a mulher sobre o seu estado de saúde e sobre os recursos da comunidade, promovendo assim o processo de tomada de decisão mais esclarecido e informado.

Por sua vez, na consulta externa de ginecologia, de uma Unidade Hospitalar de Lisboa, pude desenvolver competências em consultas de Ginecologia (para vigilância da saúde ginecológica), Ginecologia pré-operatória, Ginecologia pós-operatória, patologia do Colo e Uroginecologia.

Nestas consultas, realizadas em colaboração com a equipa médica, são realizados exames complementares de diagnóstico como as Histeroscopias, Colposcopias, Colpocitologias, Co-teste e Biopsias. A consulta iniciava-se com a apresentação dos profissionais envolvidos e com contextualização da situação da cliente alvo dos cuidados. No caso de existirem queixas específicas, a consulta era conduzida com especial enfoque nessa situação; caso contrário, em contexto de rotina, era feita uma observação ginecológica geral. Seguidamente eram realizados os exames complementares de diagnóstico e disponibilizado um espaço para esclarecimento de dúvidas que muitas vezes estavam relacionados com alguma patologia ginecológica como o papiloma vírus humano, as infeções urinárias, IST, periodicidade das consultas, tratamento ou questões sobre os métodos contraceptivos.

Finalizado o procedimento, pude realizar ensinamentos para a alta, de forma autónoma, reforçando os cuidados de repouso, evitar esforços físicos durante as atividades de vida diárias e exercício físico, desenvolvendo desta forma competências específicas no âmbito da conceção, planeamento, coordenação, implementação e avaliação de intervenções de proteção da saúde e informação e orientação da mulher sobre saúde ginecológica (OE, 2019).

Também no contexto da consulta pré-operatória em ginecologia, foi-me permitido desenvolver competências específicas no âmbito da informação e

orientação da mulher sobre saúde ginecológica (OE, 2019), com vista à melhor preparação possível para o procedimento em questão.

No internamento de Ginecologia são prestados cuidados a mulheres em *status* pós-cirúrgicos, em situação após aborto espontâneo ou interrupção médica da gravidez com necessidade de internamento, em caso de doença inflamatória pélvica, endometrite e em situação de estudo de cancro ginecológico.

O impacto da cirurgia ginecológica, no estado emocional, na autoimagem, na feminilidade e fertilidade, foi também algo a que estive particularmente atenta. As crenças e preconceitos criados ao longo da vida sobre o papel do útero e anexos contribuem para o surgimento de ansiedade da mulher que precisa de realizar um procedimento cirúrgico para a sua extração. Existe o medo inerente de ser “menos mulher”, de envelhecer, de afetar a saúde sexual da mulher/casal e das consequências hormonais na qualidade de vida futura. Cabe ao enfermeiro obstetra criar um vínculo, através da disponibilidade para o diálogo, essencial para amenizar as angústias que advêm da remoção destes órgãos, promovendo um cuidado mais humanizado a estas mulheres e proporcionando uma transição mais harmoniosa, tranquila e feliz (Tristão, Machado, Gracia & Lima, 2017).

Assim, para além dos cuidados de âmbito mais geral relacionados com o pós-cirurgia, a minha atuação neste contexto baseou-se na disponibilidade para estar efetivamente com aquelas mulheres, proporcionar momentos de diálogo, de distração e apoio.

O desenvolvimento de competências específicas no âmbito do cuidado especializado no período do climatério, de modo a potenciar a saúde, apoiando o processo de adaptação à menopausa, foi concretizado no contexto de cuidados de saúde primários (onde foi escassa a presença de mulheres em transição para a menopausa) e no internamento e consulta de Ginecologia. Neste último contexto, a minha intervenção prendeu-se sobretudo com a conceção, planeamento, implementação e avaliação de medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério, promovendo relações terapêuticas empáticas e de confiança, com disponibilidade para ouvir e para referenciar a outros profissionais, se necessário.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A jornada académica, explanada e revelada neste relatório, alicerçou-se nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão, a prática clínica, a especialidade e o mestrado.

O Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no estatuto da OE (2005), contempla de forma explícita os valores e princípios éticos que regem a profissão de enfermagem, em todos os seus domínios e especialidades, indo ao encontro do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019) que enuncia a competência de responsabilidade profissional, legal e ética, agindo em consonância com o objetivo de consolidar e uniformizar procedimentos em vigor, conferindo maior objetividade e transparência aos processos subjacentes.

Todos os sistemas cliente com quem interagi, enquanto parceiros dos cuidados de enfermagem prestados, foram informados da condição de estudante e mestranda e dos objetivos do projeto que estava a desenvolver, sendo considerados todos os princípios enunciados pelos documentos legais anteriormente referidos, nomeadamente na autorização verbal para que os dados relativos aos seus trabalhos de parto e parto fossem mobilizados no presente estudo.

Por sua vez, a aquisição e desenvolvimento de competências da área de especialidade SMO teve por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (2019), aprovado pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que objetiva que o exercício profissional do EEESMO comporta

intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Regulamento n.º 391/2019, 2019, p.13560).

Como descrito anteriormente, as competências de grau de mestre foram adquiridas e amplamente desenvolvidas tendo como guia os requisitos estipulados pelos Descritores de Dublin para o 2º ciclo, fundamentados nos seus cinco domínios.

De modo a poder explicitar as conclusões retiradas dos dados colhidos durante as observações em contexto de estágio, e obtido o parecer favorável da chefia do serviço, foi requerido um parecer à Comissão de Ética (Apêndice XVI) e ao Conselho

de Administração da Unidade de Saúde em que decorreu o Estágio, tendo finalmente sido aprovado após nove meses de reformulações. O processo de investigação desenvolvido beneficiará as clientes do serviço de maternidade desta Unidade Hospitalar, tendo contribuído para a melhoria dos cuidados especializados prestados, para uma experiência de parto mais positiva e consequentemente para o aumento da visibilidade do hospital enquanto referência na Obstetrícia, pelo que a demora na autorização solicitada foi recebida com surpresa e incompreensão, tendo influenciado a entrega do presente relatório.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso académico para aquisição e desenvolvimento de competências em estágio (Anexo II) termina com a elaboração, apresentação e discussão pública do presente relatório. Foi um processo de desenvolvimento pessoal e profissional contínuo, em que procurei ser um agente ativo do meu projeto de aprendizagem, conciliando as aprendizagem teórico-práticas adquiridas no primeiro ano do curso com a reflexão crítica sobre o conhecimento adquirido na prática clínica.

Este caminho foi norteado pela Teoria dos Sistemas, de Betty Neuman, que me permitiu identificar com clareza as necessidades do sistema alvo de cuidados especializados e agir em conformidade com recurso a intervenções autónomas e interdependentes, respondendo de forma holística, individualizada e com o objetivo de implementar uma enfermagem avançada tendo em vista o maior ganho em saúde.

A emergente exigência da prestação de cuidados avançados em Enfermagem, e a necessidade de lhes dar a visibilidade merecida, conduziu à necessidade de procurar a melhor e mais recente evidência científica existente, o que levou a concretizar a RS, que cumpriu na íntegra os seus objetivos de sustentar e fundamentar a temática em estudo – a prevenção do trauma perineal no parto. Apesar dos enfermeiros obstetras se empenharem em fundamentar a sua prática e em produzir conhecimento válido e atual, não o evidenciam através da menção da sua profissão nos títulos dos artigos, o que retira a visibilidade merecida à classe, conclusão a que cheguei refletindo sobre a dificuldade inicial em encontrar artigos científicos que, no seu título, dessem relevância à intervenção do enfermeiro obstetra.

Dada a importância da temática em estudo, o trauma perineal, procurei, dentro dos objetivos expectáveis e realistas, promover o meu trabalho em todos os contextos de estágio onde decorreu o meu processo de aprendizagem prática, assim como dar visibilidade à intervenção do enfermeiro obstetra neste âmbito, dado o seu impacto na vida da mulher e a elevada morbilidade, como demonstrado pela evidência científica existente. Através de sessões, apresentações ou comunicações públicas sobre a temática, endereçadas a grávidas/casais/famílias e profissionais de saúde, assim como com a disponibilidade para participar em fóruns de discussão em grupos de CPPP, para esclarecimento de dúvidas e partilha de estratégias de recuperação pós-parto, pude difundir o meu projeto e contribuir para a mudança nos cuidados de saúde prestados.

Neste sentido, comprometo-me a publicar, posteriormente à discussão pública que trará contributos ao presente trabalho, um artigo científico que evidencie a intervenção do enfermeiro obstetra, não só na prevenção do trauma perineal, como na promoção de uma experiência de parto positiva, e em que sejam explicitadas e fundamentadas as diferentes técnicas e recursos disponíveis para a prevenção do trauma perineal no parto. Espero desta forma poder participar em encontros científicos de modo a divulgar o meu trabalho individual, mas também evidenciar o papel do enfermeiro obstetra neste contexto. Este projeto exprime-se também em conteúdo para a elaboração de sessões de CPPP (estando já em desenvolvimento), onde poderei capacitar as mulheres/casais/famílias ao longo da gravidez e parto para a prevenção do trauma perineal, assim como reduzir o impacto deste trauma no período pós-parto.

O trajeto académico foi repleto de momentos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências, e tenho a convicção de que o presente relatório clarificou, fundamentou e estruturou a identidade profissional que me irá definir enquanto enfermeira especialista, sustentando as minhas crenças e promovendo a reflexão crítica sobre a temática da prevenção do trauma perineal, pelos meus colegas enfermeiros que exercem funções junto da grávida, parturiente e puérpera, bem como todos os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

Considero que todos os objetivos, previamente definidos na introdução, foram superados com sucesso, que a metodologia adotada foi a mais adequada, e que os resultados obtidos poderão garantir a qualidade dos cuidados prestados, a evolução da disciplina de enfermagem e a visibilidade do enfermeiro obstetra como profissional de excelência para o acompanhamento da mulher e família, ao longo do seu ciclo de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmadi, Z., Torkzahrani, S., Roosta, F., Shakeri, N., & Mhmoodi, Z. (2017). Effect of breathing technique of blowing on the extent of damage to the perineum at the moment of delivery: a randomized clinical trial. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(1), 62.
- Akhlaghi, F., Baygi, Z. S., Miri, M., & Najafi, M. N. (2019). Effect of Perineal Massage on the Rate of Episiotomy. *Journal of family & reproductive health*, 13(3), 160.
- Alihosseni, F., Abedi, P., Afshary, P., Haghighi, M. R., & Hazeghi, N. (2018). Investigating the effect of perineal heating pad on the frequency of episiotomies and perineal tears in primiparous females. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 7(1).
- Alves, A. M., & Cirqueira, R. P. (2019). Sintomas do vaginismo em mulheres submetidas à episiotomia. *REVISTA DE PSICOLOGIA*, 13(43), 329-339.
- American Psychological Association (2012). APA style guide. Acedido em 22/11/2021. Disponível em <http://www.apastyle.org/>.
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., Chandrachan, E., & FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 13-24.
- Baggish, M. S., & Karram, M. M. (2015). *Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery*. Elsevier Health Sciences.
- Beleza, A. C. S. (2019). O trauma perineal no parto. *Fisioterapia Brasil*, 5(6), 462-466.
- Bruno, D., Reis, L., Pereira, I., Ladeira, A., & Alberto, S. (2015). Trauma perineal obstétrico: lacerações de grau 3 e 4. *SESSÕES CLÍNICAS DO HFF. Serviço de Obstetrícia*.
- Budin, W. (2010). Trabalho de Parto e Parto. *Enfermagem na Saúde das Mulheres, das Mães e dos Recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida*, 15, 605-24.

- Carniel, F., da Silva Vital, D., & de Souza, T. D. P. (2019). Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. *Journal of Nursing and Health*, 9(2).
- Catford, J. (2011). Ottawa 1986: back to the future. *Health Promotion International*, 26(2), 163–167. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/dar081>.
- Çetindağ, E. N., Dökmeci, F., Çetinkaya, Ş. E., & Seval, M. M. (2021). Changes of pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction throughout pregnancy in singleton primigravidas: A prospective cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*.
- Colacioppo, P. M., Riesco, M. L. G., Colacioppo, R. C., & Osava, R. H. (2011). Avaliação do viés de classificação da laceração perineal no parto normal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(1), 61-66.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006). Artigo 15º: Grau de Mestre. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República, Série I-A* (n.º 60 de 24-03-2006), p. 2246-2249.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Artigo 15º: Grau de Mestre. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República, Série I* (n.º 157 de 16-08-2018), p. 4147- 4182.
- Desplanches, T., Szczepanski, E., Cottenet, J., Semama, D., Quantin, C., & Sagot, P. (2019). A novel classification for evaluating episiotomy practices: application to the Burgundy perinatal network. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 300.
- DeVader, S. R., Neeley, H. L., Myles, T. D., & Leet, T. L. (2007). Evaluation of gestational weight gain guidelines for women with normal prepregnancy body mass index. *Obstetrics and gynecology*, 110(4), 745–751. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000284451.37882.85>.
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Saúde reprodutiva e planeamento familiar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Norma n.º 010/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Orientação n.º 010/2015: Disponibilidade de métodos contraceptivos*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

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

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde: 2019-2021*. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS). Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde

dos Santos, M. L., da Silva Andrade, P., & de Albuquerque, T. T. (2020). Plano de parto: O conhecimento da gestante sobre esta ferramenta para empoderamento durante a assistência obstétrica. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 10143-10165.

Elvander, C., Ahlberg, M., Edqvist, M., & Stephansson, O. (2019). Severe perineal trauma among women undergoing vaginal birth after cesarean delivery: A population-based cohort study. *Birth*, 46(2), 379-386.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2020). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações – Norma APA*. Centro de Documentação e Biblioteca. Lisboa: 2020.

Ferreira-Couto, C. M., & Fernandes-Carneiro, M. N. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enferm Global*, 47, 552-563.

Flusberg, M., Kobi, M., Bahrami, S., Glanc, P., Palmer, S., Chernyak, V., Kanmaniraja, D. & El Sayed, R. F. (2019). Multimodality imaging of pelvic floor anatomy. *Abdominal Radiology*, 1-10.

Franchi, M., Parissonne, F., Lazzari, C., Garzon, S., Laganà, A. S., Raffaelli, R., Cromi, A. & Ghezzi, F. (2020). Selective use of episiotomy: what is the impact on perineal trauma? Results from a retrospective cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(2), 427-435.

- Freitas, S. S., Cabral, A. L., Pinto, R. D. M. C., Resende, A. P. M., & Baldon, V. S. P. (2019). Effects of perineal preparation techniques on tissue extensibility and muscle strength: a pilot study. *International urogynecology journal*, 30(6), 951-957.
- Gachon, B., Nordez, A., Pierre, F., & Fritel, X. (2019). Tissue biomechanical behavior should be considered in the risk assessment of perineal trauma at childbirth. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 300(6), 1821-1826.
- Garcia-Lausin, L., Perez-Botella, M., Duran, X., Rodriguez-Pradera, S., Gutierrez-Marti, M. J., & Escuriet, R. (2019). Relation between Epidural Analgesia and severe perineal laceration in childbearing women in Catalonia. *Midwifery*, 70, 76-83.
- Garrett, A. R., & dos Santos, M. A. F. (2021). A influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto: uma scoping review. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 21(1), 71-84.
- Giraudet, G., Patrouix, L., Fontaine, C., Demondion, X., Cosson, M., & Rubod, C. (2018). Three-dimensional model of the female perineum and pelvic floor muscles. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 226, 1-6.
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5ª edição, Capítulo 25, pp. 220-228). Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas. ISBN 978-989-752-288-8.
- Henrique, A. J., Gabrielloni, M. C., Cavalcanti, A. C. V., Melo, P. D. S., & Barbieri, M. (2016). Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29, 686-692.
- Hornemann, A., Kamischke, A., Luedders, D. W., Beyer, D. A., Diedrich, K., & Bohlmann, M. K. (2010). Advanced age is a risk factor for higher grade perineal lacerations during delivery in nulliparous women. *Archives of gynecology and obstetrics*, 281(1), 59–64. <https://doi.org/10.1007/s00404-009-1063-7>
- International Confederation of Midwives. (2019). *Essential competencies for Midwifery practice*. 2019, Update 2019. Acedido a 22-11-2021. Disponível em:

<https://internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>.

Joanna Briggs Institute (2020). *JBİ manual for evidence synthesis: 2020 Edition*. Austrália: jbi.global. DOI doi.org/10.46658/JBİMES-20-12.

Joint Quality Initiative (2004). *Shared 'Dublin' descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards*. Report 2004. Draft 1. Dublin. Acedido a 22-11-2021. Disponível em: http://www.museologia-portugal.net/files/shared_dublin_descriptors_for_short_cycle_first_cycle.pdf.

Leon-Larios, F., Corrales-Gutierrez, I., Casado-Mejía, R., & Suarez-Serrano, C. (2017). Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Midwifery*, 50, 72-77.

Letouzey, V., Bastide, S., Ulrich, D., Beccera, L., Lomma, M., de Tayrac, R., & Lavigne, J. P. (2015). Impact of Bacterial Vaginosis on Perineal Tears during Delivery: A Prospective Cohort Study. *PloS one*, 10 (11), e0139334.

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

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

Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5a Edição). Boston: Pearson Education, Inc. ISBN 978-013-514-277-6.

Nunes, R. D., Mapelli, A. D. V., Nazário, N. O., Traebert, E., Seemann, M., & Traebert, J. (2019). Avaliação dos fatores determinantes à realização da episiotomia no parto vaginal.

- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro – Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Recomendação n.º 2/2012: Recomendações para a preparação para o nascimento*. Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 2012/2015.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.
- Parlamento Europeu (2021). *Perguntas Parlamentares*. Site Oficial do Parlamento Europeu. Acedido a 24-11-2021. Disponível em: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-9-2021-001315_PT.html.
- Peppe, M. V., Stefanello, J., Infante, B. F., Kobayashi, M. T., Baraldi, C. D. O., & Brito, L. G. O. (2018). Trauma perineal em uma maternidade de baixo risco com alta prevalência de parto vertical durante o período expulsivo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40, 379-383.
- Pereira, T. R. C., Montesano, F. T., Ferreira, P. D., Minozzi, A. S., & Beleza, A. C. S. (2017). Existe associação entre os desconfortos no puerpério imediato e a via de parto? Um estudo observacional. *ABCS health sci*, 80-84.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª Série (N.º 26 de 06-02-2019)*, p.4744-4750. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 391/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário de República, 2ª série (N.º 85 de 03-05-2019)*, p.13560-13565. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ribeiro, J. L. P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(3).

- Rocha, B. D. D., Zamberlan, C., Pivetta, H. M. F., Santos, B. Z., & Antunes, B. S. (2020). Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54.
- Romina, S., Ramezani, F., Falah, N., Mafi, M., & Ranjkesh, F. (2020). Effect of Perineal Massage with Ostrich Oil on the Episiotomy and Lacerations in Nulliparous Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(2), 134.
- Sangkomkamhang, U., Kongwattanakul, K., Kietpeerakool, C., Thinkhamrop, J., Wannasiri, P., Khunpradit, S., Thepsuthamarat, K., Jampathong, N. & Lumbiganon, P. (2020). Restrictive versus routine episiotomy among Southeast Asian term pregnancies: a multicentre randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(3), 397-403.
- Santos, K. F. L., de Andrade, R. L. B., Silva, G. P. O., Resende, W. M. G., Ferreira, A. S., de Jesus, C. V. F., & Lima, S. O. (2021). Indicações, técnicas cirúrgicas e complicações associadas à episiotomia: síntese de evidências artigo de revisão. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 23426-23439.
- Santos, L. M., da Silva Santos, L. M., Brandão, M. M., Cerqueira, E. A. C., Ramos, M. D. S. X., & de Santana Carvalho, E. S. (2018). Associação entre perineorrafia e problemas perineais, atividades habituais e necessidades fisiológicas afetadas. *Revista Cuidarte*, 9(2), 2233-44.
- Schreiner, L., Crivelatti, I., de Oliveira, J. M., Nygaard, C. C., & Dos Santos, T. G. (2018). Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143(1), 10-18.
- Silva, A. M. N., Santos, L. M. D., Cerqueira, E. A. C., Carvalho, E. S. D. S., & Xavier, A. S. G. (2018). Caracterização da dor decorrente de traumas perineais em mulheres com parto vaginal. *BrJP*, 1, 158-162.
- Silva, E. P. D., Lima, R. T. D., & Osório, M. M. (2016). Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, (n.9) 2935-2948.

- Silva Rocha, É., Casagrande Mela, C., Westphal, F., & Erlach Goldman, R. (2018). Use of episiotomy among residents in obstetric nursing. *Cogitare Enfermagem*, 23(4).
- Skinner, E. M., Barnett, B., & Dietz, H. P. (2018). Psychological consequences of pelvic floor trauma following vaginal birth: a qualitative study from two Australian tertiary maternity units. *Archives of women's mental health*, 21(3), 341-351.
- Suto, M., Takehara, K., Misago, C., & Matsui, M. (2015). Prevalence of Perineal Lacerations in Women Giving Birth at Midwife-Led Birth Centers in Japan: A Retrospective Descriptive Study. *Journal of midwifery & women's health*, 60(4), 419-427.
- Teixeira, C., & Barros, H. (2016). Prevalência de laceração perineal severa de acordo com o uso de episiotomia: tendência temporais em Portugal. *Gaceta Sanitaria*, 30, 65.
- Thies-Lagergren, L., Uldbjerg, T., & Maimburg, R. D. (2020). Genital tract tears in women giving birth on a birth seat: A cohort study with prospectively collected data. *Women and Birth*, 33(1), 15-21.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. (5ª Edição, pp. 335-375). *Loures: Lusociência*. ISBN 978-972-838-374-9.
- Tristão, F. R., Machado, M. P., Gracia, O. R. Z., & Lima, D. K. S. (2017). Vivências da mulher frente à histerectomia: aspetos emocionais. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 11(1).

Apêndice I – Termos de Pesquisa

Questão de Pesquisa	Termos de Linguagem <i>CINAHL</i>		Termos de Linguagem <i>MEDLINE</i>	
	Natural	Indexada	Natural	Indexada
P (População)	<i>Pregnant</i>	<i>MH “Expectant Mothers”</i>	<i>Pregnant</i>	<i>MH “Pregnant Women”</i>
C (Conceito)	<i>Perineal Trauma</i>	<i>MH “Tears and Lacerations”</i>	<i>Perineal Trauma</i>	<i>MH “Lacerations”</i>
	<i>Perineal Laceration</i>	<i>MH “Episiotomy”</i>	<i>Perineal Laceration</i>	<i>MH “Episiotomy”</i>
	<i>Perineal Tear</i>	<i>MH “Rupture”</i>	<i>Perineal Tear</i>	
	<i>Episiotomy</i>		<i>Episiotomy</i>	
	<i>Vaginal Delivery</i>	<i>MH “Vaginal Birth”</i>	<i>Vaginal Delivery</i>	<i>MH “Parturition”</i>
	<i>Vaginal Birth</i>		<i>Vaginal Birth</i>	
	<i>Obstetric Nursing</i>	<i>MH “Obstetric Nursing”</i>	<i>Obstetric Nursing</i>	<i>MH “Obstetric Nursing”</i>
	<i>Midwifery</i>	<i>MH “Midwifery”</i>	<i>Midwifery</i>	<i>MH “Nurse Midwives”</i>
C (Contexto)	Todos os contextos pré-parto e parto			

Apêndice II – Pesquisa na base de dados *CINAHL*

A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

23/11/21, 15:23



Tuesday, November 23, 2021 3:23:08 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S15	S3 AND S10 AND S14	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	37
S14	S11 OR S12 OR S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	17,144
S13	MH "vaginal birth"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	3,301
S12	vaginal birth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	12,995
S11	vaginal delivery	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	13,689
S10	S4 OR S5 OR S6 OR	Expansores - Aplicar	Interface - EBSCOhost	5,545

A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

23/11/21, 15:23

	S7 OR S8 OR S9	assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S9	MH "tears and lacerations"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	3,590
S8	MH "episiotomy"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,400
S7	episiotomy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,967
S6	perineal tear	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	336
S5	perineal laceration	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	316
S4	perineal trauma	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa -	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	484

A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

23/11/21, 15:23

		Booleana/Frase	Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S3	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	18,304
S2	MH "expectant mothers"	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20150101-20201231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	4,149
S1	pregnant	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20150101-20201231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	17,011

Apêndice III – Pesquisa na base de dados *MEDLINE*

A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

23/11/21, 15:32



Tuesday, November 23, 2021 3:32:20 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S15	S3 AND S10 AND S14	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	45
S14	S11 OR S12 OR S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	29,783
S13	MH "parturition"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	11,263
S12	vaginal birth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	4,657
S11	vaginal delivery	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	15,902
S10	S4 OR S5 OR S6 OR	Expansores - Aplicar	Interface - EBSCOhost	8,014

A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

23/11/21, 15:32

	S7 OR S8 OR S9	assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S9	MH "lacerations"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	3,616
S8	MH "episiotomy"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	2,326
S7	episiotomy	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	3,725
S6	perineal tear	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	815
S5	perineal laceration	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	672
S4	perineal trauma	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa -	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	843

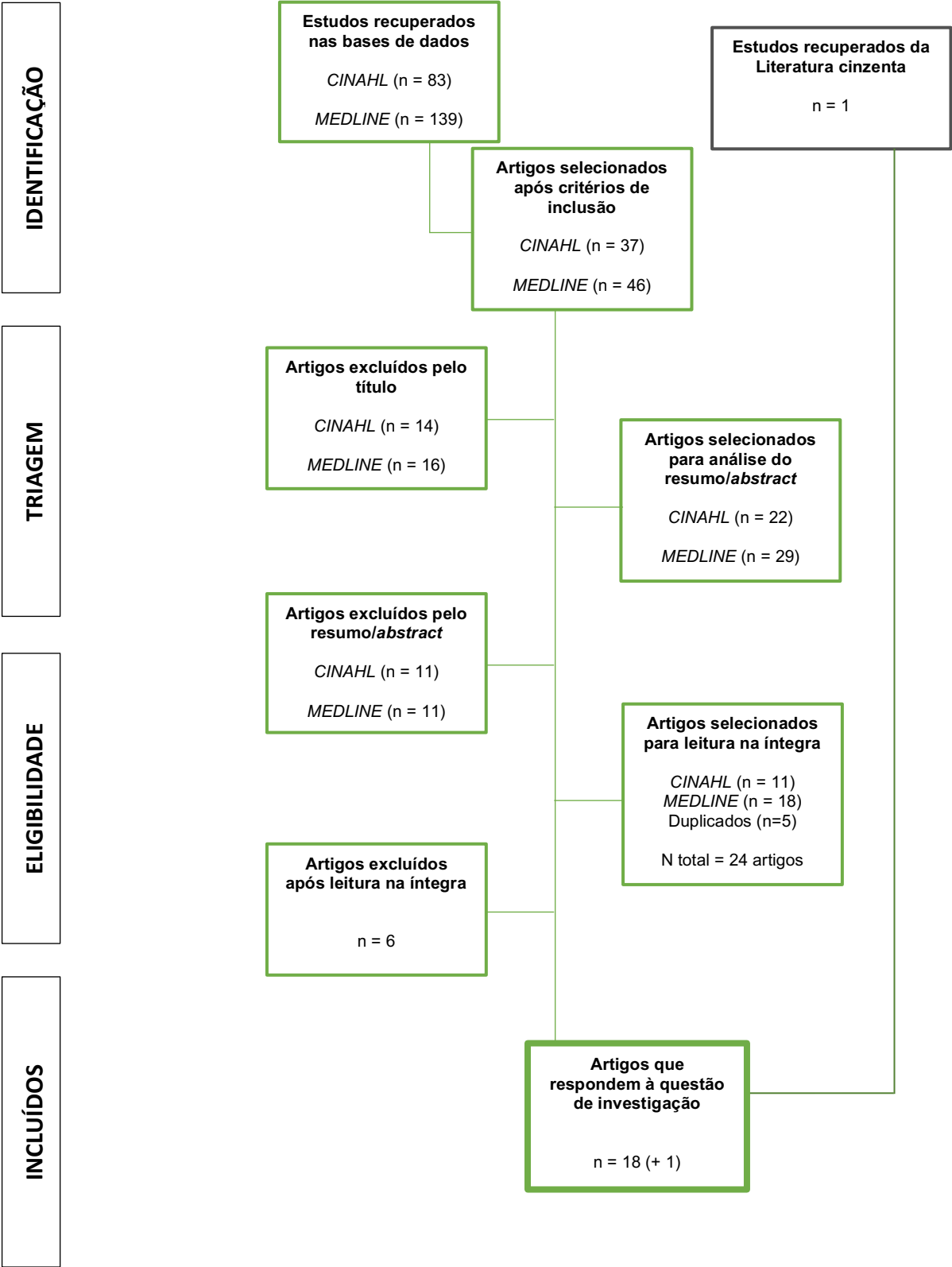
A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

23/11/21, 15:32

		Booleana/Frase	Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S3	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	32,564
S2	MH "pregnant women"	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20150101-20201231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	2,909
S1	pregnant	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20150101-20201231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	32,564

Apêndice IV – Fluxograma da Estratégia de Pesquisa



Apêndice V – Tabelas de Extração de Dados

Identificação do Estudo	Título	Restrictive versus routine episiotomy among Southeast Asian term pregnancies: a multicentre randomised controlled trial
	Autor (s)	Sangkomkamhang, U., Kongwattanakul, K., Kietpeerakool, C., Thinkhamrop, J., Wannasiri, P., Khunpradit, S., Thepsuthamarat, K., Jampathong, N. & Lumbiganon, P.
	Ano de Publicação	2020
	País de Origem	Tailândia
Objetivos	Determinar se a episiotomia restritiva ou de rotina resulta em menos complicações, no sudeste asiático	
População	3006 grávidas solteiras, com 18 ou mais anos, ≥37 semanas de gestação, apresentação cefálica e parto induzido	
Tipo de estudo	Ensaio Clínico Multicêntrico Randomizado	
Metodologia	Este ensaio foi realizado entre setembro de 2015 e dezembro de 2017 em quatro hospitais na Tailândia para comparar as políticas de episiotomia de rotina e episiotomia restritiva entre mulheres com parto vaginal	
Resultados		
Neste estudo, a episiotomia restritiva em comparação com a episiotomia de rotina resultou em mais períneos intactos após o parto e menos lacerações perineais leves em mulheres multíparas. Os riscos de laceração perineal grave e lacerações cervicais entre os dois grupos foram comparáveis. A episiotomia restritiva aumentou o risco de lacerações da parede vaginal em mulheres primíparas ou multíparas, mas não levou a uma necessidade maior de sutura.		
Contributos para a questão Scoping		
- O trauma perineal, através de episiotomia, é evitável e recomenda-se que se execute de modo restritivo e consciente; - As complicações pós-parto diminuíram significativamente		
Referência Bibliográfica		
Sangkomkamhang, U., Kongwattanakul, K., Kietpeerakool, C., Thinkhamrop, J., Wannasiri, P., Khunpradit, S., Thepsuthamarat, K., Jampathong, N. & Lumbiganon, P. (2020). Restrictive versus routine episiotomy among Southeast Asian term pregnancies: a multicentre randomised controlled trial. <i>BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology</i> , 127(3), 397-403.		

Identificação do Estudo	Título	Genital tract tears in women giving birth on a birthseat: A cohort study with prospectively collected data
	Autor (s)	Thies-Lagergren, L., Uldbjerg, T., & Maimburg, R. D
	Ano de Publicação	2020
	País de Origem	Dinamarca
Objetivos	Descrever a proporção de ruturas do trato genital em mulheres que pariram no banco de parto em comparação com mulheres que não o fizeram	
População	Todas as mulheres com gravidez única, dando à luz espontaneamente um nado vivo em apresentação cefálica a partir das 35 semanas de gestação. Mulheres que pariram em banco de parto (n = 1171). O grupo de referência consistia em mulheres que deram à luz em qualquer outra posição (n = 9458)	
Tipo de estudo	Estudo de coorte observacional prospetivo	
Metodologia	No total, foram estudados 10.629 nascimentos, nados únicos e não instrumentados, em apresentação cefálica.	
Resultados		
O parto no banco de parto aumentou o risco de rutura perineal de terceiro ou quarto grau, independentemente da paridade. Um número significativamente menor de mulheres que pariram no banco de parto obtiveram a área do trato genital intacta em comparação com mulheres que pariram noutra posição.		
Contributos para a questão Scoping		
- O banco de parto aumenta o risco de trauma perineal, independentemente da paridade;		
Referência Bibliográfica		
Thies-Lagergren, L., Uldbjerg, T., & Maimburg, R. D. (2020). Genital tract tears in women giving birth on a birth seat: A cohort study with prospectively collected data. <i>Women and Birth</i> , 33(1), 15-21.		

Identificação do Estudo	Título	Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis
	Autor (s)	Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen, H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V.
	Ano de Publicação	2019
	País de Origem	Holanda
Objetivos	Avaliar a eficácia da aplicação de compressas quentes durante o segundo estágio do trabalho de parto na redução do trauma perineal	
População	Sete estudos, incluindo 2.103 participantes	
Tipo de estudo	Revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos	
Metodologia	- Pesquisas em Bases de Dados eletrônicas até maio de 2019. - Os critérios de inclusão foram estudos randomizados comparando a aplicação de compressas quentes com nenhuma aplicação de calor durante a segunda fase do trabalho de parto.	
Resultados		
O calor pode produzir alguns efeitos terapêuticos positivos, levando à dilatação dos vasos sanguíneos e ao aumento do fluxo sanguíneo. No entanto, o aumento do fluxo sanguíneo pode reduzir o nível de estimulação nociceptiva e aumentar a depuração de mediadores inflamatórios. O <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> (ACOG) recomenda o uso de compressas quentes durante o segundo estágio do trabalho de parto devido a uma meta-análise de quatro estudos que encontrou lacerações de terceiro e quarto graus significativamente reduzidas.		
Contributos para a questão Scoping		
- As compressas quentes aplicadas durante o segundo estágio do trabalho de parto aumentam a incidência de períneo intacto e diminuem o risco de episiotomia e trauma perineal grave. - São necessárias mais pesquisas para aferir a temperatura ideal da água e o tempo de aplicação.		
Referência Bibliográfica		
Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen, H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. <i>European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology</i> , 240, 93-98.		

Identificação do Estudo	Título	Severe perineal trauma among women undergoing vaginal birth after cesarean delivery: A population-based cohort study
	Autor (s)	Elvander, C., Ahlberg, M., Edqvist, M., & Stephansson, O.
	Ano de Publicação	2019
	País de Origem	Suécia
Objetivos	Analisar o risco de trauma perineal grave entre mulheres nulíparas e aquelas que são submetidas a parto vaginal após cesariana	
População	Todos os partos de mulheres com as suas duas primeiras gestações consecutivas em Estocolmo-Gotland, Suécia entre 2008 e 2014.	
Tipo de estudo	Estudo de coorte de base populacional	
Metodologia	Dados recolhidos através da Base de dados obstétrica de Estocolmo-Gotland	
Resultados		
As mulheres submetidas a parto vaginal depois de uma cesariana apresentavam um risco aumentado de trauma perineal grave, independentemente da indicação e momento do parto. Os fatores predisponentes: idade e altura maternas, peso, perímetro cefálico e comprimento fetais.		
Contributos para a questão Scoping		
- Os enfermeiros obstetras devem estar cientes da associação entre a cesariana prévia e o risco de trauma perineal grave, a fim de otimizar as medidas preventivas		
Referência Bibliográfica		
Elvander, C., Ahlberg, M., Edqvist, M., & Stephansson, O. (2019). Severe perineal trauma among women undergoing vaginal birth after cesarean delivery: A population-based cohort study. <i>Birth</i> , 46(2), 379-386.		

Identificação do Estudo	Título	Relation between Epidural Analgesia and severe perineal laceration in childbearing women in Catalonia
	Autor (s)	Garcia-Lausin, L.; Perez-Botella, M.; Duran, X.; Rodríguez-Pradera, S.; Gutierrez-Martí, M.J.; Escuriet, R.
	Ano de Publicação	2019
	País de Origem	Catalunha
Objetivos	Estudar a associação entre analgesia epidural e o risco de laceração perineal grave e identificar os fatores de risco adicionais	
População	5.497 das 6.182 mulheres grávidas que participaram da fase I do estudo	
Tipo de estudo	Estudo prospectivo multicêntrico	
Metodologia	Estudo multicêntrico, análise de dados do MidconBirth Phase I Database	
Resultados		
Foi observada alta incidência de laceração perineal severa (LPS) em mulheres nulíparas e em mulheres que tiveram partos vaginais instrumentados. Uma posição alternativa ao nascimento diferente da litotomia, a redução da duração do trabalho de parto com ocitocina e a redução do recurso à episiotomia pode reduzir o risco de laceração perineal severa. Os partos com analgesia epidural tiveram taxas significativamente maiores de indução do TP, aumento da duração do TP, posição de litotomia durante o parto e episiotomia. A analgesia epidural não foi associada a LPS.		
Contributos para a questão Scoping		
- A analgesia epidural não promove nem previne o trauma perineal		
Referência Bibliográfica		
Garcia-Lausin, L., Perez-Botella, M., Duran, X., Rodríguez-Pradera, S., Gutierrez-Marti, M. J., & Escuriet, R. (2019). Relation between Epidural Analgesia and severe perineal laceration in childbearing women in Catalonia. <i>Midwifery</i> , 70, 76-83.		

Identificação do Estudo	Título	Use of episiotomy among residents in obstetric nursing
	Autor (s)	Silva Rocha, É., Casagrande Mela, C., Westphal, F., & Erlach Goldman, R.
	Ano de Publicação	2018
	País de Origem	Brasil
Objetivos	Identificar a frequência e a fundamentação para o recurso à episiotomia em partos assistidos por estudantes de enfermagem obstétrica	
População	884 parturientes de baixo risco	
Tipo de estudo	Estudo descritivo e retrospectivo	
Metodologia	Análise estatística	
Resultados		
A prática de episiotomia entre residentes está acima do recomendado pela OMS e, com relação às justificativas apresentadas, levando a refletir acerca do modelo de formação e do distanciamento entre teoria e prática.		
Contributos para a questão Scoping		
- Existe a necessidade de promover um modelo educacional que capacite os estudantes de enfermagem com base nas melhores práticas de parto e nascimento e em evidências científicas visa reduzir as taxas de episiotomia, uma vez que o processo educativo pode impactar na assistência prestada pelos profissionais de saúde e, assim, diminuir morbidades associados à assistência ao parto.		
Referência Bibliográfica		
Silva Rocha, É., Casagrande Mela, C., Westphal, F., & Erlach Goldman, R. (2018). Use of episiotomy among residents in obstetric nursing. <i>Cogitare Enfermagem</i> , 23(4).		

Identificação do Estudo	Título	Investigating the effect of perineal heating pad on the frequency of episiotomies and perineal tears in primiparous females
	Autor (s)	Alihosseni, F., Abedi, P., Afshary, P., Haghighi, M. R., & Hazeghi, N.
	Ano de Publicação	2018
	País de Origem	Irão
Objetivos	Determinar o efeito da almofada de aquecimento perineal sobre o trauma perineal.	
População	114 mulheres primíparas, seguidas no Hospital Imam Ali em Andimeshk e eram elegíveis para participar do estudo	
Tipo de estudo	Ensaio Clínico	
Metodologia	Foi aplicado um formulário de informações demográficas e características dos sujeitos da pesquisa	
Resultados		
O calor gerado pela almofada justifica o aumento do suprimento de sangue para o períneo, relaxamento perineal e a expansão dos músculos. Os resultados revelaram que o uso de almofada térmica perineal durante o segundo estágio do trabalho de parto pode ser eficaz na redução da taxa de episiotomia e na melhora da integridade perineal em mulheres primíparas.		
Contributos para a questão Scoping		
- A Almofada de calor é um importante recurso, para o enfermeiro Obstetra em parceria com a mulher, na prevenção do trauma perineal		
Referência Bibliográfica		
Alihosseni, F., Abedi, P., Afshary, P., Haghighi, M. R., & Hazeghi, N. (2018). Investigating the effect of perineal heating pad on the frequency of episiotomies and perineal tears in primiparous females. <i>Medical-Surgical Nursing Journal</i> , 7(1).		

Identificação do Estudo	Título	Prevalence of Perineal Lacerations in Women Giving Birth at Midwife-Led Birth Centers in Japan: A Retrospective Descriptive Study.
	Autor (s)	Suto, M., Takehara, K., Misago, C., & Matsui, M.
	Ano de Publicação	2015
	País de Origem	Japão
Objetivos	Investigar a prevalência de lacerações perineais e fatores associados a lacerações entre mulheres japonesas de baixo risco em partos vaginais espontâneos	
População	Mulheres grávidas que receberam atendimento pré-natal inicial num dos 3 centros de parto entre 1 de janeiro de 2008 e 30 de junho de 2011	
Tipo de estudo	Estudo descritivo retrospectivo	
Metodologia	Registos pré-natal, parto e neonatal como fontes de dados. Questionário estruturado para extrair dados sobre as características maternas, CPPP e trauma perineal e complicações	
Resultados		
- Os fatores de risco para lacerações perineais foram idade materna mais avançada e posições de parto. O uso do banco de parto, parto na água e posição 4 apoios também levaram a mais lacerações perineais. - A proteção perineal e o controlo da velocidade de expulsão do recém-nascido também podem afetar a ocorrência de lacerações. - Uma razão para a baixa prevalência de lacerações perineais é o intenso atendimento de parteiras no Japão. As parteiras são treinadas para proteger o períneo porque não têm permissão legal para efetuar episiotomias ou suturar. Elas não alteram o processo natural de trabalho com força e esperam até que o períneo se estenda.		
Contributos para a questão Scoping		
- Papel essencial dos enfermeiros obstetras e parteiras na prevenção do trauma perineal; - Fatores que influenciam o trauma perineal; - A humanização dos cuidados conduz a melhores resultados em saúde		
Referência Bibliográfica		
Suto, M., Takehara, K., Misago, C., & Matsui, M. (2015). Prevalence of Perineal Lacerations in Women Giving Birth at Midwife-Led Birth Centers in Japan: A Retrospective Descriptive Study. <i>Journal of midwifery & women's health</i> , 60(4), 419-427.		

Identificação do Estudo	Título	Effect of Perineal Massage with Ostrich Oil on the Episiotomy and Lacerations in Nulliparous Women: A Randomized Controlled Clinical Trial
	Autor (s)	Romina, S., Ramezani, F., Falah, N., Mafi, M., & Ranjkesh, F.
	Ano de Publicação	2020
	País de Origem	Irão
Objetivos	Analisar o efeito da massagem perineal com óleo de avestruz na incidência de episiotomia e lacerações em mulheres nulíparas	
População	77 mulheres nulíparas seguidas no Hospital Razi em Qazvin (Irão) de maio a dezembro de 2018	
Tipo de estudo	Ensaio clínico randomizado	
Metodologia	80 de 105 mulheres grávidas foram selecionadas por amostragem de conveniência e distribuídas nos grupos de intervenção e controle pela técnica de randomização em bloco. No grupo intervenção, os participantes receberam uma massagem perineal com óleo de avestruz na fase ativa e no segundo estágio do trabalho de parto. As taxas de episiotomia e laceração perineal foram comparadas entre os dois grupos.	
Resultados		
- A massagem perineal pode permitir que as mulheres recuperem mais facilmente após o parto. Resulta na redução da episiotomia e no aumento da taxa de períneo saudável após o parto. É um método valioso para preservar o períneo contra possíveis lesões e para reduzir a dor no períneo no período expulsivo. - A massagem é um dos métodos mais antigos, é barata e segura, podendo ser realizada por parteiras e pela própria mulher. - óleo de avestruz – retirado da gordura da avestruz; contém aminoácidos, ácidos gordos essenciais e algumas vitaminas, que são usados no alívio de dores musculares e articulares e hidratação de pele e cabelo; contém várias quantidades de antioxidantes. Pode ser usado como antibacteriano e anti-inflamatório. - A massagem perineal com óleo de avestruz no grupo de intervenção diminuiu significativamente a episiotomia em comparação com o grupo de controle. No entanto, não houve diferenças estatisticamente significativas nas lacerações perineais entre os dois grupos.		
Contributos para a questão Scoping		
- Os resultados deste estudo indicam que a massagem perineal com óleo de avestruz diminui a taxa de episiotomia durante o primeiro e segundo estágios do trabalho de parto em mulheres nulíparas. - Recomenda-se a massagem perineal com óleo de avestruz durante o trabalho de parto como medida simples, segura e de baixo custo para reduzir as lesões perineais.		
Referência Bibliográfica		
Romina, S., Ramezani, F., Falah, N., Mafi, M., & Ranjkesh, F. (2020). Effect of Perineal Massage with Ostrich Oil on the Episiotomy and Lacerations in Nulliparous Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. <i>Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research</i> , 25(2), 134.		

Identificação do Estudo	Título	Tissue biomechanical behavior should be considered in the risk assessment of perineal trauma at childbirth
	Autor (s)	Gachon, B., Nordez, A., Pierre, F., & Fritel, X
	Ano de Publicação	2019
	País de Origem	França
Objetivos	Fornecer uma síntese dos dados publicados sobre as mudanças no comportamento biomecânico do tecido e a fisiologia associada durante a gravidez	
Tipo de estudo	Artigo de opinião	
Resultados		
- A gravidez induz várias alterações no comportamento biomecânico nos humanos e nos animais, nomeadamente, um aumento da laxidão ligamentar e um aumento da distensibilidade vaginal. - Alguns dados mostraram que o risco de trauma perineal está altamente relacionado com características intrínsecas do tecido. - Há uma diminuição da rigidez dos tecidos durante a gestação que leva a algumas alterações na biomecânica articular para proporcionar acomodação fisiológica do ganho de peso da gestação e do útero grávido - adaptação fisiológica de uma mulher às restrições relacionadas à gravidez. - Existem diferentes algoritmos preditivos propostos para o trauma perineal no parto e, mais especificamente, para a ocorrência de OASI: um modelo para incontinência fecal, um modelo para OASI. Esses modelos apresentaram baixa confiabilidade. - Todos esses modelos preditivos são focados no tipo de parto sem quaisquer considerações pelas características biomecânicas do tecido da mulher, o que pode explicar as limitações dessas ferramentas preditivas. A elastografia por ondas de cisalhamento seria uma ferramenta muito útil.		
Contributos para a questão Scoping		
- O comportamento biomecânico do tecido deve ser considerado na avaliação de risco de trauma perineal no parto para melhorar a avaliação de risco individualizada com o objetivo de fornecer aconselhamento personalizado para mulheres em cursos pré-natais ou durante o trabalho de parto e desenvolver estratégias preventivas.		
Referência Bibliográfica		
Gachon, B., Nordez, A., Pierre, F., & Fritel, X. (2019). Tissue biomechanical behavior should be considered in the risk assessment of perineal trauma at childbirth. <i>Archives of Gynecology and Obstetrics</i> , 300(6), 1821-1826.		

Identificação do Estudo	Título	Effect of Perineal Massage on the Rate of Episiotomy
	Autor (s)	Akhlaghi, F., Baygi, Z. S., Miri, M., & Najafi, M. N
	Ano de Publicação	2019
	País de Origem	Irão
Objetivos	Investigar o efeito da massagem perineal (PM) durante o trabalho de parto sobre a necessidade de episiotomia	
População	99 grávidas nulíparas com idades entre 18 e 35 anos na 37 ^a -42 ^a semana de gestação, seguidas no Hospital Um-al-Banin de Mashhad	
Tipo de estudo	Ensaio Clínico Randomizado	
Metodologia	A divisão por grupos foi baseada numa lista aleatória gerada por um software. O parto foi acompanhado por uma parteira que desconhecia os grupos de estudo e a realização ou não realização da massagem.	
Resultados		
- O efeito da PM na redução da necessidade de episiotomia, mas não influenciaram a taxa de rutura. - Entre as mães com PM que não necessitaram de episiotomia e tiveram uma rutura espontânea, a rutura de primeiro grau do períneo foi mais frequente do que a de segundo grau. - A duração média do 2º estágio do TP também foi significativamente reduzida no grupo PM		
Contributos para a questão Scoping		
- A prevenção do trauma perineal é atingível por meios baratos, de fácil aplicação e de realização em parceria; - O ensino destas técnicas pelo Enfermeiro obstetra pode ser crucial		
Referência Bibliográfica		
Akhlaghi, F., Baygi, Z. S., Miri, M., & Najafi, M. N. (2019). Effect of Perineal Massage on the Rate of Episiotomy. <i>Journal of Family & Reproductive Health</i> . 13(3). 160.		

Identificação do Estudo	Título	A novel classification for evaluating episiotomy practices: application to the Burgundy perinatal network
	Autor (s)	Desplanches, T., Szczepanski, E., Cottenet, J., Semama, D., Quantin, C., & Sagot, P.
	Ano de Publicação	2019
	País de Origem	França
Objetivos	Desenvolver uma classificação para facilitar a análise das práticas de episiotomia e avaliar se a episiotomia está associada a uma redução na taxa de lesões do esfíncter anal obstétrico (OASIS) para cada subgrupo.	
População	81.290 mulheres grávidas	
Tipo de estudo	Estudo de base populacional	
Metodologia	Estudo observacional retrospectivo nas 13 maternidades do BPN hierárquico entre janeiro de 2011 e dezembro de 2016.	
Resultados		
- Foi desenvolvida uma classificação das práticas de episiotomia com base em 7 subgrupos clinicamente relevantes, permitindo uma análise precisa das práticas de episiotomia. - O uso dessa classificação permitiu um melhor entendimento das práticas de episiotomia para cada tipo de maternidade e constituiria um primeiro passo sólido no processo de qualidade para melhorar as práticas da episiotomia em todas as circunstâncias clínicas.		
Contributos para a questão Scoping		
- É emergente a criação de classificações objetivas para as práticas da episiotomia de modo a uniformizar a prática e a regulá-la.		
Referência Bibliográfica		
Desplanches, T., Szczepanski, E., Cottenet, J., Semama, D., Quantin, C., & Sagot, P. (2019). A novel classification for evaluating episiotomy practices: application to the Burgundy perinatal network. <i>BMC pregnancy and childbirth</i> , 19(1), 300.		

Identificação do Estudo	Título	Effects of perineal preparation techniques on tissue extensibility and muscle strength: a pilot study
	Autor (s)	de Freitas, S. S., Cabral, A. L., Pinto, R. D. M. C., Resende, A. P. M., & Baldon, V. S. P.
	Ano de Publicação	2019
	País de Origem	Brasil
Objetivos	Avaliar o efeito do alongamento assistido por instrumento em relação à massagem perineal na extensibilidade e força dos músculos do assoalho pélvico (MAP).	
População	Foram escolhidas mulheres primíparas para o grupo de alongamento assistido por instrumento (IStr) (n = 13) e grupo de massagem perineal (PnM) (n = 14)	
Metodologia	Os grupos participaram em oito sessões, duas vezes por semana, com início na 34ª semana gestacional. O grupo IStr foi submetido à intervenção por 15 min com EPI-NO®. O grupo PnM foi submetido a um protocolo de massagem perineal por 10 min.	
Resultados		
- A massagem perineal é uma técnica simples e de fácil execução, desenvolvida para relaxar e alongar a musculatura do assoalho pélvico - Pode concluir-se que tanto a massagem perineal quanto a intervenção fisioterapêutica com EPI-NO® aumentam a extensibilidade sem alterar a força dos MAP após oito sessões de intervenção. - O EPI-NO é um aparelho feito de silicone insuflável, ligado a um medidor de pressão, que simula a cabeça do bebê para treinar o assoalho pélvico da vagina até o momento do parto		
Contributos para a questão Scoping		
- A importância de uma abordagem multidisciplinar e os seus benefícios na preparação do períneo para o parto; - A importância de instrumentos e recursos novos para a preparação perineal.		
Referência Bibliográfica		
Freitas, S. S., Cabral, A. L., Pinto, R. D. M. C., Resende, A. P. M., & Baldon, V. S. P. (2019). Effects of perineal preparation techniques on tissue extensibility and muscle strength: a pilot study. <i>International urogynecology journal</i> , 30(6), 951-957.		

Identificação do Estudo	Título	Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy
	Autor (s)	Schreiner, L., Crivelatti, I., de Oliveira, J. M., Nygaard, C. C., & dos Santos, T. G.
	Ano de Publicação	2018
	País de Origem	Brasil
Objetivos	Determinar os efeitos das alterações do assoalho pélvico durante a gravidez e relacionar com o parto	
Tipo de estudo	Revisão de Literatura	
Metodologia	PubMed, Embase e LILACS, publicados entre 1990 e 2016 em inglês, espanhol ou português.	
Resultados		
- A força dos músculos do assoalho pélvico pode diminuir durante a gravidez e após o parto, devido a processos fisiológicos e mudanças na posição anatômica da pelve e na forma dos músculos do assoalho pélvico. - Essa diminuição na força muscular facilita o aparecimento de alterações músculo-esqueléticas, levando a incontinência urinária, laceração perineal e dispareunia; - O treino dos músculos do assoalho pélvico pode reduzir o risco de incontinência urinária no final da gravidez (≥ 34 semanas) e pós-parto (≤ 12 semanas após o parto); - O alongamento perineal não parece melhorar ou prevenir a incontinência urinária; entretanto, pode desempenhar um papel na prevenção de lacerações perineais durante o parto; - O dilatador perineal denominado EPI-NO foi desenvolvido para esticar gradualmente a vagina e o períneo no final da gravidez. - O uso do dispositivo EPI-NO não foi superior ao habitual acompanhamento pré-natal recomendado para redução das lesões do assoalho pélvico.		
Contributos para a questão Scoping		
- A percepção das transformações que ocorrem no pavimento pélvico ao longo da gravidez, são uma fonte preciosa de conhecimento para que o enfermeiro Obstetra adeque as suas intervenções; - As intervenções pertinentes em cada fase da gravidez e pós-parto devem ser adequadas.		
Referência Bibliográfica		
Schreiner, L., Crivelatti, I., de Oliveira, J. M., Nygaard, C. C., & dos Santos, T. G. (2018). Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy. <i>International Journal of Gynecology & Obstetrics</i> , 143(1), 10-18.		

Identificação do Estudo	Título	Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial
	Autor (s)	Leon-Larios, F., Corrales-Gutierrez, I., Casado-Mejía, R., & Suarez-Serrano, C.
	Ano de Publicação	2017
	País de Origem	Espanha
Objetivos	Investigar os efeitos do treino do assoalho pélvico para prevenir trauma perineal	
População	Mulheres (n = 466) grávidas de 32 semanas	
Tipo de estudo	Ensaio clínico randomizado controlado	
Metodologia	As mulheres realizaram um programa de treino do assoalho pélvico que incluía: massagem perineal diária e exercícios do assoalho pélvico desde a 32ª semana de gravidez até o nascimento.	
Resultados		
- Os exercícios do assoalho pélvico têm sido recomendados para fortalecer os músculos perineais antes e depois do nascimento para ajudar a proteger contra danos no assoalho pélvico e, em particular, incontinência urinária e anal ou dispareunia. Pode ser eficaz para encurtar o 1º e o 2º estágio do trabalho de parto em primíparas;		
Contributos para a questão Scoping		
- As técnicas de prevenção do trauma perineal podem ser combinadas para alcançar melhores resultados; quando bem aplicadas, as técnicas produzem bons resultados.		
Referência Bibliográfica		
Leon-Larios, F., Corrales-Gutierrez, I., Casado-Mejía, R., & Suarez-Serrano, C. (2017). Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. <i>Midwifery</i> , 50, 72-77.		

Identificação do Estudo	Título	Effect of breathing technique of blowing on the extent of damage to the perineum at the moment of delivery: a randomized clinical trial
	Autor (s)	Ahmadi, Z., Torkzahrani, S., Roosta, F., Shakeri, N., & Mhmoodi, Z.
	Ano de Publicação	2017
	País de Origem	Irão
Objetivos	Investigar o efeito da técnica de respiração na extensão do trauma perineal em mulheres em trabalho de parto	
População	166 mulheres grávidas nulíparas que alcançaram a gravidez a termo, gravidez de baixo risco e candidatas ao parto vaginal	
Tipo de estudo	Ensaio clínico randomizado	
Metodologia	Mulheres divididas em dois grupos: usando técnicas de respiração (grupo caso) e manobra de Valsalva (grupo de controlo).	
Resultados		
- Um dos fatores que afetam lesões perineais durante o parto é a forma como a mãe faz força no segundo estágio do trabalho de parto; - Existem dois métodos para lidar com o segundo estágio do parto. No primeiro método, que foi introduzido pela primeira vez em 1950 como a manobra de Valsalva que causa dano nervoso e estrutural no assoalho pélvico, e a quem foi atribuído ao aumento da pressão abdominal e rápida expansão da vagina e do períneo. - O segundo método é o esforço espontâneo de glote aberta, enquanto expira; - A técnica respiratória do sopro pode ser uma boa alternativa para reduzir os danos perineais.		
Contributos para a questão Scoping		
- O EEESMO tem o papel de orientar para a melhor técnica; É importante ter conhecimento das técnicas disponíveis para o momento da expulsão.		
Referência Bibliográfica		
Ahmadi, Z., Torkzahrani, S., Roosta, F., Shakeri, N., & Mhmoodi, Z. (2017). Effect of breathing technique of blowing on the extent of damage to the perineum at the moment of delivery: a randomized clinical trial. <i>Iranian journal of nursing and midwifery research</i> , 22(1), 62.		

Identificação do Estudo	Título	Impact of Bacterial Vaginosis on Perineal Tears during Delivery: A Prospective Cohort Study
	Autor (s)	Letouzey, V., Bastide, S., Ulrich, D., Beccera, L., Lomma, M., de Tayrac, R., & Lavigne, J. P.
	Ano de Publicação	2015
	País de Origem	França
Objetivos	Determinar a relação entre a vaginose bacteriana e a ocorrência de trauma perineal durante o parto vaginal.	
População	728 mulheres grávidas, após as 37 semanas de gestação	
Tipo de estudo	Estudo de coorte prospetivo	
Metodologia	Entre junho de 2013 e dezembro de 2013, mulheres grávidas com idade gestacional acima de 37 semanas seguidas num hospital universitário/centro de referência de atendimento terciário	
Resultados		
- A composição do ecossistema vaginal não é estática, mas muda com o tempo e em resposta a influências endógenas e exógenas. Durante a gravidez, podem ocorrer dois tipos principais de microbioma vaginal anormal: vaginose anaeróbica (ou vaginose bacteriana, VB) e vaginite aeróbia (VA). A sua característica típica é a ausência de inflamação, o que o diferencia de outras patologias como candidíase, tricomoniase e AV; - A alteração do microbioma vaginal normal tem sido associada a várias complicações na gravidez, como parto prematuro, rutura prematura das membranas (PROM), corioamnionite histológica e infeção do líquido amniótico; maior risco de lacerações perineais durante o parto vaginal.		
Contributos para a questão Scoping		
- Não são apenas as condições físicas da parturiente e do feto que influenciam a ocorrência de trauma perineal; é importante ter em conta o estado de saúde, como infeções e alterações analíticas da parturiente, para prever e prevenir a ocorrência de trauma perineal.		
Referência Bibliográfica		
Letouzey, V., Bastide, S., Ulrich, D., Beccera, L., Lomma, M., de Tayrac, R., & Lavigne, J. P. (2015). Impact of Bacterial Vaginosis on Perineal Tears during Delivery: A Prospective Cohort Study. <i>PloS one</i> , 10(11), e0139334.		

Identificação do Estudo	Título	Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura
	Autor (s)	Ferreira-Couto, C. M., & Fernandes-Carneiro, M. N.
	Ano de Publicação	2017
	País de Origem	Portugal
Objetivos	Determinar a evidência científica disponível sobre as intervenções da parteira para prevenir o trauma perineal.	
População	14 artigos	
Tipo de estudo	Revisão Sistemática da Literatura	
Metodologia	Identificação de evidências científicas sobre a prevenção do trauma perineal utilizando as bases de dados: Medline, Elsevier, Nursing Reference, Cochrane Database of Systematic Reviews	
Resultados		
- O uso limitado da prática de <u>episiotomia</u> contribui para a obtenção de uma experiência positiva de parto e para a humanização dos cuidados prestados; - O <u>exercício físico</u> durante a gravidez pode reduzir os desconfortos abdominais e a obstipação, bem como ajudar a mulher a dormir melhor e a manter o controlo do aumento ponderal; - A <u>massagem perineal</u> permite preparar os tecidos perineais para o parto, aumentando a sua elasticidade e diminuindo a sua resistência durante a distensão. - A <u>posição</u> de decúbito lateral durante a expulsão fetal revelou uma redução significativa do parto instrumentado e da taxa da prática de episiotomia; - Foram comparados grupos de mulheres incentivadas ao <u>puxo</u> espontâneo com grupos de mulheres incentivadas à manobra de Valsalva, concluiu-se que a segunda fase do trabalho de parto e a duração do período expulsivo foram significativamente mais longas no grupo incentivado à manobra de Valsalva; - A <u>manobra de Ritgen</u>, é um procedimento obstétrico que ajuda na exteriorização da apresentação e evita a expulsão violenta que pode ocasionar lesões perineais. É também uma manobra preventiva de lacerações do esfíncter anal, sendo realizada nos intervalos entre as contrações uterinas; - As mulheres do grupo de aplicação de <u>compressas quentes</u> tiveram significativamente menos lacerações de terceiro e quarto grau e apresentaram resultados de dor perineal significativamente mais baixos, no primeiro e segundo dia pós-parto; - A <u>massagem perineal</u> com vaselina, no segundo período do trabalho de parto, aumenta a integridade perineal e reduz o trauma perineal; - <u>Empoderamento, apoio e confiança</u>: a parteira tem a responsabilidade de empoderar as mulheres, motivando a confiança no seu corpo e na sua capacidade para cumprir o trabalho de parto, que é um processo natural e fisiológico e uma experiência única na vida das mulheres.		
Contributos para a questão Scoping		
- Para além das técnicas da prática para a prevenção do trauma perineal, o artigo reforça a importância da atuação do Enfermeiro Obstetra enquanto elemento de confiança e promotor da integridade perineal; - O artigo que menciona muita se pertinentes técnicas de prevenção do trauma perineal.		
Referência Bibliográfica		
Ferreira-Couto, C. M., & Fernandes-Carneiro, M. N. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. <i>Enferm Global</i> , 47, 552-563.		

Apêndice VI – Tabelas de Apresentação de Resultados

CATEGORIAS	TEMA	TÍTULO DO ARTIGO
Trauma Perineal: Episiotomia	Episiotomia restritiva vs. episiotomia de rotina	<i>Restrictive versus routine episiotomy among Southeast Asian term pregnancies: a multicentre randomised controlled trial</i> <i>A novel classification for evaluating episiotomy practices: application to the Burgundy perinatal network</i> <i>Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura</i>
	Os estudantes de EESMO e o recurso à episiotomia	<i>Use of episiotomy among residents in obstetric nursing</i>
	Disfunção sexual e do pavimento pélvico após episiotomia	<i>Pelvic floor and sexual dysfunction after vaginal birth with episiotomy in vietnamese women</i>
Trauma Perineal: Lacerações	Lacerações perineais em partos ocorridos no banco de partos	<i>Genital tract tears in women giving birth on a birthseat: A cohort study with prospectively collected data</i>
	Parto vaginal em mulher com cesariana prévia	<i>Severe perineal trauma among women undergoing vaginal birth after cesarean delivery: A population-based cohort study</i>
	Laceração Perineal Grave e Analgesia epidural	<i>Relation between Epidural Analgesia and severe perineal laceration in childbearing women in Catalonia</i>

	Centros de Nascimento de Parteiras e a prevalência de lacerações perineais	• <i>Prevalence of Perineal Lacerations in Women Giving Birth at Midwife-Led Birth Centers in Japan: A Retrospective Descriptive Study.</i>
Técnicas e Recursos de Prevenção do Trauma Perineal	Aplicação Calor	• <i>Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis</i> • Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura • <i>Investigating the effect of perineal heating pad on the frequency of episiotomies and perineal tears in primiparous female</i>
	Massagem Perineal	• <i>Effect of Perineal Massage with Ostrich Oil on the Episiotomy and Lacerations in Nulliparous Women: A Randomized Controlled Clinical Trial</i> • <i>Effect of Perineal Massage on the Rate of Episiotomy</i> • Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura • <i>Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy</i> • <i>Effects of perineal preparation techniques on tissue extensibility and muscle strength: a pilot study</i>

	Alongamento assistido por instrumento EPI-NO®	• <i>Effects of perineal preparation techniques on tissue extensibility and muscle strength: a pilot study</i> • <i>Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy</i>
	Treino do Pavimento Pélvico	• <i>Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial</i>
	Exercício Físico na gravidez	• Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura
	Técnica de respiração no período expulsivo	• Effect of breathing technique of blowing on the extent of damage to the perineum at the moment of delivery: a randomized clinical trial • Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura
	Alteração de Posicionamentos no Período expulsivo	• Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura • <i>Prevalence of Perineal Lacerations in Women Giving Birth at Midwife-Led Birth Centers in Japan: A Retrospective Descriptive Study.</i> • <i>Genital tract tears in women giving birth on a birthseat: A cohort study with prospectively collected data</i>
	a de Ritgen	• Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura

	Empoderamento e confiança no enfermeiro obstetra	Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura
Fatores que influenciam o pavimento pélvico, o períneo e os tecidos	Componente Biomecânica dos Tecidos	Tissue biomechanical behavior should be considered in the risk assessment of perineal trauma at childbirth
	As alterações do Pavimento Pélvico	Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy
	Infeção e a fragilidade perineal	Impact of Bacterial Vaginosis on Perineal Tears during Delivery: A Prospective Cohort Study

Apêndice VII – Cronograma



Abril 2021

- OT: dia 27
- Dia 4: Fim do 3º Estágio
- Dia 12: Início Estágio Puerpério
- Dias 28 e 29: Apresentação 1º *draft* Relatório
- Dia 30: Fim do 4º Estágio

Junho 2021

- OT: dia 25
- Dia: 21: Formação Banco de Parto
- Continuação Estágio Bloco de Partos

Agosto 2021

- Continuação Estágio Bloco de Partos

Mai 2021

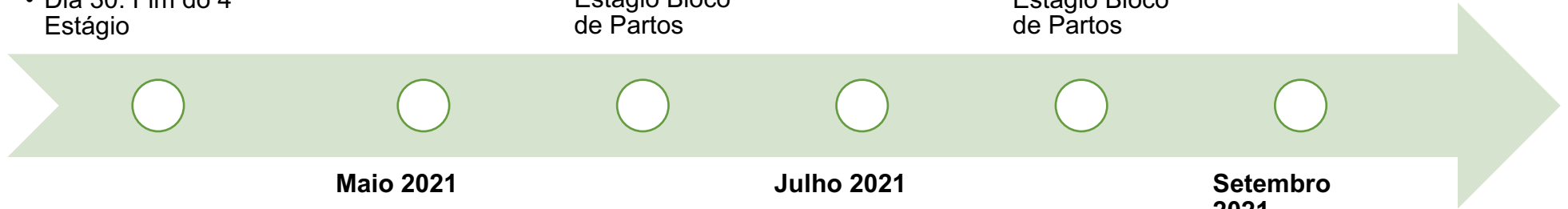
- Dia 10: Início do Estágio de Bloco de Partos

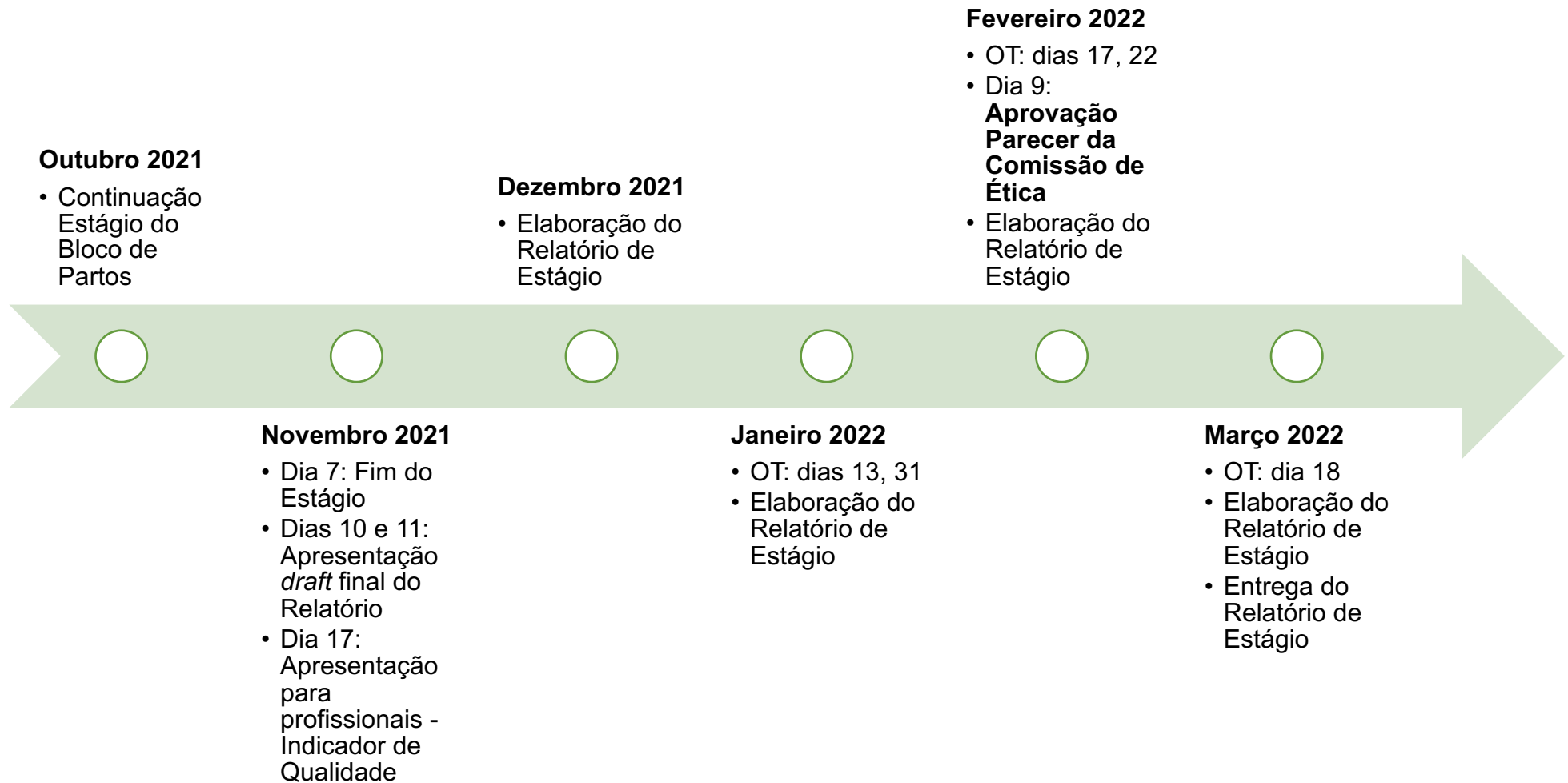
Julho 2021

- OT: dia 22
- Continuação Estágio Bloco de Partos
- Dia 5-11: Estágio Neonatologia

Setembro 2021

- Continuação Estágio Bloco de Partos





Apêndice VIII – Folheto Informativo





MASSAGEM PERINEAL

É um tipo de massagem feita na região perineal da mulher que ajuda a alongar os músculos vaginais e o canal do parto.

Previne lacerações perineais decorrentes do parto.

Esta massagem pode ser feita em casa com as devidas orientações

Deve ser realizada diariamente após as 34 semanas de gestação e pode recorrer à ajuda da sua pessoa significativa. Deve ter a duração de cerca de 10 minutos.

COMO FAZER:

PRIMEIRO PASSO:

Higienização das mão e manutenção do comprimento das unhas, que devem ser curtas.



SEGUNDO PASSO

A grávida deve posicionar-se confortavelmente sentada, com as costas apoiadas. Aplicar um lubrificante à base de água para facilitar a massagem.



TERCEIRO PASSO

Deve ser introduzido cerca de metade do polegar na vagina, empurrando o tecido perineal para trás, em direção ao ânus.

De seguida, deve massajar lentamente a parte inferior da vagina, em forma de U.



QUARTO PASSO

À entrada da vagina, deve pressionar o tecido perineal até sentir dor/ardor e manter essa posição por 1 minuto. Repetir 2-3 vezes.

Deve pressionar da mesma forma em direção às laterais, mantendo também o estiramento por 1 minuto.



Apêndice IX – Diapositivos da Sessão de Educação Para a Saúde –
Prevenção do Trauma Perineal

Prevenção do Trauma Perineal

Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

Daniela Nascimento Marques
Mestranda do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Enf.ª Especialista de Saúde Materna e Obstétrica Ana Lúcia Torgal
Orientadora Clínica

Professora Maria João Freitas
Docente Orientadora



1

Sumário

- Objetivos
- Trauma Perineal
- Massagem Perineal
- Compressas Quentes
- Técnica Respiratória no Período Expulsivo
- Manobra de Ritgen
- Conclusão
- Dúvidas e Partilhas



2

Objetivos

Informar a grávida/casal sobre as técnicas e recursos de preparação do pavimento pélvico e dos seus benefícios na prevenção do trauma perineal no parto

Informar a grávida/casal sobre a massagem perineal e os seus benefícios;

Informar a grávida/casal sobre o recurso a compressas quentes e os seus benefícios;

Informar a grávida/casal sobre a técnica respiratória do sopro no período expulsivo e os seus benefícios;

Informar a grávida/casal sobre a manobra de Ritgen e os seus benefícios;

Promover a capacitação, segurança, confiança e motivação da grávida/casal para a prevenção do trauma perineal no parto;

Contribuir para a promoção de uma experiência de parto positiva.



3

Trauma Perineal



4

Técnicas/Recursos para Prevenir o Trauma Perineal

Massagem Perineal



5

Massagem Perineal

É um tipo de massagem feita na região perineal da mulher que ajuda a alongar os músculos e tecidos vaginais e o canal de parto;

Previne lacerações perineais decorrentes do parto;

Esta massagem pode ser feita em casa com as devidas orientações;

Deve ser realizada diariamente após as 34 semanas de gestação e pode recorrer à ajuda de pessoas significativas;

Deve ter uma duração máxima de 10 minutos;

Deve ser precedida de um banho quente ou aplicação de calor na região perineal.



6

Massagem Perineal

Passo a Passo – Vídeo Ilustrativo



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=K7mF0f0f0f0>



7



Técnicas/Recursos para Prevenir o Trauma Perineal

Compressas Quentes



8

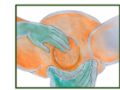
Compressas Quentes

O calor é um importante promotor da distensão dos tecidos e da vasodilatação;

Deve ser um recurso no período pré-natal, previamente à massagem;

Recurso muito útil no 2º estágio do trabalho de parto (período expulsivo) na prevenção do trauma perineal;

Eficaz na redução da dor e desconforto perineal nos 2 dias após o parto.



9

Técnicas/Recursos para Prevenir o Trauma Perineal

Técnica Respiratória no Período Expulsivo



10

Técnica Respiratória no Período Expulsivo

Um dos fatores que promovem as lesões perineais durante o parto é a forma como a mulher faz força no segundo estágio do trabalho de parto;

De acordo com vários estudos, a técnica respiratória do sopro (glote aberta) é eleita como uma boa alternativa à manobra de Valsalva para reduzir os danos perineais em parturientes.



11

Técnica Respiratória no Período Expulsivo

Vídeo Ilustrativo



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=K7mF0f0f0f0>



12



Técnicas/Recursos para Prevenir o Trauma Perineal

Manobra de Ritgen



Manobra de Ritgen



É um procedimento obstétrico que ajuda na exteriorização da cabeça do bebê e evita a expulsão violenta que pode ocasionar lesões perineais;

É também uma manobra preventiva de lacerações do esfíncter anal, sendo realizada nos intervalos entre as contrações uterinas;

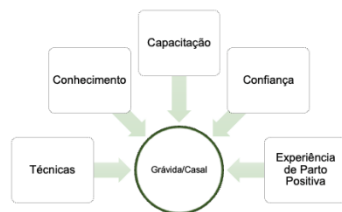
Consiste na proteção do períneo, através de pressão externa no mesmo por parte do enfermeiro obstetra ou médico que assiste ao parto, utilizando uma das suas mãos com a ajuda de uma compressa;

A outra mão deve sustentar a cabeça do bebê.

Conclusão



Concluindo...



Dúvidas e Partilhas

Obrigada pela vossa atenção!



Prevenção do Trauma Perineal

Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

Daniela Nascimento Marques
Mestranda do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna
e Obstétrica

Enf.ª Especialista de Saúde Materna e Obstétrica Ana Lúcia Torgal
Orientadora Clínica

Professora Maria João Freitas
Docente Orientadora



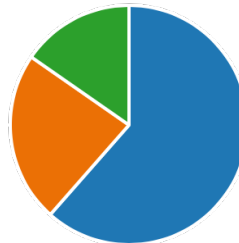
**Apêndice X – Resultados do Questionário de Avaliação da Sessão de
Educação para a Saúde**

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

13 Respostas 01:25 Tempo médio de conclusão Ativo Estado

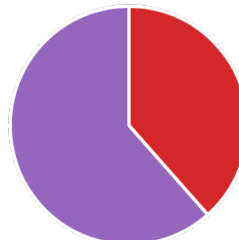
1. Como classificaria o seu conhecimento sobre o trauma perineal no parto, antes de assistir à sessão?

1 - Insuficiente	8
2 - Médio	3
3 - Bom	2
4 - Muito Bom	0
5 - Excelente	0



2. Considera a temática pertinente para o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade?

1 - Nada	0
2 - Pouco	0
3 - Mais ou Menos	0
4 - Muito	5
5 - Bastante	8



3. Pondera utilizar alguma técnica/recurso abordado na sessão?

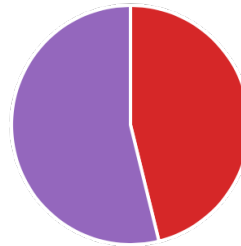
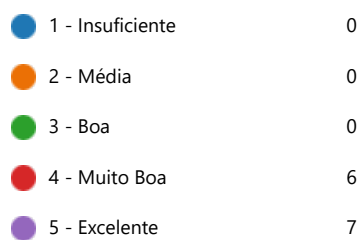


4. Se respondeu sim na questão anterior, qual(is) a(s) técnica(s)/recurso(s) que pondera utilizar?

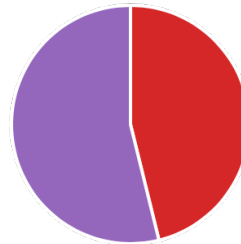
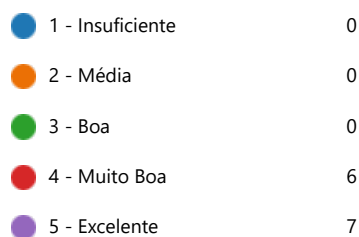
11
Respostas

Respostas Mais Recentes
"Massagem e exercícios "

5. Como classifica a sessão do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade em que foi abordado o tema - trauma perineal?



6. Como classifica a formadora (Daniela Marques) na sessão do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade em que foi abordado o tema - Trauma Perineal?



Com tecnologia da Microsoft Forms (<https://forms.office.com>)

Apêndice XI – Apontamentos Clínicos do Serviço de Obstetrícia

Apêndice XII – Apontamentos Clínicos da Sala de Partos

A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto

	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10
Idade	37	27	23	36	20	39	30	36	35	19
Escolaridade	12º ano	12º ano	12º ano	Licenciatura	12º ano	9º ano	Mestrado	9º ano	12º ano	9º ano
Profissão	Desemp.	Desemp.	Emp. balcão	Administra.	Op. caixa	Doméstica	Advogada	Esteticista	Administra.	Desemp.
Nacionalidade	Francesa	Portuguesa	Polaca	Portuguesa	Brasileira	Portuguesa	Portuguesa	Ucraniana	Brasileira	Portuguesa
IG	39s	37s	40s	39s+1d	40s	39s+1d	38s+1d	39s+5d	38s+2d	41s
IO	3013	1011	0010	0010	0000	2002	0000	1001	0202	0000
AO	3 PTE	1 PTE	1 AE	1AE	-	2PTE	-	1 PTE	2PPTE	-
AP	saudável	Obesidade, DG	saudável	saudável	saudável	Hipertensão arterial, cx otorrino	Saudável	Obesidade	saudável	saudável
CPPP	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não
Duração TP	<2h	5h	3h	4h	12h	1h	1h	4h	2h	3h30
Duração BAR	12h	37h	1h	1h30	12h	4h	1h	4h	1h	4h
Analgesia	Epidural 1 repi.	Sequencial 2 repi.	Epidural 1 repi.	Epidural 1 repi	Epidural + sequencial	Epidural 0 repi	Sem analgesia	Epidural 1 repi	Epidural 2 repi	Epidural 4 repi
Características Períneo	2 episio, 1 lac	1 episio anterior	- Elástico - Sem lesões - Tecidos friáveis	- Elástico - Sem lesões	- Elástico - Sem lesões - Tecidos resistentes	1 episio + 1 laceração	- Elástico - Sem lesões - Tecidos friáveis	1 episio	1 episio + 1 laceração	- Elástico - Sem lesões - Tecidos resistentes
A. Ponderal	15 kg	31 kg	10 kg	9 kg	12 kg	19 kg	12 kg	21 kg	14 kg	12 kg
Dieta	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Não come carne	Sem rest.	Sem rest.	Pouca carne vermelha
Período Expulsivo	15 min	18 min	30 min	40 min	25 min	15 min	20 min	25 min	15 min	40 min
Posição	Cócoras	Litotomia modificada	Litotomia modificada	Litotomia modificada	Cócoras	Litotomia modificada	Litotomia modificada	Litotomia modificada	Litotomia modificada	Cócoras
Técnicas Utilizadas	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp., calor	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp., massagem	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp., calor	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.
Peso RN	3205g	2560g	3365g	2990g	3200g	2805g	2680g	3925g	3330g	3575g
Apgar	8-10-10	9-10-10	9-10-10	9-10-10	8-9-10	7-9-10	9-10-10	9-10-10	9-9-9	8-9-10
Trauma Perineal		Lac. II	Lac. II + lac. Peq. Lábios bilateral		(vaginal grau I mediana)		(vaginal)	(vaginal bilateral - fúrcula)		
Períneo íntegro	X			X	X	X	X	X	X	X

A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto

	G11	G12	G13	G14	G15	G16	G17	G18	G19	G20
Idade	42	25	22	32	25	35	31	45	42	34
Escolaridade	12º ano	12º ano	12º ano	9º ano	12º ano	Licenciatura	12º ano	9º ano	Licenciatura	12º ano
Profissão	Op. caixa	Administ.	Desemp.	Call center	Esteticista	Marketing	Administ.	Doméstica	Hotelaria	Comercial
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Brasileira	Portuguesa	Portuguesa	Polaca	Portuguesa	Portuguesa
IG	40s+5d	40s+3d	440s+1d	38s	39s	37s	39s	40s+2d	40s+1d	38s
IO	2032	0000	0000	1001	0000	0000	1001	1001	1001	1001
AO	2 PTE + 3 AE	-	-	1 PTE	-	-	1 PTE	1PTE	1 PTD ventosa	1 PTE
AP	Hipertensão arterial + cx.orto	Saudável	Obesidade	Amigdalectomia na infância	Saudável	Hipertensão arterial	Saudável	Anemia	Anemia, HIG, hipotiroidismo	cx. ORL
CPPP	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não
Duração TP	2h30	4h30	4h	5h	6h	5h	?	4h52	7h	2h
Duração BAR	1h	24h	2h30	30 min	15h	14h	30 min	2h	4h	12h
Analgesia	Sequencial 1 repi	Epidural 2 repi	Epidural 2 repi	Sequencial 3 repi	Epidural 2 repi	Epidural 5 repi	Endovenosa	Epidural 5 repi	Epidural 4 repi	Epidural 3 repi
Características Períneo	2 episio anteriores	- Elástico - Sem lesões - Tecidos friáveis	- Elástico - Sem lesões - Tecidos friáveis	Episio	- Elástico - Sem lesões - Tecidos friáveis	- Elástico - Sem lesões - Tecidos friáveis	Episio anterior	Laceração anterior	Episio anterior	Laceração anterior
A.Ponderal	17kg	14kg	20 kg	16 kg	18 kg	11 kg	15 kg	13 kg	14 kg	15 kg
Dieta	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Pobre em legumes	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.
Período Expulsivo	17 min	35 min	25 min	21 min	45 min	30 min	10 min	30 min	20 min	30 min
Posição	cócoras	Cócoras	Litotomia modificada	Litotomia modificada	cócoras	Litotomia modificada	Cócoras	Litotomia modificada	Litotomia modificada	Litotomia modificada
Técnicas Utilizadas	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp., calor	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp., massagem	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp., calor
Peso RN	3590g	3655g	3080g	3405g	3525g	2255g	2810g	3080g	2785g	2870g
Apgar	9-10-10	9-10-10	9-10-10	8-10-10	7-8-9	9-10-10	9-10-10	9-10-10	9-10-10	9-10-10
Trauma Perineal	Lac I mediana	(vaginal grau II mediolateral esq.)	(Vaginal mediana grau I)	Lac. II mediana + lac. Peq. lábios	Lac. I mediana + vaginal	Lac. I mediana + peq. lábios		(vaginal grau I)	(Vaginal bilateral)	
Períneo íntegro		X	X				X	X	X	X

A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto

	G21	G22	G23	G24	G25	G26	G27	G28	G29	G30
Idade	31	27	24	25	14	29	29	31	33	30
Escolaridade	12º ano	Licenciatura	12º ano	12º ano	9º ano	12º ano	Licenciatura	Mestrado	9º ano	Licenciatura
Profissão	Ajudante ed. infância	Professora	Desemp.	Cabeleireira	Estudante	Lojista	Jornalista	Veterinária	Reclusa	Contabilista
Nacionalidade	Portuguesa	Americana	Portuguesa	Brasileira	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa
IG	38s+2d	39s+2d	39s+2d	40s+1d	40s+5d	37s+4d	39s+5d	39s+5d	39s+1d	39s+4d
IO	1001	1001	0000	0000	0000	0000	0000	1001	0000	0010
AO	1 PTE	1 PTE	-	-	-	-	-	1 PTE	-	1 AE
AP	Saudável	saudável	Ex obesa mórbida + consumos	saudável	hipotiroidismo	Saudável	hipotiroidismo	Anemia	Consumos	Saudável
CPPP	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Duração TP	2h	5h	6h	6h30	?	2h	5h	4h	6h	6h
Duração BAR	6h20	30 min	2h	7h30	Intraparto	30 min	1h	Intraparto	13h	6h
Analgesia	Endovenosa	Epidural 2 repi	Epidural 2 repi	Epidural 3 repi	Sem analgesia	Epidural 2 repi	Epidural 2 repi	Epidural 2 repi	Sequencial 3 repi	Epidural 3 repi
Características Períneo	Laceração anterior	Episio anterior	- Elástico - Sem lesões - Tecidos friáveis	- Elástico - Sem lesões - Tecidos resistentes	- Elástico - Sem lesões - Tecidos resistentes	- Elástico - Sem lesões - Tecidos resistentes	- Elástico - Sem lesões - Tecidos friáveis	Episio anterior	- Elástico - Sem lesões - Tecidos resistentes	- Elástico - Sem lesões - Tecidos friáveis
A. Ponderal	12 kg	10 kg	18 kg	15 kg	9 kg	12 kg	17kg	15 kg	17 kg	14 kg
Dieta	Sem rest.	Vegetariana	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.
Período Expulsivo	5 min	15 min	20 min	35 min	45 min	30 min	20 min	15 min	30 min	45 min
Posição	Em pé	Decúbito lateral	Litotomia modificada	Litotomia modificada	Litotomia modificada	Litotomia modificada	Litotomia modificada	Decúbito lateral	Litotomia modificada	Litotomia modificada
Técnicas Utilizadas	Lubrificação	Lubrificação, Ritgen, técnica resp., massagem	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp., massagem	Lubrificação, Ritgen, técnica resp., calor	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp., calor	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp., calor
Peso RN	2650g	3315g	3200g	3325g	3540g	2920g	3450g	3015g	2870g	4040g
Apgar	9-10-10	10-10-10	9-10-10	7-8-10	9-10-10	10-10-10	9-10-10	9-10-10	9-10-10	9-10-10
Trauma Perineal	(vaginal grau II)		Lac II suturada	(vaginal esquerda)	Face interna peq. lábios	Face interna peq. lábios	Face interna peq. Lábios + parede vaginal		(vaginal I)	Lac. II + Face interna peq. lábios
Períneo íntegro	X	X		X	X	X	X	X	X	

A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto

	G31	G32	G33	G34	G35	G36	G37	G38	G39	G40
Idade	35	21	37	44	30	27	25	38	18	22
Escolaridade	Mestrado	12º ano	Licenciatura	12º ano	9º ano	12º ano	9º ano	12º ano	9º ano	12º ano
Profissão	Gestora	Op. Caixa	Administ.	Lojista	Doméstica	Secretária	Lojista	Administ.	Estudante	Op. Caixa
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Ucraniana	Portuguesa	Portuguesa	Brasileira	Portuguesa	Portuguesa
IG	39s+1d	41s	41s	38s+3d	40s+6d	38s+6d	39s+3d	39s+2d	40s+1d	41s+2d
IO	0000	0010	2012	3013	2002	0030	1021	2002	0010	0010
AO	-	1 AE	1 PTD/1PTE/1A E	1PTD/2PTE/1 IVG	2 PTE	3 IVG	1 PTE/ 1IVG/ 1AE	2 PTE	1 IVG	1 IVG
AP	Anemia	Saudável	DG	DG, varizes vulvares e memb.inf	Saudável	Saudável	hipotireoidismo	Saudável	Saudável	Saudável
CPPP	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não
Duração TP	?	6h	4h	1h	3h	2h30	3h	7h	10h	3h
Duração BAR	5h	Intraparto	9h	40 min	45 min	12h	10 min	2h	6h	45 min
Analgesia	endovenosa	Epidural 3 repi	Epidural 2 repi	Epidural 0 repi	Epidural 1 repi	Epidural 1 repi	Epidural 1 repi	Epidural 3 repi	Epidural 4 repi	Epidural 2 repi
Características Períneo	- Elástico - Sem lesões - Tecidos friáveis	- Elástico - Sem lesões - Tecidos resistentes	1 episio + 1 lac. anteriores	3 episio anteriores	2 episio anteriores	- Elástico - Sem lesões - Tecidos friáveis	Laceração anterior	2 episio anteriores	- Elástico - Sem lesões - Tecidos resistentes	- Elástico - Sem lesões - Tecidos resistentes
A. Ponderal	11 kg	8 kg	14 kg	18 kg	21 kg	15 kg	12 kg	15 kg	15 kg	10 kg
Dieta	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.
Período Expulsivo	10 min	25 min	20 min	10 min	30 min	45 min	15 min	45min	30 min	45 min
Posição	Cócoras	Decúbito lateral	Litotomia modificada	Litotomia modificada	Decúbito lateral	Litotomia modificada	Litotomia modificada	cócoras	Litotomia modificada	Cócoras + Litotomia modificada
Técnicas Utilizadas	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp., massagem	Lubrificação, Ritgen, técnica resp., calor	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp., calor	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp., massagem	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp., calor	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.
Peso RN	3355g	3140g	3650g	3580g	3640g	3250g	3195g	3680	4330g	3430g
Apgar	9-10-10	9-10-10	9-10-10	9-10-10	9-10-10	9-10-10	10-10-10	9-10-10	7-9-10	7-8-9
Trauma Perineal	Lac I mediana + face interna peq. lábios	Supra-meato	(vaginal - peq. lábios)		Lac. I mediana	Lac. I mediana + suprumeato		(vaginal – peq. Lábios)	(esfacelo vaginal)	(vaginal)
Períneo íntegro		X	X	X			X	X	X	X

A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto

	G41	G42	G43	G44	G45	G46	G47	G48	G49
Idade	24	26	42	25	29	38	29	29	29
Escolaridade	9º ano	Licenciatura	12º ano	9º ano	12º ano	12º ano	12º ano	Licenciatura	?
Profissão	Vendedora	Admin.	Empresária	Reclusa	Esteticista	?	Desempregada	Designer	?
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Polaca	Portuguesa	Portuguesa	Guiné
IG	40s+3d	40s+6d	41s	39s+3d	39s+2d	38s+4d	39s	39s+2d	41s+3d
IO	0111	0000	2012	1001	1031	0020	0000	0000	1001
AO	1 PTE, 1AE	-	2 PTE, 1 AE	1 PTD forceps	PTE, 3 AE	2 AE	-	-	1 PTE
AP	Nódulo tireoide	Saudável	Obesidade, insuf. venosa	Saudável	DG	Saudável	Saudável	RCIU	Hipotiroidismo
CPPP	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
Duração TP	<2h	9h	<2h	1h	3h	5h	2h	2h	1h
Duração BAR	Intraparto	4h	Intraparto	10h	7h30	6h	Intraparto	1h	Intraparto
Analgesia	Endovenosa	Epidural 3 repi	Sem analgesia	Epidural 1 repi	Epidural 1 repi	Epidural 3 repi	Epidural 2 repi	Epidural 2 repi	Epidural 1 repi
Características Períneo	Episio Anterior	- Elástico - Sem lesões Tecidos friáveis	1 episio+1 laceração	1 episio anterior	Lac II anterior	- Elástico - Sem lesões - Tecidos resistentes	- Elástico - Sem lesões Tecidos friáveis	- Elástico - Sem lesões - Tecidos resistentes	Mutilada Grau IV
A. Ponderal	15 kg	18 kg	19kg	8 kg	18 kg	9 kg	11 kg	8 kg	7 kg
Dieta	Sem rest.	Não come carne vermelha	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.	Sem rest.
Período Expulsivo	10 min – no SUOG	30 min	10 min	15 min	25 min	30 min	20 min	25 min	10 min
Posição	Litotomia modificada	lotus	Litotomia modificada	Litotomia modificada	Litotomia modificada	Litotomia modificada	Litotomia modificada	Litotomia modificada	Litotomia modificada
Técnicas Utilizadas	lubrificação	Lubrificação, Ritgen, técnica resp., calor	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp., calor	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.	Lubrificação, Ritgen, técnica resp.
Peso RN	3645g	3310g	4305g	2920g	3670g	3610g	2890g	2850g	2990g
Apgar	9-10-10	9-10-10	10-10-10	10-10-10	10-10-10	9-10-10	7-9-9	8-9-10	6-8-10
Trauma Perineal		Grau I mediana	Grau I mediana	Grau I mediana + vaginal	Grau I mediana	(vaginal)	Lac II		Lac II
Períneo íntegro	X					X		X	

Apêndice XIII – Indicador de Qualidade

	INDICADOR DE QUALIDADE – Trauma Perineal	----- Pág. 1 / 5
--	---	---------------------

1. Objetivo

Uniformizar condutas.

Estabelecer a prevalência de trauma perineal no parto como um indicador de qualidade de cuidados no Bloco de Partos

Referenciar, diretamente, as mulheres sujeitas a trauma perineal no parto para o serviço de Medicina Física e de Reabilitação e Consulta de Patologia do Pavimento Pélvico.

2. Intervenientes

Médicos e Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

3. Definições

Pavimento Pélvico e Períneo

Podemos enumerar como funções do pavimento pélvico a manutenção da estática pélvica, a continência e a sexualidade e reprodutividade. Os músculos do diafragma pélvico e do períneo, bem como os ligamentos e fâscias pélvicos, fornecem a suspensão e suporte dos órgãos pélvicos (Giraudet, Patrouix, Fontaine, Demondion, Cosson & Rubod, 2018).

O comprometimento desses elementos do assoalho pélvico pode resultar numa variedade de distúrbios funcionais e prolapsos de órgão único ou multicompartimental (Flusberg *et al.*, 2019).

O pavimento pélvico compreende três camadas de músculo e tecido conjuntivo que fornecem suporte estrutural e ajudam a manter a continência intestinal e urinária. Anatomicamente, a pelve feminina é dividida em três compartimentos: a bexiga e a uretra estão no compartimento anterior, o útero e a vagina no compartimento médio e o reto e o ânus no compartimento posterior. Podemos ainda considerar três camadas integradas que constituem o pavimento pélvico: a fâscia endopélvica, o diafragma pélvico e a membrana perineal. Os ossos pélvicos e as camadas de tecido conjuntivo da fâscia endopélvica e da membrana perineal fornecem suporte pélvico passivo, enquanto o diafragma pélvico muscular fornece suporte ativo tanto em repouso como durante a atividade (Flusberg *et al.*, 2019).

Por sua vez, o períneo é o conjunto das estruturas situadas por baixo do diafragma pélvico. Tem um papel importante na manutenção dos órgãos genitais externos, na continência vesical e anal, nas relações sexuais e na mecânica obstétrica. É limitado lateralmente pelos ossos e ligamentos que constituem o canal pélvico - o ângulo subpúbico, os ramos isquiopúbicos, as tuberosidades isquiáticas, os ligamentos sacrotuberosos e o cóccix. É composto por dois triângulos: o urogenital anteriormente e o anal posteriormente (Baggish & Karram, 2015).

O triângulo urogenital compreende o introito vaginal, a uretra, o clitóris, os bulbos vestibulares (tecido erétil), glândulas de Bartholin, o diafragma urogenital, os músculos que fazem parte do ponto central do períneo (ou corpo perineal), as bolsas perineais, superficial e profunda e os vasos sanguíneos, linfáticos e

Revisão n.º 00 Data: 2021/11	Elaborado: Daniela Marques Enfª Chefe do Serviço	Aprovado:	Homologado:
---------------------------------	--	-----------	-------------

	INDICADOR DE QUALIDADE – Trauma Perineal	----- Pág. 2 / 5
--	---	---------------------

nervos. O triângulo anal corresponde à parte final do canal do ânus e os seus esfíncteres, corpo anococcígeo, fossa isquiorrectal e vasos sanguíneos, linfáticos e nervos. O ponto central do períneo, ou corpo perineal, é limitado anteriormente pela vagina e posteriormente pelo ânus, sendo vulgarmente designado em obstetria como períneo. É composto pelo esfíncter anal externo, os dois músculos levantadores do ânus, os músculos transversos profundos e superficiais do períneo e o musculo bulbocavernoso. É esta região que é, com frequência, lacerada durante o trabalho de parto (Baggish & Karam, 2015).

Trauma Perineal no Parto

O trauma perineal pode ter um impacto negativo na vida das mulheres, pois tem sido associado a dor perineal, incontinência urinária e disfunção sexual (Magoga *et al.*, 2019).

Segundo Beleza (2019), o trauma espontâneo da região perineal pode ser determinado por diversos fatores como a rigidez dos tecidos perineais, as dimensões do corpo perineal, a curta duração do período expulsivo, o tamanho do feto e ainda o posicionamento materno durante o parto.

Podem ser referidos como agentes de trauma perineal, as lacerações espontâneas do períneo e a episiotomia – método cirúrgico.

As lacerações perineais são classificadas por graus, consoante os tecidos atingidos. A laceração de primeiro grau atinge a pele, tecido celular subcutâneo do períneo e epitélio vaginal; a de segundo grau estende-se até à fáscia e aos músculos perineais; as de terceiro grau afetam o esfíncter anal – subdividindo-se em três classes consoante o seu nível de gravidade; a) menos de 50% do esfíncter anal externo, b) mais de 50% do esfíncter anal externo e c) rutura total do esfíncter anal externo e atinge o esfíncter anal interno. Alguns autores consideram, ainda, o quarto grau, quando a laceração atinge a mucosa anal (Colacioppo, Riesco, Colacioppo & Osava, 2011; Bruno, Reis, Pereira, Ladeira & Alberto, 2015).

No entanto, a classificação da laceração perineal depende de variáveis relativas à parturiente e ao profissional. Relativamente à parturiente, existem variações individuais nas estruturas anatómicas da região vulvoperineal, como a espessura do tecido subcutâneo e muscular, a tonalidade e a propensão para hemorragia. Quanto ao profissional, a sua experiência e capacitação para situações de laceração perineal são determinantes para identificar e discriminar os tecidos afetados. A inexistência de instrumentos testados e padronizados fomenta a subjetividade e incerteza na avaliação (Colacioppo *et al.*, 2011).

A prática de episiotomia consiste numa incisão cirúrgica na região perineal que deve ser um recurso de uso criterioso, com indicação obstétrica como: sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do trabalho de parto e a ameaça de laceração de terceiro grau, sob a justificação de que a sua execução contribui para a prevenção do trauma perineal severo, de prolapso uterino e de incontinência urinária (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017). Os mesmos autores defendem que o uso profilático/rotineiro desta prática, sem evidência científica que suporte o seu benefício, deve ser evitada uma vez que pode promover sequelas para a mulher, tais como o aumento da taxa de infeção, o risco de lesão grave no

Revisão n.º 00 Data: 2021/11	Elaborado: Daniela Marques Enfª Chefe do Serviço	Aprovado:	Homologado:
---------------------------------	--	-----------	-------------

	INDICADOR DE QUALIDADE – Trauma Perineal	----- Pág. 3 / 5
--	---	---------------------

períneo, maior perda sanguínea, desconforto e maior tempo de recuperação no pós-parto, com repercussões no estabelecimento do processo de vinculação e de amamentação.

Na Recomendação de Cuidados Intraparto para uma Experiência Positiva de Parto, a OMS (2018) refere que o uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado para mulheres que realizam parto vaginal espontâneo. Reconheceu, ainda, que não há evidências que corroborem a necessidade de qualquer episiotomia no atendimento ao parto de rotina, e uma taxa “aceitável” de episiotomia é difícil de determinar. Considera como aspetos essenciais para a realização desta técnica, anestesia local eficaz e o consentimento informado da mulher. De realçar a importância de respeitar as medidas de controlo de infeção em todos os momentos da execução da técnica, sem que seja necessário o recurso a antibióticos profiláticos.

O impacto do trauma perineal, em conjunto com as recomendações da OMS, fomenta a procura de alternativas para prevenir o trauma perineal.

O Impacto do Trauma Perineal

As principais complicações do trauma perineal incluem hemorragia, infeção, dispareunia e internamento prolongado. O trauma dos tecidos vaginais e perineais pode causar problemas de longo prazo, como dor, fistula urinária, incontinência urinária, fístula retal, incontinência fecal, dispareunia e prolapso de órgão pélvico (Franchi *et al.*, 2020).

A maioria dos artigos consultados é unânime em considerar que a consequência mais frequente do traumatismo perineal é a dor e as condicionantes que esta acarreta, durante semanas ou meses após o parto (Gouveia, 2018).

A evidência sugere que as lesões perineais podem refletir-se num marcador de trauma psicológico (Skinner, Barnett & Dietz, 2018). Os sintomas deste trauma refletem-se, sobretudo, no vínculo entre a mãe e o recém-nascido e, consequentemente, no comportamento e o desenvolvimento das crianças. Podem afetar adversamente os relacionamentos e diminuir a qualidade das interações sexuais e conjugais. O reconhecimento deste *stress* pós-traumático relacionado com o parto é relativamente recente. O estudo é claro quando refere a falta de informação pré-natal sobre fatores de risco de partos vaginais, o impacto pós-parto nas relações conjugais e a descoberta de sintomas vaginais somáticos inesperados como principais causas de ansiedade.

O Trauma Perineal como um Indicador de Qualidade

Tal como supracitado, a OMS (2018) definiu, na Recomendação de Cuidados Intraparto para uma Experiência de Parto Positiva, que o recurso liberal à episiotomia não constitui uma recomendação no atendimento ao parto de rotina.

Deste modo, em concordância com o projeto Maternidade com Qualidade, desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros em 2013, a mudança de paradigma é urgente.

Revisão n.º 00 Data: 2021/11	Elaborado: Daniela Marques Enfª Chefe do Serviço	Aprovado:	Homologado:
---------------------------------	--	-----------	-------------

	INDICADOR DE QUALIDADE – Trauma Perineal	----- Pág. 4 / 5
--	---	---------------------

Prevê-se que a redução da episiotomia em partos eutócicos (50% em primíparas e 70% em múltiparas) e a incrementação de períneos íntegros no parto, promovam a segurança e a qualidade dos cuidados prestados na assistência ao parto e, consequentemente, a experiência de parto positiva.

4. Fluxograma

Não aplicável.

Referências

1. Giraudet, G., Patrouix, L., Fontaine, C., Demondion, X., Cosson, M., & Rubod, C. (2018). Three dimensional model of the female perineum and pelvic floor muscles. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 226, 1-6.
2. Flusberg, M., Kobi, M., Bahrami, S., Glanc, P., Palmer, S., Chernyak, V., Kanmaniraja, D. & El Sayed, R. F. (2019). Multimodality imaging of pelvic floor anatomy. *Abdominal Radiology*, 1-10.
3. Baggish, M. S., & Karam, M. M. (2015). *Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery*. Elsevier Health Sciences.
4. Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen, H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 240, 93-98.
5. Beleza, A. C. S. (2019). O trauma perineal no parto. *Fisioterapia Brasil*, 5(6), 462-466.
6. Colacioppo, P. M., Riesco, M. L. G., Colacioppo, R. C., & Osava, R. H. (2011). Avaliação do viés de classificação da laceração perineal no parto normal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(1), 61-66.
7. Ferreira-Couto, C. M., & Fernandes-Carneiro, M. N. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enferm Global*, 47, 552-563.
8. World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.
9. Franchi, M., Parissone, F., Lazzari, C., Garzon, S., Laganà, A. S., Raffaelli, R., Cromi, A. & Ghezzi, F. (2020). Selective use of episiotomy: what is the impact on perineal trauma? Results from a retrospective cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(2), 427-435.
10. Gouveia, L. H. S. (2018). *Prevenção do trauma perineal na mulher da gravidez ao puerpério* (Doctoral Dissertation, Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa).
11. Skinner, E. M., Barnett, B., & Dietz, H. P. (2018). Psychological consequences of pelvic floor trauma following vaginal birth: a qualitative study from two Australian tertiary maternity units. *Archives of women's mental health*, 21(3), 341-351.

Revisão n.º 00 Data: 2021/11	Elaborado: Daniela Marques Enfª Chefe do Serviço	Aprovado:	Homologado:
---------------------------------	--	-----------	-------------

Apêndice XIV – Diapositivos da Apresentação aos Profissionais
da área da Saúde da Mulher – Indicador de Qualidade

A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto



A PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL NO PARTO

Um Indicador de Qualidade

En^h Daniela Marques

- Mestrado do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Novembro, 2021

1

SUMÁRIO

- Objetivos
- Trauma Perineal
- Maternidade com Qualidade
- Operacionalização do Indicador
- Considerações Finais

2



OBJETIVOS

3



OBJETIVOS

- Sensibilizar os Profissionais de Saúde para a prevenção trauma perineal no parto;
- Realizar uma revisão de literatura sobre a temática em estudo;
- Uniformizar condutas;
- Promover a partilha de experiências e discussão entre a equipa multidisciplinar da Área da Mulher do Hospital de Cascais.

4



TRAUMA PERINEAL

5

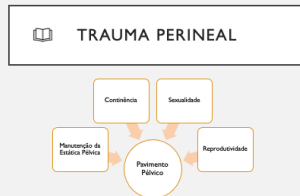
TRAUMA PERINEAL



```
graph TD; C[Continência] --> PP((Pavimento Pélvico)); S[Sexualidade] --> PP; ME[Manutenção da Estática Pélvica] --> PP; R[Reprodutividade] --> PP;
```

6

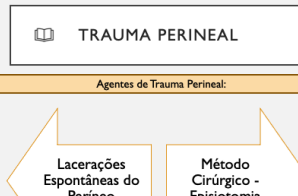
A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto



O comprometimento dos elementos que compõem o assoalho pélvico pode resultar numa variedade de distúrbios funcionais e prolapsos de órgão único ou multicompartmental

Giraudet et al. (2018); Puhberg et al. (2019)

7



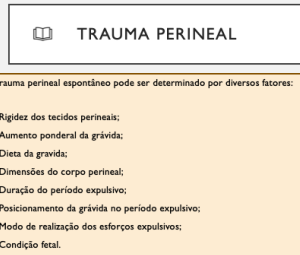
Magnus et al. (2019); Belton (2019)

8



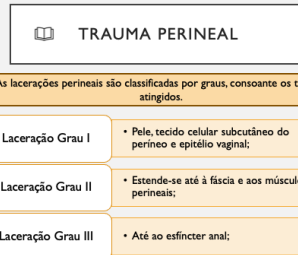
Magnus et al. (2019); Belton (2019)

9



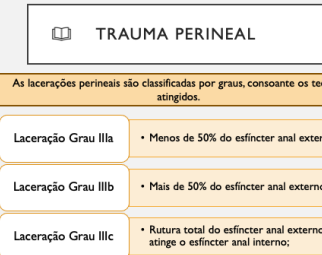
Magnus et al. (2019); Belton (2019)

10



Colecioppo, et al. (2011); Bratto, et al. (2019)

11



Colecioppo, et al. (2011); Bratto, et al. (2019)

12

TRAUMA PERINEAL

As lacerações perineais são classificadas por graus, consoante os tecidos atingidos.

Laceração Grau IV

- Alguns autores consideram, ainda, o quarto grau, quando a laceração atinge a mucosa anal.

Colacioppo, et al. (2013); Bruno, et al. (2012)

13

TRAUMA PERINEAL

As lacerações perineais são classificadas por graus, consoante os tecidos atingidos.

No entanto, a classificação da laceração perineal depende de variáveis relativas à parturiente e ao profissional.

Relativamente à parturiente, existem variações individuais nas estruturas anatómicas da região vulvoperineal, como a espessura do tecido subcutâneo e muscular, a tonalidade e a propensão para hemorragia.

Quanto ao profissional, a sua experiência e capacitação para situações de laceração perineal são determinantes para identificar e discriminar os tecidos afetados.

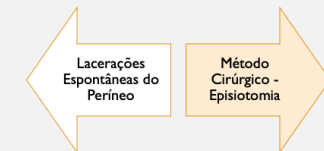
A inexistência de instrumentos testados e padronizados fomenta a subjetividade e incerteza na avaliação

Colacioppo, et al. (2011)

14

TRAUMA PERINEAL

Agentes de Trauma Perineal:



Magalhães, et al. (2019); Beluco (2019)

15

TRAUMA PERINEAL

Episiotomia

Incisão cirúrgica na região perineal que deve ser um recurso de uso criterioso, com indicação obstétrica como:

- Sinais de sofrimento fetal;
- Prematuridade;
- Macrossomia fetal;
- Progressão insuficiente da apresentação fetal;
- Ameaça de trauma perineal severo – condição perineal;
- Parto instrumentado

Ferreira-Costa & Fernandes-Carneiro (2017); Silva, et al. (2018)

16

TRAUMA PERINEAL

Episiotomia

O uso profilático/rotineiro desta prática, sem evidência científica que suporte o seu benefício, deve ser evitada uma vez que pode promover sequelas para a mulher, tais como:

- Aumento da taxa de infeção,
- Risco de lesão grave no períneo,
- Maior perda sanguínea,
- Desconforto perineal,
- Maior tempo de recuperação no pós-parto, com repercussões no estabelecimento do processo de vinculação e de amamentação.

Ferreira-Costa & Fernandes-Carneiro (2017); Silva, et al. (2018)

17

TRAUMA PERINEAL

Episiotomia

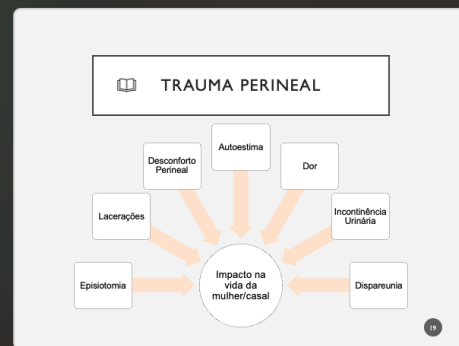
Na Recomendação de Cuidados Intraparto para uma Experiência Positiva de Parto, a OMS (2018) refere que o uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado para mulheres que realizam parto vaginal espontâneo.

Reconheceu, ainda, que não há evidências que corroborem a necessidade de qualquer episiotomia no atendimento ao parto de rotina, e uma taxa "aceitável" de episiotomia é difícil de determinar.

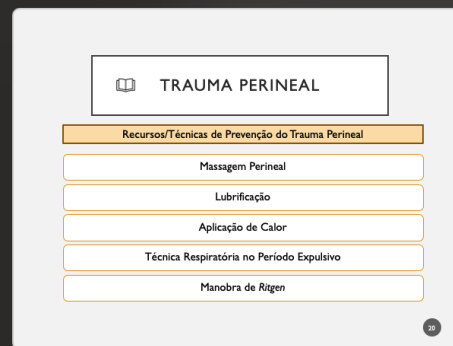
World Health Organization. (2018)

18

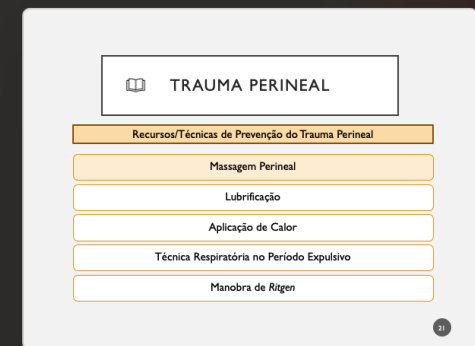
A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto



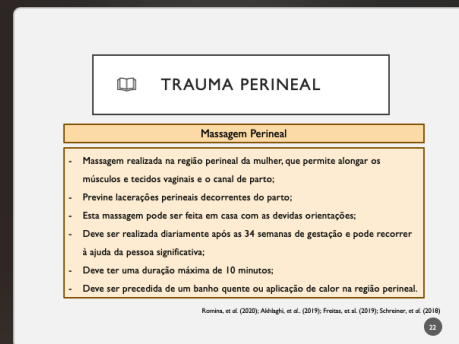
19



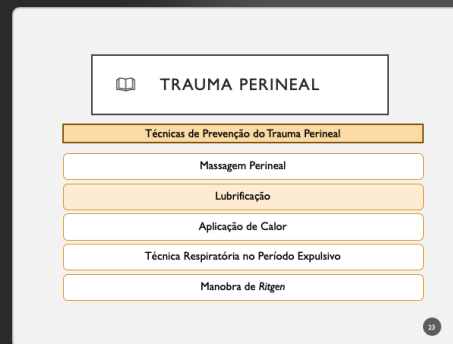
20



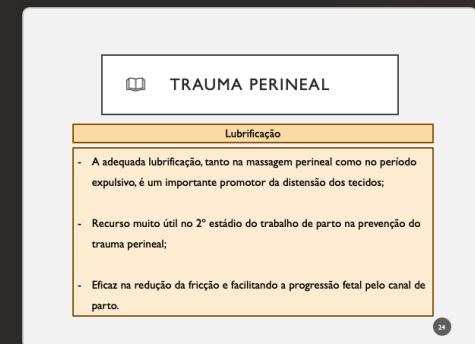
21



22



23



24

TRAUMA PERINEAL

Técnicas de Prevenção do Trauma Perineal

Massagem Perineal

Lubrificação

Aplicação de Calor

Técnica Respiratória no Período Expulsivo

Manobra de Ritgen

25

TRAUMA PERINEAL

Aplicação de Calor

- O calor é um importante promotor da distensão dos tecidos e da vasodilatação;
- Deve ser um recurso no período pré-natal, previamente à massagem;
- Recurso muito útil no 2º estágio do trabalho de parto na prevenção do trauma perineal;
- Eficaz na redução da dor e desconforto perineal nos 2 dias após o parto.

Magalhães, et al. (2019); Alhosseini, et al. (2018)

26

TRAUMA PERINEAL

Técnicas de Prevenção do Trauma Perineal

Massagem Perineal

Lubrificação

Aplicação de Calor

Técnica Respiratória no Período Expulsivo

Manobra de Ritgen

27

TRAUMA PERINEAL

Técnica Respiratória no Período Expulsivo

- Um dos fatores que promovem as lesões perineais durante o parto é a forma como a mulher faz força no segundo estágio do trabalho de parto;
- De acordo com vários estudos, a técnica respiratória do sopro (glote aberta) é eleita como uma boa alternativa à manobra de Valsalva para reduzir os danos perineais em parturientes.

Almeida, et al. (2017); Ferreira-Costa & Fernandes-Carneiro (2017)

28

TRAUMA PERINEAL

Técnicas de Prevenção do Trauma Perineal

Massagem Perineal

Lubrificação

Aplicação de Calor

Técnica Respiratória no Período Expulsivo

Manobra de Ritgen

29

TRAUMA PERINEAL

Manobra de Ritgen

- É um procedimento obstétrico que ajuda na exteriorização da cabeça do bebê e evita a expulsão violenta que pode ocasionar lesões perineais;
- É também uma manobra preventiva de lacerações do esfíncter anal;
- Consiste na proteção do períneo, através de pressão externa no mesmo por parte do enfermeiro obstetra ou médico que assiste ao parto.

Ferreira-Costa & Fernandes-Carneiro (2017)

30

TRAUMA PERINEAL

Dados Estatísticos do Estágio em Sala de Partos:

Trauma Perineal	Quantidade	%	Manobra de Ritgen	Aplicação de Calor	Lubrificação
Períneo íntegro	32	65,31%	96,9 %	28,13 %	100 %
Laceração Grau I	10	20,40 %	100 %	30 %	100 %
Laceração Grau II	7	14,29 %	100 %	14,29 %	100 %
Laceração Grau III	0	0 %	0 %	0 %	0 %
Episiotomia	0	0 %	0 %	0 %	0 %
Número de Partos Terminados Assistidos	49				

31

MATERNIDADE COM QUALIDADE

32

MATERNIDADE COM QUALIDADE

A Ordem dos Enfermeiros, em 2013, desenvolveu o projeto Maternidade com Qualidade, que envolveu algumas maternidades do país.

Este projeto prendia-se com a necessidade urgente da mudança de paradigma nas maternidades portuguesas.

Previa a redução da episiotomia em partos eutócicos (50% em primíparas e 70% em multiparas) e a incrementação de períneos íntegros no parto.

33

MATERNIDADE COM QUALIDADE

Alicerçada na melhor e mais recente evidência científica, a proposta que é endereçada aos profissionais de saúde da Área da Mulher permitirá promover

a segurança e a qualidade dos cuidados

prestados na assistência ao parto e, consequentemente, a experiência de parto positiva das grávidas e casais.

34

OPERACIONALIZAÇÃO DO INDICADOR

35

OPERACIONALIZAÇÃO DO INDICADOR

Duas vertentes



Estabelecer a prevalência de trauma perineal no parto como um indicador de qualidade de cuidados no Bloco de Partos;



Referenciar as parturientes sujeitas a trauma perineal no parto para o serviço de Medicina Física e de Reabilitação e Consulta de Patologia do Pavimento Pélvico;

36

31

32

33

34

35

36

OPERACIONALIZAÇÃO DO INDICADOR

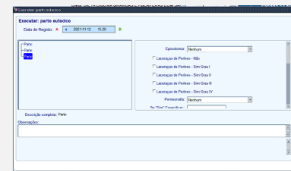
Estabelecer a prevalência de trauma perineal no parto como um indicador de qualidade de cuidados no Bloco de Partos;

- Registo informático no processo clínico da parturiente;
- Intervenção "Executar parto eutócico";
- Intervenção "Colaborar no parto" (em situação de parto distócico);
- Estatisticamente quantificável.

37

OPERACIONALIZAÇÃO DO INDICADOR

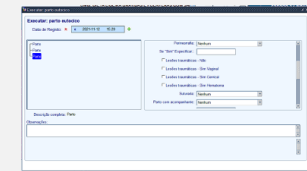
Estabelecer a prevalência de trauma perineal no parto como um indicador de qualidade de cuidados no Bloco de Partos;



38

OPERACIONALIZAÇÃO DO INDICADOR

Estabelecer a prevalência de trauma perineal no parto como um indicador de qualidade de cuidados no Bloco de Partos;



39

OPERACIONALIZAÇÃO DO INDICADOR

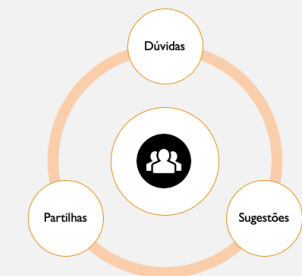
Referenciar as parturientes sujeitas a trauma perineal no parto para o serviço de Medicina Física e de Reabilitação e Consulta de Patologia do Pavimento Pélvico;

- Registo informático no processo clínico da parturiente;
- Criar uma alarmística que sinalize a parturiente ao serviço de MFR;
- Lacerações de Grau II e superiores;
- Episiotomia.

40

CONSIDERAÇÕES FINAIS

41



42

"Birth matters, and I believe the way a child is brought into the world has an important impact on the rest of life. Helping with that transition is an honor."

Anjli Aurora Hinman, CNM

43



OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

44



OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

Link para Avaliação da Sessão:

<https://forms.office.com/r/QK4yOfdPkK>

45



46

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Giraudet, G., Petrouk, L., Fontaine, C., Demondion, X., Casson, M., & Rubod, C. (2018). Three dimensional model of the female perineum and pelvic floor muscles. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 226, 1-6.
- Baggish, M. S., & Karra, M. M. (2015). *Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery*. Elsevier Health Sciences.
- Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen, H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 240, 93-98.
- Belizze, A. C. S. (2019). O trauma perineal no parto. *Fisioterapia Brasil*, 5(6), 462-466.
- Colacioppo, P. M., Riesco, M. L. G., Colacioppo, R. C., & Osava, R. H. (2011). Avaliação do viés de classificação da laceração perineal no parto normal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(1), 61-66.
- Ferreira-Couto, C. M., & Fernandes-Carneiro, M. N. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enferm Global*, 47, 552-563.
- da Silva, L. S. R., Guimarães, N. N. A., Matos, D. P., & Doublerin, C. A. (2018). Análise de fatores associados à prática da episiotomia. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12(4), 1046-1053.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.

47

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Romina, S., Ramezani, F., Falah, N., Mafi, M., & Ranjesh, F. (2020). Effect of Perineal Massage with Ostrich Oil on the Episiotomy and Lacerations in Nulliparous Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(2), 134.
- Alhosseini, F., Abedi, P., Afshary, P., Haghighi, M. R., & Hozeghi, N. (2018). Investigating the effect of perineal heating pad on the frequency of episiotomies and perineal tears in primiparous females. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 7(1).
- Akhlaghi, F., Baygi, Z. S., Miri, M., & Najafi, M. N. (2019). Effect of Perineal Massage on the Rate of Episiotomy. *Journal of family & reproductive health*, 13(3), 160.
- Freitas, S. S., Cabral, A. L., Pinto, R. D. M. C., Resende, A. P. M., & Baldon, V. S. P. (2019). Effects of perineal preparation techniques on tissue extensibility and muscle strength: a pilot study. *International urogynecology journal*, 30(6), 951-957.
- Schreiner, L., Crivellati, L., de Oliveira, J. M., Nygaard, C. C., & Dos Santos, T. G. (2018). Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143(1), 10-18.

48

**Apêndice XV – Resultados do Questionário de Avaliação da
Apresentação aos Profissionais da área da Saúde da Mulher –
Indicador de Qualidade**

Avaliação da Sessão de Formação

13

Respostas

01:26

Tempo médio para concluir

Ativo

Status

1. Qual a sua classe profissional?

	Enfermeiro de Cuidados Gerais	1
	Enfermeiro Especialista em Enf...	10
	Médico Obstetra	1
	Outra	1



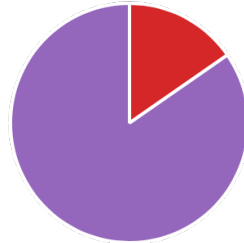
2. Como classificaria o seu conhecimento sobre o trauma perineal no parto, antes de assistir à sessão?

	1 - Insuficiente	0
	2 - Médio	1
	3 - Bom	3
	4 - Muito Bom	8
	5 - Excelente	1



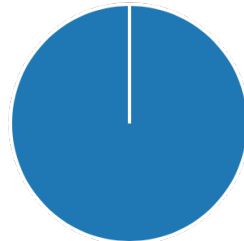
3. Considera a temática pertinente para os Profissionais de Saúde envolvidos na assistência ao parto?

1 - Nada	0
2 - Pouco	0
3 - Mais ou menos	0
4 - Muito	2
5 - Bastante	11



4. Considera recorrer a algum recurso/técnica para prevenção do trauma perineal no parto, na sua prática clínica?

Sim	13
Não	0



5. Se respondeu afirmativamente à questão anterior, qual(is) a(s) técnica(s) a que pondera recorrer?

11

Respostas

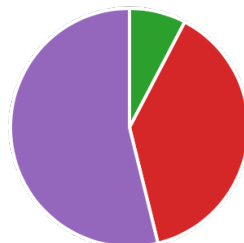
Respostas Mais Recentes

"Proteção perineal pela técnica"

"Aplicação de calor, massagem perineal, lubrificação, técnica r...

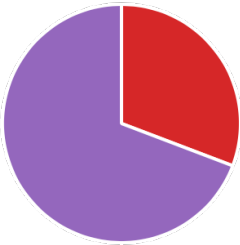
6. Como classifica a sessão de formação?

1 - Insuficiente	0
2 - Média	0
3 - Boa	1
4 - Muito Boa	5
5 - Excelente	7



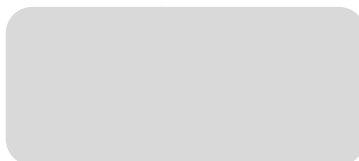
7. Como classifica a formadora (Daniela Marques) na sessão de formação?

1 - Insuficiente	0
2 - Média	0
3 - Boa	0
4 - Muito Boa	4
5 - Excelente	9



Apêndice XVI – Parecer da Comissão de Ética da Unidade Hospitalar
em que foi implementado o projeto de investigação

A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto



Exmo.

Conselho de Administração do Hospital



Assunto: Projecto de Estágio intitulado "A intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto" - Enf.^a Daniela Marques

N/Of 5/CE

Data: 09/02/2022

Exmos. Senhores,

A Comissão de Ética reunida em 06/02/2022, relativamente ao pedido de reapreciação do Projecto de Estágio intitulado "A intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto", da Enf.^a Daniela Marques, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Considerando os esclarecimentos prestados, relativamente às questões que tinham sido suscitadas e respetivas reformulações, a CES aprovou o mesmo.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética

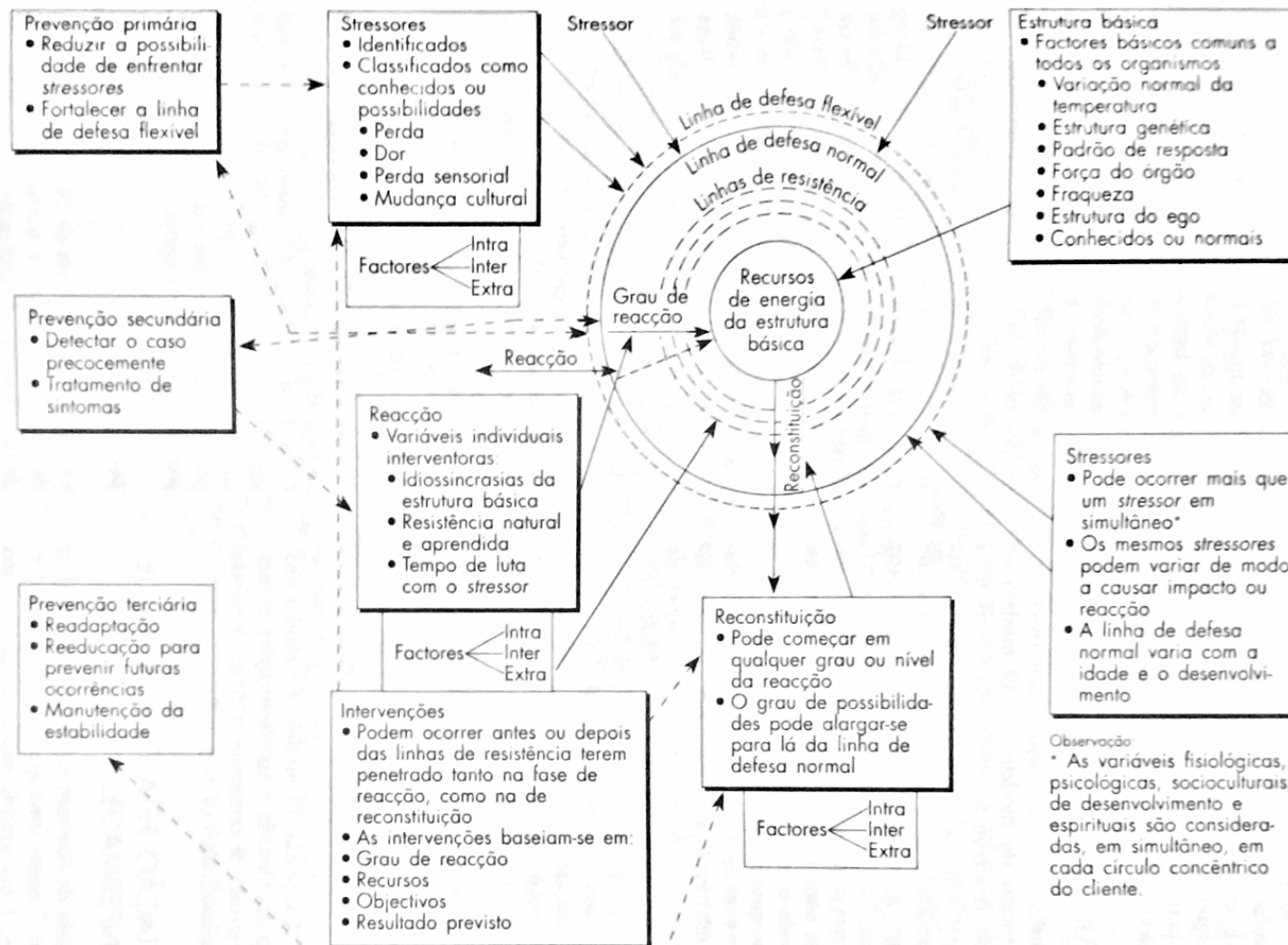
(Gonçalo Proença)

GP/CL



Anexo I – Diagrama do Modelo de Sistemas de Neuman

A Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Prevenção do Trauma Perineal no Parto



Anexo II – Síntese de Registo de Atividades Práticas

13. Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family counselling and health promotion	<u>54</u>
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant woman	
• Exames Pré-Natais/Prenatal Examinations (100)	<u>160</u>
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor.	
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	<u>49</u>
• Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	<u>0</u>
• Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiple births	<u>0</u>
• Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	<u>8</u>
• Episiotomia/Episiotomy	<u>0</u>
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy	<u>19</u>
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at risk	
• Gravidez/Pregnancy (40)	<u>68</u>
• Trabalho de parto/Labor	<u>67</u>
• Puerpério/Puerperium	<u>50</u>
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	<u>100</u>
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/Supervision and care to the healthy new-born (100)	<u>101</u>
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ Supervision and care to the new-born in need of special care	<u>5</u>
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/Supervision and care to the women with gynaecological pathology	<u>44</u>



9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/*Supervision and care to the woman in the area of sexual health*

- Colocação de DIU/IUD *insertion practice* 1
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 2
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 8

10. Prática Simulada/*Simulated practice*

- Prática em partos eutócicos/*Practice eutocic delivery* ✓
- Prática em partos de apresentação pélvica/*Practice in breech presentation deliveries* ✓
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/*Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* ✓
- Prática na colocação de DIU/IUD *insertion practice* ✓
- Prática na colocação de implantes/*Implants insertion practice* ✓
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* ✓

Lisboa, 18 / 3 / 2022

Estudante/*Student*

Daniela Marques

Docente/*Teacher*

Luísa Salto-Mayer

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

M^{te} Anabela Faria Rosa