



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**Os fatores que influenciam a integridade
perineal no parto vaginal**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE
DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS
NA
ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E
OBSTÉTRICA**

Juliana Beatriz Pinto Fernandes

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OS FATORES QUE INFLUENCIAM A
INTEGRIDADE PERINEAL NO PARTO VAGINAL
PERINEAL INTEGRITY IN VAGINAL BIRTH AND
ITS INFLUENCING FACTORS

Relatório de estágio
orientado pela Professora Doutora
Alexandrina Cardoso e coorientado pela
Mestre Maria Arminda Nunes

Porto, 2024

AGRADECIMENTO

Aos professores da ESEP que me orientaram ao longo destes mais de dois anos, em especial à Professora Alexandrina Cardoso por acreditar na minha capacidade de fazer mais e melhor;

Aos EEESMO que me guiaram neste caminho, partilhando comigo as suas experiências e conhecimento;

Às minhas colegas do MESMO, pelo companheirismo;

Aos meus colegas da Pediatria do IPO, pela paciência e compreensão nesta fase tão exigente;

Aos meus pais e aos meus irmãos, por me lembrarem daquilo que é importante;

Ao Fábio, por acreditar em mim mesmo quando eu não acreditei;

O meu sincero agradecimento.

RESUMO

O presente relatório tem como objetivo a descrição crítica do processo de aquisição de competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, assim como identificar, através de uma revisão da literatura, os fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam a ocorrência de lacerações perineais durante o trabalho de parto.

Ao longo deste relatório, analisa-se criticamente o processo de desenvolvimento de competências adquiridas nos diferentes contextos de estágio, nomeadamente no âmbito do período pré-natal, do trabalho de parto e do período pós-parto.

Durante o estágio na sala de partos, foi possível verificar a ocorrência de lacerações perineais em várias mulheres durante o trabalho de parto. As lacerações perineais que ocorrem durante este período têm impacto na saúde física e psicológica destas mulheres, pois aquelas que sofrem trauma perineal no parto têm maior probabilidade de experienciar sintomas físicos (dor no local da ferida perineal, infeção da ferida perineal, incontinência urinária, dorsalgia e dispareunia), o que pode levar ao desenvolvimento de sintomatologia negativa do foro psicológico. Releva assim estudar esta temática, de modo que se possam prestar os melhores cuidados relativamente à promoção da integridade perineal, promovendo também, desta forma, uma experiência de parto positiva e favorecendo a recuperação pós-parto.

Através de uma revisão integrativa da literatura, contribuiu-se para a melhoria dos cuidados a estas parturientes, identificando os fatores que as predispõem à ocorrência de lacerações perineais. De acordo com os resultados desta revisão, as intervenções a implementar para promover a integridade perineal poderão passar pela massagem perineal a partir das 34 semanas de gestação, o treino da musculatura do pavimento pélvico na gravidez, incentivar as posições verticais e de flexibilidade do sacro no trabalho de parto, usar lubrificante e compressas quentes durante o segundo estadio do trabalho de parto, assim como o uso da técnica hands on vs. hands off deverá ser ponderada caso a caso.

Palavras-chave:

Integridade do períneo; lacerações perineais; trabalho de parto; Enfermagem de
Saúde Materna e Obstétrica

ABSTRACT

This report aims to critically describe the process of acquiring skills within the scope of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, as well as identifying the intrinsic and extrinsic factors that influence the occurrence of perineal lacerations during labor through a literature review.

Throughout this report, the skills acquired in different internship contexts are described, namely in the prenatal period, labor and postpartum period.

During the internship in the delivery room, it was possible to verify the occurrence of perineal lacerations in several women during labor. Perineal lacerations that occur during this period have an impact on the physical and psychological health of these women, as those who suffer perineal trauma during childbirth are more likely to experience physical symptoms (pain at the site of the perineal wound, perineal wound infection, urinary incontinence, back pain and dyspareunia), which can lead to the development of negative psychological symptoms. It is therefore important to study this topic, so that the best care can be provided regarding the promotion of perineal integrity, while also promoting a positive birth experience and favoring postpartum recovery.

Through an integrative review of the literature, it was explored how the best care could be provided to these women, identifying the factors that predispose to the occurrence of perineal lacerations. According to the results of this review, interventions to be implemented to promote perineal integrity may include perineal massage from 34 weeks of gestation, pelvic floor muscle training during pregnancy, encouraging vertical positions and sacral flexibility during labor, using lubricant and hot compresses during the second stage of labor, and the use of the hands-on vs. hands-off technique should be considered on a case-by-case basis.

Keywords:

Perineal integrity; perineal tears; perineal lacerations; labor; childbirth; Maternal and Obstetric Health Nursing

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF – Frequência cardíaca fetal

IMC – Índice de Massa Corporal

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OP – Occipitoposterior

OT – Occipitotransversa

RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

WHO – World Health Organizaton

Índice

INTRODUÇÃO	11
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	13
1.1. Cuidar a mulher na gravidez com complicações	13
1.1.1. Desafios de um internamento prolongado na gravidez	14
1.1.1.1. Critérios de escolha do caso	15
1.1.1.2. Conceção de cuidados	15
1.1.1.3. Análise do caso e desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	23
1.2. Cuidar a mulher em trabalho de parto	24
1.2.1. A mulher com patologia associada em trabalho de parto	25
1.2.1.1. Critérios de escolha do caso	25
1.2.1.2. Conceção de cuidados	26
1.2.1.3. Análise do caso e desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	34
1.2.2. O poder da mulher em trabalho de parto	35
1.2.2.1. Critérios de escolha do caso	36
1.2.2.2. Conceção de cuidados	36
1.2.2.3. Análise do caso e desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	41
1.2.3. A mulher com cesariana anterior em trabalho de parto	42
1.2.3.1. Critérios de escolha do caso	42
1.2.3.2. Conceção de cuidados	43
1.2.3.3. Análise do caso e desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	50
1.2.4. Cuidado transcultural à mulher em trabalho de parto	51
1.2.4.1. Critérios de escolha do caso	52
1.2.4.2. Conceção de cuidados	52
1.2.4.3. Análise do caso e desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	58
1.3. Cuidar a mulher no período pós-parto	59
1.3.1. O puerpério: tempo de cura	60
1.3.1.1. Critérios de escolha do caso	61

1.3.1.2. Conceção de cuidados	61
1.3.1.3. Análise do caso e desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	67
2. SÍNTESE DA EVIDÊNCIA: OS FATORES QUE INFLUENCIAM A INTEGRIDADE PERINEAL NO PARTO VAGINAL	69
2.1. Enquadramento temático e conceitos	69
2.2. Metodologia	71
2.3. Apresentação e discussão dos resultados	74
3. REFLEXÃO CRÍTICA – OS DESAFIOS, AS CONQUISTAS E O FUTURO	85
CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
ANEXOS	98

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Sistematização da conceção de cuidados no domínio da gravidez

Quadro 2 – Sistematização da conceção de cuidados no domínio da adaptação à gravidez

Quadro 3 – Sistematização da conceção de cuidados no domínio da adaptação à gravidez com complicações

Quadro 4 – Sistematização da conceção de cuidados no domínio dos comportamentos de ligação mãe-filho

Quadro 5 – Sistematização das intervenções resultantes de prescrição

Quadro 6 – Sistematização da conceção de cuidados no domínio da gravidez

Quadro 7 – Sistematização da conceção de cuidados no domínio do trabalho de parto

Quadro 8 – Sistematização da conceção de cuidados no domínio dos comportamentos de ligação mãe-filho

Quadro 9 – Sistematização das intervenções resultantes de prescrição

Quadro 10 – Sistematização da conceção de cuidados no domínio do trabalho de parto

Quadro 11 – Sistematização da conceção de cuidados no domínio dos comportamentos de ligação mãe/pai-filho

Quadro 12 – Sistematização da conceção de cuidados no domínio do trabalho de parto

Quadro 13 – Sistematização dos cuidados no domínio dos comportamentos de ligação mãe/pai-filho

Quadro 14 – Sistematização da conceção de cuidados no domínio do trabalho de parto

Quadro 15 – Sistematização dos cuidados no domínio dos comportamentos de ligação mãe/pai-filho

Quadro 16 – Sistematização da conceção de cuidados no domínio da recuperação pós-parto

Quadro 17 – Sistematização da conceção dos cuidados no domínio da adaptação à parentalidade: amamentação

Quadro 18 – Classificação das lacerações perineais

Quadro 19 – Construção da questão de pesquisa

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos

Figura 2 – Fatores que influenciam a integridade perineal

INTRODUÇÃO

O “Estágio de natureza profissional com relatório final” é uma unidade curricular integrada no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), que decorreu entre setembro de 2023 e julho de 2024. Os estágios foram realizados num centro hospitalar da região Norte nos contextos de internamento de grávidas, bloco de partos e puerpério.

O presente relatório tem como objetivo colocar em evidência a relevância das competências adquiridas durante o estágio realizado neste âmbito, assim como identificar, através de uma revisão da literatura, os fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam a ocorrência de lacerações perineais durante o trabalho de parto. Cada um dos contextos de estágio permitiu o acompanhamento da mulher inserida na família e comunidade em diferentes fases do seu ciclo reprodutivo, desenvolvendo-se, competências específicas enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) no cuidado às mesmas em cada uma destas fases – gravidez, trabalho de parto e pós-parto.

O relatório integra capítulos dedicados a cada um destes momentos, refletindo-se em cada um deles sobre as respetivas competências adquiridas. Integra também uma revisão, seguindo os princípios da revisão integrativa da literatura, sobre uma temática que surgiu de uma necessidade de aprofundamento de conhecimento durante o estágio no bloco de partos, sintetizando a evidência relativa a esse tema – a integridade perineal no parto vaginal. A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (Polit & Beck, 2017).

Apresenta ainda uma reflexão crítica relativa ao processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMO.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica foi objetivo central dos diversos estágios realizados. Os diversos contextos permitiram o contacto com mulheres em diferentes fases do seu ciclo reprodutivo e, por conseguinte, o desenvolvimento de competências diferenciadas no cuidar da mulher em cada um destes momentos da sua vida.

1.1. Cuidar a mulher na gravidez com complicações

O estágio no contexto de internamento de grávidas foi realizado no serviço de medicina materno-fetal de um centro hospitalar universitário de cuidados de saúde diferenciados da região Norte. Este serviço dispõe de enfermarias de uma, duas, três ou quatro camas. Uma das enfermarias, com capacidade para quatro mulheres, é destinada à indução do trabalho de parto. Outra enfermaria, quando não está ocupada por grávidas, recebe puérperas e recém-nascidos. Este serviço recebe ainda puérperas sem recém-nascido, estando estas em enfermarias separadas das puérperas com recém-nascido quando internadas em simultâneo. Neste serviço recebem-se ainda mulheres submetidas a interrupções médicas da gravidez e em trabalho de abortamento, quando existe necessidade de internamento.

As grávidas em regime de internamento prolongado e com necessidade de repouso ficam, por norma, nas enfermarias partilhadas. Para os cuidados de higiene, cada enfermaria dispõe de uma casa de banho com possibilidade do uso de maca-banheira. Quando os cuidados são prestados no leito, usam-se cortinas para criar privacidade no espaço de cada grávida. Nem todas as camas têm uma janela junto a si, pelo que, se as cortinas estiverem fechadas, algumas delas não têm acesso à luz do dia. Sempre que possível, mobilizavam-se as grávidas em repouso no leito para junto das janelas, caso assim o desejassem.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, corroborado pelo Parecer n.º 43/2019 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que se referem ao cálculo de dotações seguras, no contexto de internamento de medicina materno fetal o rácio EEESMO/ utente recomendado é de um para três na gravidez de alto risco e um para seis na gravidez de médio risco. Os rácios cumpridos no serviço referido são de um EEESMO para cada seis mulheres e, quando se aplica, os seus recém-nascidos. Isto significa que, cada EEESMO, pode ter ao seu cuidado, em simultâneo, puérperas e recém-nascidos, parturientes em indução do trabalho de parto, grávidas de médio/alto risco e mulheres em processo de abortamento. Para os EEESMO, esta é uma situação extremamente exigente, que requer uma grande capacidade de compartimentação. Enquanto estudante do MESMO, prestar cuidados a mulheres em fases tão diferentes do seu ciclo reprodutivo exigiu que gerisse as minhas emoções de forma a não deixar transparecer a exigência do processo por que estava a passar, tentando transmitir empatia quer em situações de grande felicidade, como de tristeza e luto. Além disso, exigiu que mobilizasse conhecimentos de diversas áreas, pois, no mesmo turno, é possível prestarem-se cuidados a mulheres em indução de trabalho de parto, a grávidas com complicações e a mulheres em trabalho de abortamento, em simultâneo, o que se traduziu num enorme desafio.

Apoiar as mulheres nos desafios de um internamento prolongado durante a gravidez é um importante alvo dos cuidados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), pelo que interessa aprofundar a conceção e implementação de cuidados a estas mulheres. Assim, o caso seguinte é representativo deste processo.

1.1.1. Desafios de um internamento prolongado na gravidez

Grávida de 24 semanas e um dia, gravidez gemelar, monocoriónica, biamniótica, primigesta, recorreu à urgência de ginecologia/obstetrícia por metrorragia às 17 semanas de gestação. Confirmação ecográfica de placenta prévia e vasa prévia.

Mantém-se internada às 24 semanas e um dia, após novo episódio de perda sanguínea vaginal significativa no dia anterior. O marido é o seu acompanhante e pessoa significativa ao longo deste processo, mas não se encontrava presente neste turno. O plano seguinte refere-se aos cuidados prestados ao longo de um turno da tarde.

1.1.1.1. Critérios de escolha do caso

A escolha deste caso foi motivada pela possibilidade de demonstrar o maior número de competências desenvolvidas ao longo deste estágio. O facto de se tratar de uma gravidez gemelar, com placenta prévia, vasa previa e metrorragia do segundo trimestre permite abordar vários aspetos do papel do EEESMO no acompanhamento de uma gravidez com complicações, devido às implicações na transição para a parentalidade desta grávida. Esta foi também uma oportunidade de enfatizar que, ainda que uma grávida apresente patologia associada, continua a passar por todos os processos de adaptação à gravidez, acrescentando-lhe ainda a necessidade de adaptação às complicações associadas à sua condição. Surge também uma oportunidade para abordar a importância da saúde mental durante a gravidez, assim como a conceção e a implementação de cuidados especializados ao nível da promoção do bem-estar físico e emocional da grávida e da pessoa que a acompanha neste processo.

1.1.1.2. Conceção de cuidados

Ao longo do turno foram avaliadas as necessidades em cuidados da grávida e foram sendo abordadas as questões que, para si, faziam sentido. Foram utilizadas questões de resposta aberta sempre que necessário (como está? Como se sente? O que posso fazer por si neste momento?), para guiar a recolha de dados. Daí surgiram os diagnósticos, enunciados de seguida, e o consequente plano de cuidados elaborado.

O EEESMO tem como competência específica conceber, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, assim como cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante (Regulamento n.º 391/2019).

A gravidez - ou gestação - é um processo fisiológico, experienciado milhões de mulheres ao longo da história da humanidade, não se tratando de um estado de doença que requeira tratamento. O processo de gerar num novo ser desencadeia uma adaptação a uma nova situação (ser mãe, ser pai) e modificações fisiológicas corporais e emocionais, que culminam no nascimento de uma criança (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015). O Quadro 1 refere-se à conceção de cuidados a esta grávida, no que diz respeito ao domínio da gravidez.

Quadro 1 – Sistematização da Conceção de cuidados no domínio da gravidez

GRAVIDEZ			
Dados iniciais		Data da última menstruação	31-10-2023
		Teste de gravidez	Positivo
Dados de avaliação	14h30	Idade gestacional	24 semanas + 1 dia
		Data provável de parto	07-08-2024
		Pressão sanguínea	Membro superior esquerdo 115/68 mmHg
		Perda sanguínea vaginal	Muito escassa, acastanhada
		Edemas	Ausentes
Objetivo		Determinar sinais de complicação da gravidez e/ou desenvolvimento fetal	
Intervenções		Avaliar evolução da gravidez (sem horário)	
		Referenciar compromisso da gravidez ao médico (SOS)	

Define-se adaptação à gravidez o processo pelo qual cada mulher se ajusta ao facto de estar e de se sentir grávida. Este processo começa no início da gravidez e continua à medida que a gravidez avança. Os ajustamentos incluem dimensões físicas, emocionais e sociais. A gravidez é vivenciada tanto emocional quanto fisicamente. Pela ausência de possibilidade de voltar para o conceito de si pré-gravidez, esta constitui também uma oportunidade de crescimento e reformulação do autoconceito (Cardoso et al., 2023a). Apesar das complicações associadas à sua gravidez, esta mulher continua a experienciar o processo de gravidez, tendo em comum com todas as grávidas o processo de adaptação a esta nova condição, o estar grávida. O Quadro 2 refere-se à conceção de cuidados relativa ao domínio da adaptação à gravidez.

Quadro 2 – Sistematização da Conceção de cuidados no domínio da adaptação à gravidez

ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ	
Potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento fetal	
Dados	Conhecimento sobre desenvolvimento fetal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. A grávida refere saber que iniciou repouso no leito e corticoterapia porque apresentou sangramento vaginal e atingiu as 24 semanas de gravidez (nos sangramentos anteriores apenas ficou em vigilância). Questiona qual o estado de desenvolvimento dos seus bebés às 24 semanas, pois a obstetra referiu que este seria o “limite da viabilidade” (sic).
Objetivo	Promover ajustamento à gravidez
Intervenções	Ensinar sobre desenvolvimento fetal (15h30) • Explicar que nesta fase os órgãos dos fetos continuam a amadurecer, e os fetos começa a ganhar peso devido ao desenvolvimento do tecido adiposo. O sistema nervoso está mais desenvolvido e permite que se movimentem no útero, sendo esses movimentos sentidos pela mulher. Os movimentos fetais variam ao longo do dia e de acordo com a idade gestacional. As áreas especializadas no cérebro do feto continuam a

	desenvolver-se com células nervosas responsáveis pelo olfato, paladar, audição, visão e tato, e outros neurónios responsáveis pela memória e funções cerebrais continuam a formar-se. Os rins do feto já produzem urina e os intestinos vão acumulando o mecônio (primeiras fezes) (Cardoso et al., 2023); • Explicar que quanto maior a idade gestacional, maior a probabilidade de sobrevivência sem sequelas (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016); • Explicar que administração de corticoides para maturação pulmonar entre as 23 e as 25 semanas de gestação está associada a mais sobrevivência e a menos sequelas (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016). Avaliar evolução do conhecimento sobre desenvolvimento fetal (sem horário)
Significado atribuído à gravidez	
Dados	Significado atribuído à gravidez: facilitador¹ A grávida refere-se à sua gravidez como “uma bênção” (sic) e refere ainda que “estas filhas são muito desejadas por mim e pelo meu marido” (sic).
Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade	
Dados	Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. A grávida refere sentir-se muito ansiosa com a possibilidade de uma nova perda sanguínea mais abundante. Refere conhecer várias estratégias de relaxamento e para controlo da ansiedade, mas tem dificuldade em implementá-las no ambiente hospitalar. Refere usar em casa a música e a meditação como estratégias de relaxamento, mas tem dificuldade em fazê-lo na enfermaria, pela falta de privacidade.
Objetivo	Promover autogestão da ansiedade

¹ Cada mulher vive as mudanças da gravidez de uma forma única, criando significados subjetivos enquanto tenta lidar com todas as experiências que surgem no seu mundo interno e externo. As práticas dos profissionais de saúde devem ter como objetivo incorporar um profundo respeito pela experiência singular de se conceber uma mãe, um bebé e os seus múltiplos significados (Rosado & Marques, 2016). Não há feto sem mulher que vive, sente, pensa e sonha a sua gravidez (Winnicott, 1956).

Intervenções	Assistir cliente no treino do autocontrolo: ansiedade² (15h45) • Identificar estratégias que a relaxam habitualmente – incentivar o uso das estratégias que identificou como resultando para si, como a meditação e ouvir música, criando condições de privacidade para que as possa implementar; • Sugerir uso de fones de ouvido/ tampões de ouvido para ajudar a cancelar o ruído exterior; • Gerir ambiente – fechar cortinas, negociar momentos de silêncio e de partilha de experiências com as restantes grávidas que partilham a mesma enfermaria.
---------------------	--

Apesar de a grande maioria das gravidezes decorrer de forma saudável, cerca de 15% das grávidas irão desenvolver uma complicação que exige cuidado diferenciado e, algumas destas, irão necessitar de intervenção obstétrica (WHO, 2017). Considera-se gravidez de baixo risco aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada, nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal (DGS, 2015). A avaliação do risco gestacional contempla a informação obtida a partir da história clínica (incluindo aspetos demográficos, culturais e socioeconómicos) e de exames laboratoriais e imagiológicos. São considerados fatores de risco materno-fetais – entre outros - a gravidez gemelar, assim como a placenta prévia (Norma 001/2023).

O caso da grávida aqui apresentada representa a vivência de uma gravidez com complicações, nomeadamente placenta prévia e vasa prévia, com consequente perda sanguínea vaginal, motivo do seu internamento. Trata-se ainda de uma gravidez gemelar.

²A gravidez de risco e a prática de repouso no leito na gravidez estão associadas a um aumento do stress materno e níveis de ansiedade, assim como a um maior risco de depressão (Jain et al., 2020; Denis et al., 2012; Lee et al., 2012). Assim, devido à influência destes fatores na saúde mental da mulher grávida, foi prestada particular atenção ao seu estado emocional. Garantir que tinha uma janela junto à cama, garantir a possibilidade de comunicar com outras grávidas e estar presente para escutar a grávida neste momento de vulnerabilidade foram algumas das medidas implementadas neste turno.

O luto pode ser causado por vários tipos de perdas, – de entes queridos, de relacionamentos, de objetos – assim como por transições e mudanças de vida, em particular as indesejadas. Cria-se ligações com sonhos e idealizações e, por isso, confrontados com a perda dos mesmos, vivenciamos um processo de luto (Doka, 2016).

Durante a gravidez, a mulher cria representações mentais do seu filho, neste caso, das suas duas filhas, que representam o filho idealizado (Stern, 1997). No entanto, nesta situação, a grávida sabe que as suas filhas irão nascer prematuras e que existe a possibilidade de morte fetal devido à sua condição patológica (placenta prévia e vasa previa). Face à metrorragia que apresentou e ao início da corticoterapia, a grávida deparou-se com a possibilidade de um parto pré-termo numa idade gestacional inferior à que imaginava. Experienciando um processo de luto, pela perda das filhas como as imaginava e de um luto antecipatório, pela possibilidade de não sobrevivência de um/ambos os fetos. O Quadro 3 refere-se à conceção de cuidados relativa do domínio da adaptação à gravidez com complicações.

Quadro 3 – Sistematização da Conceção de cuidados no domínio da adaptação à gravidez com complicações

ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	
Luto: Potencial para melhorar significado atribuído à perda	
Objetivo	Promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o luto
Dados	Significado atribuído à perda: culpa própria ^{3 4} A grávida apresenta um fâcias triste e encontra-se menos comunicativa que o habitual. Referiu sentir-se triste, porque não irá conhecer as suas filhas da forma que imaginava, pois

³ A reformulação de significados em resposta à perda é o processo central do luto (Neimeyer, 2001).

⁴ Os sentimentos de culpa estão frequentemente presentes no luto, podendo ser um determinante do sucesso deste processo (Stroebe et al., 2014).

	não poderá ter um parto normal e que está assustada com a possibilidade de nascerem mais prematuras do que imaginava⁵. A grávida refere sentir-se culpada pela perda hemática vaginal, porque aconteceu após se ter levantado para ir ao WC, pois estava a cumprir apenas repouso relativo.
Intervenções	Assistir cliente a analisar o significado dificultador • Relembrar a grávida que estava a cumprir com aquilo que lhe tinha sido recomendado quando a perda aconteceu; • Explicar que, de acordo com a evidência, o repouso absoluto no leito não parece reduzir a probabilidade um episódio de hemorragia nos casos de placenta previa/ vasa previa (Jain et al., 2020; Silver, 2015). • A estratégia utilizada foi que a grávida chegasse por si à conclusão de que o episódio de hemorragia não tinha sido causado pela própria, através de perguntas como “O que a leva a acreditar que a hemorragia foi causada por si?” “Quando teve os episódios de perda anteriores estava a movimentar-se em todos eles?” Avaliar evolução do significado atribuído à perda (sem horário)

A ligação mãe-filho no período pré-natal é um fator preditor para a ligação mãe-filho no pós-natal, além disso, uma ligação mãe-filho facilitadora é um fator protetor em relação aos sintomas depressivos, tanto durante a gravidez como no período pós-parto (Cardoso et al., 2023a; Petri et al., 2018). O Quadro 4 sistematiza a conceção de cuidados relativa aos comportamentos de ligação mãe-filho.

⁵ Sentimentos de desespero, desamparo, protesto, raiva e tristeza são reações normais à perda que ocorrem durante o período de luto (Brown & Stoudemire, 1983).

Quadro 4 – Sistematização da Conceção de cuidados no domínio dos comportamentos de ligação mãe-filho

COMPORTAMENTOS DE LIGAÇÃO MÃE-FILHO	
Ligação mãe-filho	
Dados	Características da ligação mãe-filho: facilitadora A grávida refere que o melhor momento dos seus dias é “ouvir o coração das minhas filhas” (sic), aquando da auscultação da frequência cardíaca fetal (FCF). Fala para a barriga e acaricia-a várias vezes ao longo do turno.
Objetivo	Determinar evolução da ligação mãe-filho
Intervenções	Avaliar evolução da ligação mãe-filho (sem horário)

Ao longo deste turno, implementaram-se ainda intervenções resultantes de prescrição. O Quadro 5 refere-se à implementação das mesmas.

Quadro 5 – Sistematização das Intervenções resultantes de prescrição

PRESCRIÇÕES	
Repouso absoluto no leito (sem horário)	Desta prescrição, recorre a necessidade de assistir a grávida em todos os domínios do autocuidado nos quais esteja limitada (higiene, uso do sanitário, ...), promovendo a sua autonomia e respeitando a sua privacidade⁶.
Auscultar frequência cardíaca fetal (1x/turno)	15h – (com recurso a ecodoppler) FCF feto 1 – 130 bpm (quadrante inferior direito); FCF feto 2 – 145 bpm (quadrante superior esquerdo). • Enquanto EEESMO apesar de se cumprir uma prescrição, aproveita-se este momento para avaliar as características da ligação mãe-filho.

⁶ Apesar da prescrição de repouso absoluto no leito desta grávida ter sido cumprida, a evidência sobre esta temática não parece ser consistente com esta prática, sendo que este não parece reduzir a probabilidade um episódio de hemorragia nos casos de placenta previa/ vasa previa (Jain et al., 2020; Silver, 2015).

Administrar dexametasona Intramuscular, 6 mg (12/12h, 4 administrações)	19h – Administrar conforme prescrição. ⁷
---	---

1.1.1.3. Análise do caso e desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Numa gravidez com complicações, o trabalho de equipa multiprofissional é essencial para resultados favoráveis para a mulher e feto (WHO, 2017). A partilha dos dados recolhidos representa a possibilidade de adequação do plano de cuidados de cada grávida em concreto, individualizando-o. Os dados recolhidos pelo EEESMO permitem reconhecer o que extrapola o seu campo de intervenção, isto é, de acordo com a deontologia profissional dos enfermeiros, reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma (Lei n.º 8/2024), assegurando que a mulher grávida aceda aos cuidados de saúde de que necessita.

De acordo com a unidade de competência 2.3 do regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, o EEESMO “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez” e “coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante” (Regulamento nº 391/2019, p. 13562). No contexto do internamento de grávidas, foi possível prestar cuidados a mulheres com patologia, quer prévia à gravidez, quer associada à mesma, tendo sido explorada a oportunidade de conceber, implementar e avaliar os cuidados prestados nestas situações específicas,

⁷ Importa referir o início da corticoterapia, pois neste momento a grávida foi confrontada com a possibilidade do parto pré-termo e com as suas consequências, incluindo as emoções negativas potencialmente associadas a esta possibilidade.

sendo este caso apenas um exemplo representativo de tantos outros. As mulheres cuidadas apresentavam patologias diversas, no entanto, as suas necessidades de cuidados específicos em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) foram semelhantes, independentemente da sua patologia, associadas, por exemplo, ao internamento prolongado, ao isolamento social, à necessidade de repouso no leito e às dificuldades associadas a estas situações. À luz da Teoria das Transições de Meleis (2010), estas mulheres vivem, em simultâneo uma transição desenvolvimental – a transição para a parentalidade – e, por vezes, uma transição saúde/doença, sendo um dos principais focos de atenção do EEESMO promover transições saudáveis. Efetivamente, este contexto foi ainda rico em experiências que permitiram, em concreto, o desenvolvimento da capacidade de comunicação em situações de más notícias, assistindo as mulheres no processo de luto pelo filho imaginado, assim como pelas experiências de gravidez e parto imaginadas.

1.2. Cuidar a mulher em trabalho de parto

O estágio em contexto de bloco de partos foi realizado num centro hospitalar universitário de cuidados de saúde diferenciados da região Norte. Durante a sua duração, os recursos físicos deste serviço foram sofrendo alterações ao longo do tempo, no contexto de obras para melhoria da estrutura do mesmo. Durante a maior parte do estágio, este serviço tinha disponível uma área de admissão, acoplada à urgência de Ginecologia/Obstetrícia, com um gabinete de enfermagem e uma sala com monitorização cardiotocográfica. Quatro salas de partos, duas salas de bloco operatório e uma sala que permitia internamento de quatro parturientes em fase latente do trabalho de parto. Em cada turno, estavam escalados cinco EEESMO, assim como mais três enfermeiros para o bloco operatório (podendo ser EEESMO ou não). De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, corroborado pelo Parecer n.º 43/2019 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que se refere ao cálculo de dotações seguras, no contexto da assistência intraparto deve ser

cumprido o rácio de um EEESMO para cada duas parturientes no primeiro estadio do trabalho de parto, um EEESMO para cada parturiente no segundo estadio e um EEESMO para cada três mulheres nas induções do trabalho de parto. Efetivamente, o cumprimento destes rácios depende da taxa de ocupação do serviço, assim como do estadio do trabalho de parto em que se encontra cada mulher admitida, sendo que com taxa máxima de ocupação, não é possível os mesmos serem cumpridos com os recursos humanos disponíveis. Ao longo do estágio, a taxa de ocupação do serviço variou dos zero aos 100%, sendo que foram sempre implementadas medidas de gestão no sentido de se cumprirem as dotações recomendadas.

1.2.1. A mulher com patologia associada em trabalho de parto

O seguinte caso clínico é representativo da conceção de cuidados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, no serviço previamente descrito, durante um turno noturno. O turno decorreu entre as 21h e as 8h30. Pelas 2h30, deu entrada no serviço uma grávida, de 20 anos, primigesta, gravidez de 38 semanas e seis dias, proveniente do internamento de grávidas de risco para continuação de protocolo de indução do trabalho de parto. Iniciou indução com misoprostol no internamento após entrada na urgência por subida tensional e análises compatíveis com pré-eclâmpsia. Solicita à chegada colocação de cateter epidural. Encontra-se acompanhada pela cunhada. Tem como antecedente clínico hipertensão gestacional, controlada com dieta.

1.2.1.1. Critérios de escolha do caso

A escolha deste caso para espelhar a conceção de cuidados foi motivada por diversos fatores. O EEESMO assume no seu exercício profissional tanto intervenções autónomas a situações de baixo risco, como intervenções quer autónomas, quer interdependentes em situações de médio e alto risco, estas

últimas entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Regulamento n.º 391/2019). Assim, o cuidado a uma mulher com pré-eclâmpsia durante o trabalho de parto permitiu o desenvolvimento de competências específicas nesta área de atuação. Foi também fator para esta escolha o facto de o contacto com esta parturiente ter acontecido numa fase inicial do estágio, sendo objetivo demonstrar com a conceção de cuidados dos planos seguintes a evolução que deles decorreu. Além dos anteriores, relevou o facto de se tratar de um turno noturno, para que, em conjunto com os planos seguintes, se possa verificar a diversidade dos contextos experienciados.

1.2.1.2. Conceção de cuidados

Os quadros seguintes representam a planificação da conceção dos cuidados a esta parturiente ao longo do turno referido, desde a colheita de dados, ao estabelecimento de diagnósticos, assim como à implementação de intervenções e a sua posterior avaliação, quando aplicável. O Quadro 6 representa a conceção de cuidados no domínio da gravidez.

Quadro 6 – Sistematização da Conceção de cuidados no domínio da gravidez

GRAVIDEZ			
Dados iniciais		Data da última menstruação	02-03-2023
		Teste de gravidez	Positivo
Dados de avaliação	2h30	Idade gestacional	38 semanas + 6 dias
		Data provável de parto	07-12-2023
		Peso	75 kg
		Altura	160 cm

		Pressão sanguínea	Membro superior esquerdo 150/100 mmHg
		Perda sanguínea vaginal	Sem perda
		Edemas	Ausentes
		Urina	Proteinúria ++ Sem outras alterações
Objetivo		Determinar sinais de complicação da gravidez e/ou desenvolvimento fetal	
Intervenções		Avaliar evolução da gravidez (sem horário)	

É importante distinguir o parto e o nascimento como sendo processos distintos. O parto refere-se a um processo que ocorre na mulher, envolvendo corpo e mente, enquanto o nascimento é um centrado na criança enquanto passa de feto a recém-nascido. O trabalho de parto é o conjunto de processos pelo qual o corpo da mulher passa, “desde a dilatação do colo do útero até à expulsão do feto e placenta para o meio exterior, permitindo à mulher, por essa via, ajudar o seu filho(a) a nascer” (Cardoso et al., 2023b, p.8). Pode também definir-se o trabalho de parto como o conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez iniciados, levam à “contratilidade uterina regular, à dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior.” (Mendes da Graça, 2017, p.220). O Quadro 7 representa a conceção de cuidados no domínio do trabalho de parto.

Quadro 7 – Sistematização da Conceção de cuidados no domínio do trabalho de parto

TRABALHO DE PARTO			
Apreciação inicial	2h30	Posição do colo do útero	Intermédia
		Consistência do colo do útero	Mole

		Extinção do colo do útero	80%
		Dilatação do colo do útero	3 cm
		Frequência da contração uterina	3/10 minutos
		Duração da contração uterina	30 segundos
		Dor de trabalho de parto	Dor do período de dilatação cervical
		Integridade das membranas amnióticas	Membranas íntegras
		Posição fetal	Esquerda
		Apresentação	Cefálica
		Variedade fetal	Indeterminada
		Descida do feto	Acima do 1.º plano de Hodge
		Bem-estar fetal	Normal (Linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas)
		Perda sanguínea vaginal - quantidade	Sem perda sanguínea vaginal
		Expectativa face ao parto	Preferencialmente por via vaginal
Objetivo	Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto		
Intervenções	Avaliar evolução do trabalho de parto Realizar exame vaginal⁸		

⁸ Na fase latente do trabalho de parto, devem realizar-se exames vaginais com intervalos adaptados às queixas da parturiente. A não evolução da dilatação e/ou extinção do colo do útero num intervalo de 8 horas deve ser comunicada a um Médico de Obstetrícia e Ginecologia (Orientação n.º 002/2023 da DGS, 2023)

	6h30	Posição do colo do útero	Intermédia
		Consistência do colo do útero	Mole
		Extinção do colo do útero	90%
		Dilatação do colo do útero	4 cm
		Frequência da contração uterina	3/ 10 minutos
		Duração da contração uterina	30 segundos
		Dor de trabalho de parto	Sem dor de trabalho de parto
		Integridade das membranas amnióticas	Membranas íntegras
		Posição fetal	Esquerda
		Apresentação	Cefálica
		Variedade fetal	Indeterminada
		Descida do feto	1.º plano de Hodge
		Bem-estar fetal	Normal
		Perda sanguínea vaginal – quantidade	Sem perda sanguínea vaginal
		Expectativa face ao parto	Preferencialmente por via vaginal
Objetivo	Facilitar trabalho de parto/ nascimento		
Intervenções	Assistir no posicionar (sem horário)		
	Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto (sem horário)		
	As estratégias utilizadas estão abaixo especificadas.		
	Gerir ingestão de líquidos ⁹ (sem horário)		

⁹ Oferecer líquidos claros (água, chá, colas, sumos sem polpa de fruta), gelatina ou gelados de água com sabor a fruta, conforme a parturiente desejar, se a evolução do trabalho de parto e a monitorização fetal forem normais (Orientação nº 002/2023 da DGS, 2023).

	Executar amniotomia ¹⁰ (6h30)
Objetivo	Controlar dor do trabalho de parto
Intervenções	Gerir analgesia ¹¹ (sem horário)
Potencial para melhorar conhecimento sobre o trabalho de parto	
Dados	Conhecimento sobre trabalho de parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. A parturiente refere não saber as características que distinguem as fases distintas do trabalho de parto, nem qual a sua duração normal, pelo que receia que o seu esteja a ser demasiado prolongado.
Objetivo	Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto
Intervenções	Ensinar sobre trabalho de parto (3h00) • Explicar que o trabalho de parto se divide genericamente em três diferentes estádios, que têm características e tempos (Mendes da Graça, 2017). • Explicar que o primeiro estadio do trabalho de parto (dilatação) subdivide-se entre fase latente (até aos 5 cm de dilatação) e fase ativa (a partir dos 5 cm de dilatação). Explicar que não foi estabelecida uma duração padrão da fase latente e que pode variar muito de uma mulher para outra (WHO, 2018). • Explicar que o segundo estadio do trabalho de parto (período expulsivo) é o período entre a dilatação cervical completa e o nascimento do bebé, sendo que o bebé não nasce imediatamente após atingir a dilatação completa e que a duração da segunda fase varia de uma mulher para a outra, podendo durar várias horas (WHO, 2018).

¹⁰ O uso da amniotomia para aceleração do trabalho de parto por rotina não está recomendado (WHO, 2018). No entanto, a parturiente estava a ser submetida a uma indução do trabalho de parto por pré-eclâmpsia e apresentou no turno valores tensionais elevados e de difícil controlo, pelo que foi explicado pela equipa médica à parturiente a possibilidade da necessidade da realização de uma cesareana emergente. Portanto, neste contexto, a intervenção foi usada não de forma rotineira, mas no sentido de acelerar o trabalho de parto, após consentimento informado, para que se esgotassem todas as alternativas seguras para si e para o feto que lhe permitissem um parto vaginal, conforme desejava.

¹¹ Analgesia epidural: cateterizar veia periférica e administração de soroterapia; administrar medicação através do cateter epidural, de acordo com prescrição; avaliar pulso radial e pressão sanguínea com dispositivo automatizado a cada 5 minutos após a administração do bólus epidural, até 20 minutos após o estabelecimento do bloqueio, e posteriormente a cada 15 minutos; avaliar nível sensitivo e motor do bloqueio 20 minutos após cada bólus e de hora a hora na perfusão contínua, usando a escala de Bromage: 0=Ausência de bloqueio motor (flexão completa dos joelhos e pés), 1=Bloqueio parcial (capaz de elevar os joelhos), 2=Bloqueio quase completo (apenas capaz de mexer os pés), 3=Bloqueio completo (incapaz de mover os joelhos ou os pés); contactar Anestesiologista se escala de Bromage for >2; vigiar eliminação urinária; incentivar e assistir na mobilização se Bromage 0, devendo o primeiro levantar após cada bólus ser acompanhado por EEESMO.

	Explicar que o terceiro estadio (dequitação) corresponde ao processo de expulsão da placenta após o nascimento e demora em média alguns minutos após o nascimento (Mendes da Graça, 2017), sendo que pode aguardar-se até uma hora pelo dequite espontâneo (Montenegro & De Rezende Filho, 2017). Avaliar evolução do conhecimento sobre trabalho de parto (sem horário)
Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto	
Dados	Conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir A parturiente refere saber que a bola de Pilates, posições verticais e mobilidade promovem a evolução do trabalho de parto, no entanto, por ter acabado de colocar cateter epidural e também por se encontrar cansada, refere a inviabilidade destas no momento, desconhece outras estratégias.
Objetivo	Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto
Intervenções	Ensinar sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto (3h30) - Explicar que na fase do trabalho de parto em que se encontra (apresentação fetal acima do 1.º plano de Hodge), no sentido de ampliar o estreito superior da bacia e promover a descida fetal, existem várias posições que pode adotar. Sendo que está cansada e com perda de sensibilidade temporária dos membros inferiores após colocação de cateter epidural, pode adotar posições em repouso com ausência de apoio na parte superior do sacro (como sentada na cama ligeiramente, reclinada para a frente ou em decúbito lateral: com pernas fletidas ou em extensão, posição de Sims, com o apoio da bola amendoim, favorecendo a rotação externa das pernas), posições na cama com cabeceira elevada também beneficiam do efeito da gravidade (mais verticais) (Calais-German & Vives Parés, 2009). - Explicar que deve optar pelas posições em que se sinta mais confortável e que deverá alternar as posições adotadas (Lawrence et al., 2013). - Explicar ainda que, quando recuperar a sensibilidade dos membros inferiores e, se assim o desejar, a analgesia epidural não é impeditiva da mobilidade e posições verticais, desde que se mantenha monitorização fetal adequada (Ducloy-Bouthors et al., 2020).
Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto	

Dados	Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. A parturiente refere vontade de adotar as estratégias anteriormente referidas e questiona como o poderá fazer.
Intervenções	Instruir e treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto (3h30) - Demonstrado o posicionamento em decúbito lateral com diferentes posições dos membros inferiores que a parturiente de seguida adotou. Instruir e treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto (3h30) - Demonstrou interesse no uso do amendoim para o posicionamento em decúbito lateral, pelo que foi demonstrado o seu uso e colocado entre os membros inferiores da parturiente de seguida.
Significado atribuído ao trabalho de parto	
Dados	Significado atribuído ao trabalho de parto: não dificultador A parturiente tem a expectativa de um parto normal e identifica o trabalho de parto como o caminho a percorrer para conhecer o seu filho.

Ao longo deste turno, a parturiente referiu várias vezes estar entusiasmada para conhecer o seu filho e demonstrou-se emocionalmente envolvida no processo. O Quadro 8 representa a conceção de cuidados no domínio dos comportamentos de ligação mãe-filho.

Quadro 8 – Sistematização da Conceção de cuidados no domínio dos comportamentos de ligação mãe/filho

COMPORTAMENTOS DE LIGAÇÃO MÃE-FILHO	
Ligação mãe-filho	
Dados	Características da ligação mãe-filho: facilitadora A parturiente refere que, apesar de preocupada com a sua situação clínica (pré-eclâmpsia), está muito entusiasmada para “finalmente” conhecer o seu filho (sic).
Objetivo	Determinar evolução da ligação mãe-filho

Intervenções	Avaliar evolução da ligação mãe-filho (sem horário)
---------------------	---

Devido à sua condição clínica, esta parturiente necessitou de cuidados específicos, direcionados à patologia que apresenta. O Quadro 9 refere-se à implementação de intervenções resultantes de prescrição no cuidado a esta parturiente.

Quadro 9 – Sistematização das Intervenções resultantes de prescrição

PRESCRIÇÕES		
Monitorizar pressão sanguínea conforme protocolo Além de cuidar a mulher de forma adequada no trabalho de parto e parto, os dois principais objetivos do cuidar de mulheres com pré-eclâmpsia durante o trabalho de parto e parto são a prevenção de convulsões e o controle da hipertensão (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2020).	2h45	161/103 mmHg
	2h55	157/93 mmHg
	3h05	155/98 mmHg
	3h15	143/87 mmHg
	4h00	141/80 mmHg
	5h00	138/91 mmHg
	6h00	133/87 mmHg
	7h00	135/88 mmHg
Labetalol (protocolo) Os objetivos do tratamento da hipertensão grave são prevenir a insuficiência cardíaca congestiva, a isquemia do miocárdio, a lesão ou insuficiência renal e o acidente vascular cerebral. O tratamento anti-hipertensivo deve ser iniciado rapidamente para hipertensão grave de início agudo (pressão arterial sistólica de 160 mm Hg ou mais ou pressão arterial diastólica de 110 mm Hg ou mais, ou ambas) que seja confirmada como persistente (15 minutos ou mais). O labetalol endovenoso é um dos fármacos mais utilizados para esse fim (ACOG, 2020).	2h45	Administrar labetalol
Sulfato de magnésio (protocolo) A evidência científica demonstra a eficácia do sulfato de magnésio na	3h05	Iniciar perfusão de sulfato de magnésio

prevenção de convulsões em mulheres com pré-eclâmpsia com características graves e eclâmpsia (ACOG, 2020).				
Monitorizar débito urinário (1/1h)	4h00	55 ml	Reflexos presentes	98%/17 cpm
Vigilar reflexos rotulianos (1/1h)				
Vigiar respiração (monitorizar saturação periférica de oxigénio e frequência respiratória (1/1h)	5h00	50 ml	Reflexos presentes	99%/18 cpm
	6h00	70 ml	Reflexos presentes	99%/18 cpm
Como o sulfato de magnésio é excretado quase exclusivamente na urina, a medição do débito urinário deve fazer parte da monitorização da parturiente, além da vigilância do estado respiratório e dos reflexos tendinosos (ACOG, 2020).	7h00	50 ml	Reflexos presentes	100%/17 cpm
	8h00	55 ml	Reflexos presentes	100%/17 cpm

1.2.1.3. Análise do caso e desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Neste turno, a prioridade inicial foi a estabilização materna e a monitorização fetal, numa situação da qual poderia surgir uma potencial emergência. No entanto, foi sempre respeitada a parturiente e a sua autodeterminação, sendo envolvida no processo de tomada de decisão.

A acompanhante foi envolvida no processo, realçando-se o seu papel importante enquanto suporte da mulher em trabalho de parto, lembrando sempre o papel da parturiente enquanto protagonista do seu parto. Tratando-se de um turno noturno, foi priorizado, sempre que possível o descanso de ambas e as intervenções não essenciais programadas para um horário mais oportuno para as mesmas.

No âmbito das competências comuns dos enfermeiros especialistas, foi possível nesta situação, que exigiu trabalho de equipa e cooperação, o desenvolvimento da competência do domínio da gestão dos cuidados descrita no artigo 7.º do Regulamento n.º 140/2019, que refere que o enfermeiro especialista é

responsável pela gestão dos cuidados de enfermagem, otimização da resposta da sua equipa e articulação na equipa de saúde. Este caso clínico permitiu ainda desenvolver a competência específica de cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, conforme previsto no Regulamento n.º 391/2010 (p. 13563), particularmente a unidade de competência 3.3 “providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto”.

Num primeiro olhar, esta seria a competência que mais se destacaria neste caso, mas, como descrito previamente, apesar de se terem priorizado inicialmente os cuidados relativos ao controlo dos sinais e sintomas da pré-eclâmpsia, neste turno foi possível o treino de competências além das focadas na patologia, conjugando a necessidade de permanecer tranquila e transmitir calma, com a vigilância e monitorização de potenciais riscos para a saúde da mulher e feto. Desta forma, cuidar a mulher durante o trabalho de parto é mais do que a prestação de cuidados prescritos por outros profissionais e, por isso, foi também garantido um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto, assim como foram concebidas, implementadas e avaliadas intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e da sua pessoa significativa, conforme descrito no regulamento previamente citado.

1.2.2. O poder da mulher em trabalho de parto

Primigesta, grávida de 39 semanas, foi admitida na sala de partos pelas 10h proveniente do serviço de medicina materno-fetal para continuação de protocolo de indução do trabalho de parto, que iniciou no dia anterior pelas 11h. O turno aqui exposto decorreu entre as 14h30 e as 21h30. Encontra-se acompanhada pelo marido. No exame vaginal à admissão apresentava 4 cm de dilatação, 80% de extinção, no final do turno da manhã (14h), foi avaliada de novo e o exame vaginal mantinha-se sobreponível ao anterior. A parturiente refere desejar um parto por via vaginal.

1.2.2.1. Critérios de escolha do caso

Este caso foi selecionado, entre outros motivos, por permitir explorar os cuidados à mulher na fase latente do trabalho de parto. Esta é primigesta e, portanto, está pela primeira vez a experienciar o trabalho de parto. Além disso, este caso foi interessante porque existia da parte do casal uma grande disponibilidade para aprender e interesse em tomar as rédeas da sua experiência de parto. O papel do EEESMO em apoiar a mulher neste momento, entendendo as suas necessidades foi fundamental. Apoiar as decisões deste casal, garantindo que são decisões esclarecidas e informadas foi central no planeamento dos cuidados a esta família.

1.2.2.2. Conceção de cuidados

A capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto refere-se ao desenvolver habilidades para usar a posição corporal, os ossos e os músculos pélvicos, com ou sem dispositivos, visando, direta ou indiretamente, influenciar positivamente a evolução do trabalho de parto. Estas habilidades são desenvolvidas através do treino, no sentido de alcançar a mestria (Cardoso et al., 2023b).

A autoeficácia reflete as crenças pessoais sobre o comportamento que influencia os resultados. Por isso, o propósito das intervenções de enfermagem é promover a experientiação, mesmo que por simulação, das fontes de informações da autoeficácia que são o desempenho, experiência vicariante, persuasão verbal elogiar desempenho; e respostas emocionais e fisiológicas (Cardoso et al., 2023b). Neste contexto, trabalhou-se particularmente o desempenho, através do treino de estratégias facilitadoras do trabalho de parto e a persuasão verbal, através do elogio do desempenho da cliente. O Quadro 10 representa a conceção de cuidados no âmbito do domínio do trabalho de parto,

nomeadamente ao nível da capacidade de usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto e da autoeficácia para lidar com o trabalho de parto.

Quadro 10 – Sistematização da Conceção de cuidados no domínio do trabalho de parto

TRABALHO DE PARTO	
Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto	
Dados	Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. A parturiente e o acompanhante referem ter participado em intervenções em grupo de preparação para o parto, no entanto, referem ter participado nas intervenções apenas num âmbito teórico, não tendo sido possível participar nas intervenções em que teriam treinado a implementação das estratégias abordadas. Portanto, não tem experiência anterior no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto. Questionar a mulher sobre as posições que conhece/abordou como sendo facilitadoras do trabalho de parto – refere ter abordado a importância do efeito da gravidade e da movimentação e pretende experimentar implementá-las. Questionar a mulher sobre dispositivos facilitadores do trabalho de parto – refere ter abordado o uso da bola de Pilates e demonstra interesse em usá-la.
Objetivo	Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto
Intervenções	Instruir e treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto (15h) Instruir e treinar uso da verticalidade e mobilidade da pelve¹², explicando que não existem movimentos errados, e que deve “ouvir o seu corpo” e perceber o que é melhor para si (a mulher caminhou pelo serviço e implementou movimentos da bacia,

¹² A ação conjunta da gravidade e das contrações uterinas favorece que a cabeça fetal se apoie uniformemente no colo do útero, a posição vertical intensifica a força, a regularidade e a frequência das contrações uterinas, favorecendo a dilatação do colo do útero, já a mudança de posição e movimentos diminuem a probabilidade de compressão dos vasos sanguíneos abdominais pelo útero, maximizando o fluxo para o útero, a placenta e o feto durante o trabalho de parto (Lawrence et al., 2013).

	balançando apoiada no companheiro, realizando movimentos de infinito...)
	Instruir e treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto (15h) Demonstrar o uso da bola de parto, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si e treine a sua utilização¹³.
Potencial para melhorar a autoeficácia para lidar com o trabalho de parto	
Dados	Autoeficácia para lidar com o trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. A parturiente refere-se sentir-se pouco confiante na sua capacidade de implementar as estratégias facilitadoras do trabalho de parto com sucesso.
Objetivo	Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto
Intervenções	Elogiar cliente (15h) “Que bem... faz isso muito bem”, “está a fazer tudo certo”, “parabéns”, “muito bem, é isso mesmo” (...)
	Assistir a implementar estratégias facilitadoras do trabalho de parto (15h) Apoiar a parturiente na implementação das estratégias previamente referidas.
Significado atribuído ao trabalho de parto	
Dados	Significado atribuído ao trabalho de parto: não dificultador A parturiente e o companheiro têm a expectativa de um parto normal, porque lhe atribuem um significado de positivo de um caminho a percorrer até conhecerem o seu filho. A parturiente está envolvida no processo de tomada de decisão e pretende ter um papel central na forma como o seu trabalho de parto se desenvolve (implementa estratégias facilitadoras do trabalho de parto).
Evolução do trabalho de parto	
Objetivo	Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto

¹³O uso da bola permite a verticalidade e a mobilidade durante o trabalho de parto. Sentada ou apoiada na bola, usando o movimento, a gravidade e a postura ereta, facilita a mobilidade da pelve e a descida fetal (Lawrence et al., 2013).

Intervenções	Avaliar evolução do trabalho de parto (sem horário) Realizar exame vaginal – após implementação das medidas anteriores, pelas 19h, a parturiente referiu aumento da dor do trabalho de parto e verificou-se maior frequência e intensidade das contrações, assim como alterações do seu comportamento (menos comunicação verbal, a movimentar-se mais, refere contrações dolorosas) pelo que foi novamente examinada¹⁴.		
Dados de avaliação	19:00	Posição do colo do útero	Intermédia
		Consistência do colo do útero	Mole
		Extinção do colo do útero	90%
		Dilatação do colo do útero	6 cm
		Frequência da contração uterina	3/10 minutos
		Duração da contração uterina	30 segundos
		Dor de trabalho de parto	Dor do período de dilatação cervical
		Integridade das membranas amnióticas	Membranas íntegras
		Posição fetal	Esquerda
		Apresentação	Cefálica
		Variedade fetal	Indeterminada
		Descida do feto	Acima do 1.º plano de Hodge
		Bem-estar fetal	Normal

¹⁴ As hormonas que sustentam gravidez e desencadeiam o parto também são projetadas para desencadear uma transformação no comportamento da mãe e bebé, criando um ambiente ideal para que o trabalho de parto progrida. Com o aumento da duração e intensidade das contrações e níveis crescentes de beta-endorfinas e ocitocina, haverá um aumento do efeito hipnótico e analgésico, causados por um funcionamento reduzido do neocórtex. A parte cognitiva do cérebro ainda é capaz de funcionar, mas neste momento predomina o sistema límbico, para que o corpo possa prosseguir com a adaptação fisiológica necessária para o parto. Se a parte cognitiva for estimulada nesta fase, é possível que o sistema límbico perca o domínio e o trabalho de parto pare de evoluir, ou evolua mais lentamente (Skinner et al., 2013).

		Perda sanguínea vaginal – quantidade	Sem perda sanguínea vaginal
		Expectativa face ao parto	Parto eutócico

Ao longo do trabalho de parto observaram-se ainda os comportamentos da parturiente e do seu companheiro relativamente à ligação mãe-filho e pai-filho. Ambos se demonstraram envolvidos no processo e entusiasmados para receberem o seu filho. A ligação pai-filho tem origem na gravidez e evolui ao longo do tempo. Ver ou sentir a criança, tanto durante a gravidez como no pós-parto, bem como interagir ou comunicar com a criança, parece facilitar a ligação dos pais com os seus filhos. Envolver o pai na gravidez e parto pode ser essencial para esta ligação (de Waal et al., 2023). O Quadro 11 sintetiza a conceção de cuidados neste âmbito.

Quadro 11 - Sistematização da Conceção de cuidados no domínio dos comportamentos de ligação mãe/pai-filho

COMPORTAMENTOS DE LIGAÇÃO MÃE/PAI-FILHO	
Ligação mãe/pai-filho	
Dados	Características da ligação mãe/pai-filho: facilitadora A parturiente refere sentir-se muito feliz por estar cada vez mais próxima de conhecer o seu filho. O pai esteve presente em todos os momentos, acariciando e falando para a barriga da mãe, dirigindo-se ao filho.
Objetivo	Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho
Intervenções	Avaliar evolução da ligação mãe/pai-filho (sem horário)

1.2.2.3. Análise do caso e desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Acreditar que a cliente possui em si os “poderes/talentos” para lidar com os desafios de saúde e que o EEESMO é o profissional de saúde que ajuda na descoberta e desenvolvimento desses “poderes”, enquanto recursos internos e externos, é um princípio central na prestação de cuidados em ESMO (Cerejeira et al., 2022). Tendo em conta que empoderar é ajudar a reconhecer e a desenvolver os recursos, em especial os recursos internos, e que a comunicação, incluindo linguagem positiva e uma abordagem flexível são relevantes para ajudar a mulher a sentir-se no controlo e a confiar no que o seu corpo sente e lhe pede a cada momento (Cardoso et al., 2023b), empoderar a mulher durante o trabalho de parto foi o ponto central do planeamento dos cuidados a esta parturiente.

No sentido de cuidar a mulher inserida na família durante o trabalho de parto, o EEESMO “atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado”, assim como “garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto” (Regulamento n.º 391/2019, p. 13563). Ao longo da implementação deste plano de cuidados, estes pressupostos foram sempre mantidos em conta. Neste âmbito, desenvolveram-se competências no sentido de promover uma experiência de parto positiva para a mulher, lembrando-a de que é a protagonista do seu trabalho de parto e que os profissionais de saúde envolvidos no processo assumem um papel de personagens secundários, que a apoiam no desenvolvimento da sua história, que é focada em si, na sua família e nas suas necessidades. No final deste turno, a evolução do trabalho de parto em relação à fase em que se encontrava inicialmente foi critério de resultado, demonstrando a eficácia das estratégias implementadas. Com estes resultados, a parturiente conseguiu perceber que foi ela, através das suas próprias ações, que promoveu a progressão do seu trabalho de parto, contribuindo para o seu empoderamento, melhorando a sua

confiança nas suas capacidades para controlar aquilo que depende de si neste processo.

1.2.3. A mulher com cesariana anterior em trabalho de parto

O seguinte caso clínico é representativo da conceção de cuidados de enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, num Bloco de Partos de um Centro Hospitalar da região Norte, durante um turno da tarde. O turno decorreu entre as 14h30 e as 21h30. Pelas 16h, foi admitida no serviço, proveniente do exterior, uma grávida, 38 semanas e quatro dias de gestação, 33 anos, em trabalho de parto espontâneo. Trata-se de uma segunda gestação, com história de uma cesariana anterior há três anos, por falência na descida fetal. Encontra-se acompanhada pelo marido. Frequentou preparação para o parto e para a parentalidade na Unidade de Cuidados na Comunidade da sua área de residência.

1.2.3.1. Critérios de escolha do caso

Este caso representou um ponto de viragem no estágio da sala de partos e marcou o início de um percurso mais confiante e autónomo na prestação de cuidados às mulheres, defendendo os seus melhores interesses e respeitando as suas vontades para aquele que é o trabalho de parto delas. A relação terapêutica construída baseada na confiança mútua e empatia foi o alicerce que levou a que se cumprisse o plano de parto deste casal. Esta mulher pediu especificamente liberdade de movimento no trabalho de parto e revelou uma enorme vontade de ter uma experiência de parto diferente da anterior. Recorreu à equipa de enfermagem e pediu que fossem seus defensores no cumprimento deste plano e daí resultou um parto calmo, tranquilo e onde se respeitaram os tempos e vontades da parturiente.

1.2.3.2. Conceção de cuidados

À chegada à sala de partos, a parturiente manifestou vontade de aguardar para a colocação do cateter epidural, apesar de querer colocá-lo posteriormente. Refere conhecer a função da dor no trabalho de parto, no entanto, é para si importante estar confortável e ter o mínimo de dor possível durante o mesmo. Assim, respeitando a tomada de decisão informada da mulher, foram tomadas medidas no sentido do apoio na implementação das estratégias não farmacológicas que selecionou até à colocação do cateter epidural e, posteriormente, foram iniciadas medidas farmacológicas para controlo da dor, conjugadas com as medidas não farmacológicas.

Uma incompatibilidade entre as expectativas da mulher e a experiência de parto está relacionada com o nível de satisfação relativo à experiência (Webb et al., 2021). Devido à experiência anterior de um trabalho de parto que terminou em cesariana por falência da descida fetal, foi importante a gestão de expectativas com este casal, para que, se o desfecho não fosse o desejado, estas não ficassem defraudadas. A parturiente e a pessoa significativa reconheceram que o desfecho do trabalho de parto não dependia só de si e, por isso, empenharam-se em intervir naquilo que dependia da sua ação (uso de estratégias facilitadores do trabalho de parto previamente descritas), para que se sentissem tranquilos com qualquer resultado.

No período expulsivo alternou posições, até encontrar a mais confortável para si, o decúbito lateral direito. Esta foi uma experiência enriquecedora, permitindo a assistência a um parto numa posição escolhida pela mulher, no ambiente que ela escolheu, acompanhada pela pessoa significativa que escolheu e os profissionais de saúde que escolheu (pediu especificamente para ser acompanhada no trabalho de parto por EEESMO). O Quadro 12 representa a conceção de cuidados a esta parturiente no domínio do trabalho de parto.

Quadro 12 – Sistematização da Conceção de cuidados no domínio do trabalho de parto

TRABALHO DE PARTO			
Apreciação inicial	16h	Posição do colo do útero	Anterior
		Consistência do colo do útero	Mole
		Extinção do colo do útero	80%
		Dilatação do colo do útero	5 cm
		Frequência da contração uterina	3/10 minutos
		Duração da contração uterina	30 segundos
		Dor de trabalho de parto	Dor do período de dilatação cervical
		Integridade das membranas amnióticas	Rotura espontânea (15h)
		Posição fetal	Direita
		Apresentação	Cefálica
		Variedade fetal	Indeterminada
		Descida do feto	1.º plano de Hodge
		Bem-estar fetal	Normal
		Perda sanguínea vaginal - quantidade	Sem perda sanguínea vaginal
		Expectativa face ao parto	Preferencialmente por via vaginal
Objetivo	Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto		
Intervenções	Avaliar evolução do trabalho de parto		

	• Realizar exame vaginal ¹⁵		
Dados de avaliação	18h	Posição do colo do útero	Anterior
		Consistência do colo do útero	Mole
		Extinção do colo do útero	90%
		Dilatação do colo do útero	8 cm
		Frequência da contração uterina	4 em cada 10 minutos
		Duração da contração uterina	30 segundos
		Dor de trabalho de parto	Sem dor de trabalho de parto
		Integridade das membranas amnióticas	Rotura espontânea (15h)
		Posição fetal	Direita
		Apresentação	Cefálica
		Variedade fetal	Indeterminada
		Descida do feto	2.º plano de Hodge
		Bem-estar fetal	Normal
		Perda sanguínea vaginal – quantidade	Sem perda sanguínea vaginal
		Expectativa face ao parto	Eutócico medicalizado
	19h30	Posição do colo do útero	Anterior
		Consistência do colo do útero	Mole
		Extinção do colo do útero	Extinto

¹⁵ Na fase ativa realizar exame vaginal de 4/4 horas se nada ocorrer que justifique exame vaginal imediato (vontade de realizar esforços expulsivos, CTG suspeita/patológica, necessidade de monitorização CTG interna, etc.). A não evolução da dilatação cervical num intervalo de 4 horas deve ser comunicada a um Médico de Obstetrícia e Ginecologia (Orientação n.º 002/2023 da DGS, 2023).

		Dilatação do colo do útero	10 cm
		Frequência da contração uterina	4 em cada 10 minutos
		Duração da contração uterina	30 segundos
		Dor de trabalho de parto	Sem dor de trabalho de parto
		Integridade das membranas amnióticas	Rotura espontânea (15h)
		Posição fetal	Direita
		Apresentação	Cefálica
		Variedade fetal	ODA
		Descida do feto	2.º-3.º plano de Hodge
		Bem-estar fetal	Normal
		Perda sanguínea vaginal – quantidade	Sem perda sanguínea vaginal
		Expectativa face ao parto	Eutócico medicalizado
	20h	Posição do colo do útero	Anterior
		Consistência do colo do útero	Mole
		Extinção do colo do útero	Extinto
		Dilatação do colo do útero	10 cm
		Frequência da contração uterina	4 em cada 10 minutos
		Duração da contração uterina	30 segundos
		Dor de trabalho de parto	Dor do período expulsivo
		Integridade das membranas amnióticas	Rotura espontânea (15h)
		Posição fetal	Direita
		Apresentação	Cefálica
		Variedade fetal	ODA

		Descida do feto	4.º plano de Hodge
		Bem-estar fetal	Normal
		Perda sanguínea vaginal – quantidade	Escassa
Objetivo	Facilitar trabalho de parto/ nascimento		
Intervenções	Assistir no posicionar (sem horário)		
	Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto		
	As estratégias utilizadas estão abaixo especificadas		
	Assistir na expulsão da placenta (20h30)		
Objetivo	Controlar dor do trabalho de parto		
Intervenções	Gerir analgesia (colocou cateter epidural após as 18h)		
	Administrar analgesia epidural, conforme prescrição		
Objetivo	Prevenir laceração do períneo		
Intervenções	Implementar medidas de proteção do períneo ¹⁶		
Objetivo	Promover parto eutócico		
Intervenções	Assistir no parto (20h)		
Objetivo	Prevenir complicação durante o período expulsivo/nascimento		
Intervenções	Executar técnica de parto (20h)		
Objetivo	Promover autocontrolo: lidar com a dor do trabalho de parto		
Intervenções	Envolver pessoa significativa no trabalho de parto		
	Incentivar o companheiro assistir nas estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto que treinou com a parturiente.		
	Assistir no uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto		
	Assistir a parturiente e o acompanhante no uso da bola de Pilates, na massagem com aplicação de calor e na alternância de posições (estratégias escolhidas pela mulher para o seu plano de parto).		
	Gerir ambiente físico para promover relaxamento (sem horário) ¹⁷		

¹⁶ Esta intervenção é discutida em pormenor mais à frente, aquando da revisão da literatura sobre a integridade perineal.

¹⁷ Para muitas mulheres, o ambiente do parto hospitalar é estranho e provoca medo e ansiedade. O medo e a ansiedade podem interromper as delicadas influências neuro-hormonais que

	Negociar com a parturiente e acompanhante a iluminação do quarto, assim como a gestão do ruído, conforme as suas preferências e a ajustando-as à necessidade de prestação de cuidados, privilegiando os desejos do casal.
Nascimento	
Dados	Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9 (20h)
	Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10 (20h05)
	Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10 (20h10)
Objetivo	Promover adaptação à vida extrauterina
Intervenções	Executar técnica de pele com pele ¹⁸
	Executar clampeamento do cordão umbilical ¹⁹
Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto	
Dados	Conhecimento sobre trabalho de parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. A parturiente refere ter receio de não perceber quando deve iniciar esforços expulsivos, pois o parto anterior terminou em cesariana, por falência na descida fetal, pelo que não experienciou essa sensação de ter “vontade de puxar” (sic).
Objetivo	Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto
Intervenções	Ensinar sobre trabalho de parto - Explicar que quando se aproxima o nascimento, a dor se localiza no abdómen e períneo, sendo caracterizada por uma combinação de dor resultante das contrações uterinas e alongamento do colo do útero, assim como dor associada à distensão dos tecidos vaginal e perineal. Este tipo de dor, resultante da distensão dos tecidos do períneo e da vagina, estimula a vontade de empurrar o bebé involuntariamente (Cardoso et al., 2023b); - Explicar que durante o segundo período do trabalho de parto, a apresentação fetal desce e ocorre uma compressão tanto na bexiga como no reto, gerando um reflexo que provoca uma forte

impulsionam o trabalho de parto e o nascimento, tornando a necessidade de intervenção externa mais provável. Um ambiente familiar e privado, no qual a mulher se sinta segura, promove a confiança e posterior relaxamento (Jenkinson et al., 2014).

¹⁸ Uma prática essencial para um parto seguro e saudável é manter mães e bebés juntos e garantir oportunidades ilimitadas de contacto pele com pele, (Crenshaw, 2014). A implementação de contacto pele com pele na primeira hora após o parto melhora as taxas de amamentação, diminuir a mortalidade materna e neonatal morbidade e promove a vinculação, com custo mínimo e provável ganho financeiro para os hospitais (Neczypor & Holley, 2017).

¹⁹ O clampeamento tardio do cordão umbilical (não antes de 1 minuto após o nascimento) é recomendado para melhorar os resultados de saúde materna e infantil (WHO, 2014).

	necessidade de pressionar ou empurrar. Portanto, a combinação de contrações intrauterinas involuntárias e esforços expulsivos voluntários, através do uso da musculatura abdominal e respiratória, ajudarão na expulsão do feto (Cunningham et al., 2022). • Explicar que a analgesia epidural pode prolongar o período expulsivo e que o decúbito lateral é preferido por muitas mulheres nesta situação para esforços expulsivos mais eficazes (Walker et al., 2018).
	Avaliar evolução do conhecimento sobre trabalho de parto (sem horário)
Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto	
Dados	Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto: facilitadora A parturiente usa as estratégias por si escolhidas (previamente mencionadas) com melhoria no controlo da dor; Pede colocação de cateter epidural pelas 18h, conforme o seu plano de parto, e continua a implementar as estratégias anteriores.
Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto	
Dados	Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: facilitadora A parturiente é capaz de adotar posição verticais, usando a gravidade como fator promotor da descida fetal; A parturiente alterna posições e usa o movimento conforme sente maior conforto ²⁰.
Significado atribuído ao trabalho de parto	
Dados	Significado atribuído ao trabalho de parto: não dificultador A parturiente e o companheiro têm a expectativa de um parto normal, e identificam o trabalho de parto como um processo natural. A parturiente está envolvida no processo de tomada de decisão e tem um plano bem estabelecido, está em controlo.

Com o objetivo de promover a ligação mãe/filho, foram implementadas medidas como o contacto pele com pele de imediato após o nascimento, conforme desejo da mãe. Esta medida é, do mesmo modo, promotora do estabelecimento da amamentação. Em todas estas intervenções, foi incentivado o envolvimento do

²⁰ A ação conjunta da gravidade e das contrações uterinas favorece que a cabeça fetal se apoie uniformemente no colo do útero, a posição vertical intensifica a força, a regularidade e a frequência das contrações uterinas, favorecendo a dilatação do colo do útero, já a mudança de posição e movimentos diminuem a probabilidade de compressão dos vasos sanguíneos abdominais pelo útero, maximizando o fluxo para o útero, a placenta e o feto durante o trabalho de parto (Lawrence et al., 2013).

pai, sugerindo medidas como o corte do cordão umbilical pelo mesmo, promovendo-se a ligação pai-filho. O Quadro 13 representa a conceção de cuidados no domínio dos comportamentos de ligação mãe/pai-filho.

Quadro 13 – Sistematização da Conceção de cuidados no domínio dos comportamentos de ligação mãe/pai-filho

COMPORTAMENTOS DE LIGAÇÃO MÃE/PAI-FILHO	
Ligação mãe-filho	
Dados	Características da ligação mãe/pai-filho: facilitadoras O pai envolveu-se em todo o processo do trabalho de parto e cortou o cordão umbilical do recém-nascido. A mãe recebeu o recém-nascido em contacto pele com pele e amamentou aquando de sinais de prontidão, demonstrando interesse e envolvimento nos cuidados ao recém-nascido.
Objetivo	Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho
Intervenções	Avaliar evolução da ligação mãe/pai-filho (sem horário)

1.2.3.3. Análise do caso e desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Cuidar desta mulher e desta família foi uma experiência extremamente enriquecedora. A sua vontade de ser acompanhada por um EEESMO é um reflexo positivo da visão que as mulheres de hoje têm da função dos mesmos, sendo que, nesta situação específica, o seu acompanhamento ao longo da gravidez poderá ter tido influência na sua decisão, pois revelou ter tido uma experiência positiva.

Este caso clínico permitiu desenvolver a competência específica de cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, conforme previsto no Regulamento das competências específicas do enfermeiro

especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Esta competência específica que o EEESMO “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina” (Regulamento n.º 391/2019, p. 13562). Assim, apesar de a parturiente não ter um plano de parto escrito, tinha estabelecido com o seu parceiro um plano, pelo que foram avaliadas as suas necessidades em cuidados e definidas intervenções, tendo em conta as suas preferências e escolhas individuais. Neste contexto, foi papel do EEESMO advogar pelos direitos desta parturiente, permitindo-lhe que cumprisse aquilo que tinha planeado para o seu parto. Reduzir o número de profissionais presentes na sala, garantir que as vontades da parturiente eram respeitadas relativamente ao plano que tinha estipulado para o seu parto, garantindo sempre a sua segurança e a do seu bebé, foi crucial para que esta mulher tivesse uma experiência de parto positiva.

Ao longo de todo o trabalho de parto, manteve-se, também, a cooperação com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor, através da assistência na colocação do cateter epidural, assim como na posterior gestão da analgesia prescrita. A comunicação com a equipa médica e a garantia de bem-estar fetal e da parturiente em todos os momentos do trabalho de parto foram sempre assegurados pela equipa de EEESMO, garantindo-se, desta forma, os melhores desfechos possíveis.

1.2.4. Cuidado transcultural à mulher em trabalho de parto

Grávida, 38 semanas e quatro dias, segunda gesta, um parto distócico por ventosa anterior há quatro anos, 31 anos, admitida em trabalho de parto espontâneo na sala de partos, pelas 19h30. Apresentou rotura espontânea de membranas pelas 21h30, no início deste turno. Encontra-se acompanhada pelo marido. São naturais da Nigéria e encontram-se a viver e a trabalhar em Portugal há cerca de 2 anos. Não falam português, apenas inglês.

1.2.4.1. Critérios de escolha do caso

Esta parturiente representa a última experiência vivenciada no estágio da sala de partos e os cuidados prestados são resultado do acumular de experiências e competências desenvolvidas até então. Esta situação representa ainda a possibilidade de explorar a enfermagem transcultural no contexto da saúde materna e obstétrica. Num mundo em constante mudança e com cada vez menos fronteiras, importa aos enfermeiros – e em concreto aos EEESMO, no contexto dos cuidados à mulher ao longo do seu ciclo reprodutivo – serem capazes de prestar cuidados de qualidade, adequados às necessidades de cada indivíduo, independentemente das suas origens, da sua cultura ou das suas crenças.

1.2.4.2. Conceção de cuidados

A Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger sugere a adaptação da prática de enfermagem às alterações no mundo, nomeadamente às questões da multiculturalidade, migrações e mobilidade (Leininger, 1995). No contexto do aumento dos fluxos de migração, faz sentido refletir sobre a adaptação das práticas de enfermagem às necessidades específicas dos clientes e isto só é possível se estivermos conscientes da existência dessas especificidades. Este caso serve como exemplo e espelha os cuidados prestados a várias mulheres de culturas diferentes ao longo deste estágio.

A parturiente e o seu companheiro foram questionados relativamente aos planos que tinham para o parto, “como gostaria que fosse o seu parto?”, “quem gostaria que estivesse presente na sala durante o parto?”, “quer que o seu bebé seja colocado sobre a sua pele imediatamente após o nascimento?”. Esta foi a segunda experiência de parto da parturiente nesta instituição, pelo que tinha já pensado nas respostas a estas questões e tinha um plano claro daquilo que

queria. Esta referiu que na Nigéria, é pouco comum os homens estarem presentes no trabalho de parto, incluindo o pai dos recém-nascidos, no entanto, esta estava afastada da cultura nigeriana há algum tempo e queria a presença do marido na sala. Pediu que a equipa de saúde fosse constituída por mulheres, o que lhe foi acedido, pois a era possível com a equipa presente que assim fosse (existia número suficiente de médicas e enfermeiras, pelo que se redistribuíram os profissionais do sexo masculino envolvidos). Quando questionada sobre costumes em particular que gostasse de ver respeitados, a parturiente referiu não ter nenhum em específico. Referiu ainda ser a primeira mulher na sua família a passar pelo trabalho de parto e parto em ambiente hospitalar, pois todas as mulheres da sua família o fizeram em casa, com o apoio de outras mulheres da sua comunidade.

Os mamíferos, incluindo os mamíferos humanos libertam, quando em situações de stress, adrenalina, impedindo a libertação da hormona-chave do trabalho de parto, a ocitocina. Assim, para parir, a mulher precisa de se sentir segura, não observada e confortável (Odent, 2011).

De acordo com Odent (2011), a atividade do neocórtex, tende a controlar estruturas cerebrais primitivas e a inibir o processo do parto, enquanto processo involuntário. Assim, este autor defende que o conceito de inibição do neocórtex é a chave para se entender a natureza humana, assim como o trabalho de parto. Deste modo, a melhor solução para apoiar uma mulher em trabalho de parto será protegê-la dos eventuais estímulos para essa parte do seu cérebro. A linguagem, a luz, o sentir-se observada e a perceção de perigo são estimulantes do neocórtex e da libertação de adrenalina, que inibe a libertação de oxitocina, hormona fundamental para a progressão do trabalho de parto. Tendo isto em conta e, para que se promovesse o trabalho de parto fisiológico desejado por este casal, gerir o ambiente foi um importante foco de atenção. Considerando os desejos da parturiente e a evidência sobre esta área, manteve-se um ambiente escuro (apenas com luz de presença), com temperaturas amenas e silencioso para ajudar a mulher a manter-se num espaço mental de segurança, promovendo-se dessa forma a melhor experiência possível de parto. Após a implementação destas medidas, foi possível observar a parturiente a

gradualmente deixar-se levar e ficar completamente envolvida na sua experiência de parto. O Quadro 14 representa o plano que surge da conceção de cuidados a esta parturiente no domínio do trabalho de parto.

Quadro 14 – Sistematização da Conceção de cuidados no domínio do trabalho de parto

TRABALHO DE PARTO			
Apreciação inicial	21h30	Posição do colo do útero	Anterior
		Consistência do colo do útero	Mole
		Extinção do colo do útero	80%
		Dilatação do colo do útero	7 cm
		Frequência da contração uterina	4 em cada 10 minutos
		Duração da contração uterina	30 segundos
		Dor de trabalho de parto	Dor do período de dilatação
		Integridade das membranas amnióticas	Rotura espontânea (21h30)
		Posição fetal	Esquerda
		Apresentação	Cefálica
		Variedade fetal	Indeterminada
		Descida do feto	2.º plano de Hodge
		Bem-estar fetal	Normal
		Perda sanguínea vaginal – quantidade	Sem perda sanguínea vaginal
		Expectativa face ao parto	Parto fisiológico

Objetivo	Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto		
Intervenções	Avaliar evolução do trabalho de parto Realizar exame vaginal		
	23h	Posição do colo do útero	Anterior
		Extinção do colo do útero	Extinto
		Dilatação do colo do útero	10 cm
		Frequência da contração uterina	4 em cada 10 minutos
		Duração da contração uterina	30 segundos
		Dor de trabalho de parto	Dor do período expulsivo
		Posição fetal	Direita
		Apresentação	Cefálica
		Variedade fetal	ODA
		Descida do feto	2.º-3.º plano de Hodge
		Bem-estar fetal	Normal
		Perda sanguínea vaginal – quantidade	Sem perda
		Expectativa face ao parto	Parto fisiológico
	23h20	Extinção do colo do útero	Extinto
		Dilatação do colo do útero	10 cm
		Frequência da contração uterina	4 em cada 10 minutos
		Duração da contração uterina	30 segundos
		Dor de trabalho de parto	Dor do período expulsivo

		Posição fetal	Direita
		Apresentação	Cefálica
		Variedade fetal	ODA
		Descida do feto	4.º plano de Hodge
		Bem-estar fetal	Normal
		Perda sanguínea vaginal – quantidade	Escassa
		Expectativa face ao parto	Fisiológico
Objetivo	Facilitar trabalho de parto/ nascimento		
Intervenções	Assistir no posicionar (sem horário)		
	Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto		
	As estratégias utilizadas estão abaixo especificadas.		
	Assistir na expulsão da placenta (0h05)		
Objetivo	Controlar dor do trabalho de parto		
Intervenções	Assistir na implementação de estratégias não farmacológicas		
Objetivo	Prevenir laceração do períneo		
Intervenções	Implementar medidas de proteção do períneo ²¹		
Objetivo	Promover parto eutócico		
Intervenções	Assistir no parto (23h20)		
Objetivo	Prevenir complicação durante o período expulsivo/ nascimento		
Intervenções	Executar técnica de parto (23h30)		
Objetivo	Promover autocontrolo: lidar com a dor do trabalho de parto		
Intervenções	Envolver pessoa significativa no trabalho de parto (sem horário)		
	Incentivar o companheiro a assistir a parturiente nas estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto.		
	Assistir no uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto		

²¹ Esta intervenção é discutida em pormenor mais à frente, aquando da revisão da literatura sobre a integridade perineal.

	Assistir a parturiente e o acompanhante no uso da bola de Pilates, na massagem com aplicação de calor e na alternância de posições (estratégias escolhidas pela mulher para o seu plano de parto).
	Gerir ambiente físico para promover relaxamento (sem horário)²² Negociar com a parturiente e acompanhante a iluminação do quarto, assim como a gestão do ruído, conforme as suas preferências e a ajustando-as à necessidade de prestação de cuidados, privilegiando os desejos do casal.
Nascimento	
Dados	Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9 (23h31)
	Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10 (23h35)
	Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10 (23h40)
Objetivo	Promover adaptação à vida extrauterina
Intervenções	Executar técnica de pele com pele (23h30)

Relativamente aos comportamentos de ligação mãe/pai-filho, estes foram observados ao longo de toda a interação com este casal, desde o trabalho de parto até ao nascimento e pós-parto imediato. O Quadro 15 representa a conceção de cuidados no domínio dos comportamentos de ligação mãe-filho.

²² Para muitas mulheres, o ambiente do parto hospitalar é estranho e provoca medo e ansiedade. O medo e a ansiedade podem interromper as delicadas influências neuro-hormonais que impulsionam o trabalho de parto e o nascimento, tornando a necessidade de intervenção externa mais provável. Um ambiente familiar e privado, no qual a mulher se sinta segura, promove a confiança e posterior relaxamento (Jenkinson et al., 2014).

Quadro 15 – Sistematização dos Cuidados no domínio dos comportamentos de ligação mãe/pai-filho

COMPORTAMENTOS DE LIGAÇÃO MÃE/PAI-FILHO	
Ligação mãe/pai-filho	
Dados	Características da ligação mãe/pai-filho: facilitadoras Ao longo do trabalho de parto, a mãe mostrou-se empenhada em garantir que as suas escolhas não influenciavam negativamente o bem-estar fetal (exemplo: questionar se houve alterações na monitorização fetal após adotar uma determinada posição); após o nascimento, quis o seu filho colocado imediatamente no seu abdómen. O pai esteve envolvido em todo o trabalho de parto, apoiando a parturiente na implementação de estratégias facilitadoras do trabalho de parto. Após o nascimento, demonstrou interesse nos cuidados ao recém-nascido e vestiu a primeira roupa ao filho.
Objetivo	Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho
Intervenções	Avaliar evolução da ligação mãe/pai-filho (sem horário)

1.2.4.3. Análise do caso e desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Promover a proteção dos direitos humanos, defendendo o respeito pelo direito do cliente à privacidade, assegurando o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados de saúde e garantindo o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos é competência comum dos enfermeiros especialistas, ao nível do domínio da responsabilidade ética, profissional e legal (Regulamento n.º 140/2019). Este caso permitiu em particular o desenvolvimento desta competência, tendo sido as intervenções delineadas em linha com os princípios aqui representados. Respeitaram-se os costumes desta família, o seu plano de parto e as suas necessidades, com os cuidados descritos no ponto anterior.

Todos os cuidados foram prestados no âmbito da promoção da saúde e bem-estar da mulher durante o trabalho de parto, assim como do bem-estar fetal. Ao longo deste turno, foram particularmente desenvolvidas competências ao nível da comunicação clínica, com um casal que não dominava o uso da língua portuguesa e que, apesar de comunicarem em inglês, não eram fluentes. A comunicação não verbal e a observação cuidadosa da linguagem corporal dos intervenientes foi chave para que se mantivesse uma relação terapêutica e se estabelecesse confiança com os intervenientes. Além disso, houve preocupação com o facto de a mulher pretender um parto fisiológico, pelo que era importante não estimular o neocórtex na fase do trabalho de parto em que se encontrava, questionando-se o marido sobre o que tinham decidido previamente e incentivando-o a que a apoiasse e se deixasse guiar pelos seus comportamentos, ao invés de optar pelo uso excessivo da linguagem. Foi possível observar a mudança que esta sugestão teve no desenrolar do trabalho de parto, a parturiente confiou no seu companheiro, deixou-se levar e, daí em diante, o trabalho de parto progrediu rapidamente.

Terminar o estágio na sala de partos a prestar cuidados a esta família foi gratificante e significativo para o meu processo de aprendizagem. Neste dia tive a garantia de que os maiores desafios trazem as maiores recompensas.

1.3. Cuidar a mulher no período pós-parto

O estágio no contexto do período pós-parto foi realizado no serviço de internamento de obstetrícia de um centro hospitalar universitário de cuidados de saúde diferenciados da região Norte. Este serviço dispunha de EEESMO e enfermeiros de cuidados gerais, existindo em todos os turnos EEESMO na prestação de cuidados. Os rácios implementados eram de seis puérperas e seis recém-nascidos para cada enfermeiro na prestação de cuidados em cada turno, cumprindo-se o estipulado pelo Regulamento n.º 743/2019. No entanto, o Parecer n.º 43/2019 da Mesa do Colégio da Especialidade refere que o serviço

de internamento de puerpério deve ser assegurado exclusivamente por EEESMO, o que não se verificou.

Neste serviço, é proporcionado alojamento conjunto desde o nascimento. A pessoa significativa pode também permanecer 24 horas por dia, sendo recomendado o horário das 8h às 11h, para que se desloquem ao domicílio. A duração de internamento é variável conforme a situação clínica, sendo, habitualmente, 48h se parto normal ou por cesariana. As características das puérperas internadas variaram a todos os níveis, com idades desde os 18 aos 42 anos, desde primíparas a múltíparas, saudáveis ou com patologia associada, de vários níveis socioeconómicos e contextos culturais. Deste modo, foi possível cuidar de puérperas e recém-nascidos saudáveis, assim como de puérperas e recém-nascidos com necessidades de cuidados especiais. No entanto, nestas situações, mantinham-se os rácios descritos anteriormente, o que apresenta um obstáculo à prestação de cuidados de qualidade em ESMO, pelo aumento da complexidade dos cuidados, assim como do número de horas de cuidados necessários com cada recém-nascido/puérpera por turno. Apesar das dificuldades, apoiar a mulher no período pós-parto é tão desafiador quanto gratificante.

Sendo o puerpério um tempo para a mulher recuperar física e emocionalmente dos desafios da gravidez e trabalho de parto, apresenta-se o caso seguinte como representativo das mulheres cuidadas neste período.

1.3.1. O puerpério: tempo de cura

Mulher primípara, com 31 anos, nas primeiras 18 a 24 horas após parto vaginal com correção de laceração perineal de segundo grau. O seu filho é recém-nascido de termo, com 38 semanas e dois dias, 3350 g, 52 cm, APGAR 9/9/10. A puérpera tem como antecedente ansiedade, controlada com medidas não farmacológicas. O turno decorreu entre as 8h e as 15h, tratando-se de um turno da manhã no serviço de puerpério.

1.3.1.1. Critérios de escolha do caso

Apesar de se tratar de uma díade puérpera/ recém-nascido saudáveis, esta puérpera apresentou algumas particularidades interessantes para o desenvolvimento de um plano de cuidados que pode ser representativo do processo passado por várias mulheres. Esta puérpera encontra-se pela primeira vez no período pós-parto e está a passar por uma transição que é, por si só, desafiante, além disso, apresenta especificidades ao nível das necessidades no autocuidado, como é o caso da presença da ferida no períneo e o seu antecedente de ansiedade, que pode ser também um fator concorrente para possíveis complicações neste período. Deste modo, desenvolveu-se um plano de cuidados focado nas necessidades específicas desta puérpera, centrando-se na recuperação pós-parto e adaptação à parentalidade. Descrevem-se ainda as áreas de atenção relativamente aos cuidados do recém-nascido saudável, como era o caso deste bebé.

1.3.1.2. Conceção de cuidados

O puerpério é um período de particular vulnerabilidade física e emocional e interessa, por isso, ajudar as mulheres a vivenciarem este período de transição de forma segura e saudável. As primeiras semanas após o parto são um período crítico para a mulher e o seu filho. Para otimizar a sua saúde, os cuidados pós-parto devem ser um processo contínuo, e não um encontro único, com serviços e apoio ajustados às necessidades individuais de cada mulher (ACOG, 2018). O Quadro 16 representa a sistematização da conceção de cuidados centrada na recuperação pós-parto.

Quadro 16 – Sistematização da Conceção de cuidados no domínio da recuperação pós-parto

RECUPERAÇÃO PÓS-PARTO			
Dados iniciais		Hora do parto	14h03
		Hora da dequitação	14h27
Dados de avaliação ²³	9h00	Contração do útero pós-parto	Útero contraído
		Quantidade dos lóquios	Conforme a esperada
		Características dos lóquios	Hemáticos
		Características da mama ²⁴	9h30 – Mamas túrgidas antes da lacto-extração e moles após. 9h30 – Presença de leite na mama. 9h30 – Sinais de ingurgitamento mamário: ausentes.
		Dor (períneo, involução uterina)	Sem dor (controlada com gelo local no períneo e analgesia oral)
		Períneo	Ferida perineal sem sinais inflamatórios, perineorrafia sem sinais de deiscência

²³ Todas as puérperas devem ter avaliação regular da perda sanguínea vaginal, tônus uterino, altura uterina, temperatura e frequência cardíaca (pulso) de rotina durante as primeiras 24 horas, a partir da primeira hora após o nascimento. Se normal após o parto, a segunda medição da pressão sanguínea deve ser feita dentro de 6 horas, assim como a avaliação da diurese. Em cada contacto subsequente, deve manter-se a avaliação do bem-estar geral e das avaliações feitas em relação a micção e incontinência urinária, função intestinal, cicatrização do períneo, dor de cabeça, fadiga, dor nas costas, dor e higiene perineal, dor mamária e sensibilidade uterina e lóquios (WHO, 2018).

²⁴ Características bilaterais.

Objetivo	Determinar evolução da recuperação pós-parto
Intervenções	Avaliar evolução da recuperação pós-parto (sem horário) Referenciar complicação pós-parto ao médico (SOS)
Laceração	
Dados	9h30 - Localização da laceração - Períneo 9h30 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua. 9h30 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.
Objetivo	Determinar a evolução da cicatrização da ferida perineal
Intervenções	Avaliar as características da ferida perineal (1x/dia)
Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado pós-parto	
Dados	Conhecimento sobre autocuidado pós-parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. A puérpera questionou quais seriam os cuidados de higiene perineal mais adequados nesta fase do puerpério.
Objetivo	Promover autogestão da recuperação pós-parto
Intervenções	Ensinar sobre cuidados perineais ²⁵ • Explicar que a higiene perineal é importante para prevenir infeções; • Explicar que deve usar água tépida e sabão com pH neutro para lavar o períneo na higiene diária; • Explicar que após urinar ou defecar deve lavar o períneo com água e não usar papel, evitando a fricção. • Explicar que deve mudar o penso higiene com frequência e lavar as mãos antes e após.

²⁵ Deve avaliar-se a ferida perineal em cada contacto pós-natal. No sentido de prevenir complicações, recomendar à puérpera uma boa higiene perineal, incluindo duche diário e mudança frequente de penso higiénico, com lavagem das mãos antes e após (NICE, 2021).

	Avaliar evolução da autogestão da recuperação pós-parto (sem horário)
--	--

Segundo Meleis (2010), uma transição é despoletada por eventos críticos e mudanças no indivíduo ou no ambiente, começando assim que um evento ou mudança é antecipado. Aos enfermeiros, interessam as transições relacionadas com a sua saúde, bem-estar e capacidade de cuidarem de si mesmos, como é o caso da transição para a parentalidade. Apesar de a mulher iniciar o processo de se tornar mãe na gravidez, é no pós-parto que as mudanças na sua vida se materializam. As expectativas que criou podem não coincidir com a sua nova realidade, pelo que é importante estarmos atentos aos sinais de dificuldade na adaptação a este novo papel.

No âmbito da competência parental: amamentar, os focos de atenção são conhecimento sobre amamentação, autoeficácia para amamentar e significado atribuído à amamentação (Cardoso et al., 2024). A puérpera refere vontade de amamentar o seu filho e atribui um significado positivo à amamentação. Neste turno, em que a puérpera se encontrava vulnerável e focada nas potenciais dificuldades na amamentação, não era o momento oportuno para trabalhar eventuais défices no conhecimento sobre amamentação. Assim, observou-se a mamada para que, se necessário, se pudessem melhorar aspetos no âmbito dos comportamentos para amamentar, no entanto, o foco de atenção e a maior necessidade identificada nesta mãe foi ao nível da autoeficácia.

De acordo com a Teoria da Autoeficácia de Bandura, uma expectativa de resultado é definida como a estimativa de uma pessoa de que um determinado comportamento levará a determinados resultados, enquanto uma expectativa de eficácia é a convicção de que se pode executar com sucesso o comportamento necessário para produzir os resultados (Bandura & Adams, 1977). Neste caso, a puérpera acredita que a amamentação trará os melhores resultados de saúde para o seu filho (expectativas de resultado), no entanto, duvida da sua capacidade para o amamentar (expectativa de eficácia). Além disso, a mesma teoria defende que as expectativas de eficácia determinam o esforço investido

numa determinada atividade e quanto tempo irão persistir face a obstáculos. Ou seja, para promover o sucesso da amamentação nesta família, é necessário apoiar a puérpera de modo que melhore a perceção da sua capacidade para amamentar, isto é, a autoeficácia para amamentar. O Quadro 17 sintetiza a conceção de cuidados relativa ao domínio da adaptação à parentalidade, nomeadamente no âmbito da amamentação.

Quadro 17 – Sistematização da Conceção dos cuidados no domínio da adaptação à parentalidade: amamentação

COMPORTAMENTOS PARA AMAMENTAR	
Amamentação	
Dados	9h30 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome. 9h30 - Adota posição confortável para facilitar o mamar. 9h30 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade. 9h30 - Utiliza estratégias para estimular o mamar. 9h30 - Com manifestações de pega adequada.
Objetivo	Determinar evolução da amamentação
Intervenções	Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar (sem horário)
Objetivo	Promover o amamentar/mamar
Intervenções	Assistir na amamentação (sem horário)
Significado atribuído à amamentação	
Dados	Significado atribuído à amamentação: não dificultador A puérpera refere querer muito amamentar exclusivamente o seu filho, por saber que é a melhor fonte nutricional para ele e por identificar a amamentação como um momento de ligação com o bebé.

Potencial para melhorar autoeficácia para amamentar	
Dados	Autoeficácia para amamentar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. A puérpera refere-se sentir-se pouco confiante a amamentar, refere não saber se será capaz de amamentar quando estiver em casa, por receio de não conseguir resolver os problemas que possam surgir.
Objetivo	Promover autogestão: amamentação
Intervenções	Assistir na amamentação (sem horário)
	Elogiar o desempenho da cliente (sem horário)
	Incentivar familiares/ pessoas significativas a elogiarem o desempenho da cliente (sem horário) ²⁶
	Referenciar para os cuidados de saúde primários ²⁷ (no momento da alta)
	Fornecer informação sobre rede de apoio na comunidade (linha de apoio à amamentação do hospital)
	Avaliar evolução da autoeficácia para amamentar (sem horário)

Além dos cuidados à puérpera, prestaram-se também cuidados ao recém-nascido. Uma das situações mais comuns nos cuidados de saúde é o nascimento de um recém-nascido saudável e de termo, assim, é determinante importante evitar o excesso de intervencionismo, que é prejudicial para o recém-nascido e pode impedir a família de desfrutar deste acontecimento feliz e dificultar o estabelecimento do vínculo familiar. Após o parto, a maioria dos recém-nascidos de termo requer somente cuidados e procedimentos de rotina para uma transição à vida extrauterina adequada (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2022). Em cada contacto com o recém-nascido, deve estar-se

²⁶ A autoeficácia na amamentação aumenta à medida que aumenta o nível de apoio social (Mercan & Selcuk, 2021).

²⁷ As intervenções para melhorar a autoeficácia na amamentação são mais eficazes quando implementadas em contexto hospitalar e na comunidade, em diferentes momentos de contacto (Brockway et al., 2017).

atento a possíveis sinais de alerta, sendo necessária referência num recém-nascido que não se alimente, que tenha história de convulsões, frequência respiratória superior 60 ciclos por minuto, tiragem torácica, ausência de movimento espontâneo, temperatura $> 37,5^{\circ}\text{C}$ ou inferior a $35,5^{\circ}\text{C}$, icterícia nas primeiras 24 horas de vida ou palmas ou planta dos pés amareladas independentemente das horas de vida (WHO, 2022). Neste turno, o recém-nascido manteve-se sem qualquer manifestação de sinal de alarme.

1.3.1.3. Análise do caso e desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

De acordo com o artigo 4.º do Regulamento n.º391/2019, o EEESMO cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal. No estágio no serviço de puerpério foi possível prestar cuidados às mulheres no período pós-natal, no entanto, apenas num intervalo muito curto relativamente àquela que é a duração do puerpério. Assim, desenvolveram-se competências na prestação de cuidados às mulheres apenas no puerpério imediato, sendo talvez esta uma lacuna na disponibilidade de serviços de saúde públicos adequados às mulheres nesta fase do seu ciclo reprodutivo, interferindo com o processo formativo dos EEESMO neste âmbito. A referência das puérperas para os cuidados de saúde primários garante o seu seguimento pelo médico e enfermeiro de família, no entanto, seria importante que todas as mulheres pudessem ser acompanhadas por EEESMO após a alta, para que se desse continuidade aos cuidados iniciados no puerpério e para que, inclusivamente, se pudessem quantificar os ganhos de saúde ao implementar esta medida.

Além do previamente descrito, o EEESMO “diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal” (Regulamento n.º 391/2019, p. 13563). Foi nesse âmbito que se conceberam os cuidados a esta díade. Em retrospectiva, além do previamente descrito, teria sido interessante a aplicação da Escala de Edimburgo, para que se pudesse de uma forma mais objetiva avaliar a saúde mental da puérpera, não

só pela vulnerabilidade característica deste período, mas em particular porque esta revelou baixa autoeficácia para amamentar e tem ansiedade como antecedente. Dessa forma, seria possível avaliar a evolução da sua saúde mental ao longo do puerpério e poderia ser importante para a continuidade de cuidados após a alta.

Trabalhar com mulheres nesta fase do puerpério é extremamente desafiante, mas igualmente recompensador, pois é visível a importância do papel do EEESMO na sua intervenção. Valorizar a puérpera, enquanto mulher e não apenas como mãe, olhando-a como um todo, prestando atenção a todas as suas dimensões, às suas dificuldades e necessidades, quer seja no desempenho do papel de mãe, seja no autocuidado, quer a nível físico, quer a nível emocional. Após este turno, foi possível verificar que a mulher se encontrava mais calma, mais confiante nas suas capacidades e, portanto, mais empoderada, em direção à mestria no desempenho do papel de mãe. Deste modo, acredito que o papel do EEESMO naquele momento foi cumprido, pois considero que é este o melhor critério de resultado que podemos encontrar.

2. SÍNTESE DA EVIDÊNCIA: OS FATORES QUE INFLUENCIAM A INTEGRIDADE PERINEAL NO PARTO VAGINAL

Durante o contexto de estágio na sala de partos, deparei-me com a ocorrência de lacerações perineais em várias mulheres que assisti no período expulsivo do trabalho de parto, assim, surgiu a oportunidade de explorar de que forma poderiam prestar-se melhores cuidados a estas parturientes, identificando os fatores que as predispõem à ocorrência de lacerações perineais, de forma a poder preveni-las/ minimizá-las.

2.1. Enquadramento temático e conceitos

O períneo feminino é uma estrutura em forma de diamante entre a sínfise púbica e o cóccix. O períneo é dividido em triângulo urogenital anterior e triângulo anal posterior; a vulva representa a genitália externa (Hosseinzadeh et al., 2012). As lesões do períneo no trabalho de parto – e consequente perda de integridade do mesmo – podem ocorrer de forma espontânea (laceração) ou através de incisão cirúrgica (episiotomia) (Klein et al., 1997).

O trauma do períneo pode causar problemas físicos e psicológicos a longo prazo, como dor perineal, dispareunia ou problemas urinários e incontinência fecal (Frolich & Kettle, 2015). Mulheres que sofreram trauma perineal apresentam maior probabilidade de apresentar sintomas físicos, e quanto mais sintomas físicos uma mulher apresenta no pós-parto, maior a probabilidade de ela relatar depressão pós-parto, ansiedade e sintomas de stress pós-traumático (Opondo et al., 2023). As complicações para a mulher dependem da gravidade do trauma perineal e da eficácia do tratamento (Frolich & Kettle, 2015). As lacerações do períneo são classificadas conforme as estruturas afetadas, conforme descrito no Quadro 18, aumentando o grau conforme a gravidade das lesões.

Quadro 18 – Classificação das lacerações perineais

CLASSIFICAÇÃO DAS LACERAÇÕES PERINEAIS	
Grau	Classificação
1	Lesão apenas da pele perineal
2	Lesão do períneo envolvendo músculos perineais, mas não envolvendo o esfíncter anal
3	Lesão no períneo envolvendo o esfíncter anal
	a Menos de 50% da espessura do esfíncter anal externo lacerada
	b Mais de 50% da espessura do esfíncter anal externo lacerada
	c Esfíncter anal externo e interno lacerados
4	Lesão do períneo envolvendo o esfíncter anal externo esfíncter e interno e a mucosa anorretal

Adaptado de Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2015
<https://www.rcog.org.uk/media/5jeb5hzu/gtg-29.pdf>

Num estudo realizado na população portuguesa no ano de 2017, em 1748 mulheres com parto vaginal espontâneo, cerca de 25% teve um períneo íntegro, enquanto as restantes, cerca de 75%, apresentaram algum grau de lesão perineal (Rodrigues et al., 2019). De acordo com o relatório da Euro-Peristat, em 2010, Portugal era um dos países da Europa com a maior taxa de episiotomia, representando cerca de 70% dos partos vaginais (Euro-Peristat, 2010).

Assim, e considerando a realidade portuguesa relativamente a esta temática, importa conhecer os fatores que influenciam a integridade do períneo da mulher no parto vaginal. Efetivamente, o aprofundamento desta temática revela-se fundamental para que sejam prestados cuidados de qualidade pelo EEESMO promovendo a saúde da mulher no parto, assim como no período pós-natal.

2.2. Metodologia

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (Polit & Beck, 2017). As fases do desenvolvimento da revisão integrativa da literatura previstas são: fase um – identificação do tema e seleção da hipótese/ questão de pesquisa: o assunto deve ser definido de modo claro e objetivo, permitindo direcionar a análise; fase dois – pesquisa da literatura e estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão – recorrer a bases de dados através de motores de busca, para identificação dos estudos a serem incluídos na revisão; fase três – extração de dados e categorização dos estudos – reunir e organizar as informações-chave, analisando o nível de evidência; fase quatro – avaliação dos estudos incluídos – análise do rigor e das características de cada estudo; fase cinco – análise dos resultados – interpretação e síntese dos resultados; fase seis – apresentação da revisão/síntese do conhecimento – apresentação das conclusões (Whittemore & Knafl, 2005, Souza et al., 2010, Sousa et al., 2017 & Sousa et al., 2018).

Assim, foi realizada uma revisão da literatura baseada nos princípios da revisão integrativa, tendo como base a seguinte questão de pesquisa: quais são os fatores que influenciam a integridade do períneo das mulheres no parto vaginal? Para isso, recorreu-se à estratégia PICO. Esta encontra-se descrita no Quadro 19.

Quadro 19 – Construção da questão de pesquisa

População (P)	Fenómeno de interesse (I)	Contexto (Co)
Mulheres com parto vaginal	Integridade do períneo, períneo sem laceração, sem episiotomia	Trabalho de parto

A pesquisa foi realizada nos motores de busca da PubMed, EBSCO e Scopus, obtendo-se um total de 1159 artigos, excluindo-se 303 duplicados. A estratégia de pesquisa utilizada foi adaptada a cada um dos motores de busca utilizados. O Anexo I apresenta o processo de construção da estratégia de pesquisa para cada motor de busca e a respetiva frase booleana utilizada.

Estabeleceu-se como critério de inclusão os artigos serem datados dos últimos cinco anos, por não ser possível com os recursos disponíveis rever a quantidade de artigos obtida sem este limite temporal, optando-se por selecionar a evidência mais recente, assim como se optou pela inclusão apenas de revisões sistemáticas, pelo mesmo motivo, para que se obtivesse a evidência mais abrangente possível relativa à temática, considerando a disponibilidade de tempo e recursos para a realização desta revisão. Pela leitura do título, excluíram-se ainda 502 artigos, por não se relacionarem com o tema, sendo que dos 354 restantes, se excluíram 307 por não se tratar de revisões sistemáticas e 29 por não identificarem fatores que influenciam a integridade do períneo. Restaram, assim, os 18 artigos incluídos.

Deste modo, incluíram-se nesta revisão, apenas revisões sistemáticas da literatura após o ano de 2019 para que devido ao tempo e recursos limitados, fosse impossível integrar a melhor evidência disponível relativa a esta temática. Os principais resultados destes artigos encontram-se resumidos na tabela no Anexo II e a análise da qualidade da evidência dos mesmos encontra-se no Anexo III. O processo de seleção dos artigos encontra-se descrito na Figura 1.

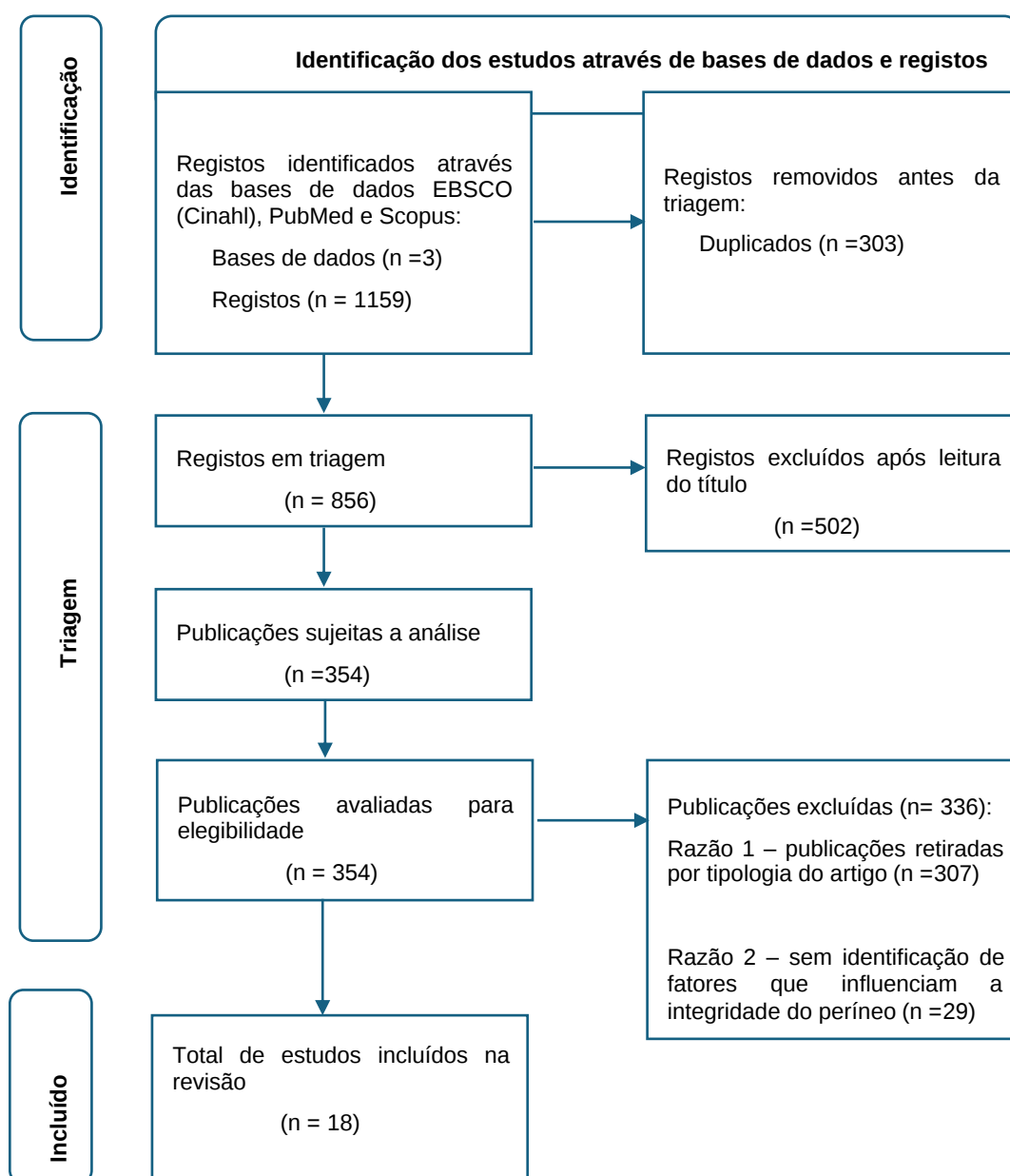


Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos. Adaptado de PRISMA, 2020 Traduzido por: Verónica Abreu*, Sónia Gonçalves-Lopes*, José Luís Sousa* e Verónica Oliveira /*ESS Jean Piaget - Vila Nova de Gaia - Portugal de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372: n71. doi: 10.1136/bmj. n71

2.3. Apresentação e discussão dos resultados

Os fatores que influenciam a integridade do períneo são de origem variada, pelo que se optou por agrupá-los em dois grupos: fatores intrínsecos e fatores extrínsecos, sendo que cada um deles se dividiu em dois subgrupos: intrínsecos maternos e fetais; extrínsecos na gravidez e no parto. Os fatores intrínsecos são características da mulher e do feto, pelo que não serão modificáveis, no entanto, importa conhecê-los para que se possam identificar as mulheres em maior risco de laceração perineal. Já os fatores extrínsecos são modificáveis e, por isso, sensíveis aos cuidados em ESMO.

Os fatores maternos identificados foram a idade materna, a idade gestacional, o comprimento do corpo perineal, a paridade, a história de cesariana anterior, o índice de massa corporal (IMC) pré-gravídico e a presença de estrias.

A idade materna, nomeadamente a idade igual ou superior a 35 anos, é identificado como fator que aumenta o risco de laceração grave (Hu et al., 2023), no entanto, Packet et al. (2023) refutam este resultado e referem que a idade materna não estará relacionada com o aumento do risco de laceração grave do períneo. Os autores abordam apenas a idade materna como sendo fator de risco para a laceração de terceiro e quarto grau (grave), sendo que nenhum dos artigos incluídos refere a idade como fator que promova um períneo totalmente íntegro (ausência de laceração ou episiotomia). Barba et al. (2022), numa revisão sistemática que incluiu 15 estudos sobre os fatores de risco para a recorrência de lacerações de terceiro e quarto graus, acrescentam que as mulheres mais velhas terão um maior risco de recorrência de laceração do esfíncter anal. Não especificam, no entanto, a idade a partir da qual isto se verifica, utilizando apenas a expressão “mulheres mais velhas”. Este facto pode estar relacionado com a produção de colagénio, responsável pela elasticidade dos tecidos, que entra em declínio por volta da terceira década de vida (Reilly & Lozano, 2021).

A idade gestacional é um fator consensual entre Packet et al. (2023), Hu et al. (2023) e Barba et al. (2022). Enquanto Packet et al. (2023) referem o aumento da idade gestacional no momento do parto como fator preditivo da laceração do esfíncter anal, Hu et al. (2023) e Barba et al. (2022) referem o aumento do risco após as 40 semanas de gestação, nomeadamente de laceração grave e de recorrência de laceração grave. Não foi avaliado o impacto da idade gestacional em lacerações de primeiro ou segundo grau nem num períneo íntegro em nenhum dos estudos incluídos. Tendo em conta que o peso do recém-nascido ao nascer foi um dos fatores identificados como aumentando o risco de laceração perineal grave (Hu et al., 2023), este fator poderá estar associado ao aumento do peso do feto com o aumento da idade gestacional.

O comprimento do corpo perineal é identificado apenas por um dos artigos incluídos, numa revisão sistemática sobre os fatores de risco para lesão do esfíncter anal em mulheres primíparas, sendo que um menor comprimento do mesmo, estará associado a um maior risco de laceração do esfíncter anal (Packet et al., 2023). O corpo do períneo é a área entre a parede posterior da vagina e a junção anorretal (Oh & Kark, 1973). Em duas mulheres com lacerações perineais do mesmo comprimento, aquela que apresentar o corpo perineal mais curto, terá a laceração mais próxima do esfíncter anal, o que poderá justificar a identificação deste fator.

A nuliparidade foi identificada como fator de risco para laceração grave do períneo no parto vaginal num dos artigos incluídos (Hu et al., 2023). Na sua revisão sistemática sobre os fatores de risco para laceração perineal grave – que incluiu 47 estudos de coorte - Hu et al. (2023) associou a história de cesariana anterior, etnia asiática e baixo IMC pré-gravídico a um maior risco. Excesso de peso e obesidade foram associados a um risco reduzido. Estes autores referem que as mulheres com cesariana anterior poderão ter um períneo com menos elasticidade, em semelhança às nulíparas, e que isso poderá explicar os resultados obtidos.

As estrias são uma condição comum associada ao estiramento contínuo e progressivo da pele – como ocorre durante a gravidez. A patogénese das estrias

é desconhecida, mas provavelmente está relacionada a alterações nas estruturas que proporcionam à pele a sua resistência à tração e elasticidade (Watson et al., 1998). A presença de estrias moderadas a graves (avaliadas numa escala identificada pelos autores), numa revisão sistemática que incluiu estudos em múltiparas e primíparas, foram associadas a um aumento do risco de trauma perineal (Khamseh et al., 2022).

Os fatores fetais identificados foram o peso ao nascer, assim como a posição fetal. De acordo com Hu et al. (2023), o peso ao nascer (≥ 3500 g) e as posições occipitoposterior (OP) ou occipitotransversa (OT) aumentam o risco de laceração perineal grave. Dos estudos incluídos na revisão sistemática de Hu et al. (2023), 13 avaliam o impacto da posição OP e OT na ocorrência de lacerações perineais graves e concluem que estas posições fetais estão associadas a um maior risco da sua ocorrência. Isto poderá estar relacionado com a maior taxa de partos instrumentados que se verifica nestas posições fetais (Carseldine et al., 2013; Jones, 1952).

Alguns dos artigos incluídos nesta revisão identificaram também fatores associados à gravidez como potenciais influenciadores do desfecho perineal no parto vaginal. É consensual entre os autores incluídos a influência positiva da massagem perineal na gravidez, sendo associada a uma melhoria da integridade perineal, da redução da incidência de episiotomia e de lacerações perineais (Da Silva et al., 2023; Yin et al., 2024). O treino da musculatura do pavimento pélvico foi identificado como eficaz na redução da incidência de lacerações perineais graves (Zhang et al., 2024), no entanto, Da Silva et al. (2023) não identificaram este fator como tendo influência nos desfechos perineais. Na revisão de Da Silva et al. (2023), foram incluídos oito estudos com um grupo experimental e um grupo controlo para testar o efeito da massagem perineal pré-parto, foram considerados estudos em múltiparas e primíparas, em alguns estudos a massagem foi realizada pela própria, noutros pelos investigadores, foi implementada após as 34 semanas de gestação, com periodicidade a variar entre os estudos, desde diária a semanal, com um tempo de aplicação a variar entre dois e dez minutos, sendo descrita a aplicação de óleos diversos (amêndoa, cacau e azeite). A massagem foi descrita como sendo executados

movimentos em “U” ao redor do introito vaginal introduzindo dois dedos na vagina com uma profundidade de 3 a 5 cm e movendo-os para baixo e para cima, aplicando alguma pressão. Já a revisão de Yin et al. (2024), incluiu estudos randomizados controlados que descrevem o uso de massagem perineal a partir das 34 semanas de gestação ou durante o segundo estadio do trabalho de parto, concluindo que tem eficácia semelhante ao nível da prevenção de lesões perineais. A técnica de massagem descrita é semelhante à referida por Da Silva et al. (2023).

O maior número de fatores que levam à perda de integridade do períneo foi identificado no trabalho de parto, tendo sido identificados a aceleração do trabalho de parto, indução do trabalho de parto, parto instrumentado (ventosa e fórceps), posição materna, massagem perineal intraparto, uso de lubrificante, uso de compressas quentes, distocia de ombros, e técnica *hands on vs. hands off*. A aceleração do trabalho de parto com recurso a ocitocina sintética foi associada a lesão perineal grave e a recorrência de lesão perineal grave (Barba et al., 2022; Packet et al., 2023). Já a indução do trabalho de parto obteve resultados contraditórios. Na revisão sistemática relativa aos fatores de risco para lacerações perineais severas, Hu et al. (2023) referem que a indução do trabalho de parto aumenta o risco de lesão perineal grave, sem especificar a idade gestacional, enquanto segundo Hong et al. (2023), numa revisão sistemática relativa à indução do trabalho de parto às 39 semanas de gestação, esta foi associada a uma redução de 37% na probabilidade de lesões perineais de terceiro ou quarto grau, em comparação com uma atitude expectante.

As revisões sistemáticas incluídas na presente revisão, apontam para que o parto instrumentado aumente o risco de laceração perineal e laceração do esfíncter anal em particular, com risco aumentado no uso de fórceps em relação à extração por ventosa (Barba et al., 2022; Hu et al., 2023; Packet et al., 2023).

Relativamente à posição materna e, nomeadamente, ao impacto das posições verticais na integridade perineal, os resultados são díspares. De acordo com a revisão de Rocha et al. (2020), as posições verticais durante o parto (como agachada, de joelhos, de pé ou sentada) estão associadas a uma redução na

incidência de lacerações perineais graves (terceiro e quarto graus) em comparação com posições horizontais ou semi-reclinadas, assim como a uma redução na taxa de episiotomias, referindo, no entanto, ausência de evidência consistente de que as posições verticais reduzam perineais leves (primeiro e segundo graus). Rocha et al. (2020) incluíram estudos em mulheres em trabalho de parto ativo, submetidas a parto vaginal, que tiveram lacerações perineais no período expulsivo ou mantiveram o seu períneo íntegro após o parto, que adotaram posições verticalizadas ou posição de litotomia no segundo estadio do trabalho de parto e que refiram a prevenção ou não de lacerações perineais, ao adotar as posições verticalizadas ou a posição de litotomia, independentemente da paridade e da idade gestacional, sem intervenções como analgesia de parto e indução de trabalho de parto com ocitocina sintética. Já de acordo com a revisão de Kurnaz et al. (2022), uma revisão sistemática que apresenta os resultados de 16 estudos relativamente ao efeito das posições verticais no trauma perineal no segundo estadio do trabalho de parto, as posições verticais usadas durante o trabalho de parto reduzem a probabilidade de episiotomia, aumentam o risco de lacerações de primeiro grau, mas não têm impacto sobre um períneo íntegro ou sobre lacerações de gravidade maior que estas. Numa terceira revisão, de Zang et al. (2020), que incluiu estudos em mulheres entre as 37 e 42 semanas de gestação, com um feto único em apresentação cefálica, com intenção de ter um parto vaginal quer espontâneo que induzido e incluiu estudos que compararam posições com o sacro flexível no segundo estadio do trabalho de parto (a caminhar, em pé, em quatro apoios, em agachamento, sentada com tronco erguido, ajoelhada e em posição lateral) a posições com sacro não flexível, os autores concluíram que mulheres que utilizaram posições com sacro flexível tiveram uma probabilidade maior de períneo íntegro/laceração perineal de primeiro grau. Não houve diferença significativa na laceração perineal de segundo grau. As posições com sacro flexível reduziram significativamente a taxa de laceração perineal de terceiro/quarto grau e episiotomia.

O efeito da massagem perineal durante o trabalho de parto apresentou resultados semelhantes aos da massagem no pré-natal na revisão de Yin et al.

(2024). No entanto, Da Silva et al. (2023) e Li et al. (2023) sugerem que, quando realizada durante o trabalho de parto, não tem benefícios para a integridade do períneo. Os estudos inseridos nestas revisões referem técnicas de massagem com ligeiras diferenças, mas têm em comum a utilização do polegar ou do indicador e dedo médio para aplicação de pressão nos tecidos do períneo, com movimentos em forma de “U” ou entre as três e nove horas de acordo com os ponteiros de um relógio.

O uso de lubrificante no segundo estadio do trabalho de parto foi associado a uma redução das lacerações de segundo grau e aumento taxa de períneo íntegro (Yang et al., 2022). Os lubrificantes estudados foram o uso de gel obstétrico, cera líquida, vaselina líquida e óleo de amendoim, no entanto, os autores não especificam em que condições foram utilizados nem em que momento concreto do segundo estadio em concreto foram aplicados.

O uso de compressas mornas durante o segundo estadio do trabalho de parto associou-se a uma maior taxa de períneo íntegro e uma redução significativa nas lacerações perineais, além de uma menor taxa de episiotomia (Magoga et al., 2019; Sun et al., 2024). A aplicação de calor foi realizada com panos limpos ou compressas molhadas em água morna da torneira e foram aplicadas durante o segundo estadio do trabalho de parto, desde o início da distensão dos tecidos do períneo durante e entre contrações na revisão de Magoga et al. (2019), enquanto na revisão de Sun et al. (2024), a aplicação variou desde o início do segundo estadio, ao início da distensão do períneo, de forma intermitente ou contínua, variando entre os estudos randomizados incluídos. No entanto, a sua aplicação ao longo do segundo estadio do trabalho de parto foi comum a todos os estudos incluídos, variando o intervalo de aplicação.

A distocia de ombros foi associada a um maior risco de laceração perineal grave, assim como da sua recorrência, por todos os autores incluídos na revisão que avaliaram o impacto da mesma na integridade do períneo (Barba et al., 2022; Hu et al., 2023; Packet et al., 2023).

Relativamente à técnica usada para a proteção do períneo no segundo estadio do trabalho de parto, os resultados não são conclusivos relativamente ao uso da

técnica *hands on* comparativamente com *hands off*. Pierce-Williams et al., (2021) definiram *hands on* como envolvendo a cabeça fetal com uma mão, aplicando pressão para controlar a expulsão e aplicar pressão com a outra mão no períneo, não definindo a técnica *hands off*. Huang et al. (2020) definiram as técnicas *hands on* como proteger o períneo, controlar a saída da cabeça fetal e proteger o períneo, assim como controlo da cabeça fetal e/ou promover a sua flexão. *Hands off* refere-se a não proteger o períneo em qualquer fase do trabalho de parto, não aplicando pressão ou aplicando pressão mínima na cabeça fetal quando há expulsão rápida e probabilidade de laceração perineal. De acordo com Pierce-Williams et al. (2021), as duas foram associadas a uma incidência semelhante de trauma perineal grave. A técnica *hands off* geralmente resulta em menores taxas de episiotomia, alinhando-se com abordagens mais naturais e menos interventivas. Já segundo Huang et al. (2020) os resultados são concordantes relativamente a taxa de episiotomias, sugerindo uma maior taxa de períneo íntegro com a técnica *hands off*. Estes também não encontraram diferenças significativas relativamente às lacerações de segundo, terceiro e quarto grau, no entanto, revelou que a incidência de laceração de primeiro grau foi maior no grupo *hands off* do que no grupo *hands on*.

Assim, os fatores que influenciam a integridade perineal identificados através da leitura e análise destes artigos encontram-se descritos na figura 2.

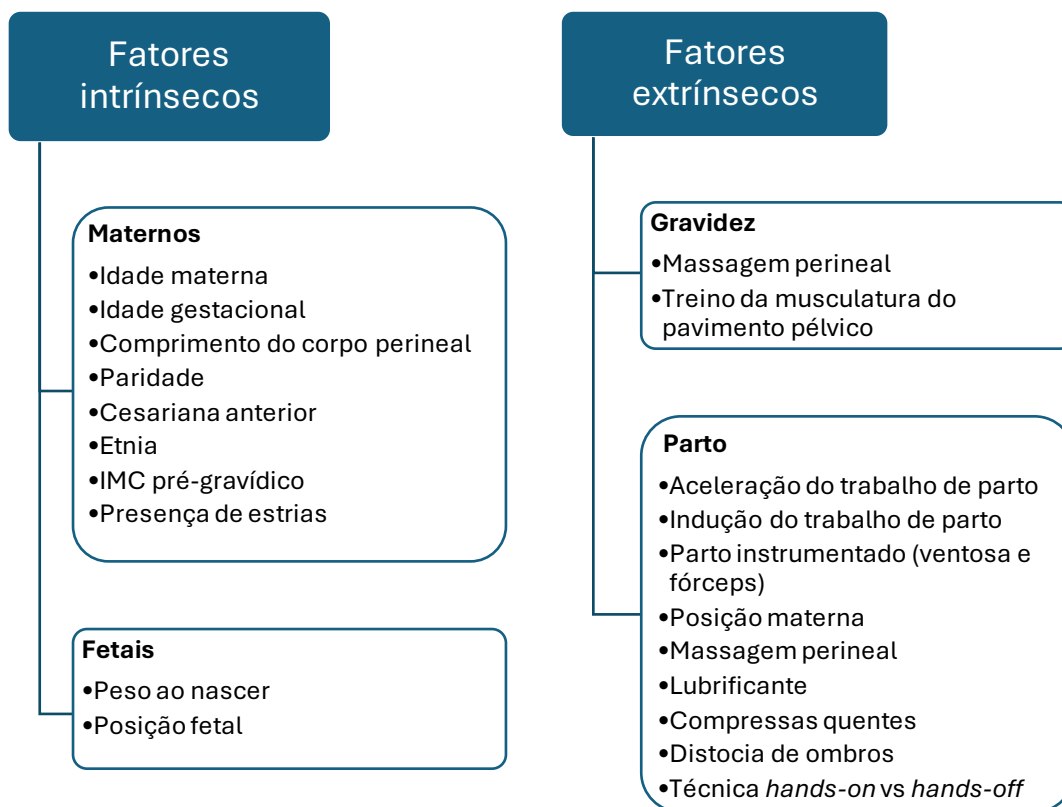


Figura 2 – Fatores que influenciam a integridade perineal

Apesar da diversidade dos resultados encontrados pelos diferentes estudos, estes são, em geral, compatíveis com os fatores previamente descritos na literatura. Alguns dos fatores descritos previamente por Tavares et al. (2022), como o perímetro cefálico e a duração do segundo estadio do trabalho de parto, não foram identificados como fatores influenciadores da integridade perineal pelos autores integrados na presente revisão. No entanto, fatores como a idade materna, a nuliparidade e o parto instrumentado foram fatores em comum identificados. Do mesmo modo, Rodrigues et al. (2019) identificaram o peso ao nascer, a paridade, a história de cesariana anterior e a posição materna como fatores preditivos da integridade do períneo no parto vaginal, isto é, fatores em comum com os identificados nesta revisão.

Relativamente à disparidade entre os estudos incluídos, esta poderá ser explicada por múltiplos fatores, como o facto de serem realizados em áreas geográficas distintas, com populações distintas, com diferenças na etnia e

culturais que poderão desempenhar um fator importante para explicar os resultados distintos. O facto de se tratar de revisões sistemáticas da literatura e de os estudos incluídos terem por vezes diferenças nas variáveis em estudo, poderá ter também um impacto importante nos resultados. Por exemplo, nos estudos incluídos por Magoga et al. (2019), relativo ao efeito das compressas quentes, a temperatura da água utilizada foi uma preocupação particular, já que alguns estudos relataram temperaturas diferentes, houve também inconsistência no momento e na duração da aplicação das compressas mornas, com algumas sendo aplicadas apenas quando a cabeça fetal distendia o períneo e outras aplicadas assim que a segunda fase começava. No entanto, alguns dos fatores identificados foram unânimes entre os autores que os avaliaram, como a nuliparidade, a idade gestacional, a massagem perineal pré-natal, a aceleração do trabalho de parto e a distocia de ombros.

Efetivamente, como resposta à pergunta inicial – quais são os fatores que influenciam a integridade do períneo das mulheres no parto vaginal? – a resposta será: todos os descritos, sendo uns fatores de risco, enquanto outros são protetores da ocorrência de lacerações perineais. Parecem ser fatores de risco a idade materna superior a 35 anos, idade gestacional superior a 40 semanas, corpo perineal curto, nuliparidade, cesariana anterior, etnia asiática, baixo IMC pré-gravídico, presença de estrias, feto com peso superior a 3500g, posição fetal OP ou OT, a aceleração do trabalho de parto com ocitocina, o parto instrumentado, adotar posições que não permitem sacro flexível no período expulsivo e distocia de ombros. Por outro lado, parecem ser protetores da integridade do períneo a ausência dos fatores referidos anteriormente, assim como a massagem perineal na gravidez e parto (em particular na gravidez), o treino da musculatura do pavimento pélvico na gravidez, assim como o uso de lubrificante e compressas quentes durante o parto. A técnica *hands off* de proteção do períneo não parece proteger o períneo de lacerações de primeiro grau, no entanto, parece estar associada a uma menor taxa de episiotomia, sendo que a incidência de lacerações perineais graves é semelhante com a implementação de ambas as técnicas. Relativamente à indução do trabalho de

parto, não foi possível tirar conclusões, pelos resultados contraditórios encontrados.

Para a prática em ESMO, importam particularmente aqueles que são fatores extrínsecos e sensíveis aos cuidados dos EEESMO. No futuro, seria importante criar um conjunto de intervenções suportadas pela evidência a implementar pelo EEESMO, no período pré-natal e durante o parto, que promovam a integridade do períneo, tendo em conta a pré-disposição de cada mulher à ocorrência de lacerações perineais, com base nos fatores intrínsecos identificados em cada uma. De acordo com os resultados desta revisão, as intervenções a implementar poderão passar pela massagem perineal a partir das 34 semanas de gestação, assim como o treino da musculatura do pavimento pélvico na gravidez. Já no trabalho de parto, incentivar as posições verticais e de flexibilidade do sacro, usar lubrificante e compressas quentes durante o segundo estadió do trabalho de parto poderão ser importantes na promoção de um períneo íntegro, isto é, sem laceração ou submetido a episiotomia. O uso da *técnica hands on vs. hands off* deve ser ponderada caso a caso, visto a evidência parecer demonstrar que com a técnica *hands off* ocorrem mais lacerações de primeiro grau, no entanto, parece estar associada a uma menor taxa de episiotomia, com uma incidência de lacerações perineais graves semelhante.

A maior limitação da revisão da literatura aqui apresentada é o facto de se excluir artigos que não sejam revisões sistemáticas da literatura, assim como a criação de um limite temporal para a inclusão dos artigos. Nas condições ideais, a metodologia seria implementada sem limitações. Ainda assim, é possível tirar conclusões importantes para a prática.

Apesar do grande volume de evidência disponível relativo a este tema, é necessário que se estudem estes fatores de forma que sejam totalmente comparáveis e em maiores populações, para obtermos um maior significado dos resultados para a prática, assim como um maior esclarecimento relativo ao modo de implementação de cada intervenção. Enquanto EEESMO, devemos ter em conta estes resultados para que possamos implementar práticas baseadas na evidência, respeitando sempre a vontade da mulher e esclarecendo-a, sempre

que necessário, para que possa tomar as melhores decisões para si e para a sua família.

3. REFLEXÃO CRÍTICA – OS DESAFIOS, AS CONQUISTAS E O FUTURO

O percurso que culmina na realização deste relatório foi iniciado há cerca de dois anos, com o ingresso no presente ciclo de estudos. Este foi repleto de experiências e oportunidades, assim como de desafios e obstáculos a ultrapassar. Ao longo deste processo, cada dia trouxe uma nova oportunidade.

O serviço de internamento de grávidas permitiu-me cuidar de grávidas num momento em que precisavam disso mesmo, de ser cuidadas. Olhar as mulheres para além da sua patologia, compreender as suas necessidades específicas, quer associadas à sua condição de saúde, quer associadas ao simples facto de estarem grávidas. Ainda neste serviço, tive a oportunidade de cuidar de mulheres submetidas a interrupção médica da gravidez inviável do primeiro e segundo trimestres, assim como de resolução de abortamentos incompletos. Tive a oportunidade de cuidar de uma mulher durante uma interrupção médica da gravidez, por causa fetal, submetida a um feticídio. Este dia foi importante para que percebesse as intervenções do EEESMO não na assistência técnica a procedimentos, mas no cuidar da mulher num momento tão vulnerável. Percebi a importância da comunicação naquele momento, do respeito pelo seu tempo, pelo silêncio e a importância de demonstrar disponibilidade, que estava ali, a importância de não fazer nada, quando na verdade se está a fazer muito. O aparente fazer nada com um objetivo terapêutico foi tão importante como qualquer outra intervenção naquele dia. Cada uma das mulheres que cuidei acrescentou um pouco mais às minhas competências como futura EEESMO, sendo este um exemplo entre muitos outros.

O Bloco de Partos foi um local que me permitiu um grande número de experiências novas, desde cuidar de parturientes durante a indução do trabalho de parto, cuidar de parturientes nos diferentes estadios do trabalho de parto, cuidar de parturientes durante o parto eutócico, cuidar de parturientes durante o parto distócico, cuidados imediatos ao recém-nascidos, promover a amamentação na primeira hora de vida e, ainda, a observação e participação

nos cuidados à mulher durante um parto pélvico. Apesar das experiências terem sido extremamente enriquecedoras, não foram vividas sem dificuldades. Encontrar o meu lugar num ambiente estranho, numa equipa multidisciplinar inicialmente desconhecida não foi uma tarefa fácil. No entanto, as EEESMO que me orientaram desempenharam um papel fundamental na minha integração na equipa, ajudando-me a navegar as especificidades de um local cheio de complexidades como é a sala de partos. A gestão de cada turno e articulação com a equipa médica para que eu pudesse vivenciar o maior número de experiências possível foi um desafio, devido à presença de vários elementos da equipa médica em formação e também à política médico-cêntrica que se pratica na instituição. Anseio o dia em que os cuidados de saúde em Portugal sejam centrados nas necessidades das pessoas, os seus utilizadores, ao invés do que hoje ainda se verifica. Acredito que, num futuro próximo, e enquanto EEESMO, possa cuidar de mulheres num modelo centrado nelas, na sua família e nas suas necessidades e não nas conveniências para os profissionais de saúde.

No serviço de internamento de puerpério, cuidar puérperas e recém-nascidos foi um desafio. É necessário estarmos atentos a uma multitude de fatores em cada um dos clientes, promovendo a saúde, sem transparecer que, estamos sempre atentos a cada sinal de um possível desvio da normalidade. A desvalorização que se verifica da necessidade de EEESMO na prestação de cuidados no puerpério é ilógica, pois esta é uma fase extremamente sensível aos cuidados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ocupando o EEESMO um papel central na promoção de saudável da transição para a parentalidade e da recuperação pós-parto.

Assim, foram cumpridas as experiências previstas na Lei n.º 26/2017, de 30 de maio, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais e à diminuição dos constrangimentos à livre circulação de pessoas no espaço europeu, para a obtenção do título profissional de EEESMO, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros, tendo cada uma delas contribuído para o meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura EEESMO.

CONCLUSÃO

A realização do presente relatório permitiu uma reflexão profunda sobre o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências decorrente do percurso realizado ao longo deste ciclo de estudos, em particular da realização dos estágios no contexto do período pré-natal, trabalho de parto e pós-natal.

As experiências vivenciadas cumpriram com os requisitos estabelecidos no Guia Orientador do Estágio de natureza profissional em cada uma das áreas especificadas. Apesar da dificuldade pelo limite temporal estabelecido para o cumprimento destas experiências e das limitações impostas pelos serviços onde o estágio se realizou, foram cumpridos todos os requisitos para que esta etapa se concluísse com sucesso.

Efetivamente, a realização da revisão integrativa da literatura apresentada neste relatório permitiu um aprofundamento do conhecimento adquirido no contexto de sala de aula e de estágio, fomentando a importância de uma prática baseada na evidência. No entanto, os resultados sugerem a necessidade de mais investigação na área estudada, pela grande disparidade dos resultados encontrados e pela dificuldade na comparação das variáveis estudadas.

Conclui-se, deste modo, que os objetivos estabelecidos para a realização deste relatório foram cumpridos, mantendo-se a consciência de que o aperfeiçoamento profissional se deve manter sempre. Apesar de um ciclo concluído, a busca do conhecimento e a procura pelas melhores práticas manter-se-ão presentes ao longo da minha futura vida profissional enquanto EEESMO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG Committee Opinion No. 736. Optimizing postpartum care. *Obstetrics & Gynecology*, 131 (5), e140-e150. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002633>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). ACOG Practice Bulletin No. 222. Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 135 (6), e237-e260. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of Self-Efficacy Theory of Behavioral Change. *Cognitive Therapy and Research*, 1 (4), 287-310. <https://doi.org/10.1007/BF01663995>
- Barba, M., Bernasconi, D. P., Manodoro, S., & Frigerio, M. (2022). Risk factors for obstetric anal sphincter injury recurrence: A systematic review and meta-analysis. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 158(1), 27–34. <https://doi.org/10.1002/IJGO.13950>
- Brockway, M., Benzie, K., & Hayden, K. A. (2017). Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Human Lactation*, 33(3), 486–499. <https://doi.org/10.1177/0890334417707957>
- Brown, J. T., & Stoudemire, G. A. (1983). Normal and pathological grief. *Jama*, 250(3), 378-382.
- Calais-German, B., & Vives Parés, N. (2009). *Parir en Movimiento*. La liebre de marzo.
- Cardoso, A., Aires C., Machado, S., Silva, C., Grilo, A.R. (2023a). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, U., Albergaria, E., Figueiredo, A., (2023b). *Guia Orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco)*.

Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.

- Cardoso, A., Soares, A., Sousa, B., Oliveira, M., Chaves, S., Carvalho, J. (2024). *Guia Orientador de Boas Práticas: Adaptação à parentalidade*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Carseldine, W. J., Phipps, H., Zawada, S. F., Campbell, N. T., Ludlow, J. P., Krishnan, S. Y., & De Vries, B. S. (2013). Does occiput posterior position in the second stage of labour increase the operative delivery rate? *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 53(3), 265–270. <https://doi.org/10.1111/ajo.12041>
- Cerejeira, I., Cardoso, A., & Portugal, J. (2022). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Crenshaw, J. T. (2014). Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together—It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 211–217. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.211>
- Cunningham, F., Leveno, K., Dashe, J., Hoffman, B., Spong, C., & Casey, B. (2022). *Williams Obstetrics* (26th ed.). McGraw Hill.
- Da Silva, M., Andressa, T., Primo, B., Santos, S., Wane, L., Leite, C., Chaves Da Silva, C. E., Oliveira Do Nascimento, A., Alves, A. T., Driusso, P., Da, K., & Cunha, C. (2023). The effectiveness of interventions in the prevention of perineal trauma in parturients: A systematic review with meta-analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 283, 100–111. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.02.008>
- de Waal, N., van den Heuvel, M. I., Nyklíček, I., Pop, V. J., & Boekhorst, M. G. (2023). Paternal bonding in pregnancy and early parenthood: a qualitative study in first-time fathers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2252890>
- Denis, A., Michaux, P., & Callahan, S. (2012). Factors implicated in moderating the risk for depression and anxiety in high risk pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(2), 124–134. <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.677020>

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

Dixon, L., Skinner, J., Foureur, M. (2013). The emotional and hormonal pathways of labour and birth: integrating mind, body and behaviour. *New Zealand College of Midwives Journal*, 48, 15-23. <http://dx.doi.org/10.12784/nzcomjnl48.2013.3.15-23>

Doka, K. J. (2016). *Grief is a journey: finding your path through loss*. Simon and Schuster.

Ducloy-Bouthors, A. S., Keita-Meyer, H., Bouvet, L., Bonnin, M., & Morau, E. (2020). Normal childbirth: physiologic labor support and medical procedures. Guidelines of the French National Authority for Health (HAS) with the collaboration of the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF) and the French College of Midwives (CNSF) – Mother's wellbeing and regional or systemic analgesia for labor. *Gynecologie Obstetrique Fertilite et Senologie*, 48(12), 891–906. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.09.015>

Euro-Peristat. (2010). *European Perinatal Health Report*. <https://www.europeristat.com>

Hong, J., Atkinson, J., Roddy Mitchell, A., Tong, S., Walker, S. P., Middleton, A., Lindquist, A., & Hastie, R. (2023). Comparison of Maternal Labor-Related Complications and Neonatal Outcomes Following Elective Induction of Labor at 39 Weeks of Gestation vs Expectant Management: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 6(5), e2313162–e2313162. <https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2023.13162>

Hu, Y., Lu, H., Huang, Q., Ren, L., Wang, N., Huang, J., Yang, M., & Cao, L. (2023). Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Journal of clinical nursing*, 32(13–14), 3248–3265. <https://doi.org/10.1111/JOCN.16438>

Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., & Wang, J. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 87, 102712. <https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2020.102712>

- Jain, V., Bos, H., & Bujold, E. (2020). Guideline No. 402: Diagnosis and Management of Placenta Previa. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 42(7), 906-917. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.07.019>
- Jenkinson, B., Josey, N., & Kruske, S. (2013). *BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design*. Queensland Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland.
- Jones, E. P. (1952). Deep Transverse Arrest: What does it mean? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 377-379.
- Khamseh, F. K., Zagami, S. E., & Ghavami, V. (2022). The Relationship between Perineal Trauma and Striae Gravidarum: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(5), 363. https://doi.org/10.4103/IJNMR.IJNMR_379_20
- Klein, M. C., Janssen, P. A., MacWilliam, L., Kaczorowski, J., & N Montreal, B. S. (1997). Determinants of vaginal-perineal integrity and pelvic floor functioning in childbirth. *Am J Obstet Gynecol*, 176 (2), 403-410.
- Kurnaz, D., Balacan, Z., & Karacam, Z. (2022). The Effects of Upright Positions in the Second Stage of Labor on Perineal Trauma and Infant Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Education and Research in Nursing*, 19(4), 383–395. <https://doi.org/10.5152/JERN.2022.09454>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003934.pub3>
- Lee, S., Ayers, S., & Holden, D. (2012). Risk perception of women during high risk pregnancy: A systematic review. *Health, Risk and Society*, 14 (6), 511–531. <https://doi.org/10.1080/13698575.2012.701277>
- Lei n.º 26/2017 da Assembleia da República. (2017). Diário da República: I série, nº 104. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/26-2017-107094721>
- Lei n.º 8/2024 da Assembleia da República. (2024). Diário da República: I série, nº 14. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328>

- Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, theories, research and practice* (2nd ed.). McGraw Hill.
- Li, Y., Wang, C., Lu, H., Cao, L., Zhu, X., Wang, A., & Sun, R. (2023). Effects of perineal massage during childbirth on maternal and neonatal outcomes in primiparous women: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 138, 104390. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2022.104390>
- Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen G, H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 240, 93–98. <https://doi.org/10.1016/J.EJOGRB.2019.06.011>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Mendes da Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5a). Lidel.
- Mercan, Y., & Selcuk, K. T. (2021). Association between postpartum depression level, social support level and breastfeeding attitude and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women. *PLoS ONE*, 16(4), e0249538 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249538>
- Montenegro, C., & De Rezende Filho, J. (2017). *Rezende Obstetrícia* (13a). Guanabara Koogan.
- Neczypor, J. L., & Holley, S. L. (2017). Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour. *Nursing for Women's Health*, 21(6), 462–472. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.10.011>
- Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction & the experience of loss*. American Psychological Association.
- NICE. (2021). *Postnatal care NICE guideline*. www.nice.org.uk/guidance/ng194
- Norma 001/2023 da Direção-Geral da Saúde. (2023). *Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério*. <https://normas.dgs.min->

saude.pt/2023/01/27/organizacao-dos-cuidados-de-saude-na-preconcecao-gravidez-e-puerperio/

Odent, M. (2011). *Childbirth in the Age of Plastics*. Pinter & Martin Publishers.

Oh, C., & Kark, A. E. (1973). Anatomy of the perineal body. *Diseases of the Colon & Rectum*, 16(6), 444-454.

Orientação n.º 002/2023 da Direção-Geral da Saúde. (2023). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-0022023-de-10052023-atualizada-a-26032024-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto.aspx>

Packet, B., Page, A. S., Cattani, L., Bosteels, J., Deprest, J., & Richter, J. (2023). Predictive factors for obstetric anal sphincter injury in primiparous women: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 62(4), 486–496. <https://doi.org/10.1002/UOG.26292>

Parecer n.º 43/2019 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2019). *Cálculo de dotações seguras nos cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*.

Petri, E., Palagini, L., Bacci, O., Borri, C., Teristi, V., Corezzi, C., Faraoni, S., Antonelli, P., Cargioli, C., Banti, S., Perugi, G., & Mauri, M. (2018). Maternal–foetal attachment independently predicts the quality of maternal–infant bonding and post-partum psychopathology. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 31(23), 3153–3159. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1365130>

Pierce-Williams, R. A. M., Saccone, G., & Berghella, V. (2021). Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(6), 993–1001. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1619686>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10th Ed.). Wolters Kluwer Health, Philadelphia

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II Série, n.º 85. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>

Reilly, D. M., & Lozano, J. (2021). Skin collagen through the lifestages: importance for skin health and beauty. *Plastic and Aesthetic Research*, 8. <https://doi.org/10.20517/2347-9264.2020.153>

Rocha, B. D., Zamberlan, C., Pivetta, H. M. F., Santos, B. Z., & Antunes, B. S. (2020). Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis. *Revista da Escola de Enfermagem*, 54, 1–11. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>

Rodrigues, S., Silva, P., Agius, A., Rocha, F., Castanheira, R., Gross, M., & Calleja-Agius, J. (2019). Intact Perineum: What are the Predictive Factors in Spontaneous Vaginal Birth? *Materia Socio-Medica*, 31(1), 25–30. <https://doi.org/10.5455/msm.2019.31.25-30>

Rosado, F. F. & Marques, M. E. (2016). The Creation of Meaning during Pregnancy. *Studies in the Maternal*, 8(1), 1–15, <http://dx.doi.org/10.16995/sim.215>

Silver, R. M. (2015). Abnormal placentation. Em *Obstetrics and Gynecology* 126 (3), pp. 654–668. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001005>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *Consenso Clínico - Limite da viabilidade*.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2022). *Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável*.

Sousa, L. M. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Pestana, H. C. F. C. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 45-54. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>

- Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Antunes, A. V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21(2), 17-26. <https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE21.pdf#page=17>
- Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8, 102-106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
- Stern, D. B. (1997). *Unformulated Experience: From Dissociation to Imagination in Psychoanalysis*. Analytic Press.
- Stroebe, M., Stroebe, W., van de Schoot, R., Schut, H., Abakoumkin, G., & Li, J. (2014). Guilt in bereavement: the role of self-blame and regret in coping with loss. *PloS one*, 9(5), e96606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096606>
- Sun, R., Huang, J., Zhu, X., Hou, R., Zang, Y., Li, Y., Pan, J., & Lu, H. (2024). Effects of Perineal Warm Compresses during the Second Stage of Labor on Reducing Perineal Trauma and Relieving Postpartum Perineal Pain in Primiparous Women: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Healthcare*, 12(7), 702. <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE12070702/S1>
- Tavares, N. V. da S., Dantas, N. P. M., Cardoso, A. C. G., Sanches, M. E. T. de L., Araújo, S. T. de, Moura, R. dos S., Mendonça, T. R. M. de, & Souza, M. L. de C. (2022). Fatores que influenciam a ocorrência de laceração perineal no parto. *Research, Society and Development*, 11(4), e33111425245. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.25245>
- Walker, K. F., Kibuka, M., Thornton, J. G., & Jones, N. W. (2018). Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008070.pub4>
- Watson, R. E., Parry, E. J., Humphries, J. D., Jones, C. J., Polson, D. W., Kielty, C. M., & Griffiths, C. E. (1998). Fibrillin microfibrils are reduced in skin exhibiting striae distensae. *The British Journal of Dermatology*, 138(6), 931–937. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.1998.02257.x>
- Webb, R., Ayers, S., Bogaerts, A., Jeličić, L., Pawlicka, P., Van Haeken, S., Uddin, N., Xuereb, R. B., Kolesnikova, N., Soares, I., Sovilj, M., & Ventura, S. S. (2021). When birth is not as expected: a systematic review of the impact of a mismatch

between expectations and experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1).
<https://doi.org/10.1186/s12884-021-03898-z>

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

Winnicott, D. W. (1956). *Through paediatrics to psychoanalysis: Collected papers*. London: Karnac Books.

World Health Organization. (2014). *WHO Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes*. Geneva: World Health Organization

World Health Organization. (2017). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors*. Geneva: World Health Organization

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

World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Geneva: World Health Organization.

Yang, Q., Cao, X., Hu, S., Sun, M., Lai, H., Hou, L., Wang, Q., Wu, C., Wu, Y., Xiao, L., Luo, X., Tian, J., & Ge, L. (2022). Lubricant for reducing perineal trauma: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 48(11), 2807–2820. <https://doi.org/10.1111/JOG.15399>

Yin, J., Chen, Y., Huang, M., Cao, Z., Jiang, Z., & Li, Y. (2024). Effects of perineal massage at different stages on perineal and postpartum pelvic floor function in primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/S12884-024-06586-W/TABLES/1>

Zang, Y., Lu, H., Zhang, H., Huang, J., Ren, L., & Li, C. (2020). Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(12), 3293–3306. <https://doi.org/10.1111/JAN.14587>

Zhang, D., Bo, K., Montejo, R., Sánchez-Polán, M., Silva-José, C., Palacio, | Montse, & Barakat, R. (2024). Influence of pelvic floor muscle training alone or as part of a general physical activity program during pregnancy on urinary incontinence, episiotomy and third-or fourth-degree perineal tear: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 103, 1015–1027. <https://doi.org/10.1111/aogs.14744>

ANEXOS

ANEXO I

Estratégia de pesquisa e frase booleana

Base de dados	Pesquisa	Frase booleana	Resultados
PubMed	#1	"Parturition"[MeSH Terms] OR "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms]	142,655
	#2	"perineum/injuries"[MeSH Terms] OR "Perineal Integrity"[All Fields]	2,017
	#3	#1 AND #2 ("Parturition"[MeSH Terms] OR "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms]) AND ("perineum/injuries"[MeSH Terms] OR "Perineal Integrity"[All Fields])	1,219
	#4	#1 AND #2 Filters: in the last 5 years (("Parturition"[MeSH Terms] OR "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms]) AND ("perineum/injuries"[MeSH Terms] OR "Perineal Integrity"[All Fields])) AND (y_5[Filter])	247
EBSCO	1	(perineum or perineal trauma or perineal tears or perineal injury or perineal lacerations) AND (labour or labor or intrapartum or childbirth or birth or delivery)	1896
	2	(perineum or perineal trauma or perineal tears or perineal injury or perineal lacerations) AND (labour or labor or intrapartum or childbirth or birth or delivery) Limitadores - Data de Publicação: 20190101-20241231	561
Scopus	1	(TITLE-ABS-KEY ({perineal integrity} OR {perineal injury} OR {perineal injuries} OR {perineal laceration} OR {perineal lacerations} OR {perineal tear} OR {perineal tears}) AND TITLE-ABS-KEY (labor OR parturition OR delivery OR childbirth) AND NOT TITLE-ABS-KEY (repair OR treatment OR postpartum))	1010
	2	(TITLE-ABS-KEY ({perineal integrity} OR {perineal injury} OR {perineal injuries} OR {perineal laceration} OR {perineal lacerations} OR {perineal tear} OR {perineal tears}) AND TITLE-ABS-KEY (labor OR parturition OR delivery OR childbirth) AND NOT TITLE-ABS-KEY (repair OR treatment OR postpartum)) AND PUBYEAR > 2018 AND PUBYEAR < 2025	351

ANEXO II

Tabela de extração de dados

Título	Ano	Autores	Origem	Tipo de estudo	Nº de estudos incluídos	Tipo de estudos incluídos	Resultados (relativos à integridade perineal)
1. <i>The Relationship between Perineal Trauma and Striae Gravidarum: A Systematic Review and Meta-Analysis</i>	2022	Khamseh, F., Zagami, S., Ghavami V.	Irão	Revisão sistemática e meta-análise	10	9 estudos transversais; 1 estudo de coorte	A percentagem e a gravidade do trauma perineal estão diretamente relacionadas à gravidade das estrias gravídicas, de modo que, com o aumento do TSS (<i>Total Striae Score</i>), o grau de rotura perineal e sua prevalência aumentam e a taxa. O índice de trauma perineal foi maior em indivíduos com estrias moderadas a graves do que naqueles com estrias leves ou sem estrias.

2. <i>Predictive factors for obstetric anal sphincter injury in primiparous women: systematic review and meta-analysis</i>	2023	Packet, B., Page, A. S., Cattani, L., Bosteels, J., Deprest, J., Richter, J.	Bélgica	Revisão sistemática e meta- análise	21	6 estudos de coorte prospetivos, 3 estudos de coorte retrospectivos e 2 ensaios intervencionais não- randomizados	O aumento da idade gestacional no momento do parto, menor comprimento do corpo perineal anteparto, aceleração do trabalho de parto, parto instrumentado, em particular extração por fórceps, distocia de ombros, uso de episiotomia e menor comprimento da episiotomia foram associados a lesão obstétrica do esfíncter anal. A massagem perineal pré-natal e o uso de um dilatador muscular do assoalho pélvico intraparto não afetaram as probabilidades de lesão obstétrica do esfíncter anal. Não foram encontradas diferenças significativas relativamente à idade materna, IMC materno, peso materno, ângulo do arco púbico estreito versus largo, indução do parto, analgesia epidural, ângulo da episiotomia, duração do trabalho de
--	------	---	---------	--	----	--	--

							parto, peso ao nascer ou perímetro cefálico.
3. <i>Effects of perineal massage at different stages on perineal and postpartum pelvic floor function in primiparous women: a systematic review and meta-analysis</i>	2024	Yin, J., Chen, Y., Huang, M., Cao, Z., Jiang, Z., Li, Y.	China	Revisão sistemática e meta-análise	10	10 estudos clínicos randomizados controlados (RCTs)	Há uma série de resultados relativos ao períneo que podem ser melhorados pela massagem perineal durante todo o período pré-natal e na segunda fase do trabalho de parto, incluindo aumento da integridade perineal, diminuição da incidência de episiotomia e diminuição das taxas de laceração de segundo grau. No entanto, nenhum dos momentos da massagem perineal foi associado a uma diminuição estatisticamente significativa na ocorrência de lacerações perineais de primeiro grau.
4. <i>Lubricant for reducing perineal trauma: A systematic review and meta-</i>	022	Yang, Q., Cao, X., Hu, S., Sun, M., Lai, H., Hou,	China	Revisão sistemática e meta-análise	19	19 RCTs	Os resultados indicaram que o uso de lubrificantes diminuiu a incidência de lacerações perineais de segundo grau. Sugeriram redução de trauma

<i>analysis of randomized controlled trials</i>		L., Wang, Q., Wu, C., Wu, Y., Xiao, L., Luo, X., Tian, J., Ge, L., Shi, L.					perineais, episiotomia. Não houve uma diferença significativa na redução de traumas perineais entre os tipos de lubrificante. Tanto mulheres nulíparas como múltíparas apresentaram benefícios com o uso de lubrificante. Nas nulíparas, o uso de lubrificante reduziu a incidência de trauma perineal e lacerações de segundo grau e aumentou a taxa de períneo íntegro. Nas múltíparas, reduziu a incidência de trauma perineal e lacerações de primeiro e segundo graus.
5. <i>Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis</i>	2019	Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H., Dahlen, G. H., Thornton, C.,	Itália	Revisão sistemática e meta-análise	7	7 RCTs	O uso de compressas mornas no segundo estadio do trabalho de parto foi associado a uma maior taxa de períneo íntegro, e a uma menor taxa de trauma perineal sem necessidade de sutura, além de uma menor taxa de episiotomia. O estudo foi limitado pelo número reduzido de mulheres

		Akbarzadeh, M., Ozcan, T., Berghella, V.					incluídas, variações na temperatura da água, no momento e na duração da aplicação, e nas técnicas usadas na gestão do segundo estadio (como a Manobra de Ritgen). A temperatura da água utilizada foi uma preocupação particular, já que alguns estudos relataram temperaturas de até 70°C. Houve também inconsistência no momento e na duração da aplicação das compressas mornas, com algumas sendo aplicadas apenas quando a cabeça fetal distendia o períneo e outras aplicadas assim que a segunda fase começava.
6. <i>Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth: A systematic review and meta-analysis of cohort studies</i>	2022	Hu, Y., Lu, H., Huang, Q., Ren, L., Wang, N., Huang, J., Yang, M., Cao, L.	China	Revisão sistemática e meta-análise	47	47 estudos de coorte retrospectivos	O estudo analisou fatores de risco potenciais para lacerações perineais graves durante o parto. Fatores maternos: idade materna ≥35 anos, nuliparidade, cesariana anterior, etnia asiática, baixo IMC pré-

						gravídico foram associados a um maior risco. Excesso de peso e obesidade foram associados a um risco reduzido. Tabagismo, altura materna e aumento de peso gestacional não mostraram impacto significativo. Fatores fetais: peso ao nascer (≥ 3500 g) e as posições occipitoposterior ou occipitotransversa aumentaram o risco. A circunferência da cabeça não teve um impacto significativo. Fatores intraparto: idade gestacional (>40 semanas), indução do trabalho de parto, aceleração do trabalho de parto, episiotomia mediana, parto instrumentado (maior risco com fórceps) e distocia de ombros foram associados a um maior risco. O uso de
--	--	--	--	--	--	--

							episiotomia em partos com fórceps reduziu o risco. Analgesia epidural e duração do trabalho de parto não tiveram impacto significativo.
7. <i>Risk factors for obstetric anal sphincter injury recurrence: A systematic review and meta-analysis</i>	2022	Barba, M., Bernasconi, D. P., Manodoro, S., Frigerio, M.	Itália	Revisão sistemática e meta-análise	15	10 estudos retrospectivos e 5 estudos randomizados controlados baseados em registos (R-RCTs)	Apresentaram maior risco de recorrência de laceração do esfíncter anal mulheres mais velhas, com idade gestacional além das 40 semanas, um maior intervalo entre gestações, etnia asiática, posição fetal occipitoposterior, aceleração com ocitocina, parto instrumentado com fórceps ou ventosa e distocia de ombros. A episiotomia não foi identificada como medida protetora da recorrência da lesão. Não tiveram influência significativa na recorrência das lesões o IMC, tabagismo, paridade, status social, diabetes gestacional anterior ou atual,

							analgesia epidural, episiotomia anterior, material de sutura e complicações da ferida, grau da laceração anterior, indução do trabalho de parto, duração do trabalho de parto, peso do recém-nascido ao nascer, circunferência da cabeça e género.
8. <i>Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials</i>	2019	Pierce-Williams, R. A. M., Saccone, G., Berghella, V.	Estados Unidos	Revisão sistemática e meta-análise	5	5 RCTs	A técnica <i>hands-on</i> durante o trabalho de parto não apenas foi associada a uma incidência semelhante de trauma perineal grave, definido como lacerações de terceiro e quarto graus, mas também a uma maior incidência de lacerações de terceiro grau e de episiotomia. Para lacerações de primeiro e segundo graus, as diferenças entre as duas técnicas são menos consistentes e variam entre os estudos. A técnica <i>hands-on</i> tende a estar associada a uma maior taxa de

							episiotomias em alguns estudos, uma vez que o suporte manual pode ser acompanhado da decisão de realizar a episiotomia. A técnica <i>hands-off</i> geralmente resulta em menores taxas de episiotomia, alinhando-se com abordagens mais naturais e menos interventivas.
9. <i>Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis</i>	2020	Rocha, B., Zamberlan, C., Pivetta, H., Santos, B., Antunes, B.	Brasil	Revisão sistemática e meta-análise	8	RCTs	As posições verticais durante o parto (como agachada, de joelhos, de pé ou sentada) estão associadas a uma redução na incidência de lacerações perineais graves (terceiro e quarto graus) em comparação com posições horizontais ou semi-reclinadas. Não há evidência consistente de que as posições verticais reduzam lacerações perineais leves (primeiro e segundo graus). As posições verticais são geralmente associadas a uma

							menor taxa de episiotomias, sugerindo um parto menos interventivo.
10. <i>Influence of pelvic floor muscle training alone or as part of a general physical activity program during pregnancy on urinary incontinence, episiotomy and third- or fourth-degree perineal tear: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials</i>	2023	Zhang, D., Bo, K., Montejo, R., Sánchez-Polán, M., Silva-José, C., Palacio, M., Barakat, R.	Espanha	Revisão sistemática e meta-análise	30	30 RCTs	O estudo concluiu que o treino dos músculos do assoalho pélvico (PFMT) durante a gravidez é uma intervenção preventiva eficaz para reduzir o risco de ocorrência de lacerações perineais de terceiro ou quarto grau. No entanto, o estudo não encontrou impacto significativo do PFMT na redução da incidência de episiotomia.
11. <i>Comparison of Maternal Labor-Related Complications</i>	2023	Hong, J., Atkinson, J., Mitchell A. R., Tong, S.,	Austrália	Revisão sistemática e meta-análise	14	12 estudos de coorte retrospectivos, 1	A indução do trabalho de parto às 39 semanas de gestação foi associada a uma redução de 37% na probabilidade de lesões perineais de terceiro ou

<i>and Neonatal Outcomes Following Elective Induction of Labor at 39 Weeks of Gestation vs Expectant Management: A Systematic Review and Meta-analysis</i>		Walker, S., Middleton, A., Lindquist, A., Hastie, R.				RCT, 1 estudo transversal	quarto grau, em comparação com uma atitude expectante. No entanto, entre as nulíparas, a indução eletiva do trabalho de parto às 39 semanas foi associada a um aumento do risco de distocia de ombros. A indução do parto também foi associada a uma probabilidade reduzida de parto vaginal instrumentado, macrosomia, baixo índice de Apgar ao 5º minuto e a taxas mais baixas de cesarianas de emergência.
<i>12. Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis</i>	2020	Zang, Y., Lu, H., Zhao, Y., Huang, J., Ren, L., Li, X.	China	Revisão sistemática e meta-análise	16	16 RCTs	Os dados sobre laceração perineal de 1º grau e períneo íntegro foram agrupados porque ambos exigiam pouca sutura. Os dados sobre trauma perineal de terceiro e quarto grau também foram agrupados devido aos seus efeitos negativos graves e à menor incidência. Mulheres que utilizaram posições com sacro flexível

							tiveram uma probabilidade maior de períneo íntegro/laceração perineal de 1º grau. Não houve diferença significativa na laceração perineal de 2º grau. As posições com sacro flexível reduziram significativamente a taxa de laceração perineal de 3º/4º grau e episiotomia. Os dados de períneo íntegro e laceração de 1º grau foram agrupados na meta-análise. No entanto, nenhuma diferença clara foi encontrada quando analisados separadamente.
13. <i>The Effects of Upright Positions in the Second Stage of Labor on Perineal Trauma and Infant Health: A Systematic Review and Meta-Analysis</i>	2022	Kurnaz, D., Balacan, Z., Karacam, Z.	Turquia	Revisão sistemática e meta-análise	16	7 RCTs, 1 estudo de coorte, 5 estudos retrospectivos, 1 estudo transversal, 1 estudo transversal	Os resultados indicam que posições verticais usadas durante o trabalho de parto reduzem a probabilidade de episiotomia, aumentam o risco de lacerações de 1º grau, mas não têm impacto sobre um períneo íntegro, sobre lacerações de 2º/3º/4º graus ou lesão do esfíncter anal.

						prospetivo, 1 estudo prospetivo	
14. <i>Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: A meta-analysis</i>	2020	Zang, Y., Lu, H., Zhang, H., Huang, J., Ren, L., Li C.	China	Revisão sistemática e meta-análise	12	10 RCTs, 2 quasi-RCTs	As posições verticais na segunda fase do trabalho de parto para mulheres de baixo risco sem analgesia epidural levaram a uma diminuição do risco de parto vaginal instrumentado e a uma diminuição do risco lacerações de 3º e 4º graus e episiotomia, mas foram associados a um risco aumentado de laceração de 2º grau.
15. <i>The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis</i>	2020	Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., Wang, J.	China	Revisão sistemática e meta-análise	17	9 RCTs, 2 estudos transversais, 6 quasi- experimentais	A técnica <i>hands off</i> implicou uma maior taxa de períneo íntegro e menos episiotomias quando comparada à técnica <i>hands on</i> . Com base nos resultados dos RCTs, este estudo não encontrou diferença entre a técnica <i>hands on</i> e <i>hands off</i> em relação ao risco laceração de 2º, 3º ou 4º grau. Os resultados dos não-

							RCTs foram semelhantes RCTs, exceto por mostrar menos lacerações de 2º grau na técnica <i>hands off</i> do que na técnica <i>hands on</i> . A meta-análise de seis RCTs revelou que a incidência de laceração de 1º grau foi maior no grupo <i>hands off</i> do que no grupo <i>hands on</i> .
16. <i>The effectiveness of interventions in the prevention of perineal trauma in parturients: A systematic review with meta-analysis</i>	2023	Da Silva, M., Andressa, T.,Primo, B., Santos, S., Wane, L., Leite, C., Da Silva, C., Do Nascimento, A., Alves, A., Driusso, P., Da Costa Cunha, K.	Brasil	Revisão sistemática e meta-análise	50	50 RCTs	As intervenções foram divididas em intervenção durante a gravidez e durante o parto. Durante a gravidez a massagem perineal realizada no terceiro trimestre da gravidez, mostrou-se eficaz em reduzir o risco de lacerações perineais. O uso do <i>Epi-No®</i> (dispositivo inserido na vagina para preparar os músculos perineais) e o treino dos músculos do assoalho pélvico (inclui exercícios de Kegel) não apresentaram resultados

							significativos na prevenção de lacerações perineais. Durante o parto as intervenções massagem perineal, compressas quentes, parto na água, técnicas de puxo, cuidados intraparto e posições maternas não demonstraram eficácia significativa na prevenção de trauma perineal em comparação com o grupo de controle.
17. <i>Effects of Perineal Warm Compresses during the Second Stage of Labor on Reducing Perineal Trauma and Relieving Postpartum Perineal Pain in Primiparous Women: A Systematic Review and Meta-Analyses</i>	2024	Sun, R., Huang, J., Zhu, X., Hou, R., Zang, Y., Li, Y., Pan, J., Lu, H.	China	Revisão sistemática e meta-análise	7	7 RCTs	As compressas quentes foram eficazes na redução significativa das lacerações perineais de 2º, 3º e 4º graus. Não houve efeito significativo na redução das lacerações 1º grau. Houve uma redução significativa na incidência de episiotomias. As compressas quentes aumentaram a taxa de integridade do períneo.

18. <i>Effects of perineal massage during childbirth on maternal and neonatal outcomes in primiparous women: A systematic review and meta-analysis</i>	2023	Li, Y., Wang, C., Lu, H., Cao, L., Zhu, X., Wang, A., Sun, R.	China	Revisão sistemática e meta-análise	17	17 RCTs	A massagem perineal iniciada durante o segundo estadio do trabalho de parto melhorou efetivamente os desfechos perineais maternos, como o aumento da ocorrência de períneo intacto, a redução da taxa de lacerações perineais de segundo e terceiro graus, e a diminuição da incidência de episiotomia. A massagem perineal iniciada durante o primeiro estadio do trabalho de parto reduziu significativamente a duração do primeiro e segundo estadios do trabalho de parto.
--	------	---	-------	------------------------------------	----	---------	--

ANEXO III**Nível de evidência de acordo com o Joanna Briggs Institute (JBI)**

Estudo (nº)	Nível de evidência (JBI)
1	Nível 3.b – Revisão sistemática de estudos coorte comparáveis e outros desenhos de estudo inferiores
2	Nível 3.b – Revisão sistemática de estudos coorte e outros desenhos de estudo inferiores
3	Nível 1.a – Revisão sistemática de estudos randomizados controlados (RCTs)
4	Nível 1.a – Revisão sistemática de RCTs
5	Nível 1.a – Revisão sistemática de RCTs
6	Nível 3.a – Revisão sistemática de estudos coorte comparáveis
7	Nível 1.b – Revisão sistemática de RCTs e outros desenhos de estudo
8	Nível 1.a – Revisão sistemática de RCTs
9	Nível 1.a – Revisão sistemática de RCTs
10	Nível 1.a – Revisão sistemática de RCTs
11	Nível 1.b – Revisão sistemática de RCTs e outros desenhos de estudo
12	Nível 1.a – Revisão sistemática de RCTs
13	Nível 1.b – Revisão sistemática de RCTs e outros desenhos de estudo

14	Nível 1.b – Revisão sistemática de RCTs e outros desenhos de estudo
15	Nível 1.b – Revisão sistemática de RCTs e outros desenhos de estudo
16	Nível 1.a – Revisão sistemática de RCTs
17	Nível 1.a – Revisão sistemática de RCTs
18	Nível 1.a – Revisão sistemática de RCTs