

**A MASSAGEM PERINEAL DURANTE A GRAVIDEZ  
NA PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Inês Maria Moreira de Sousa

Porto, 2021



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**A MASSAGEM PERINEAL DURANTE A  
GRAVIDEZ NA PREVENÇÃO DO TRAUMA  
PERINEAL**

THE PERINEAL MASSAGE DURING PREGNANCY  
TO PREVENTING PERINEAL TRAUMA

Estágio de natureza profissional orientado  
pela Professora Doutora Maria Cândida Morato  
Pires Koch

Inês Maria Moreira de Sousa

Porto, 2021



## AGRADECIMENTOS

Terminado este intenso e incrível percurso de aprendizagem, crescimento profissional e pessoal, resta-me agradecer às pessoas que me acompanharam e permitiram alcançar o sucesso numa das etapas mais importantes da minha vida.

Gostaria de agradecer, primeiramente, à Professora Doutora Cândida Koch pelo seu cuidado, atenção, dedicação, exigência e, acima de tudo, incentivo que sempre ofereceu ao longo deste percurso.

À minha mãe, pelo apoio incansável, otimismo, paciência e amor, por acreditar em mim e por estar sempre presente. Sem ela nada disto teria sido possível.

Aos meus amigos, em particular à Inês, pela nossa amizade, mas também, pela motivação, partilha de conhecimentos e todas as palavras reconfortantes.

Ao Renato, por todo o carinho, companheirismo e por ter estado sempre presente. Obrigada por seres o meu porto seguro.

A toda a equipa de enfermagem do Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, em especial à enfermeira-chefe Irene Cerejeira, por me terem acolhido, por todo o carinho, apoio, ajuda e preocupação, mas acima de tudo, por me terem feito “crescer em família”.

Por fim, a todas as mulheres, casais e recém-nascidos que tive o prazer de conhecer e de cuidar.



## RESUMO

O presente relatório surgiu no âmbito do estágio profissional inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e realizado no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde. Este documento teve por intuito a descrição do processo de aquisição e desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, definidas pelo Regulamento n.º 391 da Ordem dos Enfermeiros (2019), nas áreas de intervenção da gravidez com complicações, trabalho de parto e parto, e autocuidado pós-parto e parentalidade. Durante a realização destes três módulos foi possível planejar e implementar cuidados de enfermagem especializados, com base na melhor evidência científica, sendo realizada a sua descrição, análise e reflexão crítica ao longo do relatório de estágio.

Uma das áreas que despertou especial interesse foi a massagem perineal durante a gravidez na prevenção do trauma perineal durante o parto. A manutenção da integridade perineal foi uma preocupação frequente das mulheres e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica durante o exercício da sua prática, tendo como objetivo proporcionar uma experiência de parto positiva. Assim, surgiu a necessidade de explorar a relação entre a massagem perineal e a redução da taxa de trauma perineal, através da elaboração de uma revisão integrativa da literatura. Através da realização deste estudo, concluiu-se que a massagem perineal contribui para a prevenção do trauma perineal no parto eutócico, no entanto, existe a necessidade da elaboração de estudos mais completos e específicos sobre esta temática.

**Palavras-chave:** Massagem perineal; Trauma perineal; Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.



## ABSTRACT

This current report occurs in the extent of the professional internship inserted in Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica, which took place in the Centro Hospitalar Póvoa de Varzim /Vila do Conde. This document was written with the objective of describing the process of acquisition and development of specific proficiencies from the Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, defined by the Regulation n.º 391 of the Ordem dos Enfermeiros (2019), in the areas of intervention of high-risk pregnancy, labor and childbirth, and in the postpartum care and parenthood.

During the writing of the three modules, it was possible to plan and implement specialized nursing care based on the best scientific evidence, in which the description was made, analyzed, critically examined and questioned during the duration of this report.

One of the areas that incited a particular interest was the perineal massage during pregnancy to prevent perineal trauma during labor. The maintenance of the perineal integrity was a frequent concern, not only for the women, but also for the Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica during the execution of his functions, with the purpose of providing a positive labor experience for women. Therefore, there was a necessity to explore the relation between the perineal massage and the reduction of perineal trauma rate, through the elaboration of an integrative revision of the literature.

Throughout the realization of this study, we concluded that the perineal massage contributes to the prevention of the perineal trauma on eutocyte birth, however, there's still a necessity of more specific and complete studies about this thematic.

Key-words: Perineal massage; Perineal trauma; Midwifery.



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

AGDH - Australian Government Department of Health

BCG - Boletim de Saúde da Grávida

bpm - Batimentos por Minuto

CHPVVC - Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

CTG - Cardiotocografia

DG - Diabetes Gestacional

DGS - Direção Geral da Saúde

EC - Ensino Clínico

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

GC - Grupo de Controlo

GE - Grupo Experimental

HTA - Hipertensão Arterial

ICN - International Council of Nurses

ITP - Indução do trabalho de parto

JBI - Joanna Briggs Institute

mg/dia - Miligramas por Dia

mg/dl - Miligramas por Decilitro

mmHg - Milímetros de Mercúrio

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PTGO - Prova de Tolerância à Glicose Oral

RCM - Royal College of Midwives

RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

SPD - Sociedade Portuguesa de Diabetologia

TP - Trabalho de Parto

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES..	19
2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO..	41
2.1. A influência da massagem perineal pré-natal na promoção da integridade perineal - uma revisão integrativa da literatura.....	54
2.1.1. Enquadramento teórico.....	55
2.1.2. Metodologia.....	57
2.1.3. Análise crítica dos artigos selecionados e discussão dos resultados.....	60
2.1.4. Considerações finais.....	65
3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE..	67
4. ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE.....	79
CONCLUSÃO.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
ANEXO I - TABELAS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA.....	109



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Avaliação inicial do grau de risco: tabela de Goodwin modificada. ....	20
Tabela 2 - Diagnóstico da DG e Diabetes mellitus na gravidez de acordo com os valores da PTGO. ....	35
Tabela 3 - Aplicação da estratégia PICO para a formulação da pergunta de investigação. .	58
Tabela 4 - Frases booleanas pesquisadas nos motores de pesquisas e bases de dados, respetivos limitadores e número total de estudos. ....	59
Tabela 5 - Apresentação dos artigos, e score de qualidade metodológica (JBI, 2020a; JBI, 2020b) e nível de evidência (JBI, 2013). ....	61
Tabela 6 - Autores, objetivo do estudo, metodologia e principais resultados dos artigos analisados. ....	62
Tabela 7 - Experiências vivenciadas durante o estágio profissionalizante .....	81
Tabela 8 - Avaliação da qualidade metodológica do artigo “Perineal massage and training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial” .....	109
Tabela 9 - Avaliação da qualidade metodológica do artigo “Effects of Prenatal Perineal Massage and Kegel Exercises on the Integrity of Postnatal Perine” .....	110
Tabela 10 - Avaliação da qualidade metodológica do artigo “Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial” .....	111
Tabela 11 - Avaliação da qualidade metodológica do artigo “Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial” ..	112

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção de estudos.....	59
--	----



## INTRODUÇÃO

No âmbito do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, realizou-se um estágio de natureza profissional no âmbito da gravidez com complicações, trabalho de parto (TP) e parto, e autocuidado pós-parto e parentalidade. Devido à natureza e conteúdo dos cuidados prestados, a realização do estágio profissionalizante permite o desenvolvimento de competências clínicas diferenciadas para a prestação de cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, como preconizado pelo Regulamento n.º 391 (OE, 2019) e conforme a Lei n.º 26 (2017).

Associado ao estágio profissionalizante, preconiza-se a elaboração de um relatório, englobando duas componentes: uma primeira parte de descrição, análise e reflexão crítica das competências desenvolvidas ao longo do contexto clínico; e uma segunda visando a descrição do processo metodológico de uma revisão da literatura sobre um tema relacionado com a prática clínica, contribuindo para a prática baseada na evidência científica.

O estágio de natureza profissional decorreu no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde (CHPVVC) durante o ano letivo 2020/2021, no período de novembro de 2020 a julho de 2021, sob a orientação e supervisão de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). A realização dos diversos Ensinos Clínicos (EC's) teve por objetivo a mobilização de conhecimentos e a aquisição de competências de diagnóstico e intervenção específica do EEESMO, promovendo assim a excelência do exercício profissional e dos cuidados à mulher, ao recém-nascido e à família, como emitido pelo Regulamento n.º 391 (OE, 2019). Segundo este regulamento (OE, 2019, p. 13561),

*o EEESMO assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, . . . e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher,*

Tendo como competências o cuidado da mulher em idade fértil, no âmbito do planeamento familiar, durante os períodos pré-concepcional, pré-natal, TP e pós-natal, e ainda climatério e da mulher que se encontra a vivenciar processos de saúde ou doença ginecológica (OE, 2019).

Além disso, o desenvolvimento de competências no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica implica reflexão sobre as práticas desenvolvidas, aprimorando-as. Assim, realização dos EC's demonstra-se como essencial pois reúne condições favoráveis para promover a investigação, aprimorar o espírito crítico, baseado na evidência científica,

e desenvolver competências em práticas especializadas através da promoção da saúde dos clientes, detecção precoce de complicações, promoção do autocuidado, autocontrole e mestria, e promoção da adaptação a novas condições de saúde da mulher e família durante a gestação, parto e puerpério (OE, 2019).

A enfermagem baseada em evidência é definida como a “aplicação de informações válidas, relevantes, com base em pesquisas, na tomada de decisão do enfermeiro”, promovendo cuidados de excelência e de qualidade (Cullum, Ciliska, Haynes & Marks, 2010, p. 24). A prática baseada na evidência é ainda definida como uma “forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que . . . assumir-se-ão como as mais adequadas e com previsível garantia dos melhores resultados”, tornando-se possível a prestação de cuidados mais eficazes (Pereira, Cardoso & Martins, 2012, p. 56). Deste modo, neste relatório houve a necessidade de suportar a descrição das atividades, que concretizaram as intervenções implementadas durante o estágio profissionalizante, com a evidência científica atual, comprovando assim a efetividade das intervenções e fundamentando a tomada de decisão.

Adicionalmente, neste relatório de estágio, destaca-se a elaboração de uma revisão integrativa da literatura sobre a massagem perineal durante a gravidez como uma possível técnica para a prevenção do trauma perineal, dado que a integridade perineal se demonstrou como uma preocupação frequente da mulher.

O trauma perineal corresponde à maior morbilidade decorrente do parto e pode ser definido como qualquer dano na zona genital durante o parto. Têm sido identificados vários fatores de risco para o trauma perineal, nomeadamente a primiparidade, o parto instrumentado, a etnia, o elevado peso dos recém-nascidos, a idade materna avançada, o índice de massa corporal materno elevado e a posição adotada durante o parto (Mei-dan, Walfisch, Raz, Levy & Hallak, 2008; Lodge & Haith-Cooper, 2016).

O traumatismo do períneo apresenta-se angustiante para as puérperas e poderá estar associado a dor perineal, dispareunia, hemorragia no pós-parto, incontinência urinária e intestinal, limitações na ligação mãe-filho e sintomas de depressão e stresse (Smith et al., 2017; Ugwu, Iferikigwe, Obi, Eleje & Ozumba, 2018). Adicionalmente, em mulheres que pretendem uma nova gravidez, a lesão anterior do períneo é um fator de risco para novo trauma perineal (Rodrigues et al., 2019).

Considerando estes dados, torna-se importante implementar intervenções para prevenir a lesão perineal, nomeadamente a massagem perineal, podendo esta ser realizada durante o período pré-natal pela grávida ou durante o TP pelo EEESMO. A massagem perineal realizada durante as últimas semanas de gravidez tem sido advogada pelos profissionais de saúde como uma estratégia para aumentar a elasticidade perineal e proteger o períneo durante o parto vaginal, pelo que é relevante investigar a sua eficácia de forma a proporcionar uma experiência de parto positiva.

Assim, a elaboração deste relatório de estágio teve por objetivos: evidenciar o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas em saúde materna e obstétrica durante o estágio de natureza profissional; apresentar o processo de mobilização de conhecimentos, baseados na evidência científica, fundamentando as práticas realizadas nos diversos EC's; analisar e refletir sobre as mesmas práticas, tendo por base o conhecimento científico atual; e, por fim, apresentar a aquisição de competências face ao processo de investigação científica, promovendo a prática baseada na evidência.

Ao nível estrutural, este trabalho divide-se em quatro capítulos, organizados segundo os diferentes contextos de estágio, abordando-se, no primeiro capítulo, a aquisição de competências no âmbito da gravidez com complicações, seguido da aquisição de competências no âmbito do TP e parto, no qual se enquadra um subcapítulo relativo à revisão integrativa da literatura sobre a eficácia da massagem perineal durante a gravidez na prevenção do trauma perineal, e no terceiro capítulo aborda-se a aquisição de competências no âmbito do autocuidado pós-parto e parentalidade. O último capítulo corresponde à análise crítico-reflexiva do estágio de natureza profissional.

Dada a importância da prática baseada na evidência e para fundamentar o conhecimento realizou-se a pesquisa bibliográfica recorrendo ao motor de busca PubMed® e Google Scholar®, à base de dados Cochrane Central Register of Controlled Trials® e Cochrane Database of Systematic Reviews® e à plataforma EBSCOhost® via Escola Superior de Enfermagem do Porto e correspondentes bases de dados, utilizando descritores específicos e escolhendo preferencialmente artigos com elevado nível de evidência.



## 1. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

De acordo com Regulamento n.º 391 (OE, 2019), compete ao EEESMO prestar cuidados à mulher no período pré-natal e em situações de abortamento, não só através da promoção da sua saúde e da adaptação à nova situação que vivencia, mas também através do diagnóstico precoce e da prevenção de complicações. Assim, neste processo formativo realizou-se o estágio no âmbito da gravidez com complicações associadas, sendo promotor do desenvolvimento e da aquisição de competências para prestar cuidados especializados nesta área.

A parentalidade envolve várias mudanças únicas e irreversíveis, exigindo desse modo uma reorganização pessoal, profissional e conjugal (Cardoso, 2011; Franco, 2016). O conceito de adaptação à parentalidade pode ser definido como “comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe, interiorizando as expectativas das famílias; amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados” (International Council of Nurses [ICN], 2019). Este processo é considerado uma transição, sendo assim relevante a compreensão da vivência do “casal grávido” por parte do EEESMO (OE, 2015a).

No CHPVVC a assistência a grávidas foi realizada pelo EEESMO, em contexto de consulta de ambulatório, atendimento de urgência ou em internamento. No que respeita ao serviço de internamento, existem três camas, contudo ao longo do EC não houve oportunidade de acompanhar grávidas em regime de internamento, pelo que o presente relatório se focou nas situações vivenciadas na consulta de ambulatório e no atendimento de urgência.

A gravidez pode ser definida como um estado fisiológico que ocorre desde a conceção até ao momento do parto, apresentando a duração aproximada de 40 semanas (Franco, 2016). Apesar de ser reconhecido que a gravidez não é um estado de doença, existem fatores de risco que podem contribuir para a morbilidade e/ou mortalidade materna, fetal e infantil, pelo que devem ser identificados o mais cedo possível. Independentemente do grau de risco associado à gestação, o Sistema Nacional de Saúde preconiza a sua vigilância contínua, pois é demonstrado que o acompanhamento da grávida permite uma diminuição acentuada das complicações. O esquema de vigilância e a conduta pré-natal dependem do grau de risco associado (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015a; Orfão, 2016).

A identificação do grau de risco da gravidez é realizada “através da avaliação clínica (de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada,

laboratorial e imagiológica” (DGS, 2015a, p. 33). Na tabela 1 apresenta-se a classificação do grau de risco, segundo Goodwin, que orienta a avaliação inicial da grávida.

Tabela 1 - Avaliação inicial do grau de risco: tabela de Goodwin modificada.

<b>História reprodutiva</b>		
Idade	≤ 17 e ≥ 40	= 3
	18-29	= 0
	30-39	= 1
Paridade	0	= 1
	1-4	= 1
	≥ 5	= 3
<b>História obstétrica anterior</b>		
Aborto habitual ≥ (3 consecutivos)		= 1
Infertilidade		= 1
Hemorragia pós-parto/dequitação manual		= 1
RN ≥ 4000 g		= 1
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia		= 1
Cesariana anterior		= 2
Feto morto/morte neonatal		= 3
Trabalho de parto prolongado ou difícil		= 1
<b>Patologia associada</b>		
Cirurgia ginecológica anterior		= 1
Doença renal crónica		= 2
Diabetes gestacional		= 1
Diabetes <i>mellitus</i>		= 3
Doença cardíaca		= 3
Outras (bronquite crónica, lúpus, etc.) - índice de acordo com a gravidade		= (1 a 3)

Fonte: Adaptado de DGS (2015), citado por Orfão (2016)

A avaliação realizada, com recurso à tabela de Goodwin modificada, permite a avaliação de “fatores que associados podem condicionar a evolução da gravidez, integrando a história reprodutiva da mulher, o passado obstétrico, a idade e a existência de patologias associadas” (Orfão, 2016, p. 110). Dependendo do grau de risco, que pode ser considerado baixo risco (score final entre zero e dois), médio risco (score final entre três e seis) ou alto risco (score final igual ou superior a sete), é definido o esquema para a vigilância da gravidez e é indicado o local onde a vigilância da gravidez deve prosseguir. É considerado que a gravidez de baixo risco pode ser vigiada nos cuidados de saúde primários, com referenciação para consulta hospitalar entre as 36 e 40 semanas de gestação; na gravidez considerada de médio ou alto risco, é recomendado que ocorra em meio hospitalar (DGS, 2015a; Orfão, 2016). São, também, consideradas com gravidez de alto risco “todas as grávidas toxicodependentes e em situação de risco psicossocial”, apesar de não contemplado na tabela de Goodwin modificada (DGS, 2015 cit. por Orfão, 2016, p. 111). É de salientar que o risco associado é dinâmico no decurso da gestação, pelo que a DGS (2015a) recomenda a sua reavaliação em todas as consultas.

Compete ao EEESMO cuidar da “mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”, atendendo ao seu contexto familiar

e comunitário, como definido pelo Regulamento n.º 391 (OE, 2019, p. 13562). A vigilância pré-natal deve ser implementada de forma individual, conforme as necessidades que a mulher apresente, devendo ser compreendida como uma oportunidade para a promoção da saúde e, idealmente, realizada pelo mesmo profissional no decurso da gravidez (OE, 2015a; Torgal, 2016). Corbett (2008) salienta que o acompanhamento de uma gravidez, garantindo a sua vivência saudável ao nível psicológico, emocional e físico, apresenta efeito positivo no bem-estar materno, repercutindo-se no bem-estar fetal e, futuramente, do recém-nascido.

Este estágio, de natureza profissionalizante, permitiu o desenvolvimento de competências para a assistência pré-natal de grávidas com algum tipo de patologia associada ou que apresentem fatores de risco mais elevados, exigindo uma maior vigilância (Regulamento n.º 391 da OE, 2019). De acordo com Ramalho e Campos (2014), é considerado relevante vigiar em contexto hospitalar qualquer gravidez que ocorra na adolescência ou em idade materna avançada, múltipla e, ainda, à qual se associe patologia endócrina, cardiovascular, respiratória, renal, infecciosa, autoimune, hematológica ou psiquiátrica. Salienta-se que, em todos os contactos, os diagnósticos identificados e as intervenções implementadas foram ajustados à grávida e ao contexto apresentado, adotando-se cuidados diferenciados e especializados.

Os objetivos da vigilância pré-natal prendem-se com a avaliação do “bem-estar materno e fetal através da história clínica e dos dados dos exames complementares de diagnóstico”, a deteção precoce de situações anómalas ao longo da gravidez, a identificação de fatores de risco, a promoção de “educação para a saúde, integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial”, a preparação para o parto e para a parentalidade e a informação dos “deveres e direitos parentais” (DGS, 2015a, p. 34).

A DGS (2015a) reforça que durante a vigilância da gravidez deve ser promovido o envolvimento de uma pessoa significativa para a grávida, permitindo que esta a acompanhe durante a realização das consultas e vigilâncias. Contudo, a 11 de março de 2020 foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma pandemia por coronavírus SARS-CoV-2, e a DGS (2020a) estipulou que cada conselho administrativo hospitalar podia gerir as restrições implementadas na sua instituição de saúde, limitando assim o risco de transmissão vírica entre profissionais de saúde, clientes e familiares, e que deveria avaliar as condições físicas e a capacidade de manter o distanciamento físico necessário, permitindo ou não o acompanhamento da grávida. No caso do CHPVVC, foi condicionado o acesso aos acompanhantes durante as consultas de vigilância pré-natal.

Quanto ao serviço de urgência, deveria apresentar circuitos separados para atendimento de grávidas com suspeita de infeção, ou infeção pelo coronavírus SARS-CoV-2, incluindo uma área de isolamento e outra para colocação e remoção dos equipamentos de proteção individual utilizados pelos profissionais de saúde (DGS, 2020a). O CHPVVC, por motivos estruturais, não apresenta a possibilidade da criação de circuitos distintos de circulação.

Assim, na necessidade de a grávida recorrer ao serviço de urgência, realizou-se previamente uma triagem de sintomas de COVID-19 e de eventuais contactos de risco, encontrando-se o profissional de saúde devidamente equipado. Caso a gestante necessitasse de internamento hospitalar, por complicação da gravidez, foi realizado um teste laboratorial para coronavírus SARS-CoV-2, como preconizado na orientação 015/2020 emitida pela DGS (2020b). Na eventualidade de um resultado positivo, foi posteriormente transferida para o hospital central mais próximo.

Apesar da situação mundial de pandemia vivenciada, a vigilância à grávida deve manter-se de acordo com as orientações em vigor, contudo os profissionais de saúde podem realizar consultas pré-natais por videochamada, ou teleconsulta. Ressalva-se que, apesar desta nova medida, a “primeira consulta da gravidez e as consultas realizadas após as 35 semanas deverão ser presenciais” e que “as consultas presenciais devem ser privilegiadas sempre que houver fatores de risco, intercorrências ou sintomas que o aconselhem” - assim, as consultas realizadas no CHPVVC mantiveram-se presenciais (DGS, 2020a, p. 4).

Idealmente, a primeira consulta pré-natal deve ocorrer antes das 12 semanas de gestação, permitindo a realização de rastreios e intervenções que otimizam os resultados maternos e perinatais (Torgal, 2016). A maioria das gestantes contactadas já tinha realizado a primeira consulta de vigilância pré-natal no centro de saúde ou médico particular, pelo que o Boletim de Saúde da Grávida (BSG) se encontrava previamente preenchido com os dados da grávida, do acompanhante significativo, da história familiar e do feto. Nas situações em que a gestante não apresentava BSG, foi-lhe entregue um devidamente preenchido. A manutenção e apresentação do BSG, por parte da grávida, é relevante, dado que é considerado um instrumento de registo de informação clínica da grávida e do feto, assegurando a circulação dessa informação e favorecendo a “articulação e interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares” (DGS, 2015a, p. 43). Assim, devem ser registados no BSG e no processo clínico “todos os dados clínicos, observações e avaliações obtidos nas consultas” (DGS, 2015a, p. 35).

Nos casos em que se estava a estabelecer o primeiro contacto com a grávida, foi realizada uma colheita de dados, com recurso à entrevista, registando-se a informação adequada no BSG.

Numa fase inicial, procedeu-se à recolha de dados sociodemográficos, da história ocupacional (e.g. profissão, escolaridade), da história clínica (e.g. peso na data da última menstruação, grupo sanguíneo, alergias, abuso de substâncias, medicação domiciliária realizada para além da suplementação preconizada na gravidez, vacinação, profilaxia da isoimunização às 28 semanas, se Rh negativo, antecedentes pessoais clínicos e cirúrgicos, antecedentes do progenitor, antecedentes familiares) e da história ginecológica e obstétrica da cliente. Estes dados demonstraram elevada importância ao longo dos diversos contactos estabelecidos, pois permitiram adequar os cuidados à cliente, favorecendo o

desenvolvimento de uma relação terapêutica e permitindo que se pudesse prestar cuidados realmente centrados na grávida (Corbett, 2008; DGS, 2015a; Torgal, 2016).

Sendo os enfermeiros um dos grupos profissionais a contactar com a grávida, que se encontra a vivenciar uma transição, e tendo como foco da sua atenção a adaptação às mudanças vivenciadas, torna-se fulcral que a compreendam, pois só assim conseguirão promover uma transição saudável (Meleis, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

A transição para a parentalidade é considerada um ato irreversível de passar de um estado para outro, num processo evolutivo - não é apenas um evento, pressupõe uma reorganização e redefinição pessoal e interpessoal para incorporar a mudança. No caso de uma gravidez, a transição é de natureza desenvolvimental, pois encontra-se associada a eventos esperados do ciclo de vida e as mudanças ocorrem à medida que os intervenientes se concebem como mãe ou como pai (Meleis, 2010). É de salientar que cada transição é uma vivência única e individual - a mesma mulher, quando grávida várias vezes ao longo do tempo, irá vivenciar cada gestação de forma diferente (DGS, 2015a; Meleis, 2010) - e que existem fatores que podem facilitar ou dificultar o seu decurso, nomeadamente fatores pessoais (e.g. significados atribuídos, atitudes e crenças culturais, condição socioeconómica, preparação e conhecimento prévios) e fatores sociais (Chick & Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

É de destacar que o processo de transição para a parentalidade diferencia-se quando nos debruçamos sobre os processos vivenciados aquando da adaptação à maternidade e a adaptação à paternidade.

Segundo Rubin e Mercer (cit. por Monteiro, 2012, p. 17), a transição para a maternidade enquadra o período no qual “a mulher interioriza gradualmente a gravidez e o desenvolvimento do feto . . . , através da capacidade de antecipação e de preparação durante o período pré-natal, em especial no último trimestre, no qual aprende, pratica e desenvolve comportamentos relativos ao papel materno”. O período gestacional permite a adaptação ao papel de mãe, sendo este um processo complexo de aprendizagem pessoal, social e cognitiva, preparando a mulher para um novo nível de cuidados e de responsabilidades. Este crescimento pessoal implica o domínio de algumas tarefas de desenvolvimento como (1) a aceitação da gravidez, (2) a identificação com o papel de mãe, (3) a reorganização de relacionamentos pessoais (4) o estabelecimento de relação com o feto e (5) a preparação para a experiência de parto (Lederman, 1996 cit. por Corbett, 2008).

Enquanto a mulher apresenta mudanças físicas inerentes à gravidez, bem como novas sensações, como é o caso dos movimentos fetais, facilitando-lhe a adaptação ao seu novo papel, o pai não tem este privilégio, tendo de “assumir um compromisso consciente” do seu novo papel (Monteiro, 2012, p. 17). Para a maioria dos pais, a transição para a paternidade é vivenciada como um período de preparação intensa para o papel que irá desempenhar e que acarretará novas exigências nas dinâmicas familiares e sociais (Corbett, 2008).

Atualmente, verifica-se um maior envolvimento e participação do pai na gravidez, no parto e no pós-parto, constituindo-se como um elemento ativo (Gama, 2014). Apesar da investigação sobre a transição paterna ser inferior, quando comparada com a materna, verificou-se que nas últimas décadas são cada vez mais os estudos realizados nesse âmbito, permitindo assim definir os processos de desenvolvimento vivenciados pelo pai na adaptação à paternidade: “(1) lidar com a realidade da gravidez e da criança; (2) procurar o reconhecimento como pai nas pessoas com quem estabelece interações; e, (3) ser perseverante na integração do papel paternal” (Ferketich & Mercer, 1995 cit. por Cardoso, 2011, p. 40; Reis, 2019).

Neste sentido, ao longo do primeiro contacto, tornou-se fulcral realizar uma colheita de dados sobre o processo de transição que o “casal grávido” se encontra a vivenciar, muitas vezes até de forma inesperada, podendo nesta situação constituir-se como um evento dificultador no processo de adaptação à gravidez e parentalidade (Meleis, 2010). Na transição para a maternidade/paternidade, e para a parentalidade, ocorre uma rutura com a realidade anteriormente conhecida, sendo necessário que os intervenientes a reconheçam e a necessidade emergente de obter novos conhecimentos e capacidades, bem como de realizar um reajuste das suas responsabilidades, objetivos, identidade e sentimentos - a este processo denomina-se consciencialização, sendo uma propriedade primária do processo de transição (Cardoso, 2011). Meleis e colaboradores (2000, p. 18) definem consciencialização como a “perceção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição”, e argumentam que este processo de interiorização e conhecimento da mudança necessita de ocorrer para que a transição se inicie. Esta propriedade pode ser caracterizada ao nível prático, através do reconhecimento, por parte do casal, da necessidade de preparação para os papéis que vão desempenhar (com conseqüente procura de informação), e para a aceitação e adequação das expectativas quanto ao papel de mãe ou pai que vão desempenhar (Cardoso, 2011; Meleis et al., 2000 cit. por Cardoso, 2011).

Associado ao grau de consciencialização, encontra-se o grau de envolvimento - outra propriedade da transição - dado que a pessoa só consegue envolver-se no processo de obtenção de conhecimentos e habilidades após perceber a necessidade de mudança. O envolvimento reflete-se na participação ativa no processo de adaptação ao papel e apresenta como indicadores a procura de informação, preparação antecipada para o evento e modificação de atividades e estilos de vida (Cardoso, 2011; Meleis et al., 2000 cit. por Cardoso, 2011).

Como abordado anteriormente, é também fundamental compreender os fatores facilitadores ou dificultadores do processo de transição. Assim, torna-se foco de atenção a exploração do significado atribuído à gravidez, à parentalidade e à situação patológica que podem estar a vivenciar juntamente com a gravidez, bem como a exploração da preparação e conhecimento sobre o papel que vão desempenhar (Chick & Meleis, 2010; Meleis, 2010).

A obtenção de conhecimentos e habilidades prévias ao nascimento do recém-nascido “podem tornar a transição mais suave, já que quanto mais se sabe sobre algo, maior é a capacidade de adaptação à situação”, surgindo a necessidade de aprender (Sink, 2009 e Willford, 1998 cit. por Cardoso, 2011, p. 47). Cabe ao EEESMO assegurar que o “casal grávido” dispõe de conhecimentos e habilidades para que se sintam seguros e confiantes no desempenho do seu papel. Cardoso, Silva e Merín (2015) argumentam que a obtenção de conhecimentos e habilidades, face às necessidades do recém-nascido, potencia a sensação de segurança e confiança, como anteriormente referido.

Sendo a gravidez um período de potencial aprendizagem, o EEESMO deve avaliar a disponibilidade da grávida para aprender, podendo este conceito ser definido como a capacidade da pessoa se envolver no processo de aprendizagem, ou como a demonstração de interesse por parte da pessoa para aprender sobre algo, para melhorar ou manter a sua condição de saúde (Bastable, 2010 e NANDA, 2012 cit. por Cardoso, 2014; Corbett, 2008). Somente quando demonstrasse esta disponibilidade para a aprendizagem, se procedia à identificação de diagnósticos com o juízo de “potencialidade” (ICN, 2019) - sendo previamente identificado um compromisso face a um conhecimento e capacidade - e à prescrição das intervenções adequadas - caso a mulher não demonstrasse esta disponibilidade, a informação que lhe seria fornecida não seria adquirida, apesar do EEESMO a classificar como necessária (Cardoso, 2014).

O período pré-natal apresenta-se como o período ideal para a atuação do EEESMO, bem como uma oportunidade de empoderar os futuros pais - é fundamental que apresentem ferramentas para a adaptação à parentalidade de forma harmoniosa, tornando este profissional de saúde um recurso relevante neste processo. Meleis (2010) e Santos (2012) reforçam que os enfermeiros são fatores facilitadores da consciencialização da transição, pois promovem a prestação de cuidados humanizados centrados na educação para a saúde, focando-se no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades do casal grávido para lidar com a nova condição.

Associado ao desempenho de novos papéis e à reformulação de identidade, surge outro foco de relevância na avaliação do EEESMO, a ligação mãe/pai-filho, podendo esta ser definida como o “estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança” e constituindo-se como uma das tarefas da transição do papel parental (ICN, 2019; Meleis, 2010).

A relação materna e paterna com o futuro recém-nascido inicia-se por vezes na preconceção, continuando na gravidez através da elaboração de uma ideia deste, e de si mesmos enquanto pais, interiorização precoce e inserção familiar do feto, afetando a satisfação e competência do exercício parental (Figueiredo, 2003, Righetti et al., 2005, Stern, 1995 e Wilson et al., 2000 cit. por Borges, 2019; Mercer, 2004). Klaus e Kennel (1976 cit. por Borges, 2019, p. 7) definem esta relação afetiva como uma “relação única, específica e duradoura que se desenvolve com o bebé, estabelecendo-se desde os primeiros

contactos com este” - surge o conceito de vinculação. O estabelecimento da vinculação pré-natal desenvolve-se num continuo ao longo da gravidez, intensificando e fortalecendo-se com o início da percepção e consciencialização materna dos movimentos fetais no segundo trimestre da gravidez (Cruz, 1990). Adicionalmente, o planeamento e aceitação da gravidez, a aceitação do feto como identidade isolada, a vivência do TP e parto, o primeiro contacto, os cuidados parentais e a aceitação do recém-nascido como individuo promovem o seu fortalecimento (Klaus, Kennel & Klaus, 2000).

Quando focados na ligação estabelecida entre e a mãe e o bebé, podemos descrever três fases: (1) a aceitação do facto biológico da gravidez, em que a mulher afirma que está grávida e encara o feto como parte de si (Ribeiro, 2006 cit. por Cardoso, 2014); (2) a aceitação do feto como uma pessoa distinta de si, que engloba responsabilidade e necessidade de cuidados, afirmando que irá ter um bebé, iniciando a sua interação com este através do acariciar ou falar com a barriga, e imaginando características do feto (Abade, 2010 cit. por Cardoso, 2014); (3) a preparação para ser mãe e para o parto, sendo que a gestante verbaliza que vai ser mãe, personifica e define características do futuro recém-nascido de acordo com os seus padrões de atividade intrauterina, e sensibiliza-se para a separação inerente que irá ocorrer (Mendes, 2009 cit. por Cardoso, 2014). Por outro lado, a ligação pai-filho não pode ser generalizada, pois varia com as características pessoais paternas, contudo por ser demonstrada pelo acompanhamento na vigilância da gravidez, evidenciando envolvimento emocional (Piccinni et al., 2004 cit. por Cardoso, 2014).

A relação estabelecida com o feto, na gravidez, afeta a relação materno-fetal após o nascimento, interferindo no bem-estar neonatal e infantil (Huth-Bocks, Levendosky, Bogat & Eye, 2004). Assim, cabe ao EEESMO, pela posição privilegiada com o casal, promover a ligação mãe/pai-filho através de intervenções como “auscultar a frequência cardíaca fetal”, “ensinar sobre desenvolvimento fetal”, “ensinar sobre movimentos fetais”, “ensinar sobre técnicas para estimular o feto” e “ensinar sobre características do recém-nascido”, sendo previamente planeadas de acordo com as características do casal (Albuquerque, Coimbra, Grilo & Camarneiro, 2009; ICN, 2019).

Uma parte fundamental da avaliação inicial da gestante correspondeu, também, à determinação da idade gestacional. A datação correta da gravidez permite o planeamento e ajuste de cuidados maternos, bem como “determina a qualidade da vigilância obstétrica em geral” (DGS, 2015a, p. 42). A idade gestacional pode ser aferida através da data da última menstruação, obtendo-se a idade gestacional cronológica e podendo ser imprecisa, ou através da ecografia do primeiro trimestre, realizada entre as 11 semanas e 13 semanas e seis dias, obtendo-se a idade gestacional mais correta e que se apresenta como viável e precisa, mantendo-se inalterável ao longo de toda a gravidez (DGS, 2015a).

Após determinada a idade gestacional, realizou-se o cálculo da data provável de parto com recurso à regra de Nägele. Esta regra rege-se pelo pressuposto que a mulher tem ciclos

menstruais de 28 dias e que a fecundação se dá ao 14º dia do ciclo menstrual - assim, para se obter a data provável de parto, adiciona-se sete dias ao primeiro dia da última menstruação, subtrai-se três meses e adiciona-se um ano (Corbett, 2008).

O exame físico sobressaiu-se como uma atividade do foro das competências do EEESMO, sendo realizado em cada consulta pré-natal, apresentando como objetivos a vigilância e identificação precoce de sinais de alarme.

A avaliação dos sinais vitais (e.g. pressão sanguínea, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e dor) constituiu-se como uma atividade de vigilância realizada em todos os contactos, com o objetivo de despistar complicações na gravidez - no que se refere à atividade de vigilância “monitorizar a pressão sanguínea” (ICN, 2019), destaca-se a importância da interpretação dos seus valores e de uma correlação com valores anteriores, para a identificação de situações que constituam risco materno e perinatal, como é o caso das patologias hipertensivas (Corbett, 2008).

A atividade de vigilância “avaliar urina” (ICN, 2019) realizada em todas as consultas através da observação da cor e com recurso a tira reagente, permitiu avaliar o pH urinário bem como observar a presença ou ausência de leucócitos, proteínas, nitritos, sangue, corpos cetónicos ou glicose. Estes parâmetros são valorizados na avaliação da gestante, dados que permitem o diagnóstico ou orientação da prática clínica: no caso da leucocitúria, presença de nitritos e/ou sangue indica a possibilidade de um processo infeccioso urinário; a proteinúria sugere a possibilidade de distúrbios hipertensivos; a cetonúria pode relacionar-se com vômito frequente, jejum prolongado ou cetoacidose diabética; e a glicosúria, apesar de considerada comum na gravidez, quando associada a cetonúria pode sugerir a diabetes gestacional (DG) ou a diabetes *mellitus* na gravidez (Corbett, 2008).

Os exames complementares de diagnóstico solicitados ao longo da gravidez foram essenciais na vigilância da mesma, constituindo-se como fontes de dados relevantes para a conceção de cuidados, pelo que competiu ao EEESMO analisar e interpretar os relatórios e os dados obtidos dos rastreios analíticos e ecográficos. As consultas de enfermagem surgiram, em muitas ocasiões, como uma oportunidade de a grávida esclarecer dúvidas quanto aos seus resultados.

Através das análises clínicas é também possível averiguar a imunidade da mulher à toxoplasmose. A toxoplasmose é uma infeção por um parasita que pode ocorrer pelo consumo de carnes cruas ou malpassadas, ingestão de leite ou produtos lácteos não pasteurizados, ou do manuseamento de dejetos de gatos ou pássaros, em que ocorre ingestão de oócitos parasitários. A infeção fetal pelo parasita pode levar à morte intrauterina, ao aborto espontâneo, e a alterações oculares, hepáticas ou do sistema nervoso central (Remington, 2007). Em Portugal, é realizado o rastreio trimestral da toxoplasmose durante a gravidez através do estudo serológico com determinação de imunoglobulinas G e imunoglobulinas M. Nas situações em que a grávida não apresentava imunidade a este

parasita, foi avaliado o seu conhecimento quanto às complicações que podem advir com esta infeção, bem como sobre as medidas de prevenção de contaminação. De acordo com Martins (2002, p. 333), “existe uma relação inversa entre a idade gestacional em que ocorre a infeção fetal e a severidade da doença”, ou seja, quanto mais tarde ocorrer a infeção fetal, menor será a gravidade da doença - neste caso, o feto, e futuro recém-nascido, encontra-se infetado, mas assintomático. Por conseguinte, as medidas preventivas de contaminação passam por cozinhar bem as carnes, evitar levar as mãos aos olhos ou à boca, lavar minuciosamente as mãos após contacto com produtos possivelmente contaminados, lavar sempre todos os alimentos crus, evitar consumir produtos lácteos não pasteurizados, usar luvas ao fazer jardinagem, desinfetar os objetos do gato e evitar o contacto com as suas fezes - se for necessário limpar a caixa de areia, usar luvas (DGS, 2015a; DGS, 2015b).

Outro rastreio realizado no período pré-natal refere-se ao rastreio do *Streptococcus B* hemolítico do grupo B “a todas as grávidas entre as 35 e 37 semanas, através da colheita de uma amostra única do primeiro terço externo da vagina e anorretal” (DGS, 2013, p. 3). Esta colheita permite a identificação do risco de infeção neonatal por contaminação cruzada durante o parto - para prevenir esta situação, é realizada profilaxia antibacteriana intraparto nas mulheres colonizadas (DGS, 2013).

Ao longo dos contactos foram ainda implementadas intervenções como “monitorizar peso” e “monitorizar índice de massa corporal” (ICN, 2019), permitindo avaliar se este se encontra adequado, comparativamente ao peso apresentando pela gestante na data da última menstruação. O aumento de peso na gravidez deve-se essencialmente às alterações fisiológicas inerentes à gravidez, porém, existem situações desviantes com as quais foi possível contactar ao longo deste EC. Compete ao EEESMO detetar as situações que carecem de intervenção, auxiliando as clientes, se necessário, a adaptar o seu padrão alimentar e explicando a importância e interferência da alimentação no seu bem-estar, e no bem-estar fetal.

O perfil do estado nutricional da mulher associado a morbilidades pode ser definido por uma dualidade: por um lado, apresenta-se o baixo peso, com o índice de massa corporal materno inferior a 18,5, o que pode conduzir ao parto-pré-termo e ao baixo peso à nascença do recém-nascido; e por outro lado, encontra-se o excesso de peso e a obesidade (em que o índice de massa corporal materno se encontra igual ou superior a 25 e inferior a 30 ou igual ou superior a 30, respetivamente), sendo associado ao diagnóstico de DG e doenças hipertensivas, varizes, eventos tromboembólicos, parto pré-termo, parto pós-termo, partos distócicos por cesariana, hemorragia no pós-parto, defeitos do tubo neural no recém-nascido, complicações anestésicas, macrossomia, e dificuldade de diagnóstico antecipado de anomalias intrauterinas na ecografia por má qualidade de imagem (College of Midwives of Manitoba, 2011). Adicionalmente, o ganho ponderal excessivo na gravidez encontra-se associado a menor perda de peso no pós-parto (Paulo, 2018).

De acordo com Baião e Deslandes (2006 cit. por Abecasis, 2015, p. 2), “o quadro da má nutrição na gravidez . . . tem vindo a ser . . . substituído pelo aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade”, podendo ter como origem as “mudanças que têm ocorrido no padrão alimentar nas últimas décadas”, caracterizado pelo aumento de lípidos saturados e de origem animal, hidratos de carbono simples refinados e diminuição de hidratos de carbono complexos e fibras (Mondini & Monteiro, 1994 e Andreto et al., 2006 cit. por Abecasis, 2015). Estudos demonstram que intervenções focadas no regime dietético e no regime de exercício, quando associadas, têm sido eficazes na redução do aumento de peso na gravidez - não interferindo com o peso do recém-nascido à nascença -, do risco de pré-eclâmpsia, DG e doenças hipertensivas na gravidez, e de partos prematuros. Assim, salienta-se a necessidade de intervenção do EEESMO, pois sendo a gravidez um período de reflexão sobre estilos de vida e devido à motivação materna para realizar ajustes na sua vida, de forma a cuidar também do/a seu/sua filho/a, é um período chave para sensibilizar as mulheres para os benefícios de uma alimentação saudável e implementar intervenções relacionadas com o regime dietético (DGS, 2015a; Thangaratinam et al., 2012) - no entanto, salienta-se que “é fundamental respeitar as opções alimentares de cada grávida e procurar, em conjunto, adequar a alimentação a esta fase” (DGS, 2015a, p. 52).

A alimentação saudável que é recomendada durante a gravidez não se diferencia, substancialmente, da recomendação alimentar para a população geral. Esta deve ser completa, equilibrada e variada, seguindo as orientações da Roda dos Alimentos, realizando-se cinco a seis refeições diárias, com duas a três refeições principais, de três em três horas, de forma a assegurar as necessidades de energia que vão progressivamente aumentando com o decorrer da gravidez, respeitando a individualidade de cada mulher (DGS, 2015a; DGS, 2015b).

As necessidades proteicas maternas encontram-se aumentadas no segundo e terceiro trimestres, contudo a dieta habitual realizada supre essas necessidades (DGS, 2015b). Assim, de acordo com a DGS (2015b), a gestante deve privilegiar o consumo diário de proteínas vegetais e proteínas encontradas em produtos lácteos, ingerindo moderadamente carnes brancas e peixes gordos, em detrimento das carnes vermelhas (recomenda-se o seu consumo duas ou três vezes por semana).

Os hidratos de carbono compõem a principal fonte de energia, sendo fundamental para o desenvolvimento fetal. Por isso, o consumo diário de hortícolas, tubérculos e leguminosas deve ser incentivado, completando um consumo de cinco porções de hortofrutícolas por dia. Referente ao consumo de cereais e os seus derivados, é aconselhado a ingestão sobre a sua forma integral (DGS, 2015a; DGS, 2015b).

Apesar da gordura promover o transporte de vitaminas lipossolúveis, desenvolvimento de órgãos e fornecimento de energia não existem recomendações específicas quanto ao seu

consumo em grávidas - a DGS (2015b) somente refere que deve ser privilegiado o consumo de gorduras de origem vegetal em detrimento das de origem animal.

A hidratação adequada é fundamental, sendo recomendada a ingestão de três litros de líquidos por dia (DGS, 2015a; DGS, 2015b). Face ao consumo de sal, a sua restrição não parece influenciar a prevenção de eventos relacionados com a hipertensão arterial (HTA), pelo que era somente incentivada a sua redução, compensando através do uso de ervas aromáticas (Duley, Henderson-Smart & Meher, 2005). Quanto à ingestão de cafeína, aconselha-se a ingestão máxima de 200 Miligramas por Dia (mg/dia), não se encontrando bem estabelecidos os efeitos da cafeína ao nível fetal (DGS, 2015a; DGS, 2015b). É também essencial o ensino sobre a higiene, conservação e confeção alimentar, prevenindo situações de patologia de origem alimentar (DGS, 2015a).

Salienta-se que, no caso das grávidas com necessidade de acompanhamento mais aprofundado do regime dietético, foi solicitada colaboração do nutricionista que integra a equipa multidisciplinar, nomeadamente para grávidas com o diagnóstico de DG, diabetes *mellitus* ou doenças hipertensivas.

Associado à temática do padrão alimentar, tivemos como foco de atenção o conhecimento sobre alimentação durante a gravidez. Devido às alterações fisiológicas, ao nível imunológico, inerentes à gravidez, a gestante encontra-se mais vulnerável a toxinfecções alimentares, recomendando-se, independentemente do alimento a ser consumido, um cuidado especial no que toca à escolha, higiene e confeção dos alimentos, dado que estes poderão ser um veículo de agentes microbianos e de componentes tóxicos, como é o caso da toxoplasmose, salmonela, listeriose e brucelose (DGS, 2015a; DGS, 2015b).

Ao longo das consultas pré-natais foi também avaliada a adesão ao regime de suplementação preconizado pela DGS (2015a). Apesar do ácido fólico estar presente em alimentos como leguminosas, cereais integrais e hortícolas de folha verde, o seu consumo não é suficiente para suprir as necessidades da mulher grávida. Assim, é recomendado o seu início precoce e a manutenção até às 12 semanas de gestação, numa dosagem de 0,4 mg/dia para prevenção de malformações do tubo neural. Caso tenha tido um filho, anteriormente, com esta malformação congénita, história familiar ou diminuição da biodisponibilidade de ácido fólico a suplementação a realizar deverá ser de cinco mg/dia (DGS, 2015a; DGS, 2015b). A suplementação com iodeto de potássio é, também, considerada essencial para o desenvolvimento e a maturação do sistema nervoso central fetal, aconselhando-se a sua ingestão já na preconceção, e durante a gravidez e amamentação numa dosagem de 0,15 a 0,20 mg/dia - no entanto, encontra-se contraindicada em grávidas com patologia tiroideia (DGS, 2015a). O iodo pode ainda ser encontrado nos peixes, leguminosas, hortícolas, leite e produtos lácteos, recomendando-se a ingestão destes alimentos e ainda a substituição do sal comum pelo sal iodado (DGS, 2015b). Relativamente à suplementação com ferro, caso não exista contraindicação, a DGS (2015a) preconiza a suplementação com pelo menos 30 a

60 mg/dia de ferro elementar durante a gravidez, prevenindo assim o baixo peso do recém-nascido e a anemia materna, reforçando que a sua suplementação na preconcepção deve ser ajustada a cada caso clínico. Podemos encontrar este último mineral em alimentos como as carnes, leguminosas e legumes de folha verde, aconselhando-se o seu consumo regular. Nas consultas foram abordadas as estratégias específicas para a suplementação com ferro, no sentido de promover a sua absorção, explicando que a cafeína, o leite e os seus derivados prejudicam a sua absorção intestinal, enquanto a vitamina C a potencializa (DGS, 2015b). Salienta-se que esta suplementação pode ocasionar efeitos colaterais, nomeadamente obstipação, contribuindo para a não adesão - assim, caso fosse pertinente, ensinou-se sobre gerir este desconforto.

As recomendações face ao exercício físico consideram que este é seguro e benéfico na gravidez, salientando a sua relevância na promoção da saúde e qualidade de vida, melhorando o tónus e a força muscular, a resistência e a postura, ajudando a atenuar os edemas, as lombalgias e a obstipação (DGS, 2015a; Silva, 2018).

Relativamente ao foco “padrão de exercício”, avaliou-se sobre a sua realização, assim como o conhecimento da grávida sobre os benefícios e os exercícios recomendados na gravidez, percebendo-se que a maioria da população contactada apresentava hábitos de exercício físico escassos ou inexistentes. Como referido anteriormente, sendo a gestação um período para o contacto frequente com o EEESMO e caracterizado por uma maior motivação para adotar estilos de vida saudáveis, foi o momento ideal para promover a prática de exercício físico, e empoderar as mulheres para a gestão da sua saúde.

A literatura refere que o exercício físico na gravidez pode ser realizado durante 20 minutos por dia, três vezes por semana, prescrevendo o total de 150 minutos por semana, com exercícios de aquecimento antes, e de relaxamento no fim da sua prática. Na ausência de contra-indicações, as mulheres grávidas que praticavam, anteriormente, exercício físico podem continuar a fazê-lo, distinguindo-se das mulheres anteriormente sedentárias, sendo que neste último caso é recomendado que o iniciem após as 14 semanas de gestação, em sessões de 15 minutos e progredindo gradualmente. Quanto ao tipo de exercícios, é privilegiada a utilização de grandes grupos musculares com ou sem carga, de exercícios de resistência e aeróbios (e.g. natação, hidroginástica, bicicleta estacionária, corrida, caminhada e exercícios de baixo impacto), e exercícios para fortalecimento da musculatura pélvica, devendo ser evitados os exercícios que possam potenciar o trauma ou queda, que impliquem posição supina por tempo prolongado, que envolvam ambientes quentes, pelo risco de teratogénese fetal, e que impliquem manobras de valsava. As sessões deverão ser interrompidas caso se verifique “hemorragia vaginal, contrações dolorosas regulares, dispneia, suspeita de rotura de membranas, cefaleias, tonturas, dor torácica ou diminuição da força muscular” (Silva, 2018, pp. 23-24), devendo ser observada por um profissional de saúde posteriormente. Aconselha-se ainda o reforço da ingestão calórica e hídrica antes e depois da prática, e a utilização de roupa larga e confortável (DGS, 2015a; Silva, 2018).

Durante as consultas questionou-se sobre também o uso do tabaco. O consumo de tabaco na gravidez tem como consequências a restrição de crescimento fetal intrauterino, risco de parto-pré-termo, alterações neurológicas no recém-nascido e hipoxia fetal, pois interfere com a perfusão placentária, diminuindo-a, e com a distribuição de oxigénio fetal, na medida que o monóxido de carbono inalado pela gestante compete com o oxigénio nas ligações estabelecidas com a hemoglobina. A maioria das gestantes, quando questionadas sobre a manutenção do consumo, referiam cessação quando souberam que se encontravam grávidas. Nas situações em que as mulheres mantinham esse hábito, questionava-se sobre o número de cigarros/dia, ensinava-se sobre os efeitos do tabaco no recém-nascido, avaliava-se a motivação para cessar ou reduzir o consumo durante a gravidez e, caso se demonstrasse oportuno, eram incentivadas e apoiadas nessa sua tentativa (DGS, 2015a; Machado, 2017).

Demos particular atenção aos autocuidados higiene e vestir-se e arranjar-se, pois, relacionam-se intimamente com a autoestima feminina. Avaliou-se o padrão de higiene corporal e perineal, assim como o padrão de higiene oral pelo risco aumentado de gengivites e cáries na gravidez, incentivando-se a escovagem dentária duas vezes por dia e a realizar uma consulta de estomatologia no início e meio da gravidez (DGS, 2019; Machado, 2017). As dúvidas quanto à coloração capilar foram frequentes, pelo que foi explicado que é seguro, preferencialmente a partir do segundo trimestre, evitando técnicas que atinjam o couro cabeludo e tendo atenção aos compostos químicos, tais como os metais pesados (National Health Service, 2018).

Os efeitos colaterais da gravidez mostraram-se como um foco de interesse durante as consultas pelo desconforto produzido na gestante, influenciando a sua vida pessoal e conjugal, sendo que o desenvolvimento de estratégias da sua gestão passou pelo empoderamento da grávida. Os efeitos colaterais mais frequentemente relatados foram a obstipação, as hemorroides, as náuseas e os vômitos, o edema, as varizes, as lombalgias e cervicalgias, a dor na região inguinal, a leucorreia e a urgência urinária. Quando identificado um desconforto, procedia-se à avaliação da capacidade de adotar estratégias para o gerir, intervindo se necessário.

As grávidas foram ainda informadas sobre os sinais e sintomas de alerta na gravidez, considerando a idade gestacional, patologias associadas e fatores individuais, mencionando a hemorragia vaginal, dor abdominal, febre, disúria, vômitos persistentes, cefaleias fortes e contínuas, e a diminuição da percepção dos movimentos fetais (DGS, 2015a). A partir das 34 semanas de gestação foi implementada a intervenção de informar sobre sinais de TP.

Ao longo do EC foi ainda possível realizar atividades de vigilância como “avaliar a altura uterina”, “realizar a palpação fetal através das manobras de Leopold” e “avaliar a frequência cardíaca fetal”.

A altura uterina é considerada um indicador grosseiro da progressão do crescimento fetal, sendo recomendada a sua avaliação a partir das 24 semanas de gestação. A sua avaliação

permite ao EEESMO detetar desvios do padrão de normalidade do crescimento fetal, comparando a relação entre a altura uterina e a idade gestacional - este pressuposto assenta na premissa que a altura uterina, avaliada em centímetros, corresponde à idade gestacional, em semanas, podendo haver uma variação de mais ou menos dois centímetros, e ressaltando que entre as 24 e 34 semanas verifica-se uma maior correlação entre esses dois indicadores (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2008a; OMS, 2016; Peter, Ho, Valliapan & Sivasangari, 2015). Apesar de recomendada a sua vigilância pela OMS (2016), na duração do EC desenvolvido não foi possível o treino deste procedimento na medida que possibilitasse a aquisição da mestria pretendida. Contudo, devido à natureza dos restantes EC's realizados na mesma instituição, houve a possibilidade de continuar a contactar regularmente com grávidas, sendo assim possível através da orientação de diversas EEESMO aprimorar esta habilidade.

A palpação fetal através das manobras de *Leopold* permite determinar a apresentação, a posição e a atitude fetal por meio da palpação do abdómen materno, através de uma abordagem sistémica, utilizando quatro manobras específicas (Nishikawa & Sakakibara, 2013). Esta avaliação apresenta interesse clínico a partir das 36 semanas de gestação, dado que somente a partir dessa altura é que pode apresentar algum tipo de implicação no planeamento do parto da gestante - assim, a realização rotineira desta manobra antes desta idade gestacional não é recomendada. Contudo, a palpação abdominal materna demonstrou-se promotora da ligação materno fetal no estudo realizado por Nishikawa e Sakakibara (2013) e a realização da primeira, segunda e terceira manobra pode ser relevante na prática do EEESMO a partir das 30 semanas para auxiliar na identificação do foco de auscultação do batimento cardíaco fetal (NICE, 2008a; Nishikawa & Sakakibara, 2013).

A auscultação do batimento cardíaco fetal pode ser realizada por duas vias: com recurso ao estetoscópio de ultrassons Doppler, podendo ser utilizado a partir das 12 semanas ou do estetoscópio de Pinard podendo este último ser utilizado a partir das 28 semanas (Department of Health, 2020). A prática rotineira desta intervenção é controversa: por um lado não é recomendada, pois apesar de confirmar que o feto se encontra vivo, não apresenta valor preditivo e não fornece informações detalhadas sobre a frequência cardíaca fetal (FCF), como desacelerações ou variabilidade; por outro lado, pode reduzir a ansiedade materna e promover a ligação mãe-filho, justificando a sua prática no contexto do EC experienciado, em que foi auscultada a FCF em cada consulta de enfermagem (Australian Government Department of Health [AGDH], 2020; NICE, 2008 e Rowland et. al, 2011 cit. por AGDH, 2020).

A avaliação da FCF com recurso ao estetoscópio de ultrassons Doppler corresponde a uma componente da Cardiotocografia (CTG). A CTG é considerada um exame complementar de diagnóstico não invasivo de avaliação do bem-estar fetal, em que é registado continuamente por cerca de 30 minutos a FCF, as contrações uterinas através de um tocodinamómetro e dos movimentos fetais, podendo ser efetuada a partir das 30 semanas de gestação, e não

devendo ser implementada rotineiramente (AGDH, 2020; NICE, 2008a; OMS, 2016; Sequeira, Seabra, Sousa, Brandão & Pousa, 2020). Destaca-se que a bibliografia existente não define regularidade ou periodicidade para a realização deste exame durante o período pré-natal, sendo que no CHPVVC realiza-se a CTG em cada consulta a partir das 37 semanas, ou segundo indicação médica se a parturiente apresentar uma idade gestacional inferior à anteriormente definida.

A percepção materna dos movimentos fetais corresponde a outro meio de avaliação do bem-estar fetal sendo reforçada a sua importância em cada consulta respeitando a recomendação de NICE (2008a) e de Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2011). Em situações de compromisso da oxigenação fetal (e.g. DG, distúrbios hipertensivos) pode ser necessária uma avaliação formal desta percepção, com o objetivo de diminuir a mortalidade perinatal, não havendo um método padrão de registo - a preocupação da grávida face a uma possível diminuição dos movimentos fetais sobrepõe-se a qualquer outra definição literária, pelo que estas foram incentivadas durante a consulta a entrarem em contacto com um profissional de saúde caso ocorresse, sem esperar pelo dia seguinte (AGDH, 2020; Bryant, Jamil & Thistle, 2019; OMS, 2016; RCOG, 2011).

Quando as grávidas assistidas se encontravam entre as 26 e as 28 semanas de gestação, foram incentivadas a participar na intervenção de grupo elaborada pelo CHPVVC dirigida para a preparação para a parentalidade e para o parto. Caso não o pretendessem, e não apresentassem intenções de frequentar este tipo de intervenção numa outra instituição de saúde, ou a título particular, as grávidas foram incentivadas a ir anotando as suas dúvidas, de forma a poderem ser esclarecidas em futuras consultas.

No decorrer do EC foi possível prestar cuidados diferenciados a grávidas com diferentes patologias e complicações do foro obstétrico, apresentando-se como mais comuns a DG e as patologias hipertensivas.

O CHPVVC apresenta na sua organização o seguimento de grávidas em consulta de diabetologia, sendo realizada pela equipa de enfermagem, médica e de nutrição, tendo ocorrido um contacto frequente com estes casos.

A DG pode ser definida como uma intolerância à glicose diagnosticada na gravidez (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2017; American Diabetes Association, 2020a). Esta intolerância aos hidratos de carbono pode surgir conseqüentemente à gravidez ou pode não ter sido reconhecida anteriormente, pelo que a OMS (2013) passou a distinguir conceitos como DG e diabetes *mellitus* na gravidez, apresentando-se como subtipos de hiperglicemia diagnosticada na gravidez, e diferenciando-se através dos valores séricos apresentados na Prova de Tolerância à Glicose Oral (PTGO) realizada entre as 24 e as 28 semanas de gestação, como exposto na tabela 2.

Tabela 2 - Diagnóstico da DG e diabetes mellitus na gravidez de acordo com os valores da PTGO.

	DG	Diabetes <i>mellitus</i> na gravidez
Jejum	92-125 mg/dL	≥ 126 mg/dL
1 hora após	> 180 mg/dL	
2 horas após	153-199 mg/dL	≥ 200 mg/dL

Fonte: Adaptado de OMS (2013)

A diabetes *mellitus* na gravidez distingue-se da DG pelo facto de apresentar valores séricos de glicose mais elevados - podendo estes indicar a existência de uma diabetes não diagnosticada previamente -, e não apresenta resolução após o término da gravidez. Acarreta ainda o rastreio minucioso de malformações fetais e de complicações microvasculares, uma vigilância mais assertiva, provável terapia farmacológica complementar e isenção de reclassificação no pós-parto (SPD, 2017).

Foi estimado que, em Portugal, a DG apresentava uma prevalência de 3,9% em 2009 e 8,8% em 2018, verificando-se, portanto, um aumento significativo do número de casos ao longo de quase uma década - contudo, é de salientar que ocorreu alteração dos critérios de diagnóstico em 2011 e uma alteração positiva no número de registos em 2016, repercutindo-se nos dados (Raposo, 2020). Face aos dados do ano de 2018, é também possível observar que a prevalência da DG aumenta consoante a idade das grávidas, sendo de 2,9% em grávidas com menos de 20 anos, 6% em grávidas com idade compreendida entre os 20 e os 29 anos, 9,9% em grávidas com idade compreendida entre os 30 e os 39 anos e 17,7% em grávidas com idade igual ou superior a 40 anos (Raposo, 2020).

A necessidade e a importância da vigilância da gravidez associada à diabetes prendem-se com o facto deste distúrbio hiperglicémico acarretar variados efeitos adversos. No que concerne aos efeitos maternos, encontra-se descrito na literatura o risco de hipoglicemia, de infeção, de cetoacidose, de agravamento de vasculopatia, de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, de agravamento de patologias hipertensivas e de traumatismo durante o parto; face aos efeitos fetais, é referido um aumento do risco de malformações fetais, de macrossomia ou de restrição de crescimento fetal, de hidrâmnios, de parto pré-termo, de distócia de ombros e de traumatismo durante o parto; respetivamente aos riscos neonatais, o recém-nascido pode apresentar síndrome de dificuldade respiratória, alterações metabólicas, hiperbilirrubinemia, policitemia, ou ainda apresentar complicações durante a sua infância, como diabetes *mellitus*, obesidade e atraso no desenvolvimento neurológico e intelectual (American Diabetes Association, 2020a; American Diabetes Association, 2020b; Inácio, 2016).

Tendo em consideração o supramencionado, compreende-se a importância da realização de um diagnóstico médico rigoroso, através de critérios que foram “baseados nos resultados do estudo *Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome* e de acordo com os critérios da Associação Internacional dos Grupos de Estudos de Diabetes e Gravidez” (SPD, 2017, p. 25).

De acordo com relatório do “Consenso Diabetes Gestacional: Atualização 2017” (SPD, 2017), o diagnóstico da DG ou da diabetes *mellitus* na gravidez pode ser realizado em dois momentos: (1) através da avaliação da glicemia em jejum (de 8 a 12 horas) no primeiro contacto pré-natal e/ou (2) através da PTGO com 75 gramas de glicose realizada entre as 24 e as 28 semanas de gestação. Na primeira situação, caso o valor de glicemia seja igual ou superior a 92 Miligramas por Decilitro (mg/dl), mas inferior a 126 mg/dl, o diagnóstico é de DG; caso o valor seja igual ou superior a 126 mg/dl, ou haja um valor esporádico de glicemia superior a 200 mg/dl, o diagnóstico é de diabetes *mellitus* na gravidez; caso o valor seja inferior a 92 mg/dl, deve-se proceder à reavaliação através da PTGO.

No caso de necessidade de realização da PTGO, a grávida deve encontrar-se em jejum de oito a 12 horas e proceder à ingestão de 75 gramas de glicose diluída em 250-300 mililitros de água. De acordo a SPD (2017), esta prova deve ser realizada entre as 24 semanas e as 28 semanas de gestação, apesar de não existir concordância no que se refere às linhas orientadoras indicadas pela OMS - a definição deste intervalo de tempo é explicada pelo facto de antes das 24 semanas não existir consistência nos resultados. É, ainda, salientado que não se deve proceder à repetição da PTGO após as 28 semanas, devendo a realização desta “ser excecionalmente limitada a casos em que a gravidez não foi vigiada até esta idade gestacional” (SPD, 2017, p. 25). A colheita sanguínea para determinação da glicose sérica realiza-se imediatamente após a ingestão da solução, na primeira e na segunda horas (SPD, 2017).

Ao longo das consultas realizadas, foram realizadas atividades de diagnóstico como “avaliar o padrão alimentar”, “avaliar padrão de exercício”, “avaliar conhecimento face ao padrão alimentar na DG”, “avaliar conhecimento face ao padrão de exercício na DG”, “avaliar conhecimento sobre glicemia”, “avaliar capacidade para monitorizar glicemia”, “avaliar conhecimento sobre sinais e sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia”, e, caso necessário, “avaliar capacidade para gerir regime medicamentoso” e “avaliar capacidade para administrar insulina”. Após obtidos os dados necessários e identificados os diagnósticos de enfermagem, foram implementadas intervenções, consoante as necessidades demonstradas e com o objetivo de promover a gestão eficaz do regime terapêutico e, conseqüentemente, a saúde materna e fetal, tendo sempre pressuposto uma avaliação anterior da consciencialização da grávida face à DG e da sua disponibilidade para aprender (ICN, 2019; SPD, 2017).

A implementação de estratégias relativas ao regime dietético e o regime de exercício. apresentam um papel crucial no controlo glicémico na gravidez.

A alimentação da mulher com DG deve garantir a distribuição de cerca de 175 gramas de hidratos de carbono por dia, devendo a ceia conter hidratos de carbono complexos para prevenção da hipoglicemia noturna e da cetose matinal (SPD, 2017).

No CHPVVC, e tendo em conta as particularidades apresentadas, conta-se com a parceria da equipa de nutrição para a elaboração de um plano alimentar personalizado, sendo este posteriormente avaliado na consulta de enfermagem com a cliente. Pela natureza frequente do contacto da equipa de enfermagem com a grávida, em diversos momentos surgiu a necessidade de debate sobre possíveis alternativas alimentares às previamente estabelecidas, permitindo a sua diversidade e ajustando-o às preferências da grávida. Durante as consultas de vigilância surgiram questões relacionadas com a quantidade de alimentos a ingerir e os intervalos entre as refeições, pelo que houve necessidade de usar alguma criatividade e conhecimento aprofundado sobre as necessidades calóricas alimentares para cada mulher. A disponibilização de receitas culinárias e o ensino sobre leitura e interpretação dos rótulos dos produtos alimentares habitualmente consumidos fizeram, também, parte das atividades implementadas, promovendo a adesão ao regime dietético. A discussão da relação entre os valores de glicemia e o consumo de determinados alimentos demonstrou-se como uma boa estratégia promotora da reflexão e da consciencialização sobre a influência da alimentação no controlo glicémico, fomentando a alteração de comportamentos. Estas intervenções, bem como a criação de um espaço aberto para esclarecer dúvidas, permitem a adaptação da gestante à sua nova condição e à adesão ao plano de cuidados, enfatizando a sua relevância.

Foi abordada a importância do regime de exercício físico no controlo dos valores de glicemia. Recomenda-se a realização de pelo menos 30 minutos diários de exercício físico, pós-prandial de preferência. As caminhadas com o cão ou com os filhos foram um exemplo, frequentemente, referido e aceite pelas gestantes (SPD, 2017).

Ao longo dos contactos estabelecidos, foi possível perceber que havia barreiras para a adesão ao regime dietético, pela existência de crenças previamente estabelecidas e de pressão familiar sobre a alimentação que consideravam que a gestante deveria ter. Contudo, foi na adesão ao regime de exercício que se demonstrou maior dificuldade, apesar dos esforços realizados para promover a sua prática, observando-se baixa disponibilidade para incorporarem a realização de exercício físico no seu quotidiano, ou seja não consciencialização sobre a necessidade do exercício físico.

Quando existiu necessidade de implementação de terapêutica farmacológica para controlo glicémico, através de antidiabéticos orais e/ou insulina, competiu à equipa de enfermagem promover a adesão ao regime medicamentoso, e promover o autocontrolo glicémico e administração de insulina.

A monitorização da glicemia capilar é indispensável para a avaliação do perfil glicémico da gestante, determinando a necessidade de mudanças comportamentais no que se refere ao padrão alimentar e/ou ao padrão de exercício ou à administração de terapêutica farmacológica. É recomendada a realização de pesquisa de glicemia capilar quatro vezes por dia, sendo a primeira pesquisa realizada em jejum e as restantes uma hora após o início

das três principais refeições, podendo ocorrer possíveis ajustes prescritos pela equipa médica (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2017; SPD, 2017; OMS, 2013). Na primeira consulta foi desenvolvida a capacidade da cliente para monitorizar a glicemia, bem como o seu conhecimento para interpretar os valores obtidos conforme a hora em que esta foi realizada. Adicionalmente, foi fornecida uma tabela para registarem os valores de glicemia capilar obtidos, associando-se um quadro com os valores de referência, para comparação. De forma a facilitar a adesão a esta vigilância, as grávidas foram ainda incentivadas a usarem um alarme, no telemóvel, para evitar esquecimentos.

Compreende-se que o registo dos valores da glicemia, o cumprimento do regime dietético e a prática de exercício físico obrigam a reajustes da vida pessoal e familiar que, por vezes, não se demonstram compatíveis, pelo que centrámos a nossa intervenção na avaliação das necessidades, gostos e hábitos da cliente, e na procura de estratégias adequadas a cada uma, negociando alternativas ao previamente acordado. Adicionalmente, e como mencionado anteriormente, existiam fatores dificultadores à adesão ao regime terapêutico nesta população, pelo que em cada consulta foi celebrada e apoiada cada mudança implementada, evidenciando-as como conquistas importantes, mesmo que se refletissem em pequenos ganhos em saúde.

As patologias hipertensivas surgiram, também, como uma das complicações da gravidez frequentes na população acompanhada no CHPVVC. São uma das principais causas de mortalidade e morbidade materna e perinatal ao nível mundial, associando-se a risco de parto prematuro, morte *in útero*, restrição de crescimento intrauterino, deficiência na perfusão uteroplacentária com conseqüente hipoxia fetal, descolamento precoce da placenta normalmente inserida, edema pulmonar, encefalopatia hipertensiva, hemorragia cerebral, descolamento da retina e insuficiência renal aguda (ACOG, 2020a; Graça, 2017; Mammaro et al., 2009; NICE, 2019).

A avaliação da pressão sanguínea tornou-se imprescindível e frequente, mesmo que a grávida fosse habitualmente normotensa, dado que as alterações da pressão arterial podem surgir em qualquer momento no decurso da gravidez.

Considera-se HTA quando são obtidos valores de pressão sistólica igual ou superior a 140 Milímetros de Mercúrio (mmHg) e/ou valores de pressão diastólica igual ou superior a 90 mmHg em duas medições com pelo menos quatro horas de intervalo. Caso o valor da pressão sistólica seja igual ou superior a 160 mmHg, ou o valor da pressão diastólica seja igual ou superior a 110 mmHg, não requer a segunda medição para confirmação do diagnóstico da patologia hipertensiva (ACOG, 2013; Monteiro & Leite, 2016). Assim, após a obtenção destes valores, pode-se classificar os estados hipertensivos na gravidez em quatro categorias:

- (1) Hipertensão gestacional, em que ocorre o aparecimento de valores tencionais elevados após as 20 semanas de gestação, sem associação de proteinúria e que regridem após o parto, não excedendo o puerpério (ACOG, 2013);

- (2) Pré-eclâmpsia, em que existe HTA após as 20 semanas de gestação podendo estar associada a proteinúria, considerando-se proteinúria a presença de valores igual ou superior a 0,3 gramas de proteína na urina de 24 horas ou valores do rácio entre proteinúria e creatinina igual ou superior a 0,3 numa colheita aleatória - a presença de proteinúria não é obrigatória para o diagnóstico, podendo basear-se na associação de HTA com outras manifestações clínicas (edema, edema pulmonar, epigastrialgias, cefaleias ou distúrbios visuais) e laboratoriais (trombocitopenia, alterações hepáticas ou valores de creatinina elevados) (ACOG, 2013);
- (3) Hipertensão crónica, em que a grávida apresenta HTA antes das 20 semanas de gestação, ou até mesmo antes da gravidez, podendo ou não estar identificada, e que não se encontra associada a outras alterações (ACOG, 2013);
- (4) Hipertensão crónica sobreposta com pré-eclâmpsia: mulheres com HTA que desenvolvem proteinúria após as 20 semanas de gestação, ou mulheres que já apresentavam proteinúria, mas cujos valores tensionais ou de proteinúria aumentaram, ou apresentaram alterações clínicas e laboratoriais mencionadas anteriormente (ACOG, 2013).

Quando diagnosticado um distúrbio hipertensivo, a grávida passou a ser acompanhada por uma equipa multidisciplinar composta por um EEESMO, um médico obstetra, um médico de medicina interna e uma nutricionista.

Nas consultas de enfermagem foram implementadas atividades de vigilância, como “monitorizar pressão sanguínea”, “avaliar edema”, “avaliar urina” com recurso a tira reagente, “monitorizar peso corporal” e “avaliar sinais e sintomas de alerta da hipertensão” como cefaleias ou dor epigástrica, assim como atividades de diagnóstico relativas ao padrão alimentar e ao padrão de exercício físico, conhecimento sobre sinais e sintomas de alerta da HTA e conhecimento sobre contagem dos movimentos fetais (ICN, 2019; NICE, 2019).

As grávidas com diagnóstico de HTA foram incentivadas a monitorizar diariamente a sua pressão arterial, havendo a necessidade de avaliar a sua capacidade para o fazer no domicílio caso assim o pretendessem. Os sinais e sintomas de alerta foram lembrados em cada contacto, dado que nesta situação é imprescindível o envolvimento e colaboração da cliente para uma atuação precoce.

A intervenção não farmacológica envolveu a gestão do regime dietético, do regime de exercício físico, da ansiedade, e dos períodos de atividade e de repouso, como referido anteriormente (DGS, 2015a).

A gravidez é marcada como um processo de vulnerabilidade da saúde mental da grávida e do seu convivente significativo, podendo comprometer o desenvolvimento saudável da gravidez. A transição, intrínseca a este momento, e as expectativas associadas envolvem alterações emocionais e psicológicas, tornando-se um momento sensível e suscetível para a saúde mental da mulher (DGS, 2015a).

A vivência e as responsabilidades que uma gravidez de médio ou alto risco acarreta não é o expectável para a maioria dos casais, afetando o bem-estar físico e psicológico destes, passando a estar presentes a ansiedade e/ou *stress*, que condicionam, conseqüentemente o desenvolvimento fetal, pelos elevados níveis de cortisol sanguíneo persistentes (DGS, 2015a; Guerra, Braga, Quelhas & Silva, 2014; Royal College of Midwives [RCM], 2012a). As alterações corporais, fisiológicas, que acontecem ao longo da gravidez apresentam-se também como um fator de preocupação para as clientes, podendo afetar a ligação estabelecida com o feto e a dinâmica do casal e da família (NICE, 2014a).

Durante os vários contactos com a grávida, o EEESMO procurou identificar sinais de alerta como tristeza, distímia, insónias, alterações do apetite e astenia. Compete a este profissional apoiar emocional e psicologicamente a grávida, através da escuta ativa e fornecendo informação clara sobre a sua condição clínica e sobre as alterações psicológicas inerentes à gravidez, incentivando a partilha de sentimentos, promovendo a comunicação com a família e garantindo e promovendo a participação ativa da mesma na garantia do seu bem-estar (DGS, 2015a; NICE, 2014a; RCM, 2012a).

De um modo geral, a gravidez é um processo em que vigora a saúde, contudo nem sempre isso acontece. Quando é dada a notícia do diagnóstico de uma gravidez de médio ou alto risco, muitas vezes associada a processos patológicos, a transição que o “casal grávido” se encontra a experienciar pode deparar-se com uma crise, pois apresentam-se novas questões, dúvidas, medos e ansiedades. Este momento implica uma intervenção diferenciada do EEESMO, para responder às novas necessidades e favorecer a consciencialização e o ajuste das expectativas, promovendo assim uma adaptação eficaz. O estabelecimento de uma relação terapêutica e empática com a grávida, associado à escuta ativa, proporcionou o desenvolvimento de confiança e sensação de segurança por parte desta para a colocação de dúvidas e questões durante a consulta, permitindo uma resposta eficaz às suas necessidades.

## 2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Para além das competências enunciadas anteriormente, o EEESMO é responsável pela assistência da mulher no decorrer do TP e parto, sendo da sua competência efetuar “o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina”, baseando as suas práticas nos conhecimentos e habilidades adquiridas na sua formação, sendo um processo de elevada responsabilidade (OE, 2019, p. 13562). Adicionalmente, compete ao EEESMO “conceber, planear, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do TP, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto” e “aplicar as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica, e em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica” (OE, 2019, 13563).

A equipa do bloco de partos do CHPVVC é constituída unicamente por EEESMO's que desempenham funções num sistema de rotatividade nas diversas áreas do serviço. Esta rotatividade de enfermeiros demonstrou-se como um fator benéfico para o casal, pois possibilitou o contacto do mesmo com os vários profissionais, obtendo assim diferentes contributos para uma vivência positiva do parto, sendo este evento muitas vezes um momento esperado, planeado e idealizado.

Em diversas instituições de saúde, o TP ainda é caracterizado por uma assistência intervencionista, com práticas medicalizadas e instrumentalizadas, à qual a mulher se submete no processo de se tornar mãe. Estas práticas influenciam negativamente a experiência de parto da mulher, pelo que urge a necessidade de implementação de cuidados individualizados, respeitando o processo fisiológico do TP (OMS, 2018; Pinheiro, 2016).

A prestação de cuidados individualizados e personalizados em obstetrícia centra-se na atuação clínica com respeito pela mulher e pela sua fisiologia, evitando intervenções desnecessárias e sem benefício materno-fetal, na oferta de suporte emocional contínuo e no reconhecimento dos aspetos culturais associados a cada indivíduo, garantindo o empoderamento e autonomia feminina durante o processo de TP e de parto (Júnior, 2019; Mouta, Silva, Melo, Lopes & Moreira, 2017; Pimentel, Rodrigues, Müller & Portella, 2014). Este é o caso do CHPVVC, que é considerado uma instituição singular quanto à prestação de cuidados no serviço de obstetrícia, pois centra as suas práticas na experiência de parto positiva.

O conceito experiência de parto positiva pode-se definir como “aquela que preenche ou excede as convicções e expectativas pessoais e socioculturais de uma mulher, incluindo dar à luz um bebé saudável num ambiente clinicamente e psicologicamente seguro, com continuidade do apoio prático e emocional” (OMS, 2018, p. 1). A oferta de suporte emocional e de estratégias não invasivas para o apoio à mulher, como é o caso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, demonstram-se como essenciais para a qualidade das práticas desenvolvidas, pois permitem desmistificar a crença que o TP consiste numa vivência dolorosa, e promovem o empoderamento, o autoconhecimento e o autocontrolo (Mouta et al., 2017). É através do empoderamento que é possível o desenvolvimento do poder de decisão da mulher sobre dimensões como a escolha do local de parto, do acompanhante e dos métodos não farmacológicos para alívio da dor que poderá adotar, encontrando-se estas escolhas muitas vezes espelhadas no seu plano de parto. A OMS (2018) acrescenta ainda que os cuidados devem ser realizados com o mínimo de intervenções possível.

Durante o EC, fomos incentivados a colocar a mulher no centro dos nossos cuidados, esclarecendo as suas dúvidas, informando-a da sua situação clínica, dos procedimentos realizados, assim como dos riscos e benefícios a eles associados, e respeitando as suas decisões, garantindo sempre, em todo o processo, o bem-estar materno-fetal. Só assim a mulher pode garantir o consentimento e a recusa informada, e exercer o seu direito de autonomia, levando a uma experiência de parto positiva e de acordo com as suas expectativas.

O plano de parto demonstra-se como uma estratégia que permite conhecer as preferências da parturiente quanto ao TP, orientando os cuidados a prestar, sendo “muito mais do que a elaboração de uma lista de opções e escolhas, . . . permitindo criar um ambiente de segurança que culmine com uma experiência satisfatória” (Lothian, 2000, cit. por Lopes, 2016, p. 168). Para além disso, a elaboração do plano de parto promove o empoderamento, a autonomia e o sentimento de controlo do casal (OMS, 2018). Idealmente, este documento é elaborado pelo casal juntamente com um EEESMO e o obstetra, servindo de meio de comunicação entre o casal e os profissionais de saúde face ao que desejam e necessitam, sendo posteriormente analisado e ajustado, de forma a ser possível atender às suas preferências e expectativas, garantindo sempre as boas práticas (Lopes, 2016).

No serviço de obstetrícia do CHPVVC existe a possibilidade de as grávidas realizarem uma consulta de plano de parto com um EEESMO. Esta consulta tem por objetivo informar o casal sobre os recursos disponíveis no bloco de partos, e a discussão e decisão de alguns aspetos relacionados com o TP, parto e pós-parto, de forma a atender ou gerir expectativas para esse processo tão imprevisível, elaborando assim um plano de parto consciente, informado e que assegure o bem-estar da mãe e do seu filho. No momento de admissão, era consultado o plano de parto desenvolvido pela cliente, verificando-se um esforço por parte da equipa

multidisciplinar para planear os cuidados de acordo com este e respeitar as escolhas realizadas.

Muitas das mulheres com que tivemos a possibilidade de contactar tinham sido seguidas no CHPVVC, conhecendo já parte da sua estrutura física. Contudo, independentemente da situação, o acolhimento da mulher e do seu acompanhante no momento de admissão demonstrou-se como uma mais-valia para que o internamento decorresse de forma positiva, dado que permitiu o estabelecimento de uma relação de confiança com os profissionais de saúde. Esta relação foi essencial para promover a integração do casal e a sua sensação de conforto e segurança, diminuir o stress e ansiedade associados ao internamento e facilitar a colaboração com os profissionais de saúde. Assim, na admissão apresentou-se o espaço físico do serviço, explicou-se o seu funcionamento e procedeu-se à avaliação inicial da parturiente. A avaliação inicial incluía a avaliação física, a colheita de dados com recurso à entrevista e a análise do BSG.

No BSG pesquisamos dados sobre a vigilância da gravidez, exames e análises clínicas e o grupo sanguíneo materno. Através da entrevista foi possível questionar sobre os antecedentes pessoais relevantes, perceber como tinha decorrido a gravidez, se tinham realizado alguma intervenção de grupo para preparação para o parto e para a parentalidade, e quais eram as suas expectativas face ao TP e parto. Posteriormente, foi questionado o nome do bebé, preferências alimentares e se tinham realizado plano de parto - caso não possuíssem plano de parto, eram inquiridas sobre o desejo de realizar contacto pele-a-pele, quem gostariam que cortasse o cordão umbilical e se pretendiam amamentar. Por último, questionou-se se iriam ficar acompanhadas durante o internamento.

A presença de uma figura significativa demonstra-se benéfica durante o TP, uma vez que oferece apoio contínuo, assim como suporte físico, emocional e psicológico, promove a sensação de segurança e auxilia na implementação de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor (e.g. massagem), refletindo-se num parto com menor necessidade de analgesia, numa transição saudável para o período puerperal e menor tempo de internamento (OMS, 2018; Teles et al., 2010).

Devido à pandemia por SARS-CoV 2, a presença de acompanhantes durante o internamento ficou condicionada, sendo reforçado pela DGS (2020a, p. 9) que “as unidades hospitalares devem assegurar as condições necessárias para garantir a presença de um acompanhante durante o TP”. No CHPVVC foi incentivada a presença dessa figura significativa, pelo que tiveram a oportunidade de permanecer com a parturiente desde a sua admissão até ao momento da alta, desde que realizassem um teste rápido de antigénio para a SARS-CoV-2; caso não pretendessem realizar o teste, podiam permanecer com a mulher durante o TP e puerpério imediato. Esta preocupação com a manutenção de um acompanhante, principalmente o pai, durante o estado de alerta em que o nosso país se encontrava, prendeu-se com a importância da participação paterna, neste contexto, na promoção da

ligação pai-filho, dado que “para o homem, a sua participação no TP será o culminar de todo o seu investimento emocional ao longo da gravidez” (Pousa, 2012, p. 14).

Antes da admissão da parturiente era avaliado o índice de Bishop, através do exame vaginal, de forma a identificar o estadio de TP em que se encontrava, confirmando se seria indicado o internamento da mulher e auxiliando no planeamento dos cuidados. Este índice comporta a avaliação da dilatação, extinção, posição e consistência do colo uterino, e a altura da apresentação fetal (Fonseca, 2016a).

O exame vaginal apresentou-se ao longo do TP como uma importante atividade de vigilância e diagnóstico, permitindo ajustar a tomada de decisão. Através desta intervenção é possível avaliar a posição, consistência, dilatação e extinção do colo uterino, a posição, variedade e apresentação fetal, e a descida da apresentação fetal face à pelve materna (Downe, Gyte, Dahlen & Singata, 2013). Apesar de fornecer informação relevante quanto à evolução do TP, o exame vaginal é muitas vezes referido como um procedimento desconfortável e delicado, dado que pode influenciar a mulher ao nível emocional e psicosssexual - assim, as recomendações mais atuais afirmam que os profissionais de saúde devem equacionar se a realização sistemática do exame vaginal é necessária e se fornece dados relevantes para a tomada de decisão, incentivando que este não seja realizado por rotina; se possível, recomendam ainda que seja realizado em intervalo de quatro horas na fase ativa do primeiro estadio do TP na gravidez de baixo risco (ACOG, 2019; NICE, 2014b; OMS, 2018).

Na admissão da parturiente, e ao longo do seu internamento no bloco de partos, foi também preenchido o partograma. De acordo com Choudhary e Tanwar (2019), o preenchimento do partograma auxilia no diagnóstico de alterações do progresso do TP e na tomada de decisão clínica, contudo existem algumas dúvidas na aplicabilidade deste método dado que pressupõe que as mulheres apresentam uma evolução de TP similar ao longo do tempo, podendo associar-se por vezes a intervenções desnecessárias.

Como referido anteriormente, a avaliação do índice de *Bishop* no momento de admissão permitiu ajustar os cuidados prestados, levando à identificação de dois possíveis diagnósticos: “potencial de TP” ou “TP presente”. A maioria das parturientes acompanhadas foram admitidas no CHPVVC com o diagnóstico de “potencial de TP”, pelo que foi iniciada a Indução do Trabalho de Parto (ITP) (ICN, 2019).

O TP pode ser definido como um conjunto de fenómenos que culminam na extinção e dilatação cervical, descida fetal no canal de parto e sua posterior expulsão, podendo estes eventos ser espontâneos ou induzidos (Fatia & Tinoco, 2016). Clinicamente, define-se que uma mulher se encontra em TP quando apresenta contratilidade uterina regular com intervalos mínimos de 15 quinze minutos, dilatação do colo uterino superior a três centímetros e/ou apresente rotura das membranas amnióticas (Porto, Amorim & Souza, 2010).

O primeiro estadió do TP inicia-se quando existe contratilidade uterina regular e termina com a dilataçãó completa do colo uterino, compreendendo duas fases: a fase latente, que ocorre com o início das contrações uterinas até aos cinco/seis centímetros de dilataçãó e a fase ativa, que se inicia aos cinco/seis centímetros e culmina com a dilataçãó completa (ACOG, 2019; OMS, 2018).

O segundo estadió do TP, também denominado de período expulsivo, decorre desde a dilataçãó completa do colo uterino até à expulsãó fetal. A duraçãó do segundo estadió de TP é variável, sendo influenciada pelas intervenções implementadas e a posiçãó fetal (Fatia & Tinoco, 2016). Segundo Spong, Berghella, Wenstrom, Mercer e Saade (2012), o segundo estadió do TP pode ser considerado prolongado quando existe uma ausência da progressãó fetal por mais de três horas, sem analgesia por via epidural, ou quatro horas com analgesia por via epidural na nulípara; nas múltiparas, o intervalo de tempo considerado é de duas horas sem analgesia por via epidural, ou três horas com analgesia por via epidural. Seguidamente, ocorre o terceiro estadió, correspondente à dequitadura, iniciando-se após a expulsãó fetal e até à expulsãó completa da placenta, e o quarto estadió referente ao puerpério imediato e compreende as duas horas após o nascimento (Fatia & Tinoco, 2016).

A ITP define-se como a estimulaçãó artificial da contratilidade uterina antes da sua ocorrência espontânea, sendo indicada em situações de gravidez com idade gestacional superior a 41 semanas, rotura prematura de membranas, diabetes, patologias hipertensivas na gravidez, restriçãó de crescimento fetal e morte fetal, sendo desaconselhada antes das 39 semanas sem um motivo clínico que a justifique (DGS, 2015c; Fonseca, 2016a). As condições do exame vaginal determinam frequentemente o valor preditivo da ITP, pelo que existiu a necessidade de avaliaçãó do índice de Bishop, na admissãó da parturiente, para fundamentar a decisãó de induçãó e conseqüente escolha do método mais adequado (Fonseca, 2016a).

Atualmente, os fármacos mais utilizados são as prostaglandinas, nomeadamente o misoprostol (prostaglandina E1) e a dinoprostona (prostaglandina E2), que atuam no colo uterino alterando o índice de Bishop, e ainda a ocitocina, que atua no corpo uterino desencadeando contrações (Fonseca, 2016b; OMS, 2011).

A perfusãó ocitócica desencadeia ou aumenta a contratilidade uterina, sendo um método bastante utilizado na induçãó e conduçãó do TP. A fisiologia da estimulaçãó do TP, através da ocitocina, é semelhante à do parto espontâneo, embora a sensibilidade e a resposta a este fármaco variem individualmente e de acordo com a idade gestacional, sendo o útero gradualmente mais sensível a esta hormona a partir das 34 semanas. Este método apresenta como efeitos adversos possíveis a taquissístolia, hipertonia uterina, hiperestimulaçãó uterina, rotura uterina e/ou sofrimento fetal agudo por diminuiçãó do fluxo sanguíneo materno-fetal, sendo estes efeitos dependentes da dosagem, ritmo e duraçãó da administraçãó, pelo que é necessária uma vigilância constante do bem-estar fetal através

da CTG (ACOG, 2009; Fonseca, 2016b; OMS, 2011). De acordo com o estudo desenvolvido por Oliveira, Mattos, Matão e Martins (2017) associa-se o uso de ocitocina, como método de ITP, a um maior uso de analgesia durante o TP e a uma maior taxa de episiotomias.

Apesar da ocitocina ser eficaz para iniciar a contratilidade uterina, a sua utilização não é consensual: o ACOG (2009) defende que este método de ITP pode ser utilizado isoladamente; o NICE (2008b) refere que não é recomendado o uso de ocitocina como método único de ITP; por outro lado, a OMS (2011) recomenda que deve ser o método privilegiado caso não estejam disponíveis as prostaglandinas, justificando que o sucesso da indução com ocitocina é dependente das condições do colo uterino, devendo-se assim optar pela administração de prostaglandinas com o objetivo de amadurecer o colo, podendo-se, caso necessário, iniciar a perfusão ocitócica numa fase posterior. As prostaglandinas, para além de promoverem o amadurecimento cervical, apresentam a capacidade de promover a contratilidade uterina, podendo também desencadear atividade uterina excessiva com consequências maternas e fetais (Fonseca, 2016b).

A amniotomia pode também ser considerada um método de ITP, dado que ao ser realizada a rotura das membranas amnióticas ocorre a libertação de prostaglandinas, o que favorece a contratilidade uterina (Gupta, Nigam, Varun, Meena & Aggarwalla, 2018). Apesar de não ser recomendado o seu uso de forma isolada, pela imprevisibilidade do período de tempo desde a rotura das membranas até ao aparecimento de contratilidade uterina, a sua associação com a perfusão ocitócica pode conduzir ao sucesso da indução (ACOG, 2009; OMS, 2011). Ao longo do EC, a amniotomia foi realizada quando o colo uterino apresentava uma dilatação igual ou superior a quatro centímetros e a apresentação se encontrava, pelo menos, no segundo plano de Hodge, sendo posteriormente avaliada, caso a caso, a administração da perfusão de ocitocina.

Ao longo do TP, quer ocorresse de forma espontânea ou induzida, existiu a preocupação de avaliar a evolução do TP e vigiar o bem-estar fetal através da CTG, dado que as contrações uterinas interrompem o fluxo sanguíneo materno-fetal, comprometendo a oxigenação fetal (Santana & Figueiredo, 2016). Dado que o EEESMO possui as competências necessárias para a sua realização e interpretação, foi implementada a intervenção “avaliar CTG”.

Pode-se definir que a CTG apresenta um traçado tranquilizador quando a linha da FCF apresenta uma FCF basal entre 110 e 160 Batimentos por Minuto (bpm), variabilidade longa entre cinco e 25 bpm, com acelerações, e sem desacelerações ou com desacelerações esporádicas com duração inferior a dois minutos. Por outro lado, o traçado é considerado suspeito quando não perfaz um ou mais dos critérios definidos anteriormente. Apesar de pouco frequente, o traçado pode também ser definido como patológico, sendo essencial saber identificar esta situação para reverter este estado e evitar a morbidade e mortalidade fetal associadas à hipoxia. Este último, caracteriza-se por uma linha de base inferior a 100 bpm, com variabilidade longa diminuída, aumentada ou com padrão

sinusoidal, desacelerações tardias ou prolongadas recorrentes (associadas a mais de 50% das contrações uterinas) em 30 minutos - ou 20 minutos se variabilidade longa diminuída -, e/ou desacelerações prolongadas por mais de cinco minutos (Ayres-de-Campos, Spong & Chandraranc, 2015).

A monitorização fetal intraparto tem como objetivo diminuir a prática de intervenções desnecessárias ao longo do TP, que podem resultar em morbidades maternas e/ou fetais, bem como evitar lesões fetais por hipoxia (Lewis & Downe, 2015; Santo, 2016). Pode ser realizada de forma contínua ou intermitente, sendo que nesta última deve-se realizar a auscultação da FCF por pelo menos 60 segundos, incluindo 30 segundos após uma contração uterina, permitindo a identificação da linha base da FCF, de acelerações e/ou desacelerações (Lewis & Downe, 2015).

No CHPVVC foi, preferencialmente, realizada a auscultação intermitente da FCF na gravidez de baixo risco, ocorrendo em intervalos de 30 em 30 minutos quando a parturiente se encontrava na fase latente do primeiro estadio do TP, de 15 em 15 minutos na fase ativa do primeiro estadio do TP e de cinco em cinco minutos no segundo estadio do TP (FIGO, 2015 cit. por Santo, 2016). Salienta-se que foi realizada monitorização contínua em situações em que houvesse algum risco associado à gestação, dúvidas na leitura do traçado obtido por auscultação intermitente, alterações do traçado ou aplicação de métodos de indução de TP (e.g., amniotomia, prostaglandinas e ocitocina) - neste último caso, realiza-se uma avaliação do bem-estar fetal antes do início do procedimento e por pelo menos 30 minutos após a aplicação das prostaglandinas ou a realização da amniotomia; no caso da utilização de perfusão ocitócica, a monitorização era realizada continuamente, interrompendo-se a perfusão e a monitorização cardiotocográfica caso quisesse deslocar-se à casa de banho (DGS, 2015c). Independentemente da indicação para realização de monitorização cardiotocográfica contínua, houve a preferência de a realizar com recurso à telemetria, permitindo assim a liberdade de movimentos da parturiente.

A “dor do TP” constituiu-se como outro foco de atenção recorrente durante o EC (ICN, 2019). Enquanto as vivências mais comuns de dor se devem a eventos agudos ou crónicos, a dor do TP está associada a um evento vital e positivo que é o surgimento de uma nova vida. A experiência da dor do TP é complexa, subjetiva e multidimensional, sendo a forma como a mulher a vivencia e percebe fortemente influenciada por fatores fisiológicos e psicológicos, pela cultura e pelo ambiente. Durante o primeiro estadio do TP predomina a dor visceral devido à dilatação do colo uterino, às contrações uterinas e à distensão do segmento inferior uterino; por outro lado, no segundo estadio do TP, a dor é somática e resulta da descida da apresentação fetal com consequente distensão dos músculos do assoalho pélvico e das estruturas pélvicas (Labor & Maguire, 2008; Lowe, 2002; Whitburn & Jones, 2019).

Apesar da dor apresentar uma função biológica, a dor intensa persistente encontra-se associada à morbidade materna e fetal, necessitando de ser aliviada (Mamede, Almeida, Souza & Mamede, 2007).

Compete ao EEESMO realizar uma assistência individualizada à parturiente, avaliando o seu comportamento e as suas necessidades, promovendo o alívio da dor através de métodos não farmacológicos e/ou farmacológicos, contribuindo para a diminuição do stresse e o aumento do grau de satisfação da mulher (Silva et al., 2013). Assim, e após uma correta identificação das necessidades de cada parturiente, prescreveram-se intervenções no âmbito da gestão da dor do TP com recurso a métodos farmacológicos ou não farmacológicos, apresentando os últimos uma maior segurança materna e fetal na sua implementação.

A filosofia de conceção de cuidados do CHPVVC promove, incentiva e apoia a adoção de métodos não farmacológicos durante o TP, havendo elementos que compõem a equipa de enfermagem com formação especializada em áreas como a aromaterapia, hidroterapia e acupuntura, contribuindo para a satisfação das mulheres no TP.

Em contexto de EC, as parturientes foram incentivadas a utilizar as técnicas com que se sentiam confortáveis. Assim, houve a oportunidade de executar diversas técnicas para o alívio da dor, sendo as mais frequentes a deambulação, alteração de posicionamentos, utilização da bola suíça, respiração, massagem e hidroterapia (Geltore & Angelo, 2020; Sanders & Lamb, 2017).

A posição que a mulher adota no TP influencia fortemente a dor percebida. Devido à sua simplicidade, a deambulação, a alternância de posições e o recurso à bola suíça apresentaram-se como os métodos para alívio da dor mais executados pelas parturientes, sendo incentivados no primeiro e segundo estadio do TP (Simkin & Bolding, 2004).

Segundo a OMS (2014), é recomendada a mobilidade e a adoção de posições verticais pelas parturientes. Estas estratégias promovem a progressão do TP e, conseqüentemente, contribuem para o alívio da dor através da promoção da eficácia da contratilidade uterina e da variação nos diâmetros da bacia, facilitando a rotação e a descida fetal na bacia materna pela ação da gravidade. A movimentação livre com recurso à bola suíça durante o TP permite, também, a adoção de uma posição verticalizada confortável e a alternância dos diâmetros da bacia materna, bem como a realização de exercícios da musculatura do assoalho pélvico, contribuindo para o seu relaxamento e associando-se a um alívio da sensação dolorosa (Mafetoni & Shimo, 2014 cit. por Costa et al., 2020; OMS, 2014; Silva, Strapasson & Fischer, 2010; Silva et al., 2013; Simkin & Bolding, 2004).

Dado que estes fatores interferem com a duração do TP, estas estratégias resultam numa menor taxa de perfusão ocitócica, menor recurso a técnicas de analgesia farmacológica, menor frequência de parto distócico e menor taxa de episiotomias - no entanto, encontram-

se relacionadas com uma maior perda sanguínea (OMS, 2014; RCM, 2012b; Silva et al., 2013; Teixeira & Pereira, 2006).

No estudo de Nilsen, Sabatino e Lopes (2011), face à dor no segundo estadio de TP concluiu-se que as posições verticais ou laterais contribuíram para o alívio da dor, quando comparadas às posições de supina ou de litotomia.

No contexto de EC, as parturientes foram incentivadas a deambularem e movimentarem-se livremente, a experimentarem novas posições, explicando-se os benefícios da sua adoção, sendo as mais frequentemente adotadas a posição semi-sentada, de decúbito lateral e sentada (NICE, 2014c).

A técnica respiratória foi também um método não farmacológico aplicado com alguma frequência pela sua facilidade e isenção de custos para a instituição, sendo eficaz na diminuição da ansiedade e da dor (Mafetoni & Shimo, 2014 cit. por Costa et al., 2020; Silva et al., 2013).

A massagem durante a gravidez e no TP é considerada uma estratégia eficaz para o alívio da dor, do stresse e da ansiedade, e do aumento do relaxamento, podendo ser realizada em qualquer momento pelo EEESMO ou delegada ao acompanhante da mulher, promovendo o seu envolvimento no TP. A massagem em diferentes áreas do corpo promove o bem-estar materno, devendo ser individualizada de acordo com as necessidades específicas da mulher - caso a parturiente se encontre tensa e ansiosa, a massagem nos ombros permite o seu relaxamento, enquanto a massagem lombossagrada é mais indicada se ela apresentar dor lombar (Field, 2010 e Gallo et al., 2013 cit. por Sanders & Lamb, 2017; Mafetoni & Shimo, 2014 cit. por Costa et al., 2020; Sanders & Lamb, 2017).

A hidroterapia consiste na submersão corporal em água quente numa piscina, banheira ou chuveiro, sendo uma estratégia promotora do conforto, alívio da dor e relaxamento durante o TP, bem como da satisfação, empoderamento e sensação de controlo das parturientes. Adicionalmente, a sua utilização não se encontra associada ao aumento da taxa de partos instrumentados e não afeta a duração do TP. Apesar dos seus benefícios, este método só pode ser usufruído pela parturiente caso esta não apresente cateter epidural, devido à sua fixação com adesivos não impermeáveis (Mafetoni & Shimo, 2014 cit. por Costa et al., 2020; Sanders & Lamb, 2017; Silva et al., 2011).

Apesar do CHPVVC se encontrar equipado para a realização de hidroterapia, com recurso a uma piscina insuflável, durante a realização do EC não foi possível fazer uso desta devido à pandemia por SARS-CoV-2, sendo sugerida a hidroterapia no chuveiro. A sua utilização foi frequentemente referida como positiva, dado que proporcionava o alívio da dor e o relaxamento, sendo solicitada frequentemente pelas mulheres que não pretendiam fazer uso de estratégias farmacológicas.

Quando a parturiente deixava de ter um controlo eficaz da dor do TP através dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, ou caso estes não fizessem parte do seu plano de parto, existia a possibilidade de solicitar a colocação do cateter epidural para administração de analgesia.

O recurso à analgesia por cateter epidural é uma opção da mulher, sendo que, no contexto deste estágio profissionalizante, foi possível contactar com várias clientes que no momento da admissão referiram não pretender analgesia por via epidural. Independentemente da decisão de querer recorrer ou não à analgesia epidural, a mulher foi informada que a qualquer momento, ao longo do TP, podia alterar a sua escolha. No caso de haver algum casal com dúvidas sobre este tipo de analgesia procedia-se à prescrição de intervenções como “ensinar sobre regime medicamentoso” e “informar sobre cateter epidural”, de forma a contribuir para a tomada de decisão informada (ICN, 2019).

Apesar da analgesia por via epidural assegurar o alívio da dor, acarreta riscos como a hipotensão, retenção urinária, prurido, náusea, vômito e bloqueio motor, havendo a necessidade de vigilância dos efeitos secundários. O seu uso é também associado ao aumento da incidência de partos distócicos e do número de horas do TP devido à diminuição da contratilidade uterina, diminuição do reflexo de Ferguson e aumento do tempo de rotação fetal pelo relaxamento dos músculos do assoalho pélvico (Herrera-Gómez et al., 2017; Hickey & Savage, 2019; Jones et al., 2012; Qian et al., 2018).

Uma discussão multidisciplinar recorrente no EC prendeu-se com a ingestão oral durante o TP, pela existência de risco de aspiração, denominado de síndrome de Mendelson, caso fosse necessário recorrer ao uso de anestesia geral. Atualmente, com a evolução das técnicas anestésicas verifica-se que não existem benefícios da manutenção do jejum nas mulheres com gravidez de baixo risco, pelo que é recomendada a ingestão oral durante o TP, de forma que estas consigam responder às exigências energéticas impostas (OMS, 2018; Singata, Tranmer & Gyte, 2013). Posto isto, foi incentivada a ingestão de líquidos como água e chá, bem como de gelatina durante o TP, considerando que a avaliação do bem-estar materno e fetal nos oferecia segurança para a essa intervenção.

A “infecção” foi igualmente um foco do nosso interesse. A realização de várias intervenções invasivas, tais como a inserção do cateter venoso periférico, a amniotomia, o esvaziamento vesical e o exame vaginal contribuem para a presença deste risco. As parturientes com rastreio de Streptococcus do grupo B positivo e/ou com rotura de membranas superior a 18 horas apresentam risco de infecção acrescido, pelo que foi iniciada antibioterapia profilática, de acordo com prescrição médica, até ao momento do parto (ICN, 2019).

O foco “retenção urinária” foi considerado sobretudo após a colocação do cateter epidural, devido à diminuição da perceção para urinar, sendo a parturiente frequentemente incentivada para tal. Durante o segundo estadio do TP, caso a parturiente não conseguisse urinar devido à pressão da apresentação fetal na uretra, era realizado esvaziamento vesical

de forma a prevenir o trauma uretral durante os esforços expulsivos (ICN, 2019; NICE, 2014c).

De acordo com a OMS (2018), as parturientes com gravidez de baixo risco devem adotar a posição de parto em que estejam mais confortáveis, privilegiando-se as posições verticais.

Respeitando a preferência de cada parturiente, foram incentivadas a adotar posições confortáveis, a “ouvirem o seu corpo”, e a experimentarem posições promotoras da mobilidade da bacia, assim como posições verticais, reforçando-se as suas vantagens para o TP como a diminuição do tempo de realização de esforços expulsivos, promoção da descida fetal, diminuição da taxa de episiotomias e de partos distócicos (Teixeira & Pereira, 2006). Nilsen e colaboradores (2011) referem ainda que as posições verticais promovem a contratilidade uterina, tornando-se mais frequentes e intensas.

A posição semi-sentada foi a mais utilizada durante o segundo estadio de TP, muitas vezes relacionada com uma maior sensação de conforto e controlo, e pela maior eficácia dos esforços expulsivos. Contudo, no estudo de Nilsen e colaboradores (2011) verificou-se que as mulheres que adotavam esta posição referiam maior dor perineal e apresentavam a percepção de um “parto mais difícil”.

As posições horizontais foram também adotadas frequentemente, talvez por ser a ideia que mais é transmitida às mulheres como a mais expectável para parir (RCM, 2012b). Apesar da posição de litotomia ser a mais utilizada ao nível hospitalar, pela facilidade de intervenção, acarreta um segundo estadio de TP mais longo, esforços expulsivos menos eficazes, aumento da sensação de dor, aumento da exaustão materna e aumento da taxa de episiotomias (Nilsen et al., 2011; Oppenheimer & Black, 2014).

As posições de decúbito lateral demonstraram-se como uma boa alternativa à posição de decúbito dorsal pois, contrariamente às últimas, permitem a mobilidade da bacia, pela libertação do sacro, promovendo o aumento dos seus diâmetros. Com a adoção desta posição podemos também auxiliar a rotação interna do feto, solicitando à parturiente que adote o decúbito lateral contrário à posição em que o feto se encontra. Esta posição encontra-se igualmente associada à diminuição do uso de perfusão ocitócica, da sensação de dor, da perda sanguínea pós-parto e da taxa de trauma perineal por episiotomia ou laceração, parecendo conferir algum grau de proteção perineal (Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016; Nilsen et al., 2011).

A posição de sentada no banco de partos foi também utilizada por algumas parturientes e demonstrou-se como a experiência mais emocionante, desafiante - muitas vezes relacionada com a execução da técnica de parto - e enriquecedora, evidenciando-se uma atitude expectante do EEESMO, garantindo-se sempre práticas obstétricas seguras. Apesar de se encontrar relacionada com um maior risco de lacerações perineais, de terceiro e quarto

graus, e de perda sanguínea aumentada, a adoção desta posição promove o empoderamento da mulher e a sua sensação de controlo do TP (Nilsen et al., 2011).

Os esforços expulsivos iniciaram-se, na maioria das situações, quando a parturiente apresentava dilatação completa. A literatura defende que as mulheres devem ser incentivadas a puxar quando apresentem reflexo de Ferguson e no momento da contração uterina, dado que diminui a duração do segundo estadio do TP, previne as situações de fadiga materna e, conseqüentemente, diminui a taxa de partos distócicos (OMS, 2018; Oppenheimer & Black, 2014), encontrando-se em congruência com a prática realizada durante o EC.

No início dos esforços expulsivos, as parturientes foram informadas sobre a importância do relaxamento e da execução da técnica respiratória no intervalo das contrações uterinas. Foram-lhes também disponibilizadas medidas de conforto como o recurso a compressas molhadas na face e a utilização de leque para diminuir a sensação de calor, bem como a ingestão de líquidos.

Na maioria das experiências vivenciadas, foi possível observar que as parturientes associaram a realização de esforços expulsivos à realização da manobra de Valsalva. O recurso à manobra de Valsalva diminui a pressão arterial materna, podendo comprometer a oxigenação fetal (Cooke, 2010). Por outro lado, Fatia e Tinoco (2016) e Oppenheimer e Black (2014) referem que puxar sem recurso à manobra de Valsava é igualmente eficaz, apesar de associado a um TP mais longo, possuindo a vantagem de favorecer o fluxo placentário materno-fetal e promover a satisfação da mulher quando à sua experiência de TP.

No CHPVVC foi predominantemente realizada a observação da descida da apresentação fetal, no entanto, em algumas parturientes foi necessária a realização da manobra de Ritgen para desencravar as bossas parietais e controlar a saída da cabeça (Oppenheimer & Black, 2014). No momento de saída da cabeça, realizou-se a proteção perineal posterior através da aplicação de pressão.

A proteção do períneo foi um aspeto de importante reflexão durante o EC. Apesar da sua execução ter como objetivo a prevenção do trauma perineal, verifica-se que a sua eficácia não é a esperada, podendo até ser prejudicial em partos de múltiparas (Lima, Bueno, Nunes & Latorre, 2020). Adicionalmente, num estudo comparativo entre a técnica *Hands on* e *Hands off* concluiu-se que houve uma menor taxa de episiotomias e de lacerações de terceiro e quarto grau quando aplicada a técnica *Hands off*, ou seja, quando não colocadas as mãos no períneo (Rezaei, Saatsaz, Chan & Nia, 2014).

Outro assunto amplamente abordado na área da obstetrícia e de grande preocupação das grávidas é a realização da episiotomia. Esta intervenção surgiu como método de prevenção de lacerações perineais extensas, contudo, a evidência científica atual comprova que não existem benefícios na sua aplicação rotineira, existindo outros métodos para prevenir o

trauma perineal (Sagi-Dain et al., 2020). Durante o EC houve a possibilidade de implementar estratégias para promover a integridade perineal como a aplicação perineal de compressas quentes e a massagem perineal durante o segundo período do TP (Aasheim, Nilsen, Lukasse & Reinar, 2011).

Face à técnica do parto, foram realizadas as manobras preconizadas.

Após o nascimento, um aspeto sobre o qual surgiram questões, e que foi mais suscetível de discussão crítico-reflexiva no seio multidisciplinar, correspondeu ao tempo de clampagem do cordão umbilical. Segundo a ACOG (2020b), NICE (2014c) e OMS (2018), deve-se aguardar pelo menos um minuto até se efetuar a clampagem do cordão umbilical, pois apresenta como benefícios o aumento da concentração de hemoglobina e, conseqüentemente, o aporte de ferro ao recém-nascido, melhor adaptação circulatória, assim como a diminuição do risco de enterocolite necrosante, não acarretando riscos maternos. Na prática, no CHPVVC, alguns profissionais de saúde referiam sentir alguma preocupação face à laqueação tardia do cordão umbilical pelo aumento do risco de policitemia e de icterícia fisiológica neonatal, contudo a evidência científica comprova que estes riscos são mínimos quando comparados aos benefícios fetais da clampagem tardia (ACOG, 2020b; Mohammed, Tailakh, Fram & Creedy, 2019; Yu, Sun, Shang & Yin, 2019). Assim, cabe ao EEESMO explicar ao casal os riscos e benefícios da clampagem precoce e da clampagem tardia do cordão umbilical, durante o período pré-natal, permitindo que tomem uma decisão livre e informada, apoiando e respeitando a sua decisão. Salienta-se que em situações de emergência obstétrica e neonatal as expectativas podem não ser correspondidas, como em caso de cesariana emergente ou má adaptação à vida extrauterina.

O início do contacto pele-a-pele e do aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido constituem-se como intervenções promotoras da ligação mãe-filho e da vinculação (OMS, 2018). No CHPVVC, os profissionais encontram-se sensibilizados para executar estas práticas como algo inerente ao processo de parto, excetuando-se nas emergências obstétricas e/ou neonatais, ou caso a mulher não quisesse amamentar.

Assim, após o nascimento, o recém-nascido foi colocado no abdómen materno, iniciando o contacto pele-a-pele, sendo recomendada a realização desta prática de forma imediata e ininterrupta. O contacto pele-a-pele promove a interação precoce mãe-filho e a amamentação, e previne o risco de hipotermia fetal e o risco de hemorragia materna (Abdala & Cunha, 2018; Abdulghani, Edvardsson & Amir, 2018; OMS, 2018). Durante o EC, a mulher permaneceu em contacto pele-a-pele com o recém-nascido o tempo que desejou, sendo o *timing* de prestação de cuidados ao recém-nascido, como a avaliação antropométrica, negociado com o casal. Na maioria dos casos, a amamentação iniciou-se ainda durante este processo.

Segundo Lönnnerdal (2017), a amamentação na primeira hora de vida é considerada um fator protetor da mortalidade neonatal, pois possibilita a colonização intestinal e apresenta

componentes bioativos adequados ao recém-nascido. Adicionalmente, nos primeiros 40 minutos de vida, o recém-nascido encontra-se num período definido como inatividade alerta, sendo um período sensível e que assume uma extrema importância no processo de estabelecimento de relações precoces entre a mãe e o filho - desta forma, o contacto pele-a-pele e a amamentação foram privilegiadas logo após o nascimento (Zveiter, 2003 cit. por Cruz, Sumam & Spíndola, 2007).

A realização de procedimentos invasivos foi frequentemente realizada com o recém-nascido em contacto pele-a-pele ou a amamentar, como foi o caso da administração da vitamina K por via intramuscular. Segundo a OMS (2018), é recomendada a administração de um miligrama de vitamina K na primeira hora de vida como medida profilática da doença hemorrágica do recém-nascido. A via de administração recomendada é a via intramuscular, pois demonstrou-se com maior eficácia e confiabilidade (Stokes, Emmerson & Mukherjee, 2018).

## **2.1. A influência da massagem perineal pré-natal na promoção da integridade perineal - uma revisão integrativa da literatura**

É recorrente, na prática clínica, ocorrerem desafios que levam à procura de mais conhecimentos científicos, não só para fundamentar as decisões clínicas e as intervenções implementadas, mas também para promover uma melhoria contínua dos cuidados.

Apesar da equipa do CHPVVC promover o conhecimento sobre a massagem perineal, durante as intervenções em grupo realizadas no âmbito da preparação para o parto, a maioria das mulheres cuidadas não a realizou durante a gravidez por desconhecimento da técnica e/ou a sua eficácia na prevenção do trauma perineal.

Deste modo, surgiu a necessidade de explorar a relação entre a massagem perineal e a redução da taxa de trauma perineal, por laceração ou por episiotomia, visto o trauma perineal ser uma preocupação recorrente das mulheres, permitindo contribuir para o desenvolvimento do conhecimento sobre a massagem perineal e, conseqüentemente, para uma tomada de decisão informada. Adicionalmente, o EEESMO procura promover uma experiência de parto positiva, pelo que lhe cabe fundamentar a sua prática na evidência científica mais recente. De acordo com alguns autores a prática baseada em evidência consiste numa “metodologia para a prática clínica difundida entre os profissionais de saúde” tendo como pressuposto o uso de evidência científica desenvolvida com rigor metodológico,

devendo esta ser promovida acima da intuição e da experiência clínica não sistemática (Cullum et al., 2010; Pedrolo et al., 2009, p. 1).

Assim, e de forma a responder a esta necessidade, desenvolveu-se um trabalho de investigação, mais especificamente uma revisão integrativa da literatura, por apresentar como objetivo a reunião e síntese de estudos qualitativos e quantitativos já realizados, contribuindo para o conhecimento do fenómeno em questão (Soares et al., 2014). Este tipo de abordagem relevou-se como a mais adequada pela possibilidade de contemplar estudos qualitativos e quantitativos, bem como estudos experimentais e não experimentais, contribuindo igualmente como uma revisão sistemática da literatura para o desenvolvimento de teorias (Whittemore & Knafl, 2005).

O objetivo deste estudo é identificar a influência da massagem perineal, realizada durante a gravidez, na diminuição da taxa de incidência de trauma perineal durante o parto eutócico.

De acordo com o Joanna Briggs Institute (JBI, 2011 cit. por Ribeiro, Martins & Tronchin, 2016, p. 127) as etapas de uma revisão integrativa da literatura serão:

*formulação da questão para a elaboração da revisão integrativa da literatura; especificação dos métodos de seleção dos estudos; procedimento de extração dos dados; análise e avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura; extração dos dados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento produzido e publicado.*

### **2.1.1. Enquadramento teórico**

O trauma perineal pode ser definido como qualquer lesão genital durante o parto, podendo ocorrer espontaneamente - como é o caso das lacerações - ou devido à realização de uma incisão perineal por um profissional de saúde, denominando-se episiotomia. Na prática clínica, este evento é frequente no período expulsivo, ocorrendo em aproximadamente 50% a 80% das mulheres que têm um parto vaginal. A taxa anteriormente mencionada varia de acordo com as características da parturiente, com as práticas implementadas no local do parto e de acordo com alguns fatores de risco, nomeadamente a primiparidade, a macrossomia fetal, o parto instrumentado com fórceps ou ventosa, etnia asiática, idade materna, ITP, uso de ocitocina, índice de massa corporal materno e posição materna durante o parto (Beckmann & Stock, 2013; Lodge & Haith-Cooper, 2016; Pergialiotis, Vlachos, Protopapas, Pappa & Vlachos, 2014).

As lacerações perineais classificam-se conforme o atingimento tecidual que apresentam, sendo classificadas, de acordo com a ACOG (2016) e RCOG (2015), como lacerações de

primeiro grau as que atingem a pele e/ou mucosa vaginal, de segundo grau as que atingem os músculos perineais e as estruturas anteriormente referidas, de terceiro grau as que atingem o esfíncter anal e as estruturas anteriormente referidas e, por último, de quarto grau as que atingem o epitélio anorretal. A episiotomia é equivalente, na sua extensão, a uma laceração perineal de segundo grau (Beckmann & Stock, 2013; Mei-dan et al., 2008). Salienta-se ainda que durante o parto vaginal pode ocorrer lesão dos órgãos genitais externos, encontrando-se associada a uma reduzida morbilidade e não necessitando de intervenção por parte do profissional de saúde caso não apresente hemorragia ou distorção anatómica (ACOG, 2016; Kettle & Tohill, 2011).

Tradicionalmente, a episiotomia tem sido usada como uma forma de evitar lesões perineais de terceiro e quarto grau. No entanto, numa revisão sistemática, Carroli e Mignini (2012) referem que restringir o uso de episiotomia, em comparação com a sua implementação por rotina, resultou em trauma perineal de menor gravidade, menor necessidade de suturas e menor número de complicações na cicatrização, para além de não conferir proteção de ocorrência de lacerações adicionais. No estudo de Rodrigues e colaboradores (2019) sobre fatores preditores de um períneo intacto no parto vaginal espontâneo, foi descrita uma percentagem de 74,8% de mulheres com lesões do períneo das quais 4,2% apresentavam lesões de terceiro e quarto grau e que 43,8% foram sujeitas a episiotomia. No caso do CHPVVC, a taxa de episiotomias não é coincidente com esta: no período de 1 de janeiro a 23 de julho de 2021 registou-se um total de 31 episiotomias em 509 partos eutócicos e distócicos por ventosa ou por fórceps, representando assim uma taxa de 6,09%. Entre as causas registadas para a realização da episiotomia encontravam-se a necessidade de aplicação de ventosa (n=17, 54,84%), aplicação de fórceps (n=2, 6,45%), aplicação de fórceps e de ventosa (n=4, 12,90%) e sem especificação (n=8, 25,81%).

Observa-se que no CHPVVC existe uma preocupação recorrente com a manutenção da integridade perineal, durante a prática clínica do EEESMO, reconhecendo-se o que isso representa para as puérperas e a sua relação com a morbilidades a curto e/ou a longo prazo, sendo a extensão da lesão proporcional ao risco e à severidade das complicações (Williams, Herron-Marx & Carolyn, 2007).

A dor é um dos efeitos do trauma perineal mais referido no período pós-parto, podendo interferir com os cuidados ao recém-nascido e com a amamentação, pela dificuldade das mulheres se posicionarem confortavelmente, o que conseqüentemente se refletirá no bem-estar do recém-nascido, no estabelecimento da relação mãe-filho e na autoconfiança materna. A dispareunia é também referenciada por algumas puérperas, afetando negativamente a atividade sexual do casal. As lacerações de terceiro e quarto grau e as suas possíveis conseqüências, como é o caso da incontinência fecal, apresentam um elevado impacto na qualidade de vida e na saúde mental da puérpera, interferindo com o seu bem-estar físico, psicológico e social. A literatura refere ainda um aumento do risco de hemorragia no pós-parto, de infeção, de incontinência urinária e de sintomas de depressão

e stresse como morbidades associadas à lesão perineal (Alberts & Borders, 2007; Beckmann & Stock, 2013; Demirel & Golbasi, 2015; Smith et al., 2017; Soong & Barnes, 2005; Way, 2012). Ressalva-se que em mulheres que pretendam uma nova gravidez, o anterior trauma do períneo será um fator de maior risco para a sua recorrência (Rodrigues et al., 2019).

Estas morbidades têm-se demonstrado relevantes para as gestantes quanto à sua escolha do tipo de parto, optando pela realização de uma cesariana pelo medo do parto vaginal e das possíveis consequências, nomeadamente a possibilidade de laceração de terceiro ou de quarto grau (Pirhonen, Gissler, Hartgill & Pirhonen, 2011). Atendendo a isto, e aos fatores de risco e morbidades anteriormente referidas, compete ao EEESMO implementar intervenções que previnam o trauma durante o parto vaginal, através de atividades como a aplicação de calor no períneo, a proteção manual do períneo, o controlo da saída da cabeça fetal e a massagem perineal pré-natal ou durante o TP, bem como a investigação de novas técnicas que permitam alcançar o objetivo acima proposto (Aasheim et al., 2011).

A massagem perineal no período pré-natal é frequentemente referenciada como tendo um efeito protetor contra o trauma perineal resultante da distensão dos tecidos perineais, promove o relaxamento perineal e melhora a circulação sanguínea nos tecidos (Mei-dan et al., 2008; Ugwu et al., 2018). Esta técnica permite a preparação dos tecidos do assoalho pélvico para o processo de estiramento que irão sofrer durante o nascimento, dado que permite um estiramento suave e, conforme a tolerância da gestante, da pele e dos músculos e tecidos que se encontram no períneo. Consequentemente, esta prática aumenta a elasticidade dos músculos e da pele perineal, reduzindo o risco de laceração perineal durante o parto, podendo ser realizada de forma autónoma ou com auxílio do convivente significativo ou de uma profissional de saúde (Thomas & Mathias, 2015). De acordo com a ACOG (2016), recomenda-se às grávidas a realização da massagem utilizando dois dedos, para a distensão dos tecidos, uma ou duas vezes por semana, nas últimas seis a quatro semanas da gravidez e por cerca de 10 minutos diários, inserindo os polegares lubrificados no introito vaginal, fazendo movimentos laterais e descendentes em direção ao ânus até sentirem os tecidos a distender, podendo até sentir um ligeiro ardor. A posição de distensão deverá ser mantida durante um a dois minutos. De seguida, a porção inferior da vagina deverá ser massajada com movimentos em “U” durante dois a três minutos. Os lubrificantes utilizados deverão ser de origem vegetal, nomeadamente azeite, óleo de coco, de amêndoa ou óleo de vitamina E, não devendo ser utilizados óleos minerais ou vaselina. Vários autores indicam que o período ideal para iniciar a implementação da massagem perineal se situa entre as 34 e 35 semanas de gestação (Mei-dan et al., 2008; Labrecque et al., 1999) e, na generalidade dos estudos, até à data, a massagem é descrita como não provocando efeitos nefastos no períneo (Kalichman, 2008).

### 2.1.2. Metodologia

Uma vez definido o problema em estudo, para viabilizar e aumentar a área de pesquisa de evidência científica é necessário a formulação de uma questão clínica orientadora, com estrutura lógica, simples e direta. Para auxiliar a formulação da questão de investigação recorreu-se à estratégia PICO, descrita por JBI (Aromataris et al., 2020), sendo esta estratégia utilizada para “questões de natureza diversa, oriundas da prática clínica, da gestão de recursos humanos e materiais, da busca de instrumentos para avaliação de sintomas, entre outras” (Santos, Pimenta & Nobre, 2007, p. 2). A estratégia PICO refere-se ao acrónimo “População” (P), “Intervenção” (I), “Comparação” (C) e “Resultado” (O) (Aromataris et al., 2020). Assim, foi elaborado um esquema de auxílio da questão clínica, como apresentado na tabela 3.

Tabela 3 - Aplicação da estratégia PICO para a formulação da pergunta de investigação.

População	Intervenção	Comparação	Resultado
Grávidas	Massagem perineal durante a gravidez	Não realização de massagem perineal	Diminuição da taxa de incidência de trauma perineal durante o parto eutócico

Fonte: Adaptado de Aromataris et al. (2020).

Tendo por base a estratégia anteriormente descrita e esquematizada na tabela anterior, a questão de investigação formulada é “A realização da massagem perineal durante a gravidez diminui a incidência do trauma perineal durante o parto eutócico?”.

Definiram-se os descritores a ser utilizados com recurso à base de descritores Mesh e Decs, e posteriormente foram definidas as frases booleanas a pesquisar no motor de busca PubMed® e Google Scholar® e nas bases de dados CINAHL® Complete (EBSCOhost® via Escola Superior de Enfermagem do Porto), MEDLINE with Full Text (EBSCOhost® via Escola Superior de Enfermagem do Porto) e Cochrane Central Register of Controlled Trials® - Embase, como ilustrado na tabela 4. Na pesquisa, foram aplicados os critérios de inclusão e de exclusão, sendo incluídos estudos publicados entre 2015 e 2020, com acesso ao texto integral e redigidos em inglês ou português. Relativamente os critérios de exclusão, excluíram-se artigos que investigassem a associação de três ou mais intervenções ou que abordem as intervenções durante o TP.

Tabela 4 - Frases booleanas pesquisadas nos motores de pesquisas e bases de dados, respectivos limitadores e número total de estudos.

Motor de pesquisa ou base de dados	Frase booleana	Total de estudos
PubMed	(perineal massage[Title/Abstract]) AND (perineal trauma[Title] OR perineal injury[Title] OR perineal tear[Title] OR laceration[Title] OR episiotomy[Title])	8 artigos
MEDLINE with Full Text	TI perineal massage AND TI (perineal trauma or perineal injury or perineal tear or laceration or episiotomy)	8 artigos
CINAHL Complete	TI perineal massage AND TI (perineal trauma or perineal tear or laceration or episiotomy)	6 artigos
Cochrane (Embase)	perineal massage in Title Abstract Keyword AND (perineal trauma or perineal tear or laceration or episiotomy) in Title Abstract Keyword	10 artigos

Face ao motor de busca Google Acadêmico encontrou-se um artigo relevante sobre a temática, perfazendo um total de 33 artigos. Após excluídos os artigos repetidos, restaram 17 artigos, sendo seis excluídos após a leitura do título e seis após a leitura do resumo. De seguida, procedeu-se à leitura integral de cinco artigos de forma a eleger os mais relevantes sobre o tema e a questão-problema, sendo que um dos artigos foi removido por avaliar a elasticidade dos tecidos durante o parto e não a taxa de integridade perineal. Assim, finalizou-se com quatro artigos: um estudo quase-experimental com Grupo de Controle (GC) e três estudos randomizados com GC. O processo de seleção foi documentado através da utilização de um fluxograma apresentado na figura 1.

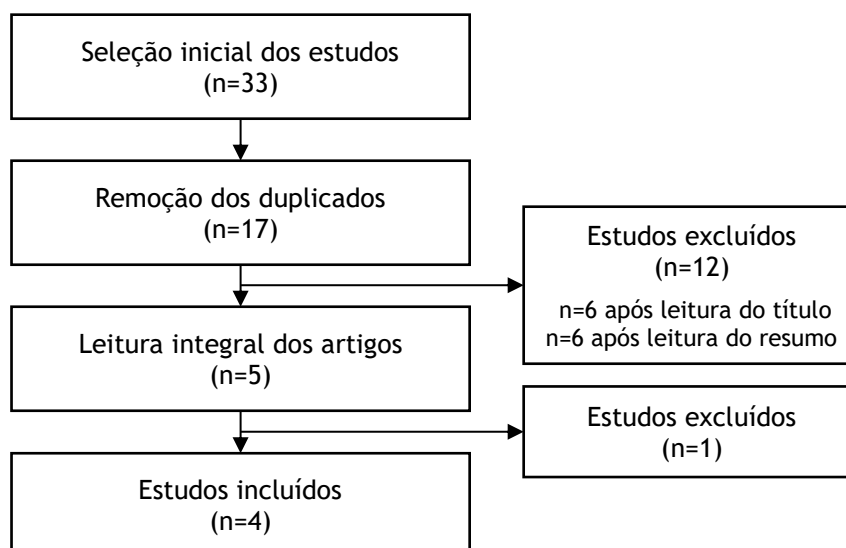


Figura 1 - Fluxograma de seleção de estudos.

### 2.1.3. Análise crítica dos artigos selecionados e discussão dos resultados

Na atualidade, vários institutos contribuem para a ciência da síntese da evidência, sendo um deles o JBI. Este instituto tem por objetivo fornecer “evidência científica válida, apropriada, atual e credível, que auxilie os profissionais de saúde nas suas tomadas de decisão para que os resultados em saúde sejam os desejáveis” (Pearson et al., 2005 cit. por Melo, 2020, p. 42), contribuindo assim para o “aumento da qualidade e resultados da prática clínica mundial” (JBI, 2019b cit. por Melo, 2020, p. 42). Portanto, optou-se por realizar avaliação da qualidade metodológica e do nível de evidência dos estudos seguindo as recomendações deste instituto.

Face aos artigos selecionados, realizou-se a avaliação da qualidade metodológica através dos instrumentos de avaliação crítica *Critical Appraisal Tools* de JBI em formato de tabela, pois auxiliam na identificação da relevância e fiabilidade de artigos científicos publicados, sendo ferramentas indispensáveis na interpretação de artigos científicos. Assim, os artigos foram avaliados através dos instrumentos de avaliação crítica *Checklist for Randomized Controlled Trials* (JBI, 2020a) e *Checklist for Quasi-Experimental Studies* (JBI, 2020b), que se encontram apresentadas em formato de tabela no anexo I. A avaliação do nível de evidência foi realizada de acordo com o JBI (2013) com o objetivo de determinar a confiança na utilização dos resultados obtidos pelos estudos. De forma a organizar a informação anteriormente mencionada elaborou-se a Tabela 5.

Tabela 5 - Apresentação dos artigos, e score de qualidade metodológica (JBI, 2020a; JBI, 2020b) e nível de evidência (JBI, 2013).

<b>Título, Autores, Ano, Local</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Score de Qualidade Metodológica</b>	<b>Nível de Evidência</b>
<i>Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial</i> , Leon-Larios, F., Corrales-Gutierrez, I., Casado-Mejía, R, & Suarez-Serrano, C., 2017, Espanha	Estudo quase-experimentais com GC sem randomização	7 pontos (de 9 pontos)	Nível 2
<i>Perineal massage and training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial</i> , Dieb, A. S, Shoab, A. Y., Gabr, A., Abdallah, A. A., Shaban, M. M., & Attia, A. H., 2019, Egipto	Estudo controlado randomizado	10 pontos (de 13 pontos)	Nível 1
<i>Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial</i> , Ugwu, E. O., Iferikigwe, E. S., Obi, S. N., Eleje, G. U., & Ozumba, B. C., 2018, Nigéria	Estudo controlado randomizado	11 pontos (de 13 pontos)	Nível 1
<i>Effects of Prenatal Perineal Massage and Kegel Exercises on the Integrity of Postnatal Perine</i> , Dönmez, S., & Kavlak, O., 2015, Turquia	Estudo controlado randomizado	11 pontos (de 13 pontos)	Nível 1

Posteriormente, procedeu-se à análise criteriosa e à extração dos dados mais relevantes dos estudos escolhidos, através da orientação do Manual do Revisor de JBI (Aromataris & Munn, 2020). Da extração dos dados dos estudos, elaborou-se a tabela 6 em que é apresentado o objetivo do estudo, o resumo da metodologia utilizada, bem como os principais resultados com interesse para a temática.

Tabela 6 - Autores, objetivo do estudo, metodologia e principais resultados dos artigos analisados.

Autores	Objetivo	Metodologia	Principais resultados
Leon-Larios, F., Corrales-Gutierrez, I., Casado-Mejía, R, & Suarez-Serrano, C. (2017)	Avaliar efeito de um programa de exercícios da musculatura pélvica e massagem perineal na taxa da integridade perineal no pós-parto, quando realizado por primíparas a partir das 32 semanas de gestação até ao momento do nascimento.	<p><b>Amostra:</b> 466 grávidas - grupo experimental (GE) (n=254) e GC (n=212).</p> <p><b>Procedimento de análise de dados:</b> Teste Qui-quadrado; Teste U de Mann-Whitney; Teste t para variáveis independentes.</p> <p><b>Intervenção/procedimento:</b> Participantes instruídas com recurso a um simulador a realizar exercícios do assoalho pélvico e a massagem perineal diariamente a partir da 32ª semana de gestação.</p> <p><b>Considerações éticas:</b> Aprovado pela comissão de ética do hospital e de três unidades de saúde primárias envolvidas; consentimento informado e escrito de todos os participantes; assegurada anonimato e participação voluntária, bem como a possibilidade de desistir da participação a qualquer momento.</p>	O GE (n=193) comparado ao GC (n=160) apresentou um aumento da taxa de períneo íntegro (n=34, 17,61% vs. n=11, 6,85%; p>0,003), redução da taxa de episiotomia (n=97, 50,25% vs. n=131, 81,87%; p<0,001), redução da dor perineal após o nascimento (n=47, 24,35% vs. n=58, 36,25%; p=0,01), redução na necessidade de analgesia pós-parto (n=41, 21,24% vs. n=49, 30,62%; p=0,045), e redução na taxa de lacerações de terceiro grau (n=10, 5,18% vs. n=21, 13,12%; p<0,001) e de lacerações de quarto grau (n=1, 0,52% vs. n=4, 2,5%; p<0,001).
Dieb, A. S, Shoab, A. Y., Gabr, A., Abdallah, A. A., Shaban, M. M., & Attia, A. H. (2019)	Avaliar o efeito da massagem perineal e do treino da musculatura do assoalho pélvico e aplicação de um programa educacional de prevenção de disfunção perineal em mulheres grávidas com idade superior a 35 anos na prevenção de lacerações e episiotomia.	<p><b>Amostra:</b> 400 participantes - GE (n=200) e GC (n=200).</p> <p><b>Procedimento de análise de dados:</b> Teste Qui-quadrado; Teste t para variáveis independentes.</p> <p><b>Intervenção/procedimento:</b> Participantes instruídas por um médico a realizarem massagem perineal e exercícios da musculatura pélvica três vezes por semana a partir das 34 semanas de gestação.</p> <p><b>Considerações éticas:</b> Aprovado pela comissão de ética local; consentimento informado de todos os participantes, explicado objetivo do estudo e assinado um termo de consentimento livre e esclarecido.</p>	Após o parto as participantes do grupo A, comparadas ao grupo B, obtiveram uma menor taxa de lacerações (n=27, 13,5% vs. n=43, 21,5%; p=0,034) (sendo mais frequentes lacerações de primeiro grau [n=8, 4% vs. n=4, 2%; p=0,026]), e de episiotomias (n=59, 29,5% vs. n=77, 38,5%; p=0,045). Apesar de haver uma taxa inferior de laceração parauretral (n=18, 9% vs. n=27, 13,5%; p=0,103), a diferença estatística não foi significativa. As participantes do grupo A tiveram menos dor nos 15 dias pós-parto (n=185, 92,5% vs. n=172, 86%; p=0,013) e menos necessidade de analgesia (n=21, 10,5% vs. n=49, 24,5%; p<0,001) quando comparadas com às participantes do grupo B. Nas primeiras 24h o grupo A comparado ao grupo B teve um maior número de participantes que referiram dor reduzida (n=179, 89,5% vs. n=153, 76,5%; p=0,001) e menos participantes que verbalizaram apresentar dor moderada (n=10, 5% vs. n=15, 7,5%; p>0,05) ou severa (n=11, 5,5% vs. n=32, 16%; p>0,05).

<p>Ugwu, E. O., Iferikigwe, E. S., Obi, S. N., Eleje, G. U., &amp; Ozumba, B. C. (2018)</p>	<p>Avaliar a eficácia da massagem perineal pré-natal na redução do trauma perineal e de morbidades pós-parto.</p>	<p><b>Amostra:</b> 122 participantes - GE (n=61) e GC (n=61).  <b>Procedimento de análise de dados:</b> Teste Qui-quadrado; Teste t para variáveis independentes.  <b>Intervenção/procedimento:</b> Participantes instruídas a realizarem massagem perineal por 10 minutos diários a partir de 34-36 semanas de gestação.  <b>Considerações éticas:</b> Aprovado pela comissão de ética local do Hospital Universitário da Universidade da Nigéria; consentimento informado de todos os participantes e assinado um termo de consentimento livre e esclarecido.</p>	<p>Após o parto, quando comparado o GE com o GC, houve uma maior taxa de períneos íntegros (n=27, 50,9% vs. n=16, 29,1%; p=0,02), houve uma menor incidência de episiotomia (n=20, 37,7% vs. n=32, 58,2%; p=0,03). Não houve diferença significativa entre os dois grupos no que diz respeito à incidência de lacerações e a sua localização (p&gt;0,05).  A incidência de incontinência de flatos após o parto foi significativamente menor no GE que no GC (n=4, 8,3% vs. n=13, 26,0%; p=0,03). Porém, não houve diferenças significativas na incidência de incontinência urinária e de incontinência fecal entre os dois grupos (p&gt;0,05).</p>
<p>Dönmez, S., &amp; Kavlak, O. (2015)</p>	<p>Investigar os efeitos da massagem perineal e dos exercícios de Kegel praticados antes do parto na taxa de episiotomia e na redução do trauma perineal durante o parto, e na dor perineal pós-parto.</p>	<p><b>Amostra:</b> 139 participantes - grupo da massagem perineal (grupo A, n=50), grupo dos exercícios de Kegel (grupo B, n=44) e GC (n=45).  <b>Procedimento de análise de dados:</b> Teste Qui-quadrado; Teste U de Mann-Whitney; Teste de Kruskal Wallis.  <b>Intervenção/procedimento:</b> A massagem perineal realizada uma vez por semana na policlínica no grupo A. As participantes alocadas ao grupo B foram instruídas a realizar exercícios do assoalho pélvico diariamente.  <b>Considerações éticas:</b> Aprovado pela comissão de ética local do Hospital Universitário de Ege; consentimento informado de todos os participantes e assinado um termo de consentimento livre e esclarecido.</p>	<p>O grupo A e B apresentou uma menor taxa de episiotomia que o GC (n=25, 83,3% vs. n=28, 87,5% vs. n=39, 100%; p=0,014) assim como uma menor taxa de lacerações (n=5, 16,7% vs. n=18, 56,3% vs. n=32, 82,1%; p=0,000). Uma diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre as mulheres grávidas nos grupos de massagem e de controle em termos de dor perineal e cicatrização de feridas após 24 horas e 15 dias após o parto.</p>

Apesar da massagem perineal ser uma temática amplamente divulgada, existe pouca evidência científica que aborde isoladamente os benefícios da prática da massagem perineal na gravidez, pelo que houve necessidade de incluir estudos em que esta foi realizada, concomitantemente, com outras intervenções como exercícios do assoalho pélvico.

Salienta-se ainda que, apesar da recomendação atual sugerir que a massagem perineal deve ser realizada a partir das 34 semana, nos artigos desenvolvidos por Leon-Larios, Corrales-Gutierrez, Casado-Mejía e Suarez-Serrano (2017) esta técnica foi instruída a gestantes com idade gestacional superior a 32 semanas.

Face à técnica de massagem referida nos estudos, as participantes foram instruídas a realizar a massagem, no domicílio, durante oito minutos, diariamente (Leon-Larios et al., 2017), cinco minutos três vezes por semana (Dieb, Shoab, Gabr, Abdallah, Shaban & Attia, 2019) ou dez minutos diariamente (Ugwu et al., 2018). A massagem perineal consistiu na inserção de um a dois dedos em três a quatro centímetros na vagina e realizando um movimento posterior e lateral com uma ligeira pressão ao longo da parede vaginal; em alguns estudos, foi ainda incentivado o registo diário da sua realização para posterior avaliação da adesão.

No estudo de Dönmez e Kavlak (2015), a massagem era realizada por um profissional de saúde uma vez por semana, durante quatro semanas. Na massagem eram executados, inicialmente, movimentos circulares na área perineal externa, ao redor da vagina e no tendão central do períneo. Posteriormente, eram inseridos os dedos indicador e médio no introito vaginal e realizada massagem nas paredes laterais vaginais, seguindo um padrão semicircular que se iniciava na parede lateral da vagina e terminava em direção ao ânus - esses movimentos foram executados quatro vezes de cada lado por aproximadamente 30 segundos. Ainda com os dedos introduzidos, manteve-se a pressão em cada parede lateral da vagina por dois minutos e depois na zona posterior.

Um aspeto importante referido ao longo dos diversos estudos analisados reporta que muitas das participantes alocadas ao Grupo Experimental (GE) desistiram antes da data do parto alegando falta de tempo, falta de motivação, desconforto ou problemas de saúde (Leon-Larios et al., 2017). Os mesmos autores relacionaram ainda o nível educacional da gestante com o nível de adesão diária ao programa implementado, verificando adesão baixa em mulheres com baixa escolaridade.

No que respeita aos resultados dos estudos, verificou-se o aumento da taxa de períneo íntegro com um resultado estatisticamente relevante, sendo esta taxa de 50,9% no GE e de 29,1% no GC ( $p=0,02$ ) no estudo de Ugwu e colaboradores (2018); de 17,61% no GE comparativamente a 6,85% no GC ( $p>0,003$ ) no estudo desenvolvido por Leon-Larios e colaboradores (2017).

Um resultado comum, nos quatro estudos, foi a diminuição da taxa de episiotomias, apresentando uma significância estatística. O estudo de Ugwu e colaboradores (2018) apresentou uma taxa mais baixa de mulheres submetidas a episiotomia, sendo de 37,7% ( $n=20$ ) no GE e de 58,2% ( $n=32$ ) no GC. Noutro estudo, executou-se episiotomia a 29,5% ( $n=59$ ) das mulheres do GE face a 38,5% ( $n=77$ ) das mulheres do GC (Dieb et al., 2019). Leon-Larios e colaboradores (2017) verificaram no seu estudo uma taxa de 50,25% no total de 193 participantes do GE *versus* 81,87% em 160 participantes do GC; enquanto Dönmez e Kavlak (2015) apresentaram como resultado uma diferença na realização de episiotomia de 83,3% ( $n=25$ ) no GE-A e de 100% ( $n=39$ ) no GC.

Quanto à taxa de lacerações, existe um conflito nos resultados obtidos nos quatro estudos. Por exemplo, Dieb e colaboradores (2019) referiram uma diminuição da taxa de lacerações após a realização da massagem perineal e de exercícios da musculatura pélvica, em que somente 27 participantes do GE (13,5%) apresentaram lacerações comparativamente às 43 participantes do GC (21,5%). O estudo de Dönmez e Kavlak (2015) reitera o pressuposto referido, apresentando 5 participantes do GE-A (16,7%), 18 participantes do GE-B (56,3%) e 32 participantes do GC (82,1%) com laceração perineal. Por outro lado, no estudo desenvolvido por Ugwu e colaboradores (2018) não houve diferença estatisticamente significativa entre o GE e o GC no que respeita à incidência de lacerações, enquanto no estudo desenvolvido por Leon-Larios e colaboradores (2017), apesar de verificarem uma diminuição da taxa de lacerações de terceiro grau ou quarto grau, verificou-se um aumento da taxa de lacerações de primeiro grau - 44,31% no GE versus 10,27% no GC. No entanto, os autores sublinham que o aumento desta última taxa mencionada, bem como a diminuição da taxa de episiotomias, pode ser fundamentada por outros fatores como o empoderamento da mulher, a recusa da realização de episiotomia, como forma de verificação da eficácia da intervenção na manutenção da integridade perineal, a adoção de estratégias protetoras do períneo como a utilização de diferentes posições durante o segundo estadio de TP e a menor predisposição dos profissionais de saúde para a realização da episiotomia (Leon-Larios et al., 2017).

Diversos autores referiram ainda a diminuição da dor perineal pós-parto (Dieb et al., 2019; Dönmez & Kavlak, 2015; Leon-Larios et al., 2017), a diminuição da necessidade de analgesia pós-parto (Dieb et al., 2019; Leon-Larios et al., 2017), a diminuição de incontinência para flatos (Ugwu et al., 2018) e a promoção da cicatrização perineal 15 dias após parto (Dönmez & Kavlak, 2015), quando comparados o GE com o GC.

#### **2.1.4. Considerações finais**

Os dados resultantes da análise dos vários estudos parecem suportar a capacitação da mulher e/ou do seu companheiro na realização da massagem perineal durante a gravidez como estratégia de prevenção do trauma perineal. A massagem perineal melhora a elasticidade, garante a flexibilidade perineal durante o parto e reduz, assim, a necessidade de realização de episiotomia e a ocorrência de lacerações espontâneas (Demirel & Golbasi, 2015). Os estudos analisados apontam para uma melhoria na integridade perineal durante o parto eutócico nas grávidas que realizaram massagem perineal durante a gravidez, dado que a implementação desta técnica permitiu obter uma menor taxa de episiotomias e de lacerações perineais de terceiro e quarto grau, bem como uma melhor recuperação pós-

parto e melhor adaptação à parentalidade, influenciada pelo menor nível de dor sentido pelas puérperas.

Assim, compreende-se a relevância da realização desta técnica durante a gravidez, de forma a obter resultados positivos durante o parto e com a finalidade de reduzir a incidência de trauma perineal, quer seja por laceração ou pela necessidade de episiotomia, principalmente nas nulíparas. Quanto à sua aplicabilidade em múltiparas, é necessária mais evidência científica.

Apesar dos fatores condicionantes dos estudos, pode-se afirmar que foi possível obter uma resposta à nossa questão de investigação definida. Observaram-se alguns constrangimentos, ressaltados pelos vários autores ao longo dos seus estudos, sobre a não utilização exclusiva da massagem perineal, como método de prevenção de trauma perineal, na maioria das investigações existentes, havendo um viés dos resultados obtidos, pelo que há uma necessidade da realização de estudos mais completos e específicos sobre a massagem perineal na gravidez, nomeadamente de ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais retrospectivos e estudos qualitativos que explorem as experiências das parturientes e as consequências clínicas.

O trauma perineal durante o parto é uma questão complexa, pelo que cabe ao EEESMO debruçar-se sobre esta temática de forma a poder fazer recomendações baseadas na evidência científica e a ajustar a sua prática clínica obstétrica, validando se esta técnica apresenta resultados válidos e reproduzíveis, tendo sempre em consideração a qualidade dos cuidados e a segurança da cliente/“casal grávido”.

Atualmente, existe uma panóplia de técnicas para a promoção da integridade perineal que podem ser aplicadas quer durante a gravidez, quer durante o parto, pelo que compete adicionalmente aos EEESMO explorá-las e criar uma relação terapêutica com a parturiente, de forma a dar a resposta mais adequada às necessidades e desejos da cliente/casal grávido, ensinando e instruindo e, conseqüentemente, empoderando os indivíduos para este processo.

### 3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE

Relativo ao módulo pós-parto e parentalidade, foi possível adquirir e desenvolver conhecimentos e competências relativas ao diagnóstico e intervenção do EEESMO, no serviço de puerpério do CHPVVC, tais como “potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando no processo de transição e adaptação à parentalidade” e “diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal” (OE, 2019, p. 13563).

O puerpério define-se como o retorno da mulher ao estado pré-gravídico, tendo uma duração aproximada de seis semanas, variando de acordo com cada mulher. Este período pode ser subdividido em três fases: o puerpério imediato, que ocorre até às primeiras 24 horas após o parto; o puerpério precoce, que se inicia 24 horas após o parto e termina após uma semana; e o puerpério tardio que engloba o período entre a primeira semana pós-parto até à sexta semana. Durante este período ocorrem diversas alterações corporais como a involução dos órgãos reprodutivos e o estabelecimento da lactação, bem como alterações emocionais, psicológicas e relacionais, sendo uma fase vulnerável e caracterizada por sentimentos ambivalentes - estes sentimentos encontram-se muitas vezes relacionados com a experiência de parto, influenciando-os positiva ou negativamente (Ferreira, 2016; Gomes & Santos, 2017; Strapasson & Nedel, 2010).

Dado que a intervenção do EEESMO se foca na transição saudável, de forma a proporcionar uma experiência positiva da parentalidade, e visto que o puerpério é um momento de risco devido a todas as alterações que lhe são inerentes, torna-se fulcral desenvolver cuidados de enfermagem especializados, auxiliando os novos pais face às dificuldades sentidas e atuando como elemento facilitador deste processo, uma vez que a transição para o novo papel que vão desempenhar nem sempre ocorre dentro do expectável. Assim, e também como fator facilitador, foi incentivado o envolvimento da família nos cuidados, uma vez que se constitui um momento de interação, conforto, esclarecimento de dúvidas e desenvolvimento de habilidades e competências parentais (Ebling et al., 2018; Gomes & Santos, 2017).

Em contexto do EC, foi possível contactar com mulheres que se encontravam no puerpério imediato e/ou precoce, atuando-se através da prevenção e identificação precoce de complicações maternas e/ou neonatais, promoção do autocuidado e promoção dos cuidados ao recém-nascido. Assim, o plano de cuidados implementado incluiu vigilância periódica, implementação de estratégias para a promoção do conforto e do ensino sobre as diversas

necessidades identificadas. De forma a atingir os objetivos propostos, avaliou-se a eficácia das intervenções, reajustando os cuidados previamente planeados sempre que necessário.

No CHPVVC realizou-se a transferência das puérperas, recém-nascidos e acompanhantes para o serviço de puerpério duas horas após o parto, onde foram acolhidos e informados sobre as normas e a estrutura física do serviço, bem como dos seus direitos e deveres enquanto utentes. Nesta instituição é praticado o alojamento conjunto como recomendado pela OMS (2018), em que o recém-nascido permanece com a mãe durante todo o internamento - esta prática promove a aprendizagem dos pais, face ao papel parental, e o estabelecimento das relações precoces (Gomes & Santos, 2017).

Foi incentivada a presença de um acompanhante significativo durante este período, nomeadamente o pai do recém-nascido, e o seu envolvimento nos cuidados, promovendo-se assim o estabelecimento da ligação pai-filho e a adaptação saudável à parentalidade, o sucesso da amamentação e a diminuição da ansiedade da puérpera (OMS, 2018; RCM, 2011). Durante o período de EC foi possível a permanência do acompanhante junto da puérpera e do recém-nascido até ao momento da alta - devido à reorganização do sistema de saúde imposta pela pandemia por coronavírus SARS-CoV-2, a sua presença após o parto só era possível caso realizasse um teste de amplificação de ácidos nucleicos para SARS-CoV-2, no momento de admissão, não podendo ocorrer trocas de acompanhantes durante o internamento e havendo limitação de entradas e saídas do serviço de obstetria, de acordo com a norma número 018/2020 emitida pela DGS (2020a).

O exame físico demonstrou-se como indispensável ao longo do internamento da puérpera, pois permitiu a vigilância de complicações associadas às mudanças nos diversos sistemas orgânicos. Após a avaliação dos sinais vitais, era realizada a admissão da puérpera, conforme protocolo existente no serviço.

No plano de cuidados da puérpera foram identificados focos como “infecção”, “hipotensão”, “retenção urinária”, “obstipação” e “perda sanguínea”, implicando uma vigilância rigorosa com o objetivo de detetar precocemente complicações (ICN, 2019).

A avaliação da temperatura corporal, uma vez por turno, foi associada ao foco “infecção”, sendo considerada uma forma de despiste de possíveis complicações como endometrite, mastite, infecção da ferida perineal e/ou ferida cirúrgica (Centeno, 2017; ICN, 2019).

O foco “hipotensão” foi identificado devido à perda sanguínea que ocorre durante o parto e que pode originar alterações dos valores de pressão arterial. O primeiro levante da puérpera foi realizado por um enfermeiro, de forma progressiva, dependendo da tolerância da mulher. A monitorização da pressão arterial antes, durante e após o procedimento demonstrou-se como uma intervenção relevante para a confirmação das condições de segurança necessárias para o levante, avaliando-se adicionalmente a presença de outros sinais e sintomas de hipotensão ortostática como tonturas, sudorese, sensação de desmaio

e/ou visão turva. No caso dos partos vaginais, o levante foi realizado seis horas após o parto; no caso do parto distócico por cesariana o levante foi realizado 12 horas após a intervenção. Adicionalmente, a promoção da deambulação precoce diminui o risco de eventos trombóticos e promove o funcionamento do trânsito intestinal (Centeno, 2017; Gomes & Santos, 2017; ICN, 2018).

O foco “retenção urinária” foi identificado após o parto eutócico ou distócico, sendo a puérpera incentivada a comunicar à equipa o momento da primeira micção. Caso não apresentasse micção seis horas após o parto, implementaram-se intervenções como incentivar a tomar banho ou imergir as mãos em água; em último caso, procedia-se ao esvaziamento vesical ou algaliação (Centeno, 2017; Yip, Sahota, Pang & Chang, 2004).

Após as 24 horas do parto foi identificado o foco “obstipação”, com o objetivo de identificar precocemente alterações da eliminação intestinal, podendo ocorrer devido ao jejum durante o TP, desidratação, sensibilidade perineal aumentada ou presença de hemorroidas, bem como ao medo de evacuar, principalmente se existir trauma perineal. Caso houvesse uma alteração do padrão de eliminação intestinal da puérpera, era avaliada a necessidade de promoção do conhecimento sobre estratégias de prevenção da obstipação, nomeadamente a dieta, a deambulação e o aumento da ingestão hídrica. Para além disso, e caso as intervenções não farmacológicas não surtisses efeito, eram fornecidos laxantes de contacto, sob prescrição médica, para regularizar a situação (ICN, 2019; Santos & Batista, 2016; Turawa, Musekiwa & Rohwer, 2020).

A hemorragia pós-parto encontra-se associada a 25% da mortalidade materna - apesar da atonia uterina ser a causa mais comum deste evento, a hemorragia pode também ocorrer por trauma do trato genital, retenção de restos placentários e/ou pela presença de coagulopatia (OMS, 2012). A prevenção de eventos hemorrágicos pós-natais pode ser possível através da manutenção do tônus uterino, sendo recomendado pela OMS (2018) a administração de dez unidades internacionais de Ocitocina, por via endovenosa, no terceiro estadio do TP. Caso não exista ocitocina disponível, podem ser administrados outros fármacos uterotónicos por via endovenosa ou 600 µg de Misoprostol por via oral, de acordo com prescrição médica. A OMS (2018) não recomenda a massagem uterina quando administrada, profilaticamente, medicação uterotónica, pois encontra-se demonstrado que não apresenta benefícios adicionais na prevenção hemorrágica.

Assim, e devido ao risco de hemorragia pós-parto, surgiu a necessidade da identificação do foco “perda sanguínea” na conceção de cuidados, permitindo a vigilância da mesma através de atividades como “monitorizar pressão sanguínea”, “monitorizar frequência cardíaca”, “avaliar involução uterina” e “avaliar lóquios” (quanto à cor, quantidade, presença de coágulos e cheiro) uma vez por turno (ICN, 2019). Caso fosse identificado défice de conhecimento sobre lóquios, eram implementadas intervenções promotoras do conhecimento, em que as puérperas eram ensinadas sobre as características dos lóquios, a

sua evolução ao longo do tempo e os sinais de alerta (e.g. cheiro fétido e/ou aumento da perda sanguínea), reforçando que deveriam comunicar alguma alteração ao profissional de saúde (NICE, 2021; Santos & Batista, 2016; Ferreira, 2016).

As puérperas foram ainda incentivadas a realizar a sua higiene perineal com água e sabão e a mudarem o penso higiénico frequentemente, mantendo a zona perineal limpa e seca. Foram também informadas sobre os sinais de alerta como o cheiro fétido e/ou aumento da perda sanguínea e, caso apresentassem sutura na região perineal e/ou vaginal, os fios seriam absorvidos naturalmente (Santos & Batista, 2016). Por outro lado, se apresentassem ferida cirúrgica abdominal devido a cesariana, avaliou-se e executou-se o tratamento à ferida cirúrgica, e vigiou-se o penso da mesma; adicionalmente, foram informadas sobre os sinais de infeção da ferida cirúrgica, incentivando-as a recorrer a um profissional de saúde caso apresentassem algum.

A “dor” é um foco de enfermagem frequentemente presente no período pós-parto, encontrando-se diretamente relacionada com o conforto da puérpera e, conseqüentemente, com a sua qualidade de vida, principalmente durante as duas primeiras semanas de puerpério (Figueiredo, Fialho, Mendonça, Rodrigues & Silva, 2018; ICN, 2019). A sua avaliação era realizada com recurso à escala numérica, uma vez por turno, e após a administração de analgesia para avaliar a sua eficácia.

Durante a prática clínica foi possível constatar que as queixas referidas se encontravam relacionadas com dor por contração uterina - muitas vezes associada ao momento de amamentação -, dor perineal devido à presença de laceração e/ou ferida cirúrgica, dor por ferida cirúrgica na região abdominal, dor por hemorroidas, dor mamária e/ou dor mamilar. De forma a atenuar a sensação de dor, foi dada preferência à utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor como a aplicação de gelo na região perineal. Adicionalmente foi gerida a analgesia prescrita, sendo o principal método para alívio da dor utilizado após parto distócico, por cesariana, devido à sua maior eficácia (Francisco, Oliveira, Laventhal & Bosco, 2013; Santos & Batista, 2016).

Um dos maiores desafios foi a amamentação, requerendo frequentemente a disponibilidade e dedicação do EEESMO no seu apoio e acompanhamento. Apesar de existir um amplo conhecimento e divulgação sobre os benefícios do aleitamento materno, a amamentação é um processo complexo, requerendo o desenvolvimento de competências por parte da mulher e o acompanhamento e apoio de um profissional de saúde, nomeadamente o EEESMO, para que seja possível alcançar o sucesso (Levy & Bértolo, 2012; McCown & Smith, 2018; Santos & Batista, 2016).

Segundo Levy e Bértolo (2012), o aleitamento materno exclusivo é a melhor alimentação da criança até aos seis meses de idade, reconhecendo-se as vantagens a curto e a longo prazo. Contudo, em Portugal, verificou-se que metade das mulheres que iniciam a amamentação após o nascimento desistem ao longo do primeiro mês. O abandono precoce da

amamentação, ou seja, a introdução de outros alimentos que não o leite materno na dieta da criança antes dos seis meses de vida, é um fenómeno complexo e influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais (Stuebe et al., 2014).

O sucesso da amamentação depende de inúmeros fatores, nomeadamente do desejo e vontade materna para o fazer, sendo importante a sua avaliação durante o internamento da mulher. No entanto, só este fator não é decisivo para o sucesso do estabelecimento e manutenção da amamentação, sendo o processo influenciado pela qualidade da interação entre a mãe e o recém-nascido, a autoeficácia materna e por outras barreiras geradoras de stresse, muitas vezes relacionadas com a falta de apoio e recursos. Outras causas identificadas para o abandono da amamentação são a dor, a dificuldade com a pega e a má adaptação do recém-nascido à mama (Andrade, Santos, Maia & Mello, 2015; Batista, Ribeiro, Nascimento & Rodrigues, 2017; Buccini, Pérez-Escamilla, Paulino, Araújo & Venancio, 2016; Levy & Bértolo, 2012; Stuebe et al., 2014; Zimmerman, 2018).

Deste modo, a atuação do EEESMO face à amamentação deve iniciar-se durante a gravidez, enfatizando a sua importância e as eventuais dificuldades que podem vivenciar ao longo do processo, desmitificando mitos e fornecendo estratégias para que as mulheres se encontrem preparadas para lidar com as possíveis intercorrências. Adicionalmente, durante o puerpério, compete ao EEESMO avaliar os problemas relacionados com a amamentação, providenciando apoio ao casal e promovendo a aquisição de conhecimentos e competências, nomeadamente relacionados com a técnica e a resolução de problemas, permitindo que o casal alcance o sucesso e atinja os seus objetivos pessoais, dado que é neste período que a mulher necessita de mais apoio, orientação e assistência (Andrade et al., 2015; Machado et al., 2014; Stuebe, 2014).

Em contexto clínico, foi possível verificar que os profissionais de saúde do CHPVVC baseiam a sua prática na promoção do aleitamento materno, respeitando sempre a opinião e decisão do casal e garantindo a sua satisfação e bem-estar, como definido pela OE (2015b), contribuindo para que a instituição seja considerada um Hospital Amigo dos Bebés. Verificou-se ainda uma unanimidade quanto à maioria das intervenções implementadas e das informações transmitidas pela equipa, esforçando-se todos para implementar e defender as boas práticas quanto à amamentação.

Durante o internamento, a maioria das mulheres tinha decidido amamentar os seus recém-nascidos, pelo que foi identificado o foco “amamentação” e realizadas atividades de diagnóstico quanto ao conhecimento e capacidade do casal face à amamentação, de modo a planear cuidados rigorosos e precisos. Assim, após detetadas as necessidades de cada casal e, caso se demonstrasse pertinente, foram identificados os diagnósticos de “potencialidade para melhorar conhecimento sobre amamentação” e “potencialidade para melhorar capacidade da amamentação” e implementadas intervenções de enfermagem como “ensinar sobre amamentação”, “ensinar sobre sinais de fome e saciedade”, “instruir sobre técnica

de amamentação”, “treinar sobre técnica de amamentação” e “assistir na amamentação” (ICN, 2019).

No decorrer do EC foi possível verificar que, apesar de terem frequentado as intervenções de grupo para preparação para a parentalidade, a maioria dos casais apresentava falta de conhecimento face à amamentação, necessitando de bastante apoio. Foi também possível verificar que os casais possuíam diversas crenças e mitos que necessitaram de ser desconstruídos, nomeadamente quanto ao horário de amamentação do recém-nascido e se tinham leite suficiente para o alimentar.

Segundo Levy e Bértolo (2012), o recém-nascido é quem determina a frequência da amamentação, devendo mamar quando tiver fome, ou seja, em livre demanda, não sendo aconselhado a realizar intervalos superior a três horas no primeiro mês de vida, pelo que as mulheres foram incentivadas a amamentar sempre que o recém-nascido desejasse. Nas situações em que o casal se encontrava preocupado sobre não existir leite materno suficiente para alimentar o recém-nascido, foram informados sobre os sinais de ingestão nutricional eficaz, sobre a perda ponderal fisiológica do recém-nascido, podendo este perder até 10% do seu peso ao nascimento nos primeiros dias de vida, e sobre o tamanho do estômago do recém-nascido, ajudando o casal a sentir-se menos ansioso e a entender que o recém-nascido não se alimenta com uma grande quantidade de leite (Levy & Bértolo, 2012; Office on Women’s Health, 2020).

Em relação à técnica de amamentação, informámos sobre as possíveis posições para amamentar o recém-nascido, reforçando que a mulher deve também adotar uma posição confortável para amamentar. Para além disso, foi fulcral que o casal reconhecesse os sinais de boa pega, como a boca bem aberta do recém-nascido, a abocanhar parte da aréola e não só o mamilo, o queixo encostado à mama e o lábio inferior invertido, dado que somente desta forma se garante o mamar eficaz do recém-nascido e se previnem complicações mamilares como a maceração e as fissuras (Levy & Bértolo, 2012; Office on Women’s Health, 2020). Um sinal de que a pega não está a ser executada corretamente é a dor mamilar. Dado que a amamentação não deve ser um processo doloroso, nestas situações foi necessária a observação da mamada e a correção de certos aspetos que pudessem estar a comprometer a amamentação (Office on Women’s Health, 2020). Por fim, explicou-se às mulheres que para interromperem a mamada deviam introduzir o dedo mínimo no canto boca do recém-nascido, interrompendo a sucção e evitando lesões mamilares (Levy & Bértolo, 2012).

A observação da amamentação permitiu também inspecionar as mamas, nomeadamente os mamilos. A partir do momento que iniciaram a amamentação, as mulheres foram incentivadas a aplicar colostro nos mamilos no fim da mamada, a expor as mamas ao ar para que os mamilos não ficassem húmidos e a aplicar lanolina como medidas preventivas da maceração e das fissuras mamilares. Contudo, o aumento de sensibilidade mamilar e/ou dor durante a amamentação por maceração e as fissuras mamilares foram frequentemente

relatados. Deste modo, para além da avaliação da técnica de amamentação e a sua correção, reforçou-se a implementação das medidas anteriormente referidas (Levy & Bértolo, 2012; Office on Women's Health, 2020; Santos & Batista, 2016).

No que diz respeito ao ingurgitamento mamário, caracteriza-se pelo aumento da produção de leite e da quantidade de fluidos nos tecidos mamários, ficando a mama tensa e sensível, o que pode causar desconforto e dificultar a ejeção de leite, bem como a realização de uma pega eficaz pelo recém-nascido, resultante do aumento da tensão na aréola. Consequentemente, se o ingurgitamento mamário não for tratado, podem surgir complicações como bloqueio dos ductos mamários e/ou mastite (Levy & Bértolo, 2012; Office on Women's Health, 2020; Santos & Batista, 2016).

Assim, durante o internamento, foi avaliado o conhecimento da mulher sobre a prevenção e tratamento do ingurgitamento mamário. Quando apresentado algum défice de conhecimento nesta área, implementaram-se intervenções com o objetivo de promover/melhorar o conhecimento da mulher e, consequentemente, o seu alívio e conforto. As intervenções implementadas passaram por ensinar a puérpera sobre a aplicação de calor húmido nas mamas antes de amamentar, uma vez que promove a ejeção de leite, e ensinar sobre a aplicação de frio nas mamas após a amamentação para vasoconstrição e alívio do desconforto (Jesus, 2013; Santos & Batista, 2016). Adicionalmente, as mulheres foram ensinadas sobre extração de leite, quer manual quer com recurso à bomba, com o objetivo de aliviar a tensão da mama e permitir a pega eficaz do recém-nascido ou, pontualmente, para alívio do desconforto (Levy & Bértolo, 2012). Por fim, as puérperas foram informadas sobre os sinais de alerta associados ao ingurgitamento mamário, devendo nessas situações contactar um profissional de saúde.

Durante o estágio profissionalizante, existiram algumas intervenções que suscitaram controvérsia, nomeadamente o uso do mamilo de silicone. De forma geral, existem poucos estudos que esclareçam a eficácia e o efeito negativo do uso do mamilo de silicone. Certos autores consideram que o uso do mamilo de silicone pode diminuir as dificuldades relacionadas com a amamentação dado que estimula o reflexo de sucção do recém-nascido, facilitando a sua fixação à mama e a realização de uma pega eficaz, bem como promovendo a autonomia materna (Chow et al., 2015; Flacking & Dykes, 2017; Kronborg, Foverskov, Nilsson & Maastrup, 2016; McCow & Smith, 2018). Contudo, o mamilo de silicone pode também dificultar o processo e promover o abandono precoce da amamentação, principalmente em mulheres inexperientes, pois o seu uso encontra-se associado a uma menor ingestão de leite pelo recém-nascido e aumento do trauma mamilar, sendo desaconselhada a sua utilização (Kronborg et al., 2016; McCow & Smith, 2018). Em suma, o uso do mamilo de silicone mantém-se um tema controverso, com dualidade de opiniões e resultados contraditórios, pelo que o seu recurso deve ser ponderado e limitado até que existam mais evidências que comprovem a sua segurança e eficácia. Salienta-se que, segundo Kronborg e colaboradores (2016), independentemente de a mulher optar por usar

mamilo de silicone, a manutenção e sucesso da amamentação centra-se essencialmente no apoio disponibilizado pelos profissionais.

O uso de chupetas e de biberões foi também uma temática bastante abordada com os casais. Apesar da chupeta não constar na lista de material a trazer para a maternidade, foi possível verificar que o seu uso foi frequente, assim como as questões relacionadas com a sua utilização e a interferência na amamentação. Assim, decidiu-se investigar mais sobre esta temática.

De forma geral, a influência do uso de chupeta na amamentação ainda não é clara. Segundo Batista, Ribeiro, Nascimento e Rodrigues (2017), a chupeta causa alterações na dinâmica muscular, causando uma desadequação da sucção do recém-nascido; esta informação é corroborada por Buccini e colaboradores (2016), referindo que o uso da chupeta interfere com o estabelecimento da amamentação; Buccini, Pérez-Escamilla, Benicio, Giugliani e Venancio (2018) acrescentam que o uso da chupeta se encontra associado ao abandono precoce da amamentação. Por outro lado, Jaafar, Ho, Jahanfar & Angolkar (2016) referem que o uso da chupeta não interfere de forma significativa com a duração da amamentação e Zimmerman (2018) defende que não são claras as implicações do uso da chupeta no processo de amamentação. Assim, e uma vez que permanece a divergência de opiniões, são necessários mais estudos que investiguem esta temática. Adicionalmente, a Associação Americana de Pediatria (2014 cit. por Buccini et al., 2018) e a OMS (2018) desencorajam o uso de chupetas até a amamentação se encontrar bem estabelecida, ou seja, até às três a quatro semanas de vida.

Durante a prática clínica em contexto de estágio, os pais foram informados sobre a possível interferência da chupeta na amamentação, tomando decisões informadas, e incentivados a introduzir a chupeta quando a amamentação estivesse bem estabelecida, respeitando as recomendações da Associação Americana de Pediatria (2014 cit. por Buccini et al., 2018) e da OMS (2018).

Nas situações em que a mulher decidiu não amamentar, foi prescrita medicação inibidora da lactação pela equipa médica, nomeadamente a bromocriptina. Adicionalmente, a puérpera foi orientada a não estimular a produção de leite e a adotar estratégias para alívio do desconforto que podia voltar a sentir, nomeadamente através do uso de soutien ajustado, restrição da ingestão hídrica e colocação de gelo nas mamas para alívio da sintomatologia (Meira, Ibarra & Santos, 2008; Oladapo & Fawole, 2012).

A sexualidade e o uso de contraceptivos no puerpério foram outros temas abordados no internamento. É aconselhado que a atividade sexual seja retomada quando o casal se sentir confortável, salientando-se que a prática precoce de relações sexuais pode ser dolorosa para a mulher se esta apresentar trauma perineal (Neves, 2017).

O planeamento familiar é um tema importante a se abordar no puerpério para evitar uma gravidez não planeada neste período, dado que é demonstrado que um intervalo curto entre gestações apresenta riscos maternos e fetais. As mulheres que não amamentam apresentam retorno da ovulação a partir do vigésimo-sétimo dia de pós-parto, enquanto isso será mais imprevisível nas mulheres que amamentam. Assim, torna-se fulcral informar a mulher quanto aos métodos contraceptivos passíveis de serem utilizados no pós-parto (Vieira, Brito & Yazlle, 2008). Salienta-se que as mulheres que amamentam devem dar preferência aos métodos de barreira ou, como segunda escolha, os contraceptivos hormonais progestativos, sendo estes iniciados após as seis semanas de puerpério, dado que não interferem com o processo de lactação. Quanto às mulheres que não amamentam, estas podem utilizar contraceptivos hormonais progestativos até aos três meses, pelo risco aumentado de tromboembolismo, ou iniciar a contraceção hormonal combinada a partir das seis semanas após o parto (DGS, 2015).

Para além das alterações físicas, o puerpério acarreta alterações emocionais, sociais e psicológicas, requerendo à mulher uma reorganização/adaptação pessoal e interpessoal. Por essas razões, o pós-parto revela-se como um período sensível e suscetível ao desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos, sendo que estes condicionam de forma negativa as relações pessoais, familiares, sociais e o desenvolvimento emocional e cognitivo da criança, dado que ocorre um compromisso na relação mãe-filho (Cantilino, Zambaldi, Sougey & Júnior, 2010; DGS, 2015).

Durante este período existe uma preocupação dos profissionais de saúde com a saúde mental da puérpera. No contexto do puerpério, a deteção de distúrbios psiquiátricos como o *blues* pós-parto, a depressão pós-parto e a psicose afigura-se difícil devido ao curto período de internamento, o que não permite uma boa recolha de dados clínicos para a formulação de um diagnóstico médico (NICE, 2014a). Contudo, o EEESMO pode intervir durante este período ao nível da prevenção, informando sobre os sinais e sintomas de alerta, e incentivando a adesão da mulher a estratégias que facilitem a adaptação a este novo período como manter momentos do casal a sós, descansar, praticar atividades prazerosas e solicitar o apoio da família para tarefas domésticas (DGS, 2015; Rai et al., 2015).

O recém-nascido foi outro elemento que necessitou de atenção e cuidados durante o internamento. O EEESMO representa um papel fulcral na adaptação dos pais ao seu papel parental, no desenvolvimento de competências parentais e, conseqüentemente, na promoção da confiança dos pais para a prestação de cuidados ao recém-nascido, sendo o “papel parental” outro foco de interesse (ICN, 2019). Em contexto de prática clínica, foi avaliado o conhecimento e capacidade dos pais face às suas competências, intervindo-se conforme a existência de algum compromisso em áreas respeitantes aos cuidados de higiene, à eliminação, à segurança, aos comportamentos de procura de saúde, ou ao desenvolvimento infantil e à gestão do choro.

O banho do recém-nascido revelou-se um momento especial, mas também de bastantes dúvidas, ansiedade e receio por parte dos pais. Uma questão recorrente nos pais foi relativa ao momento do primeiro banho. De acordo com a OMS (2018, p. 6), este deve ser adiado “até às 24 horas após o nascimento”, contudo, em contexto de prática, o banho era frequentemente dado após o recém-nascido completar 12 horas de vida.

A adaptação do recém-nascido ao meio extrauterino ocorre nas primeiras seis a oito horas após o seu nascimento, havendo um maior risco de hipotermia durante esse período. O banho encontra-se intimamente relacionado com uma perda significativa de calor do recém-nascido, sendo recomendado aguardar pelo menos 24 horas para a sua realização. Adicionalmente, o atraso do primeiro banho permite um maior tempo de manutenção do vernix. Contudo, caso os pais assim o pretendam, o primeiro banho ao recém-nascido pode ser dado quando este complete seis horas de vida, garantindo a minimização da perda de calor, pois não interfere no processo de adaptação ao meio extrauterino (Kelly et al., 2018; OMS, 2018; Turney, Lowther, Pyka, Mollon & Fields, 2018). De acordo com esta informação, podemos concluir que apesar de idealmente se aguardar 24 horas para o primeiro banho do recém-nascido, a sua realização às 12 horas de vida, como executado durante o EC, é segura e encontra-se dentro do período aconselhado.

Outra questão, frequentemente abordada pelos casais, relacionou-se com o choro do recém-nascido, demonstrando-se como um dos aspetos mais difíceis no exercício da parentalidade. Durante o EC, muitos pais verbalizaram sentirem-se frustrados por não conseguirem acalmar o recém-nascido, pelo que houve a necessidade de avaliar o seu conhecimento sobre os diferentes tipos de choro e a sua capacidade para lidar com este, e intervir conforme a necessidade quando detetado algum compromisso.

O choro é a primeira e a principal forma de comunicação desde o nascimento, sendo utilizado pelas crianças para solicitar a atenção dos seus cuidadores e obter determinadas respostas destes para atender às suas necessidades (Viragova & O’Curry, 2021). De acordo com a literatura, os bebés podem chorar por cinco razões, nomeadamente por dor, fome, desconforto, tédio ou cansaço, sendo que cada um envolve vocalizações, expressões faciais e movimentos corporais característicos (Brazelton & Sparrow, 2011; Chóliz, Fernández-Abascal & Martínez-Sánchez, 2012).

Apesar dos tipos de choro apresentarem caracterizações teóricas que os permitam distinguir, e de a maioria dos casais ter conhecimento sobre as mesmas, por terem frequentado intervenções de preparação para a parentalidade, uma das principais dificuldades referidas consistiu em interpretar o choro do recém-nascido, sendo muitas vezes utilizada a estratégia de tentativa-erro para responder às suas necessidades. Contudo, com o decorrer do tempo e começando a conhecer melhor o seu filho, foi possível observar uma crescente mestria por parte dos pais na identificação dos tipos de choro e, conseqüentemente, na sua gestão.

Quanto às estratégias para consolar o recém-nascido, uma das opções frequentemente utilizadas correspondeu à técnica dos cinco S's desenvolvida por Karp (2015 cit. por Möller, Vente & Rodenburg, 2019), consistindo na aplicação sequencial de cinco passos: (1) *swaddling* (envolver numa manta), (2) *side/stomach position* (posicionar de lado), (3) *shushing* (proporcionar ruídos brancos), (4) *swinging* (embalar) e (5) *sucking* (proporcionar sucção). A aplicação desta técnica ativa o reflexo da calma do recém-nascido pois recria o meio sensorial uterino, acalmando o recém-nascido, podendo ser utilizada até aos três meses. Salienta-se ainda que pode não existir a necessidade de utilizar os cinco passos, sendo aconselhado parar quando o recém-nascido sossegar (Karp, 2015 cit. por Möller et al., 2019).

Relativamente ao plano de cuidados ao recém-nascido, foram identificados os focos “hipotermia” (nas primeiras seis horas de vida do recém-nascido), “infecção”, “eliminação intestinal” e “eliminação urinária”, executando-se atividades de vigilância como “vigiar sinais de hipotermia”, “vigiar sinais inflamatórios”, “vigiar eliminação intestinal” e “vigiar eliminação urinária” uma vez por turno (ICN, 2019). Identificou-se ainda o diagnóstico “risco de aspiração”, apresentando associadas intervenções como “elevar cabeceira da cama” e “executar técnica de posicionamento para prevenir a aspiração” (ICN, 2019). Adicionalmente, foi avaliado o conhecimento dos pais sobre estratégias para aumentar a temperatura corporal, sobre sinais de infeção e sobre a prevenção de aspiração, intervindo-se conforme a necessidade.

Durante o internamento do recém-nascido, para além da avaliação médica diária realizada pela equipa de pediatria, iniciou-se o esquema do plano nacional de vacinação através da administração da vacina contra a hepatite B, e realizou-se o rastreio de cardiopatias congénitas por oximetria de pulso e o rastreio auditivo por otoemissões acústicas.

Em alguns casos, houve a necessidade do internamento do recém-nascido no serviço de Neonatologia devido à sua prematuridade, presença de risco infeccioso ou recusa alimentar. A separação da díade mãe-filho é um evento traumático e angustiante, caracterizado como um momento de crise e vulnerabilidade familiar, resultando numa “desestruturação do núcleo familiar, quando os seus integrantes vivenciam impedimentos, limitações e situações que fragilizam a rotina familiar” (Fernandes & Silva, 2015; Veronez, Borghesan, Corrêa & Higarashi, 2017, p. 2). Nesta situação, os pais têm de se adaptar ao seu novo papel num contexto estranho e muito artificial, existindo por vezes um distanciamento físico adicional imposto pela condição do recém-nascido, criando desafios no estabelecimento das interações precoces (O'Donovan & Nixon, 2019; Veronez et al., 2017; Wolke, 2018). Para além disso, pode existir um conflito entre o filho real e o filho imaginado, demonstrando-se como outro fator dificultador na adaptação à parentalidade (Baseggio, Dias, Brusque, Donelli & Mendes, 2017; Lee, Lee, Yeon & Jung, 2019; Marchetti & Moreira, 2015).

Dado que o internamento do recém-nascido altera a dinâmica familiar e os relacionamentos pessoais, e sendo este considerado um momento extremamente desgastante e desafiador, compete aos enfermeiros reforçar a necessidade da implementação de cuidados humanizados e personalizados, facilitando e promovendo o estabelecimento das interações precoces e das competências parentais. Durante a prática clínica, as estratégias implementadas passavam pelo apoio ao casal, promoção da parceria de cuidados por parte da equipa de Neonatologia e da negociação do horário de execução de intervenções à puérpera por parte da equipa de Obstetrícia, permitindo assim a presença e participação dos pais nos horários de realização dos cuidados ao recém-nascido (Fernandes & Silva, 2015).

As puérperas, geralmente, tiveram alta clínica 48 horas após o parto, sendo um momento importante em que foi realizado um reforço dos assuntos abordados ao longo do internamento, bem como de novas informações, nomeadamente sobre a marcação do teste diagnóstico precoce ao recém-nascido, entre o terceiro e o sexto dias de vida, a marcação da consulta de saúde infantil a partir do décimo-quarto dia de vida e a consulta de revisão de puerpério que deveria ocorrer quatro a seis semanas após o parto. As puérperas foram também informadas sobre a sua alimentação, o exercício físico, os cuidados perineais, o reinício da atividade sexual, a contraceção, a amamentação, os cuidados a ter com a ferida cirúrgica, no caso da cesariana, e os sinais e sintomas de alerta físicos e psicológicos que poderiam ocorrer no puerpério (DGS, 2015; OE, 2015b; NICE, 2021). Instruímos ainda sobre as medidas de segurança e prevenção de acidentes do recém-nascido, especificamente o sistema de retenção infantil para o transporte seguro do recém-nascido no carro. Adicionalmente, o casal foi incentivado a recorrer ao serviço de obstetrícia ou a contactar um profissional de saúde caso surgisse alguma dúvida ou dificuldade.

#### 4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

O EEESMO atua nas várias fases do ciclo vital da mulher, como definido no Regulamento n.º 391 (OE, 2019), afigurando-se o estágio profissionalizante como uma oportunidade única para o desenvolvimento e aquisição das suas competências específicas, bem como de conhecimentos e habilidades ao nível profissional.

A supervisão clínica realizada por EEESMO's experientes, a reflexão e a análise crítica das experiências vivenciadas e a investigação da melhor evidência científica para fundamentar a prática clínica contribuíram para o sucesso do processo de aprendizagem ao nível académico, profissional e pessoal. Durante os EC's, o modelo de tutoria desenvolvido baseou-se num sistema de rotatividade entre EEESMO's, não sendo atribuída uma EEESMO tutora, possibilitando assim contactar com a maioria dos membros da equipa de enfermagem. Este modelo de tutoria demonstrou-se como uma condição facilitadora para a aprendizagem, dado que permitiu conhecer vários métodos de trabalho e de pensamento, contribuindo também para a adaptação pessoal a diversos contextos. Ressalva-se que apesar da rotatividade entre tutores foi possível verificar unanimidade quanto à supervisão desenvolvida, pelo que no final de cada turno discutiram-se as dificuldades sentidas e quais os pontos a melhorar. Adicionalmente, a instituição onde decorreram os EC's demonstrou-se um fator facilitador para atingir os objetivos definidos e desenvolver as competências esperadas, pela oportunidade de experienciar a utilização de métodos não farmacológicas para o alívio da dor do TP e a alternância de posições durante o segundo estadio do TP.

Contudo, ao longo deste percurso, existiram também momentos de maior dificuldade. Devido à pandemia por COVID-19 e ao conseqüente cancelamento de atividades letivas dos EC's no primeiro ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o período correspondente ao desenvolvimento do estágio profissionalizante foi encurtado, implicando um maior esforço para conciliar os turnos a realizar em contexto clínico. Este processo foi facilitado, mais uma vez, pelo modelo de tutoria desenvolvido nos EC's, diminuindo parte do stresse associado à dificuldade de cumprir as horas de estágio estipuladas.

O estágio de natureza profissional relativo ao TP e parto demonstrou-se como o mais desafiante, pela complexidade das técnicas a adquirir e pelo número mínimo de partos que devemos atingir. No entanto, as experiências vivenciadas neste contexto foram de elevada gratificação, permitindo a aquisição de competências técnicas na prestação de cuidados à parturiente com o objetivo de promover um parto fisiológico e uma experiência de parto positiva. Durante a realização deste EC, destaca-se ainda a dificuldade sentida face à

realização de algumas práticas protocoladas, interferindo negativamente com as expectativas do casal quanto à sua vivência do parto. Essa dificuldade foi ultrapassada através do envolvimento do casal no processo de tomada de decisão e da negociação.

A procura da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, durante o EC, foi também uma preocupação constante, sendo garantida através da prática baseada na evidência. A prática dos enfermeiros envolve um conjunto de conhecimentos de diversos âmbitos, devendo ser baseada em informação comprovada e relevante, adquirida a partir da investigação científica. Sendo certo que o exercício da profissão é imbuído de vários padrões de conhecimento, dado a natureza humana dos profissionais e dos clientes, a prática baseada na evidência surge como uma ferramenta crucial para o exercício da profissão, representando um impulso para a consolidação da Enfermagem enquanto ciência e disciplina, e para o abandono da prática baseada no conhecimento empírico e nos costumes. Assim, demonstrou-se como fundamental problematizar e refletir sobre os diversos contextos vivenciados, permitindo a nossa melhoria enquanto prestadores de cuidados.

De acordo com a Lei n.º 26 (2017), que transpõe para direito interno a Diretiva 2013/55/EU, o reconhecimento do título de EEESMO, a formação especializada deve garantir que o estudante adquiriu conhecimentos, habilidades e competências específicas das ciências de obstetria e ginecologia, “da deontologia e da legislação relevante para o exercício da profissão” (Lei n.º 26, 2017, p. 2601), e que obteve experiências clínicas adequadas, havendo a necessidade do cumprimento de um conjunto de experiências mínimas obrigatórias de acordo com a Lei n.º nove (2009), tendo como referência a Diretiva Europeia 36/EC (2005), nomeadamente:

*consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais; assistência e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes; realização pelo aluno de pelo menos 40 partos; . . . participação ativa em partos de apresentação pélvica; . . . prática de episiotomia/perineorrafia; assistência e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco; assistência e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 puérperas e recém-nascidos normais; . . . observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais; assistência e cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio de ginecologia e da obstetria (Lei n.º 9, 2009, p. 1515).*

Assim, e de forma a ilustrar de forma simplificada as experiências clínicas vivenciadas durante o estágio de natureza profissional, elaborou-se a tabela 7. Sobre a participação ativa em partos de apresentação pélvica, não foi possível obter esta experiência em contexto clínico, pelo que foi realizada a sua simulação em contexto de laboratório.

Tabela 7 - Experiências vivenciadas durante o estágio profissionalizante

Grávidas						
Assistência pré-natal			Com complicações			
182			108			
Parturientes						
Assistência intraparto		Partos executados			Partos colaborados	
Baixo risco	De risco	Com episiotomia	Sem episiotomia	Episiorrafia	Pélvico	Outros
57	0	0	40	24	1	4
Puérperas e recém-nascidos						
Puérperas			Recém-nascidos			
Normais		De risco		Normais		De risco
124		16		108		32



## CONCLUSÃO

Este documento apresenta o percurso acadêmico realizado, enquanto estudante do segundo ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, retratando as experiências vivenciadas, o processo de aprendizagem e de investigação realizado, e a análise crítico-reflexiva das práticas. Adicionalmente, a elaboração deste relatório ao longo do estágio proporcionou a procura da melhor evidência científica para sustentar as intervenções implementadas, e permitiu ainda o desenvolvimento do pensamento crítico - uma ferramenta essencial no processo de tomada de decisão -, através do confronto das práticas realizadas na instituição em que os EC's decorreram com as recomendações fornecidas pela evidência.

A prática baseada na evidência foi fundamental na prestação de cuidados e na sua melhoria contínua, possibilitando atingir o seu nível mais elevado de qualidade, através de práticas seguras e eficazes. A procura e o interesse na pesquisa da mais recente evidência permitem a evolução e aperfeiçoamento constante das práticas, demonstrando a importância da investigação científica. Somente através da investigação é possível desenvolver novos conhecimentos e, como tal, práticas obstétricas de qualidade, pelo que devemos apostar no seu desenvolvimento através da problematização dessas mesmas práticas.

Os EC's desenvolvidos no CHPVVC permitiram o desenvolvimento de competências em diversos domínios, nomeadamente na mulher em situação de gravidez, TP e parto, e no puerpério, sendo possível contactar com várias realidades e vivenciar experiências únicas, superando as expectativas pessoais. Tornar-se mãe é das transições mais importantes e marcantes que a mulher pode vivenciar e, tendo em conta a sociedade atual, é um processo idealizado e com grande investimento pessoal. Assim, e pela exigência que é cuidar de um filho, cada vez mais o EEESMO assume um papel fulcral na promoção da adaptação saudável a este novo papel através da prestação de cuidados individualizados e de excelência, correspondendo às expectativas do casal.

Pode afirmar-se que os objetivos inicialmente definidos foram atingidos com sucesso, permanecendo a vontade de querer saber mais e fazer melhor nesta área tão especial. Finaliza-se este trabalho com um sentimento de gratidão por poder contribuir para a experiência de parto positiva dos casais e famílias, através de práticas suportadas pela melhor evidência científica.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Lukasse, M., & Reinar, L. M. (2011). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database for Systematic Reviews*, 12 (CD006672), 1-37. doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub2

Abecasis, M. P. (2015). *A gravidez, o aumento de peso e o acompanhamento nutricional: Custos e benefícios* (Dissertação de mestrado publicada). Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.

Abdala, L. G., & Cunha, M. L. C. (2018). Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. *Clinical & Biomedical Research*, 38 (4), 356-360. doi: 10.4322/2357-9730.82178

Abdulghani, N., Edvardsson, K., & Amir, L. H. (2018) Worldwide prevalence of mother-infant skinto-skin contact after vaginal birth: A systematic review. *Public Library of Science ONE*, 13 (10), 1-19. doi: 10.1371/journal.pone.0205696

Albers, L. L., & Borders, N. (2007). Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52 (3), 246–253. doi: 10.1016/j.jmwh.2006.12.008

Albuquerque, M. I. N., Coimbra, M. I. E. S., Grilo, A. C. C., & Camarneiro, A. P. F. (2009). Intervenção do Enfermeiro na promoção da interação mãe-bebé. *Revista Referência*, 2 (9), 15-26. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/9420/62bbd2a22d9a5cc846f70ff4063e274729e4.pdf>

Andrade, R. D., Santos, J. S., Maia, M. A. C., & Mello, D. F. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19 (1), 181-186. doi: 10.5935/1414-8145.20150025

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). Induction of labor. *Obstetrics & Gynecology*, 114 (2), 386-397. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181b48ef5

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Hypertension in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 122 (5), 1122-1131. doi: 10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Practice Bulletin number 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 128 (1), 1-15. doi: 10.1097/AOG.0000000000001523

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Gestational Diabetes Mellitus. *Obstetrics & Gynecology*, 130 (1), e17-e37. doi: 10.1097/AOG.0000000000002159

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstetrics & Gynecology*, 133 (2), e164-e173. doi: 10.1097/AOG.0000000000003074

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020a). Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 135 (6), e237-e260. doi: 10.1097/AOG.0000000000003891

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020b). Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. *Obstetrics & Gynecology*, 136 (6), e100-e106. doi: 10.1097/AOG.0000000000004168

American Diabetes Association (2020a). Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes - 2020. *Diabetes Care*, 43 (1), 14–31. doi: 10.2337/dc20-s002

American Diabetes Association (2020b). Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes 2020. *Diabetes Care*, 43 (1), 183–192. doi: 10.2337/dc20-S014

Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Khalil, H., & Tungpunkom, P. (2020). Umbrella Reviews. In: E. Aromataris, & Z. Munn, *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. doi: 10.46658/JBIMES-20-11

Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). JBI Systematic Reviews. In: E. Aromataris, & Z. Munn, *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. doi: 10.46658/JBIMES-20-02

Australian Government Department of Health. (2020). *Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care*. Canberra: Australian Government Department of Health.

Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandraratne, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *131*, 13-24. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.06.020

Baseggio, D. B., Dias, M. P. S., Brusque, S. R., Donelli, T. M. S., & Mendes, P. (2017). Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. *Temas em Psicologia*, *25* (1), 153–167. doi: 10.9788/TP2017.1-10

Batista, C. L. C., Ribeiro, V. S., Nascimento, M. D. S. B., & Rodrigues, V. O. (2017). Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. *Jornal de Pediatria*, *94* (6), 596-601. doi: 10.1016/j.jped.2017.10.005

Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, *4* (CD005123), 1-60. doi: 10.1002/14651858.CD005123.pub3

Borges, B. A. L. (2019). *Vivência psicológica da gravidez e vinculação pré-natal materna numa amostra de utentes dos cuidados de saúde primários* (Dissertação de doutoramento publicada). Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Educação e Psicologia, Porto.

Brazelton, T. B., & Sparrow, D. J. (2011). *O método Brazelton: A criança e o choro*. Lisboa: Editorial Presença.

Bryant, J., Jamil, R. T., & Thistle, J. (2019). *Fetal Movement*. Treasure Island: StatPearls Publishing.

Buccini, G. S., Pérez-Escamilla, R., Paulino, L. M., Araújo, C. L., & Venancio, S. I. (2016). Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*, *13* (3), 1-19. doi: 10.1111/mcn.12384

Buccini, G., Pérez-Escamilla, R., Benicio, M. H. D., Giugliani, E. R. J., & Venancio, S. I. (2018). Exclusive breastfeeding changes in Brazil attributable to pacifier use. *PLoS ONE*, *13* (12), 1-14. doi: 10.1371/journal.pone.0208261

Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Júnior, J. R. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37 (6), 278-284. doi: 10.1590/S0101-60832010000600006

Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai - estudo sobre a avaliação das competências parentais* (Dissertação de doutoramento publicada). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto.

Cardoso, A. (2014). *Tornar-se mãe, tornar-se pai: das competências parentais*. (S.l.): Novas Edições Académicas.

Cardoso, A., Silva, A. P., & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (4), 11-20. doi: 10.12707/RIV14012

Carroli, G., & Mignini, L. (2012). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, 11 (CD000081), 1-57. doi: 10.1002/14651858.cd000081.pub2

Centeno, M. (2017). Puerpério e lactação. In L. M. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (pp. 280-287). Lisboa: Lidel.

Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A nursing concern. In A. I. Meleis, *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 24-38). New York: Spring Publishing Company. Recuperado de [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_\\_middle\\_range\\_and\\_\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and__situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)

Chóliz, M., Fernández-Abascal, E. G., & Martínez-Sánchez, F. (2012). Infant Crying: Pattern of Weeping, Recognition of Emotion and Affective Reactions in Observers. *The Spanish Journal of Psychology* 15 (3), 978-988. doi: 10.5209/rev\_SJOP.2012.v15.n3.39389

Choudhary, A., & Tanwa, M. (2019). Partogram and its relevance in modern obstetrics. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 8 (4), 1500-1504. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20191207

Chow, S., Chow, R., Popovic, M., Lam, H., Merrick, J., Ventegodt, S., ... & Popovic, J. (2015). The use of nipple shields: a review. *Frontiers in Public Health*, 3 (236), 1-13. doi: 10.3389/fpubh.2015.00236

College of Midwives of Manitoba. (2011). *Guideline for providing care to women with a high body mass index*. Manitoba: College of Midwives of Manitoba. Recuperado de <https://midwives.mb.ca/document/5098/guideline-high-body-mass-index.pdf>

Cooke, A. (2010). When will we change practice and stop directing pushing in labour?. *British Journal of Midwifery*, 18 (2), 77-81. doi: 10.12968/bjom.2010.18.2.46403

Corbett, R. (2008). Cuidados de enfermagem na gravidez. In D. L. Lowdermilk, & S. E. Perry, *Enfermagem na maternidade* (pp. 245-303). Loures: Lusodidacta.

Costa, B. S. S., Lima, N. S., Dutra, P. A., Silva, E. S. P., Cavalcante, L. M. S. N., Alves, A. M., & Costa, A. F. A. (2020). Métodos não farmacológicos para alívio da dor: percepção da puérpera. *Brazilian Journal of Development*, 6 (8), 61090-61103. doi: 10.34117/bjdv6n8-504

Cruz, M. (1990). Encantos e Desencantos da Maternidade. *Análise Psicológica*, 4 (8), 367-370. Recuperado de [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2904/1/1990\\_4\\_367.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2904/1/1990_4_367.pdf)

Cruz, D. C. S., Sumam, N. S., & Spíndola, T. (2007). Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (4), 690-697. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/7y4tJjydchJWjJB4y7wYzVF/?lang=pt&format=pdf>

Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, B. R., & Marks, S. (2010). *Enfermagem Baseada em Evidências: Uma Introdução*. Porto Alegre: Artmed.

Demirel, G., & Golsabi, Z. (2015). Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131 (2), 183-186. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.04.048

Department of Health. (2020). *Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care*. Canberra: Australian Government Department of Health.

Dieb, A. S., Shoab, A. Y., Gabr, A., Abdallah, A. A., Shaban, M. M., & Attia, A. H. (2019). Perineal massage and training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*, p. 1-7. doi: 10.1007/s00192-019-03937-6

Direção Geral da Saúde. (2013). *Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco (Orientação n° 37/2011)*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0372011-de-30092011-jpg.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015a). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015b). *Alimentação e nutrição na gravidez*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado de <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/alimentacaoenutricaoenagravidez.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015c). *Indução do trabalho de parto*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2019). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2019-em-audicao-publica-ate-1-de-agosto-de-2019-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2020a). *COVID-19 – Gravidez e parto (Orientação n° 018/2020)*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182020-de-30032020-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2020b). *COVID-19: Diagnóstico Laboratorial (Orientação n° 015/2020)*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152020-de-23032020-pdf.aspx>

Dönmez, S., & Kavlak, O. (2015). Effects of Prenatal Perineal Massage and Kegel Exercises on the Integrity of Postnatal Perine. *Health*, 7, 495-505. doi: 10.4236/health.2015.74059

Downe, S., Gyte, G. M. L., Dahlen, H. G., & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7 (CD010088). doi: 10.1002/14651858.CD010088.pub2.

Duley, L., Henderson-Smart, D. J., & Meher, S. (2005). Altered dietary salt for preventing pre-eclampsia, and its complications (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4 (CD005548), 1-21. doi: 10.1002/14651858.cd005548

Ebling, D. B. D., Ayres, R. C., Silva, M. R. S., Pieszak, G. M., Silva, M. M., & Soares, A. L. R. (2018). Compreensões de cuidado na visão de mulheres puérperas. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 10 (1), 30-35. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.30-35

Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 208-220). Lisboa: Lidel.

Ferreira, A. F. (2016). Fisiologia do Puerpério. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 438-442). Lisboa: Lidel.

Fernandes, N. G., & Silva, E. M. (2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (4), 107-115. doi: 10.12707/RIV14032

Figueiredo, J. V., Fialho, A. V. M., Mendonça, G. M. M., Rodrigues, D. P., & Silva, L. F. (2018). A dor no puerpério imediato: contribuição do cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (3), 1424-1431. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0345

Flacking, R. & Dykes, F. (2017). Perceptions and experiences of using a nipple shield among parents and staff – an ethnographic study in neonatal units. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17 (1), 1-9. doi: 10.1186/s12884-016-1183-6

Fonseca, S. (2016a). Indução do Trabalho de Parto. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 353-355). Lisboa: Lidel.

Fonseca, S. (2016b). Métodos de Indução do Trabalho de Parto. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 356-367). Lisboa: Lidel.

Francisco, A. A., Oliveira, S. M. J. V., Laventhal, L. C., & Bosco, C. S. (2013). Crioterapia no pós-parto: tempo de aplicação e mudanças na temperatura perineal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47 (3), 555-561. doi: 10.1590/S0080-623420130000300005

Franco, J. (2016). Fisiologia da gravidez. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 56-57). Lisboa: Lidel.

Gama, E. B. B. (2014). *A transição para a parentalidade: vivências de pais, três meses após o nascimento do primeiro filho* (Dissertação de mestrado publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, Viana do Castelo.

Geltore, T. E., & Angelo, A. T. (2020). Perceptions of Women toward Non-Pharmacological Methods for Pain Relief during Labor. *IntechOpen*. doi: 10.5772/intechopen.93271

Gomes, G. & Santos, A. (2017). Assistência de enfermagem no puerpério. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6 (2), 211-220. doi: 10.17267/2317-3378rec.v6i2.1407

Graça, L. M. (2017). Hipertensão arterial na gravidez. In L. M. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (pp. 424-443). Lisboa: Lidel.

Guerra, M., Braga, M., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 117-124. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a19.pdf>

Gupta, N., Nigam, A., Varun, N., Meena, S., & Aggarwalla, R. (2018). Efficacy of Amnitectar vs. Conventional Method for Artificial Rupture of Membranes: A Prospective Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12 (6), 18-20. doi: 10.7860/JCDR/2018/32304.11617

Herrera-Gómez, A., Luna-Bertos, E., Ramos-Torrecillas, J., Ocaña-Peinado, F. M., Ruiz, C. & García-Martínez, O. (2017). Risk assessment of epidural analgesia during labor and delivery. *Clinical Nursing Research*, 27 (7), 1-12. doi: 10.1177/1054773817722689

Hickey, L., & Savage, J. (2019). Effect of peanut ball and position changes in women laboring with an epidural. *Nursing for Women's Health*, 23 (3), 245-252. doi: 10.1016/j.nwh.2019.04.004.

Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A. A., Bogat, G. A., & Eye, A. (2004). The Impact of Maternal Characteristics and Contextual Variables on Infant-Mother Attachment. *Child Development*, 75 (2), 480-496. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00688.x

Inácio, I. (2016). Diabetes Gestacional. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 200-205). Lisboa: Lidel.

International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser* [Web Page]. Recuperado de <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Jaafar, S. H., Ho, J. J., Jahanfar, S., & Angolkar, M. (2016). Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database for Systematic Reviews*, 30 (CD007202), 1-32. doi: 10.1002/14651858.CD007202.pub4

Jesus, A. L. B. C. (2013). *Influência dos fatores maternos e práticas de aleitamento materno no ingurgitamento mamário* (Dissertação de mestrado publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Joanna Briggs Institute. (2013). JBI Levels of Evidence. *Joanna Briggs Institute*. Recuperado de [https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence\\_2014\\_0.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf)

Joanna Briggs Institute. (2020a). *Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials*. Austrália: JBI.

Joanna Briggs Institute. (2020b). *Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies*. Austrália: JBI.

Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., ... & Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3 (CD009234), 1-163. doi: 10.1002/14651858.CD009234.pub2

Júnior, A. T. (2019). Cuidados no trabalho de parto e parto: Recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). *FEMINA*, 47 (1), 34-36. Recuperado de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046412/femina-2019-471-34-36.pdf>

Kalichman, L. (2008). Perineal massage to prevent perineal trauma in childbirth. *Israel Medical Association Journal*, 10 (7), 531–533. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/23218281\\_Perineal\\_massage\\_to\\_prevent\\_perineal\\_trauma\\_in\\_childbirth](https://www.researchgate.net/publication/23218281_Perineal_massage_to_prevent_perineal_trauma_in_childbirth)

Kelly, P. A., Classen, K. A., Crandall, C. G., Crenshaw, J. T., Schaefer, S. A., Wade, D. A., ... Fossee, K. R. (2018). Effect of timing of the first bath on a healthy newborn's temperature. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 47 (5), 608-619. doi: 10.1016/j.jogn.2018.07.004

Kettle C., & Tohill S. (2011). Perineal care. *BMJ Clinical Evidence*, 04 (1401), 1-39. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275301/>

Klaus, M., Kennel, J., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kronborg, H., Foverskov, E., Nilsson, I., & Maastrup, R. (2016). Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition*, 13 (1), 1-13. doi: 10.1111/mcn.12251

Labrecque, M., Eason, E., Marcoux, S., Lemieux, F., Pinault, J. J., Feldman, P., & Laperriere, L. (1999). Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180 (3I), 593–600. doi: 10.1016/S0002-9378(99)70260-7

Labor, S., & Maguire, S. (2008). The Pain of Labour. *Reviews in Pain*, 2 (2), 15-19. doi: 10.1177/204946370800200205

Lei n.º 26/2017 de 30 de maio. *Diário da República*, 1ª série, n.º 104, 2594-2611. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/lei/26/2017/05/30/p/dre/pt/html>

Lei n.º 9/2009 de 4 de março. *Diário da República*, 1ª série, n.º 44, 1466-1530. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/lei/9/2009/03/04/p/dre/pt/html>

Lee, J. Y., Lee, J. H., Yeon, G. M., & Jung, Y. J. (2019). Parental anxiety regarding premature infants and factors affecting parental concern. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 24 (4), 1–8. doi: 10.1111/jspn.12266

Leon-Larios, F., Corrales-Gutierrez, I., Casado-Mejía, R., & Suarez-Serrano, C. (2017). Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Midwifery*, 50, 72-77. doi: 10.1016/j.midw.2017.03.015

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: UNICEF.

Lewis, D., & Downe, S. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131, 9-12. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.06.019

Lima, E. N., Bueno, K. J. O. B., Nunes, E. F. C., & Latorre, G. F. S. (2020) Hands-on durante o período expulsivo: herói ou vilão?. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 10 (2), 346-354. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v10i2.2810

Lodge, F., & Haith-Cooper, M. (2016). The effect of maternal position at birth on perineal trauma: A systematic review. *British Journal of Midwifery*, 24 (3), 172–180. doi: 10.12968/bjom.2016.24.3.172

Lønnerdal, B. (2017) Bioactive proteins in human milk-potential benefits for preterm infants. *Clinics in Perinatology*, 44 (1), 179-191. doi: 10.1016/j.clp.2016.11.013

Lopes, M. O. (2016). Plano de Parto. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 167-169). Lisboa: Lidel.

Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5), s16-s24. Recuperado de [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4486323/mod\\_resource/content/1/Labor%20Opain.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4486323/mod_resource/content/1/Labor%20Opain.pdf)

Machado, M. H. (2017). Vigilância da gravidez de baixo risco. In L. M. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (pp. 100-107). Lisboa: Lidel.

Machado, M. C. M., Assis, K. F., Oliveira, F. C. C., Ribeiro, A. Q., Araújo, R. M. A., Cury, A. F., Priore, S. E., & Franceschini, S. C. C. (2014). Determinantes do abandono do Aleitamento Materno exclusivo: fatores psicossociais. *Revista Saúde Pública*, 48 (6), 985-994. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005340

Mamede, F. V., Almeida, A. M., Souza, L., & Mamede, M. V. (2007). A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (6), 1-6. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/3LHcFfVnXw7tsMDdVw6p77s/?lang=pt&format=pdf>

Mammaro, A., Carrara, S., Cavaliere, A., Ermito, S., Dinatale, A., Pappalardo, E. M., ... & Pedata, R. (2009). Hypertensive Disorders in Pregnancy. *Journal of Prenatal Medicine*, 3 (1), 1-5. PMID: 22439030

Marchetti, D., & Moreira, M. C. (2015). Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário?. *Revista Psicologia e Saúde*, 7 (1), 82-89. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n1/v7n1a11.pdf>

Martins, C. (2002). Toxoplasmose na gravidez. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 18, 333-340. doi: 10.32385/rpmgf.v18i5.9891

McCown, T. & Smith, E. (2018). We need a standardized approach to use of nipple shields. *Internacional Journal of Childbirth Education*, 33 (4), 26-27. Recuperado de <https://icea.org/we-need-a-standardized-approach-to-use-of-nipple-shields/>

Mei-dan, E., Walfisch, A., Raz, I., Levy, A., & Hallak, M. (2008). Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial. *The Israel Medical Association Journal*, 10 (7), 499-502. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/23218272\\_Perineal\\_massage\\_during\\_pregnancy\\_A\\_prospective\\_controlled\\_trial](https://www.researchgate.net/publication/23218272_Perineal_massage_during_pregnancy_A_prospective_controlled_trial)

Meira, M. M., Ibarra, S. A. & Santos, E. K. A. (2008). Inibição da lactação: (re)visitando a literatura. *Revista eletrônica de Enfermagem*, 10 (3), 805-815. Recuperado de <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/46699/22897>

Meleis, A. I. (2010). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. In A. I. Meleis, *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 13-24). New York: Spring Publishing Company. Recuperado de [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_\\_middle\\_range\\_and\\_\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and__situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12–28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006

Melo, M. I. M. (2020). *Hospitalização domiciliária vs. hospitalização clássica, o modelo custo-efetivo: revisão sistemática da literatura* (Dissertação de mestrado publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Mercer, R. (2004) Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (4), 456-464. doi: 10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x

Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., & Sousa, C. (2016). A posição da mulher no trabalho de parto. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 335-347). Lisboa: Lidel.

Mohammed, K., Tailakh, S., Fram, K., & Creedy, D. (2019). Effects of early umbilical cord clamping versus delayed clamping on maternal and neonatal outcomes: A Jordanian study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1476-4954. doi: 10.1080/14767058.2019.1602603

Möller, E. L., Vente, W., & Rodenburg, R. (2019). Infant crying and the calming response: Parental versus mechanical soothing using swaddling, sound, and movement. *PLoS ONE*, 14 (4), 1-16. doi: 10.1371/journal.pone.0214548

Monteiro, M. J. S. M. (2012). *Vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento* (Dissertação de mestrado publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Monteiro, F., & Leite, C. F. (2016). Estados Hipertensivos da Gravidez. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 182-199). Lisboa: Lidel.

Mouta, R. J. O., Silva, T. M. A., Melo, P. T. S., Lopes, N. S., & Moreira, V. A. (2017)]. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31 (4), 1-10. doi: 10.18471/rbe.v31i4.20275

National Health Service. (2018). *Is it safe to use hair dye when I'm pregnant or breastfeeding?* [Web page]. Recuperado de <https://www.nhs.uk/common-health-questions/pregnancy/is-it-safe-to-use-hair-dye-when-i-am-pregnant-or-breastfeeding>

National Institute for Health and Care Excellence. (2008a). *Antenatal care for uncomplicated pregnancies*. London: National Institute for Health and Care Excellence. Recuperado de [www.nice.org.uk/guidance/cg62](http://www.nice.org.uk/guidance/cg62)

National Institute for Health and Care Excellence. (2008b). *Inducing labour*. London: National Institute for Health and Care Excellence. Recuperado de [www.nice.org.uk/guidance/cg70](http://www.nice.org.uk/guidance/cg70)

National Institute for Health and Care Excellence. (2014a). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. London: National Institute for Health and Care Excellence. Recuperado de [www.nice.org.uk/guidance/cg192](http://www.nice.org.uk/guidance/cg192)

National Institute for Health and Care Excellence. (2014b). *Intrapartum care for healthy women and babies*. London: National Institute for Health and Care Excellence. Recuperado de [www.nice.org.uk/guidance/cg190](http://www.nice.org.uk/guidance/cg190)

National Institute for Health and Care Excellence. (2014c). *Intrapartum care*. London: National Institute for Health and Care Excellence. Recuperado de [www.nice.org.uk/guidance/qs105](http://www.nice.org.uk/guidance/qs105)

National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Hypertension in pregnancy: diagnosis and management*. London: National Institute for Health and Care Excellence. Recuperado de [www.nice.org.uk/guidance/ng133](http://www.nice.org.uk/guidance/ng133)

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Postnatal care*. London: National Institute for Health and Care Excellence. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>

Neves, M. (2017). Contraceção no pós-aborto e no pós-parto. In L. M. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (pp. 288-292). Lisboa: Lidel.

Nilsen, E., Sabatino, H., & Lopes, M. A. B. M. (2011). Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (3), 557-565. doi: 10.1590/S0080-62342011000300002

Nishikawa, M., & Sakakibara, H. (2013). Effect of nursing intervention program using abdominal palpation of Leopold's maneuvers on maternal-fetal attachment. *Reproductive Health, 10*(12), 1-7. doi: 10.1186/1742-4755-10-12

Oladapo, O. T., & Fawole, B. (2012). Treatments for suppression of lactation. *Cochrane Database for Systematic Reviews, 9* (CD005937), 1-32. doi: 10.1002/14651858.CD005937.pub3

O'Donovan, A., & Nixon, E. (2019). Weathering the storm: Mothers' and fathers' experiences. *Infant Mental Health Journal, 40* (4), 573–587. doi: 10.1002/imhj.21788

Office on Women's Health. (2020). *Your guide to breastfeeding*. Washington: Office on Women's Health. Recuperado de <https://owh-wh-d9-prod.s3.amazonaws.com/s3fs-public/your-guide-to-breastfeeding.pdf>

Oliveira, L. B., Mattos, D. V., Matão, M. E. L., & Martins, C. A. (2017). Perineal laceration associated with the use of exogenous oxytocin. *Journal of Nursing UFPE On Line, 11* (6), 2273-2278. doi: 10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201703

Oppenheimer, L. & Black, A. (2014). Segundo Período do Trabalho de Parto. In G.D. Posner, J. Dy, A.Y. Black, G.D. Jones, *Trabalho de Parto e Parto* (pp. 234-249). Porto Alegre: AMGH Editora.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidadedpositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Livro de bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: OE. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso\\_eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf)

Orfão, A. (2016). Determinação do risco materno-fetal. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 108-116). Lisboa: Lidel.

Organização Mundial da Saúde (2011). *WHO recommendations for Induction of labour*. Geneva: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156_eng.pdf)

Organização Mundial da Saúde (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhag*. Geneva: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf)

Organização Mundial da Saúde (2013). *Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy*. Geneva: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85975>

Organização Mundial da Saúde (2014). *WHO recommendations for augmentation of labour*. Geneva: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf?sequence=1)

Organização Mundial da Saúde (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf>

Organização Mundial da Saúde (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

Paulo, F. M. C. G. O. (2018). *Evolução ponderal na gravidez* (Dissertação de mestrado publicada). Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina de Coimbra, Coimbra.

Pedrolo, E., Danski, M. T. R. D., Mingorance, P., Lazzari, L. S. M., Méier, M. J., & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enferm*, 14 (4), 760-763. Recuperado de <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/A-pratica-baseada-em-evidencia-como-ferramenta-para-pratica-profissional-do-enfermeiro.pdf>

Pereira, R. P. G., Cardoso, M. F. P. T., & Martins, M. A. C. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (7), 55-62. doi: 10.12707/RII11146

Pergialiotis, V., Vlachos, D., Protopapas, A., Pappa, K., & Vlachos, G. (2014). Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 125, 6-14. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.09.034

Peter, J. R., Ho, J. J., Valliapan, J., & Sivasangari, S. (2015). Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9 (CD008136), 1-21. doi: 10.1002/14651858.CD008136.pub3

Pirhonen, T., Gissler, M., Hartgill, T., & Pirhonen, J. (2011). Experiences of expert midwives in a training program aimed at decreasing perineal tears. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 3 (6), 70-75. Recuperado de [https://academicjournals.org/article/article1379410976\\_Pirhonen%20et%20al.pdf](https://academicjournals.org/article/article1379410976_Pirhonen%20et%20al.pdf)

Pimentel, C., Rodrigues, L., Müller, E. & Portella, M. (2014). Autonomia, risco e sexualidade – A humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. *REALIS*, 4 (1), 166-185. doi: 10.51359/2179-7501.2014.8813

Pinheiro, A.A. (2016). Promoção do Parto Normal. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 324-334). Lisboa: Lidel.

Porto, A. M. F., Amorim, M. M. R., & Souza, A. S. R. (2010). Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *FEMINA*, 38 (10), 527-537. Recuperado de [http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/artigo\\_femina\\_assistencia\\_ao\\_parto\\_parte\\_I.pdf](http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_I.pdf)

Pousa, O. M. T. (2012). *Saberes e competências do pai, com preparação para o parto, durante o trabalho de parto e parto: Contributos para a prática de Enfermagem*. (Dissertação de mestrado publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Qian, X., Wang, Q., Ou, X., Li, P., Zhao, B. & Liu, H. (2018). Effects of ropivacaine in patient-controlled epidural analgesia on uterine electromyographic activities during labor. *BioMed Research Internacional*, 2018, 1-7. doi: 10.1155/2018/7162865

Rai, S., Pathak, A., & Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatric*, 52 (2), 216-221. doi: 10.4103/0019-5545.161481

Ramalho, C., & Campos, D. A. (2014). Critérios para Vigilância da Gravidez em Consulta Hospitalar. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho, & D. A. Campos, *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (4ª ed. rev.) (pp. 3-5). Lisboa: Lidel.

Raposo, J. F. (2020). Diabetes: Factos e Números 2016, 2017 e 2018. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 15 (1), 19-27. Recuperado de <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2020/05/RPD-Mar%C3%A7o-2020-Revista-Nacional-p%C3%A1gs-19-27.pdf>

Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série, n.º 85, 13560-13565. Recuperado de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/122216892/details/normal?l=1>

Reis, H. I. Q. C. S. (2019). *Homens e mulheres na vivência psicológica da gravidez: um olhar sobre si e o outro* (Dissertação de mestrado publicada). Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Educação e Psicologia, Porto.

Remington, J. (2007). Toxoplasmose. In Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Neonatologia, *Protocolos de Diagnóstico e Terapêutica em Infeciologia Perinatal* (pp. 37-49). [S.l.]: Angelini Farmacêutica.

Rezaei, R., Saatsaz, S., Chan, Y. H., & Nia, H. S. (2014). A comparison of “Hands-off” and “Hands-on” Methods to reduce Perineal Lacerations: A randomized clinical trial. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 64 (6), 425-429. doi: 10.1007/s13224-014-0535-2

Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. R. S., & Tronchin, D. M. R. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 10, 125–133. doi: 10.12707/RIV16008

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

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2011). *Reduced Fetal Movements (Green-top Guideline No. 57)*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015). *The Management of Third and Fourth Degree Perineal Tears (Green-top Guideline No. 29)*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Royal College of Midwives (2011). *Reaching out: involving fathers in maternity care* [Apresentação PowerPoint]. Recuperado de [https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Father%27s%20Guides%20A4\\_3\\_0.pdf](https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Father%27s%20Guides%20A4_3_0.pdf)

Royal College of Midwives (2012a). *Maternal Emotional Wellbeing and Infant Development: A Good Practice Guide for Midwives*. London: The Royal College of Midwives. Recuperado de <https://www.rcm.org.uk/media/4645/parental-emotional-wellbeing-guide.pdf>

Royal College of Midwives (2012b). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led care in Labour: Second stage of Labour*. London: Royal College of Midwives.

Sagi-Dain, L., Kreinin-Bleicher, I., Bahous, R., Arye, N. G., Shema, T., Eshel, A., Caspin, O., ... & Shlomi Sagi, S. (2020). Is it time to abandon episiotomy use? A randomized controlled trial (EPITRIAL). *International Urogynecology Journal*, 31 (11), 2377-2385. doi: 10.1007/s00192-020-04332-2

Sanders, R. A., & Lamb, K. (2017). Non-pharmacological pain management strategies for labour: Maintaining a physiological outlook. *British Journal of Midwifery*, 25 (2), 78–85. doi: 10.12968/bjom.2017.25.2.78

Santana, A., & Figueiredo, M. (2016). Vigilância do bem-estar materno-fetal. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 392-399). Lisboa: Lidel.

Santo, S. (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto – resumo do novo consenso da FIGO de 2015. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 10 (1), 8-11. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v10n1/v10n1a02.pdf>

Santos, I. M. G. B. (2012). *Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez* (Dissertação de mestrado publicada). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.

Santos, M. J. F., & Batista, M. C. D. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem da puérpera e recém-nascido. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455-472). Lisboa: Lidel.

Santos, C. M. C., Pimenta, C. A. M., & Nobre, M. R. C. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (3), 1-4. doi: 10.1590/S0104-11692007000300023

Sequeira, A., Seabra, A., Sousa, C., Brandão, S., & Pousa, O. (2020). Monitorização da cardiocografia externa. In M. Nené & C. Sequeira, *Procedimentos de Enfermagem e Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 44-52). Lisboa: Lidel.

Silva, Z. A. S. (2018). *Padrão de atividade física durante a gravidez* (Dissertação de mestrado publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, Viana do Castelo.

Silva, D. A. O., Ramos, M. G., Jordão, V. R. V., Silva, R. A. R., Carvalho, J. B. L., & Costa, M. M. N. (2013). Use of non-pharmacological methods for providing pain relief during the natural childbirth: integrative review. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 7, 1539-1548. doi: 10.5205/reuol.4134-32743-1-SM-1.0705esp201309

Silva, E. F., Strapsson, M. R., & Fischer, A. C. S. (2011). Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 1 (2), 261-271. doi: 10.5902/217976922526

Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *Midwifery Womens Health*, 49 (6), 489-504. doi: 10.1016/j.jmwh.2004.07.007

Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. L. (2013). Restricting Oral fluid and food intake during labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8 (CD003930), 1-104. doi: 10.1002/14651858.CD003930.pub3

Smith, V., Guilliland, K., Dixon, L., Reilly, M., Keegan, C., McCann, C., & Begley, C. (2017). Irish and New Zealand Midwives' expertise at preserving the perineum intact (the MEPPi study): Perspectives on preparations for birth. *Midwifery*, 55, 83-89. doi: 10.1016/j.midw.2017.09.011

Soares, C. B., Hoga, L. A., Peduzzi, M., Sangaletti, C., Yonekura, T., & Silva, D. R. (2014). Integrative review: Concepts and methods used in Nursing. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 48 (2), 335-345. doi: 10.1590/S0080-6234201400002000020

Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2017). Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12 (1), 24-38. Recuperado de <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/documentos-e-comunicacoes/consenso-diabetes-gestacional-atualizacao-2017-pdf.aspx>

Soong, B., & Barnes, M. (2005). Maternal position at midwife attended birth and perineal trauma: Is there an association? *Birth*, 32 (3), 164-169. doi: 10.1111/j.0730-7659.2005.00365.x

Spong, C. Y., Berghella, V., Wenstrom, K. D., Mercer, B. M., & Saade, G. R. (2012). Preventing the first cesarean delivery: summary of a Joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. *Obstetrics & Gynecology*, 120 (5), 1181-1193. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3548444/pdf/nihms409687.pdf>

Stokes, V., Emmerson, A., & Mukherjee, A. (2018). Do mothers understand the reasons for giving vitamin K to their newborn babies?. *Infant*, 14 (4), 155-158. Recuperado de [https://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf\\_082\\_nde.pdf](https://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_082_nde.pdf)

Strapsson, M. R., & Nedel, M. N. B. (2010). Puerpério Imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31 (3), 521-528. doi: 10.1590/S1983-14472010000300016

Stuebe, A. (2014). Enabling women to achieve their breastfeeding goals. *Obstetrics & Gynecology*, 123 (3), 643-652. doi: 10.1097/AOG.0000000000000142

Stuebe, A. M., Horton, B. J., Chetwynd, E., Watkins, S., Grewen, K., & Meltzer-Brody, S. (2014). Prevalence and risk factors for early, undesired weaning attributed to lactation dysfunction. *Journal of Women's Health*, 23 (5), 404-412. doi: 10.1089/jwh.2013.4506

Teixeira, N., & Pereira, W. (2006) Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (6), 740-744. doi: 10.1590/S0034-71672006000600004

Teles, L. M. R., Pitombeira, H. C. S., Oliveira, A. S., Freitas, L. V., Moura, E. R. F., & Damasceno, A. K. C. (2010). Parto com acompanhantes e sem acompanhante: a opinião das puérperas. *Cogitare Enfermagem*, 15 (4), 688-694. doi: 10.5380/ce.v15i4.20366

Thangaratinam, S., Rogozińska, E., Jolly, K., Glinkowski, S., Roseboom, T., Tomlinson, J. W., ... & Khan, K. S. (2012). Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence. *British Medical Journal*, 344 (2088), 1-15. doi: 10.1136/bmj.e2088

Thomas, T., & Mathias, A. (2015). A Quasi Experimental Study on The Prevention of Perineal Trauma by Perineal Massage Among Multigravid Women in A Selected Hospital at Mangalore. *Indian Journal of Research*, 4 (5), 495-496. Recuperado de [https://www.worldwidejournals.com/paripex/recent\\_issues\\_pdf/2015/May/May\\_2015\\_1432185794\\_\\_165.pdf](https://www.worldwidejournals.com/paripex/recent_issues_pdf/2015/May/May_2015_1432185794__165.pdf)

Torgal, A. L. (2016). Assistência no 1º trimestre da gravidez. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 117-122). Lisboa: Lidel.

Turawa, E. B., Musekiwa, A., & Rohwer, A.C. (2020). Interventions for preventing postpartum constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, 8 (CD011625), 1-46. doi: 10.1002/14651858.CD011625.pub3

Turney, J., Lowther, A., Pyka, J., Mollon, D. & Fields, W. (2019). Delayed Newborn First Bath and Exclusive Breastfeeding Rates. *Nursing for Women's Health Journal*, 23 (1), 31-37. doi: 10.1016/j.nwh.2018.12.003

Ugwu, E. O., Ifeirikigwe, E. S., Obi, S. N., Eleje, G. U., & Ozumba, B. C. (2018). Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: A randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 44 (7), 1252-1258. doi: 10.1111/jog.13640

Veronez, M., Borghesan, N. A., Corrêa, D. A., & Higarashi, I. H. (2017). Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38 (2), 1-8. doi: 10.1590/1983-1447.2017.02.60911

Vieira, C., S. Brito, M. B., & Yazlle, M. E. H. D. (2008). Contracepção no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetetrícia*, 30 (9), 470-479. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n9/v30n9a08.pdf>

Viragova, M., & O'Curry, S. (2021). Understanding persistent crying in infancy. *Paediatrics and Child Health*, 31, 1-6. doi: 10.1016/j.paed.2020.12.004

Way, S. (2012). A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: Expectations, reality and returning to normality. *Midwifery*, 28 (5), 712-719. doi: 10.1016/j.midw.2011.08.011

Whitburn, L. Y., & Jones, L. E. (2019). Labour Pain. In S. V. Rysewyk, *Meaning of Pain* (pp. 143-162). Suíça: Springer Nature Switzerland.

Whittemore, R. e Knafl, K (2005). The integrative review: update methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (5), 546-553. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>.

Williams, A., Herron-Marx, S., & Carolyn, H. (2007). The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery*, 23, 392-403. doi: 10.1016/j.midw.2005.12.006

Wolke, D. (2018). Preterm birth: high vulnerability and no resiliency? Reflections on van Lieshout et al. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59 (11), 1201-1204. doi: 10.1111/jcpp.12971

Yip, S. K., Sahota, D., Pang, M. W., & Chang, A. (2004). Postpartum urinary retention. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83 (10), 881-891. doi: 10.1111/j.0001-6349.2004.00460.x

Yu, L., Sun, Y., Shang, Y., & Yin, M. (2019). Effect of timing of umbilical cord clamping on maternal and neonatal outcomes: A protocol for systematic review and network meta-analysis. *Medicine Journal*, 98 (16), 1-3. doi: 10.1097/MD.00000000000015283

Zimmerman, E. (2018). Pacifier and bottle nipples: the targets for poorbreastfeeding outcomes. *Jornal de Pediatria*, 94 (4), 571-573. doi: 10.1016/j.jped.2018.02.001



## ANEXO I - TABELAS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Tabela 8 - Avaliação da qualidade metodológica do artigo “Perineal massage and training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial”

Estudo Controlado Randomizado				
Critérios	Sim	Não	Não é claro	Não aplicável
Foi utilizada verdadeira randomização para a atribuição dos participantes aos grupos de tratamento?	1	0	0	0
A alocação aos grupos de tratamento foi ocultada?	1	0	0	0
Os participantes incluídos nos grupos de tratamento são similares?	1	0	0	0
Os participantes são cegos para a atribuição do tratamento?	1	0	0	0
Os indivíduos que aplicam os tratamentos são cegos para a atribuição do tratamento?	1	0	0	0
Os avaliadores de resultados eram cegos para a atribuição de tratamento?	1	0	0	0
Os participantes incluídos foram tratados de forma idêntica para além da intervenção de interesse?	1	0	0	0
O acompanhamento dos participantes foi efetuado e se não foi, as diferenças entre os grupos foram adequadamente descritas e analisadas?	1	0	0	0
Foram os participantes analisados nos grupos para os quais foram randomizados?	1	0	0	0
Os resultados dos participantes incluídos nas comparações foram medidos da mesma maneira?	1	0	0	0
Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna?	1	0	0	0
A análise estatística utilizada foi a apropriada?	1	0	0	0
O desenho do estudo foi apropriado e qualquer desvio do desenho clássico dos estudos randomizados for tido em conta na condução do estudo e análise?	1	0	0	0
Score: 10 pontos				

Fonte: Adaptado de JBI (2020a)

Tabela 9 - Avaliação da qualidade metodológica do artigo “Effects of Prenatal Perineal Massage and Kegel Exercises on the Integrity of Postnatal Perine”

Estudo Controlado Randomizado				
Critérios	Sim	Não	Não é claro	Não aplicável
Foi utilizada verdadeira randomização para a atribuição dos participantes aos grupos de tratamento?	1	0	0	0
A alocação aos grupos de tratamento foi ocultada?	1	0	0	0
Os participantes incluídos nos grupos de tratamento são similares?	1	0	0	0
Os participantes são cegos para a atribuição do tratamento?	1	0	0	0
Os indivíduos que aplicam os tratamentos são cegos para a atribuição do tratamento?	1	0	0	0
Os avaliadores de resultados eram cegos para a atribuição de tratamento?	1	0	0	0
Os participantes incluídos foram tratados de forma idêntica para além da intervenção de interesse?	1	0	0	0
O acompanhamento dos participantes foi efetuado e senão foi, as diferenças entre os grupos foram adequadamente descritas e analisadas?	1	0	0	0
Foram os participantes analisados nos grupos para os quais foram randomizados?	1	0	0	0
Os resultados dos participantes incluídos nas comparações foram medidos da mesma maneira?	1	0	0	0
Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna?	1	0	0	0
A análise estatística utilizada foi a apropriada?	1	0	0	0
O desenho do estudo foi apropriado e qualquer desvio do desenho clássico dos estudos randomizados for tido em conta na condução do estudo e análise?	1	0	0	0
Score: 11 pontos				

Fonte: Adaptado de JBI (2020a)

Tabela 10 - Avaliação da qualidade metodológica do artigo “Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial”

Estudo Controlado Randomizado				
Critérios	Sim	Não	Não é claro	Não aplicável
Foi utilizada verdadeira randomização para a atribuição dos participantes aos grupos de tratamento?	1	0	0	0
A alocação aos grupos de tratamento foi ocultada?	1	0	0	0
Os participantes incluídos nos grupos de tratamento são similares?	1	0	0	0
Os participantes são cegos para a atribuição do tratamento?	1	0	0	0
Os indivíduos que aplicam os tratamentos são cegos para a atribuição do tratamento?	1	0	0	0
Os avaliadores de resultados eram cegos para a atribuição de tratamento?	1	0	0	0
Os participantes incluídos foram tratados de forma idêntica para além da intervenção de interesse?	1	0	0	0
O acompanhamento dos participantes foi efetuado e senão foi, as diferenças entre os grupos foram adequadamente descritas e analisadas?	1	0	0	0
Foram os participantes analisados nos grupos para os quais foram randomizados?	1	0	0	0
Os resultados dos participantes incluídos nas comparações foram medidos da mesma maneira?	1	0	0	0
Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna?	1	0	0	0
A análise estatística utilizada foi a apropriada?	1	0	0	0
O desenho do estudo foi apropriado e qualquer desvio do desenho clássico dos estudos randomizados for tido em conta na condução do estudo e análise?	1	0	0	0
Score: 11 pontos				

Fonte: Adaptado de JBI (2020a)

Tabela 11 - Avaliação da qualidade metodológica do artigo “Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial”

Estudo Quase-Experimental				
Critérios	Sim	Não	Não é claro	Não aplicável
1. No estudo está claro o que é a “causa” e o que é o “efeito”?	1	0	0	0
2. Os participantes incluídos em qualquer comparação são similares?	1	0	0	0
3. Os participantes incluídos em qualquer comparação receberam tratamento/cuidados similar/es, para além da exposição ou intervenção em estudo?	1	0	0	0
4. Havia um grupo controlo?	1	0	0	0
5. Foram realizadas medições múltiplas quer antes quer após a exposição ou intervenção em estudo?	1	0	0	0
6. O acompanhamento dos participantes foi efetuado e senão foi, as diferenças entre os grupos foram adequadamente descritas e analisadas?	1	0	0	0
7. Os resultados dos participantes incluídos nas comparações foram medidos da mesma maneira?	1	0	0	0
8. Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna?	1	0	0	0
9. A análise estatística utilizada foi a apropriada?	1	0	0	0
Score: 7 pontos				

Fonte: Adaptado de JBI (2020b)

