

Escola Superior de Saúde de Santarém

**Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e
Obstétrica na Prevenção do Trauma Perineal no 2º Estadio do
Trabalho de Parto
Relatório de Estágio**

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Ana Rita Morgado Rodrigues Santos Costa**

**Orientação:
Professora Doutora Hélia Maria da Silva Dias**

dezembro de 2023

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas mas ao tocar uma alma humana,
seja apenas outra alma humana”

(Carl Jung)

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido,

... que foi o meu pilar durante estes dois anos. Sem a compreensão, motivação, apoio e força incondicional, teria sido difícil.

Aos meus pais,

... que me ensinaram que a persistência e a resiliência são os maiores aliados do sucesso.

A todas as mulheres, pessoas significativas e famílias

... sem estas pessoas nada disto seria possível.

A todas as enfermeiras orientadoras e docentes,

... pela orientação e pelos momentos de aprendizagem que me proporcionaram.

ACRÓNIMOS/SIGLAS

BOO- Bloco Operatório Obstétrico

BP- Bloco de Partos

CMESMO- Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CPPP- Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade

CTG- Cardiotocografia

DGS- Direção Geral de Saúde

DO- Distócia de Ombros

EEESMO- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FUC- Ficha da Unidade Curricular

HAP- Hospital de Apoio Perinatal

HPP- Hemorragia Pós-Parto

IMG- Interrupção Médica de Gravidez

JBI- *Joanna Briggs Institute*

OMS- Organização Mundial de Saúde

RCAAP- Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RN- Recém-Nascido

SMO- Saúde Materna e Obstétrica

SNS- Sistema Nacional de Saúde

SR- *Scoping Review*

SUOG- Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP- Trabalho de Parto

TV- Toque Vaginal

UC- Unidade Curricular

Resumo:

O trauma perineal no parto define-se como a perda de integridade dos tecidos devido a lesões na região genital durante o período expulsivo do trabalho de parto. Associa-se a diversas morbidades a curto e/ou longo prazo na vida da mulher. Torna-se emergente a atualização da evidência científica e a sua mobilização para a prática de cuidados, com o objetivo de uniformizar os cuidados especializados e promover os ganhos em saúde.

O presente relatório tem como objetivo geral descrever e avaliar de forma individual, crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas face aos objetivos propostos para o estágio IV, enquanto futura EEESMO.

A partir da questão de revisão: “Quais as evidências relativas às intervenções do EEESMO na prevenção do trauma perineal no segundo estadio do trabalho de parto?” realizou-se uma *Scoping Review*, segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute*. Utilizaram-se as plataformas: EBSCO e PubMed; literatura cinzenta: RCAAP e Scielo e, foram incluídos 11 artigos. As evidências científicas demonstram como intervenções do EEESMO na prevenção do trauma perineal no segundo estadio do trabalho de parto: técnica “*Hands On*”/Manobra de Ritgen, técnica “*Hands Off*”, aplicação de compressas quentes, aplicação de substâncias lubrificantes, promoção do puxo espontâneo, massagem perineal, proteção perineal manual, proteção perineal moderada e técnica “*Please Squeeze*”.

É fulcral que o EEESMO investigue, reflita sobre a sua prática clínica, desenvolva competências e conhecimentos na prevenção do trauma perineal no 2º estadio do TP, mas, aliado a todas as intervenções surge a importância do EEESMO assegurar um ambiente seguro, promover o apoio contínuo e prestar cuidados individualizados às parturientes.

Palavras-Chave: Prevenção do Trauma Perineal; 2º Estadio do Trabalho de Parto; Parturiente; Intervenções de Enfermagem.

Abstrat:

Perineal trauma in childbirth is defined as the loss of tissue integrity due to injuries in the genital region during the expulsive period of labor. It is associated with various short and/or long-term morbidities in women's lives. There is an urgent need to update scientific evidence and mobilize it into care practice, with the aim of standardizing specialized care and promoting health gains.

The general aim of this report is to describe and evaluate, in an individual, critical and reflective way, the activities carried out in the light of the objectives proposed for internship IV, as a future EEESMO.

Based on the review question: "What is the evidence regarding the EHESM's interventions in the prevention of perineal trauma in the second stage of labor?" a Scoping Review was carried out, following the guidelines of the Joanna Briggs Institute. The following platforms were used: EBSCO and PubMed; gray literature: RCAAP and Scielo, and 11 articles were included. The scientific evidence shows that the EHESM's interventions in preventing perineal trauma in the second stage of labor include: the "Hands On"/Ritgen Maneuver technique, the "Hands Off" technique, the application of warm compresses, the application of lubricating substances, the promotion of spontaneous pushing, perineal massage, manual perineal protection, moderate perineal protection and the "Please Squeeze" technique. It is crucial that the EHESMO researches, reflects on their clinical practice, develops skills and knowledge in the prevention of perineal trauma in the second stage of labor, but allied to all these interventions is the importance of the EHESMO ensuring a safe environment, promoting continuous support and providing individualized care to parturients.

Key-words: Perineal Trauma Prevention; 2nd Stage of Labor; Parturient; Nursing Interventions.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	12
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA	15
2.1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	16
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	22
3. CONCEPTUALIZAÇÃO DA TEÓRICA DE ENFERMAGEM	38
4. ESTUDO DE UMA SITUAÇÃO/PROBLEMA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA: INTERVENÇÕES DO EEESMO NA PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL NO 2º ESTADIO DO TP	41
4.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	42
4.2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO: <i>SCOPING REVIEW</i>	49
4.3. ANÁLISE DE RESULTADOS	52
4.4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	52
----------------	----

LISTA QUADROS

Quadro 1.....	49
Quadro 2.....	50
Quadro 3.....	51
Quadro 4.....	53

LISTA APÊNDICES

Apêndice I- Projeto Individual de Aprendizagem

Apêndice II- Sessão de Formação acerca do Tema “Intervenções do EEESMO na Prevenção do Trauma Perineal”

Apêndice III- Scoping Review: Intervenções do EEESMO na Prevenção do Trauma Perineal

Apêndice IV- Quadro de conceitos emergentes

ANEXOS

Anexo I- Síntese de Registo de Atividades Práticas

Anexo II- Proteção Perineal Manual

Anexo III- Proteção Perineal Moderada

INTRODUÇÃO

De acordo com o Plano de Estudos da Escola Superior de Saúde de Santarém e no âmbito do 8º Curso de Mestrado de Enfermagem de saúde materna e obstétrica (CMESMO), no decorrer do segundo ano letivo, foi proposta a realização de um Relatório Final de Estágio na sequência da conclusão da unidade curricular Estágio IV: Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos. Esta unidade curricular (UC) tem a duração de 20 semanas perfazendo um total de 560h de contacto direto em estágio e 200h afetas à realização do relatório de estágio (40h de seminário, 20h de orientação tutorial e 140h de elaboração do relatório) tendo sido supervisionada pela docente responsável Hélia Dias.

De acordo com a Ficha da Unidade Curricular (FUC), a UC tem como objetivos gerais:

- Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença;
- Integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e recém-nascido em situação de saúde doença;
- Elaborar relatório de estágio.

O contexto de estágio teve início a 27 de fevereiro de 2023 e término a 21 de julho de 2023. Decorreu num hospital pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, sendo um Hospital de nível II, segundo a norma: “Organização dos Cuidados de Saúde na Preconceção, Gravidez e Puerpério” nº001/2023, publicada a 27 de janeiro de 2023. O estágio foi orientado e acompanhado por uma enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica (EEESMO) com grau de mestre.

O presente documento é de carácter individual, crítico, reflexivo e sistemático das atividades desenvolvidas no decorrer do estágio IV, tendo por base o Projeto Individual de Aprendizagem (Apêndice I), o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento nº 391/2019, de 3 de maio de 2019).

A área temática de interesse para o desenvolvimento do presente relatório surgiu no decorrer dos estágios clínicos realizados, sendo o **trauma perineal** um dos temas mais abordados pelas mulheres que prestei cuidados especializados.

Existe uma elevada incidência do trauma perineal nos partos de via vaginal, sendo este um fator considerado como a morbidade mais comum. Apesar de existirem fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam o trauma perineal, os cuidados prestados pelo EEESMO e a sua avaliação criteriosa potencia a saúde da mulher ao longo do seu ciclo vital e incrementa os ganhos em saúde e contribui na redução das despesas em saúde (Gemma, 2016; Martínez et al., 2021; Marques, 2022; Matei et al., 2021). Assim sendo, a escolha do tema para o aprofundamento teórico incide sobre a questão: **“Quais as evidências relativas às intervenções do EEESMO na prevenção do trauma perineal no segundo estadio do trabalho de parto?”**.

A *Scoping Review* (SR), com base no manual do *Joanna Briggs Institute* [JBI], Aromataris & Munn, 2020) foi a metodologia utilizada para o mapeamento da evidência científica a respeito da temática em estudo.

Para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), o relatório cumpre os requisitos estabelecidos pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo, que sugerem a caracterização das expectativas, resultados e aptidões que representam a conclusão desse mesmo ciclo. Os requisitos recaem sobre cinco domínios: o conhecimento e capacidade de compreensão; a aplicação de conhecimentos e compreensão; a realização de julgamento/tomada de decisões; a comunicação e as competências de autoaprendizagem (Joint Quality Initiative, 2004). O Decreto-Lei nº65/2018, de 16 de agosto (republica o Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 115/2013, de 7 de agosto e Decreto-Lei nº 63/2016, de 13 de setembro define que o mestrando obtenha o grau académico através da apresentação e discussão pública de uma dissertação, trabalho de projeto ou relatório de estágio, que é o caso.

Assim, o relatório de estágio, sendo objeto de discussão e apreciação pública, tem como objetivo geral: descrever e avaliar de forma individual, crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas face aos objetivos propostos para o estágio IV, enquanto futura EEESMO. Igualmente, permite a descrição das atividades realizadas, o reconhecimento

das situações de aprendizagem e a reflexão das competências e aprendizagens adquiridas e desenvolvidas, como também a identificação das facilidades e dificuldades.

Este relatório de estágio encontra-se dividido inicialmente pelo capítulo referente à contextualização do local de estágio. Seguidamente pelo capítulo alusivo à análise crítica e reflexiva do estágio IV. Posteriormente é realizada a conceptualização da teórica de Enfermagem, em seguida, é realizado o estudo de uma situação/problema em ESMO. Por fim, é apresentada uma breve conclusão do presente relatório.

Utilizando uma metodologia descritiva, o presente documento revela uma apreciação crítica e reflexiva do estágio IV, permitindo a promoção de medidas corretivas para a aquisição de competências específicas em saúde materna e obstétrica (SMO) de forma contínua e crescente, em direção a uma prática baseada numa metodologia científica.

O presente trabalho foi elaborado segundo as normas de elaboração de trabalhos escritos da *American Psychological Association* da 7ª edição¹.

¹ American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

Neste capítulo será caracterizado o contexto de estágio que decorreu num hospital pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, de nível II, de acordo com a norma: “Organização dos Cuidados de Saúde na Preconceção, Gravidez e Puerpério” nº 001/2023, publicada a 27 de janeiro de 2023. Conforme consta no Portal Transparência do Sistema Nacional de Saúde (SNS), neste hospital relativamente ao ano de 2022, foram realizados no total 1179 partos, sendo realizados 827 partos eutócicos e distócicos por ventosa ou fórceps e 352 cesarianas.

Segundo a norma anteriormente mencionada, a definição dos níveis de diferenciação hospitalar preconiza que um hospital de nível II realize pelo menos 1000 partos anuais; que contemple um serviço de Obstetrícia e Ginecologia que assegure os cuidados de saúde à grávida, tendo em atenção à avaliação sistemática do risco gestacional; que preste cuidados para a resolução de patologias obstétricas e ginecológicas complicadas; que tenha acesso a uma unidade de cuidados intensivos de adultos; que detenha de uma unidade de neonatologia que preste cuidados agudos a recém-nascidos com idade gestacional superior a 32 semanas.

A principal missão do hospital é prestar cuidados de saúde com altos níveis de qualidade, rigor e competência, favorecendo a investigação e a formação pré e pós-graduada, tendo respeito pelos princípios de ética e da humanização e promovendo a realização profissional dos seus colaboradores. Assegura a prestação de cuidados a uma população de cerca de 184 mil habitantes, abrangendo diversos concelhos (www.■■■■.min-saude.pt).

Para uma adequada prestação de cuidados especializados, é fundamental o conhecimento da estrutura física; missão e valores; protocolos; normas e métodos de trabalho e gestão dos recursos humanos e materiais do serviço.

O Bloco Operatório Obstétrico (BOO) é constituído pelo Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) e pelo Bloco de Partos (BP). Encontram-se integrados no Departamento da Mulher e da Criança, tendo como missão a prestação de cuidados de excelência em saúde à mulher em trabalho de parto e com patologia aguda ginecológica

e obstétrica. Estes serviços articulam-se com outros serviços da instituição, nomeadamente: bloco operatório; serviço de internamento de obstetrícia e ginecologia; outros serviços de especialidades médicas e serviço social.

A equipa multidisciplinar que compõe o BOO é constituída por médicos obstetras e ginecologistas; pediatras; anestesistas; EEESMO's; assistentes operacionais; assistente social e secretária de unidade. No que concerne à equipa de enfermagem esta integra somente EEESMO's não existindo enfermeiros de cuidados gerais ou de outras especialidades de enfermagem.

Relativamente à estrutura física, a maioria das mulheres admitidas no BP vêm encaminhadas do SUOG, que é constituído por 1 gabinete de triagem; 3 gabinetes de observação médica; 1 sala de tratamentos; 1 casa de banho para as utentes e 1 sala de observação. O serviço dispõe de áreas comuns para o SUOG e BP, nomeadamente: 1 copa; 1 sala de pausa; 1 gabinete da Enfermeira Gestora; 2 armazéns de consumíveis hospitalares e 1 sala de sujus, limpos e despejos, respetivamente.

O BP dispõe de 2 blocos operatórios, que até ao findar do estágio não se encontraram em funcionamento por falta de anestesistas alocados somente ao serviço, assim sendo, os partos por cesariana eram realizados no bloco operatório central do hospital. Apresenta um berçário equipado com materiais necessários à prestação de cuidados ao recém-nascido (RN), se aplicável; apresenta uma área central onde os EEESMO's realizam os registos informáticos, preparam a terapêutica, realizam a passagem de turno e verificam todos os registos cardiotocográficos. Por fim, dispõe de 4 salas de parto individualizadas e equipadas para a realização de partos por via vaginal, eutócicos e distócicos por fórceps ou ventosa e para a prestação de cuidados imediatos ao RN.

O hospital é um ambiente desconfortável para a maioria das mulheres e pessoas significativas. As rotinas institucionais nem sempre são sensíveis à manutenção da privacidade, contribuindo na perda de autonomia e no aumento dos níveis de *stress* interferindo no decorrer do trabalho de parto (Almeida, 2017). Posto isto, saliento que as salas de parto individualizadas no BP transmitem à mulher segurança e privacidade, promovendo um ambiente tranquilo.

A iluminação nas salas de parto no BP pode ser natural e realizada pelas janelas com recurso a estores, promovendo a privacidade e a regulação da intensidade luminosa. Outro aspeto da estrutura física é a casa de banho individualizada com acesso ao duche. O uso de duche durante o trabalho de parto e a iluminação natural promovem o bem-estar psicológico e confere o aumento significativo de sentimentos de conforto e relaxamento (Almeida, 2017; Jenkinson et al., 2014).

Em relação ao circuito existente no serviço, a grávida/parturiente é inicialmente triada no SUOG, onde é observada primeiro pelo EEESMO e seguidamente pelo médico obstetra que efetua a admissão clínica. Posteriormente a grávida/parturiente é encaminhada para o BOO onde é apresentada ao EEESMO que irá ficar responsável pela sua admissão e restante prestação de cuidados especializados nesse turno.

A metodologia de trabalho adotada pela equipa de enfermagem é o método individual, fomentando uma relação de confiança com a mulher e pessoa significativa, na medida que, apenas um EEESMO presta todos os cuidados especializados necessários.

O BOO disponibiliza uma visita guiada pré-natal às mulheres e pessoas significativas tendo como finalidade minimizar a ansiedade e o *stress*; promover a participação no parto; instruir de conhecimentos específicos para o momento do parto e aumentar a qualidade de excelência na prestação de cuidados no serviço.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

Neste capítulo é realizada a análise individual, crítica e reflexiva do estágio IV face aos objetivos específicos propostos, às atividades desenvolvidas bem como os recursos utilizados. A síntese de registo de atividades práticas desenvolvidas durante o percurso académico, encontra-se em anexo (Anexo I).

Os cuidados de saúde de qualidade são definidos pela Organização Mundial de Saúde ([OMS], 2020) como eficazes, seguros, centrados na pessoa, oportunos, equitativos, integrados e eficientes. O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2022) refere que a qualidade em saúde é um objetivo multiprofissional do EEESMO, sendo este responsável pelos cuidados especializados devendo considerar os padrões de qualidade: a satisfação da/o(s) cliente(s); promoção da saúde; prevenção de complicações; autocuidado, autocontrolo e mestria; readaptação funcional às novas condições de saúde e organização dos cuidados em enfermagem especializados em SMO (Cerejeira et al., 2022).

Face ao supracitado, a realização do projeto de aprendizagem no início do estágio foi fulcral para uma esquematização e estruturação das atividades a realizar, permitindo a implementação e consecução de intervenções de enfermagem especializadas seguras, qualificadas, organizadas e eficazes, tendo em vista uma prestação de cuidados seguros à mulher.

A análise crítica e reflexiva do estágio tem em consideração o projeto individual de aprendizagem realizado, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento nº 391/2019, de 3 de maio de 2019).

Para que a compreensão e a leitura do relatório seja acessível e adequada, o presente capítulo encontra-se organizado e dividido pelos objetivos propostos para o estágio.

2.1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

No projeto de aprendizagem optou-se por delinear e diferenciar as competências específicas comuns do enfermeiro especialista no exercício da ESMO, face às competências específicas do EEESMO. Esta esquematização permitiu uma análise adequada acerca dos cuidados especializados prestados no decorrer do estágio.

É fulcral esclarecer que, de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019), o enfermeiro especialista é detentor de competências humanas, científicas e técnicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de enfermagem que lhe é atribuída. É igualmente dotado de competências comuns que são aplicáveis em diversos contextos de prestação de cuidados de saúde (Ordem, 2019a).

As competências comuns do enfermeiro especialista integram-se no domínio da responsabilidade ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

No decorrer do estágio em ESMO na sala de partos, procurou-se por desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais, tendo em atenção aos domínios supracitados no exercício da enfermagem em SMO.

Objetivo específico (I): Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais face aos princípios éticos, profissionais e legais, no exercício da Enfermagem de saúde materna e obstétrica

A atividade: respeito pelos valores, crenças, costumes e etnia da mulher/filho/família, abstendo-me de juízos de valor; o respeito pela dignidade, autonomia e autodeterminação; são premissas fulcrais na prestação de cuidados especializados e no estabelecimento de uma relação terapêutica na Sala de Partos. Deste modo, o EEESMO dá relevância às expectativas da mulher e família face ao parto e ao papel maternal/paternal, capacitando-os na tomada de decisão.

Neste sentido, Lamúria (2019) e Nicoloro et al. (2017) evidenciam a importância do estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz, dado que promove a capacidade da

tomada de decisão livre e esclarecida, a aceitação da transição para a maternidade/paternidade permitindo um olhar para o futuro com significado.

Após uma reflexão crítica acerca das atividades: validação do consentimento da mulher/família antes da realização de qualquer procedimento; a comunicação no que consiste cada procedimento de forma clara e organizada, são cruciais na prestação de cuidados especializados. Numa perspetiva pessoal, a implementação destas atividades permitem o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia com as mulheres; possibilita a gestão dos medos, ansiedade e receios; proporciona a integração das mulheres no seu processo de saúde e, deste modo, garante o respeito pela autonomia e tomada de decisão.

Neste estágio houve a oportunidade de prestar cuidados especializados a mulheres dos continentes da Ásia, África, Europa e América (Norte e Sul), sendo que o número de cuidados prestados a mulheres/famílias de nacionalidade portuguesa eram equivalentes aos cuidados prestados a mulheres/famílias de outras nacionalidades. Atualmente, vivemos num processo de globalização que exige a compreensão do impacto da migração nos cuidados de saúde e para ESMO, torna-se necessário uma atualização e articulação das políticas e estratégias em saúde tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde.

Face ao supracitado, a barreira linguística e a articulação dos conhecimentos teóricos e a sua especificidade tornaram-se o principal obstáculo para uma correta transmissão de informação dos direitos e serviços de saúde disponíveis no ambiente hospitalar e comunidade. No entanto, com o decorrer do estágio esta dificuldade foi colmatada, uma vez que se procurou adaptar a transmissão da informação face à literacia em saúde das mulheres/famílias no âmbito do trabalho de parto e parto; falar a língua inglesa, sendo esta considerada a linguagem mundial. As competências pessoais no recurso à língua inglesa foram fundamentais. Em caso de necessidade, recorreu-se ao Google Tradutor como ferramenta/estratégia de comunicação e por fim, utilizou-se a comunicação não verbal para facilitar a comunicação.

Torna-se pertinente investir na literacia em saúde das mulheres no âmbito da SMO em virtude de melhorias significativas na sua saúde e conseqüentemente nos ganhos em saúde. Neste contexto de estágio, procurou-se por basear os cuidados especializados

prestados numa abordagem holística devido às particularidades de cada mulher/família; promovendo a corresponsabilização destes e fomentando a sua autonomia e compromisso.

Objetivo específico (II): Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais face ao domínio da melhoria contínua da qualidade, no exercício da Enfermagem de saúde materna e obstétrica

O conhecimento da missão, visão e valores do serviço são fulcrais na prestação de cuidados enquanto estudante CMESMO, uma vez que é necessário ter conhecimento das exigências organizacionais da instituição e do serviço. No decorrer do estágio consultaram-se as normas e os protocolos preconizados no BOO tendo por objetivo atuar em conformidade com o serviço e para que os cuidados especializados prestados à mulher/RN/família fossem uniformizados e eficazes.

No primeiro dia de estágio, a receção foi feita pela enfermeira cooperante que realizou uma visita guiada pelo BOO, o SUOG e os serviços adjacentes, nomeadamente o serviço de neonatologia, o internamento de obstetrícia e o bloco operatório central, demonstrando a disposição do local, a estrutura física, bem como a organização e a metodologia utilizada. A realização desta visita foi importante para compreender o percurso que a mulher/RN/família realizam na instituição desde a admissão até ao seu encaminhamento para os outros serviços.

Tendo em conta as características específicas de cada mulher/RN/família, planearam-se os cuidados adequadamente de modo a identificar as suas necessidades, promover momentos de educação para a saúde tendo como objetivo dar resposta às suas dúvidas, como também adquirir uma gestão eficaz e adequada do tempo.

Comparativamente aos outros estágios a duração do estágio foi um fator limitativo na integração da equipa disciplinar (estágios com duração entre 4 a 6 semanas), contudo devido à duração do estágio IV ser superior aos outros (20 semanas), julgo que o acolhimento pela equipa multidisciplinar do BOO e a integração realizada gradualmente, foram favorecedoras dum adequado conhecimento e integração no serviço. Conhecer os diferentes profissionais de saúde e a sua área de intervenção permitiu uma melhor compreensão da dinâmica do serviço.

A equipa multidisciplinar disponibilizou-se sempre no esclarecimento de dúvidas que surgiam, demonstrou interesse em promover o máximo de experiências profissionais e preocupou-se sempre com a dimensão do bem-estar ao longo do estágio.

Enfatiza-se a relação de assertividade, confiança e de cooperação estabelecida com a enfermeira cooperante ao longo do estágio. A sua disponibilidade foi fulcral na integração na equipa multidisciplinar, como também na permuta de conhecimentos teóricos, práticos e no esclarecimento de dúvidas.

O ambiente de trabalho influencia os comportamentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde, tendo repercussões na prestação e qualidade dos cuidados. Assim sendo, torna-se imprescindível uma boa comunicação entre a equipa multidisciplinar, uma vez que, é frequente ocorrem situações emergentes e com necessidade de uma rápida atuação e articulação entre os elementos. Herculano (2022) corrobora, afirmando que o diálogo entre a equipa multidisciplinar apresenta resultados benéficos, éticos e organizacionais desejados, contribuindo na promoção e segurança da qualidade de cuidados de saúde prestados.

No projeto de aprendizagem propôs-se como atividade a realização, no mínimo, de 2 turnos no SUOG. Evidencia-se a importância de prestar cuidados no contexto do serviço de urgência, dado que, permite compreender os motivos que levam as mulheres à urgência; perceber a dinâmica do serviço entre a equipa multidisciplinar; adquirir competências no que respeita à realização da triagem de *Manchester*; aprofundar conhecimentos de patologias/complicações/situações da área ginecológica em diversas faixas etárias; despistar complicações associadas à gravidez; realizar ensinamentos adaptados às necessidades das utentes; realização do registo cardiotocográfico e inserção do mesmo no programa *Omniview*®.

Tendo em vista o objetivo supramencionado e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados prestados, procurou-se um processo contínuo de atualização de todas as orientações da DGS, nomeadamente: “Cuidados de saúde durante o trabalho de parto” nº002/2023 publicada a 10/05/2023.

A demonstração de iniciativa, interesse e proatividade no decorrer do estágio, foi favorável decorrente da aquisição do maior número de experiências profissionais.

Objetivo específico (III): Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas no domínio da gestão de cuidados, no exercício da Enfermagem de saúde materna e obstétrica

A aquisição de competências a nível da gestão foram uma mais-valia no meu percurso profissional enquanto futura EEESMO. Rodrigues et al. (2019) afirmam que uma correta gestão dos recursos humanos e materiais, possibilitam uma maior eficiência e eficácia na prestação de cuidados.

A dotação segura é um tema fulcral na área de enfermagem, sendo necessário a adequação dos recursos de enfermagem existentes às necessidades dos clientes e profissionais, tendo impacto direto na excelência e eficiência organizacional (Poeira et al., 2018). No serviço, a gestão dos recursos humanos preconiza 3 enfermeiros na prestação de cuidados especializados em cada turno (manhã, tarde e noite) sendo afeto ao SUOG: 1 ESSMO e ao BOO: 2 EEESMO's como dotações seguras para uma prestação de cuidados especializados seguros.

A demonstração de interesse à enfermeira cooperante e à enfermeira gestora para a realização de uma reunião/momento de aprendizagem com o objetivo da aquisição de competências a nível da gestão de recursos humanos e materiais do BOO foi previsto. Devido à incompatibilidade de horários e de trabalho, não foi possível a reunião com a enfermeira gestora. Contudo, a enfermeira cooperante é o segundo elemento da equipa multidisciplinar de enfermagem, sendo que houve a oportunidade de a acompanhar em diversos momentos de aprendizagem face à gestão de recursos humanos e materiais do serviço BOO.

Devido à situação atual do SNS no âmbito da SMO, em Portugal, foi criado o programa “Nascer em Segurança no SNS” tendo sido realizadas contingências no funcionamento normal das maternidades. A maternidade onde este estágio foi realizado detinha dias agendados para o seu encerramento, sendo necessário a gestão dos recursos humanos nos dias que se encontrava encerrado ou aberto, garantido os padrões de qualidade de desempenho, expectativas para a segurança dos clientes e no bem-estar dos profissionais.

A contingência da maternidade revelou-se um obstáculo na gestão dos cuidados especializados prestados às parturientes, implicando a ausência no local de estágio por

dias consecutivos. Esta situação acarretou repercussões negativas no estabelecimento da confiança, potenciava sentimentos de ansiedade e dificultava a aquisição de competências técnicas, relacionais e cognitivas necessárias à conclusão da UC. Contudo, o ser uma pessoa que se considera resiliente, permitiu um esforço diário contínuo para não possibilitar que esta situação fosse um obstáculo no decorrer do estágio.

No início do estágio houve dificuldade na adaptação à rotina do BOO, assim como na gestão e priorização de cuidados especializados a prestar às parturientes que foi colmatada com o decorrer do estágio. Após uma reflexão sobre esta adversidade, a dificuldade sentida deveu-se por exercer atualmente funções laborais num serviço de medicina, com prestação de cuidados de enfermagem gerais ao adulto e ao idoso em contexto de doença. A gestão de tempo e dos cuidados de enfermagem no serviço de medicina é diferente de um BP, uma vez que, no internamento existem rotinas de trabalho e no bloco de partos não, caracterizando-se como imprevisível.

Os registos de enfermagem eram informatizados e realizados no programa *SClínico*®. A realização de registos informaticamente tem como objetivo uniformizar os registos, diminuir o consumo de papel a nível hospitalar, reduzir o tempo gasto em tarefas burocráticas e apresentam uma maior legibilidade na informação (Bailas, 2016).

No âmbito da manipulação do programa *SClínico*® e no sistema informático *Glintt*®, não existiram dificuldades na sua utilização, dado que são os mesmos programas existentes no serviço de exercício laboral. Foi somente necessário a adequação dos focos e intervenções de enfermagem no contexto de SMO.

O sistema informático *OBTraceview*® é um sistema que se encontra ligado a uma central no BOO que permite a visualização e monitorização dos traçados cardiotocográficos das mulheres que se encontravam no SUOG e das parturientes internadas. Considera-se pertinente este programa, uma vez que, integrava o partograma permitindo que toda a equipa multidisciplinar tivesse acesso e conhecimento da progressão do trabalho de parto (TP).

Objetivo específico (IV): Desenvolver competências técnicas, relacionais e cognitivas no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no exercício da Enfermagem de saúde materna e obstétrica

A realização do projeto de aprendizagem foi fulcral na estruturação e esquematização das atividades a serem realizadas no estágio facilitando o desenvolvimento das aprendizagens profissionais e na organização das intervenções de enfermagem especializadas a serem prestadas às mulheres, tendo em vista a melhoria contínua dos cuidados.

No decorrer do estágio utilizou-se a evidência científica atualizada recorrendo ao estudo autónomo das matérias lecionadas no âmbito de sala de aula e à pesquisa bibliográfica. No entanto, a discussão e a reflexão de conhecimentos teóricos-práticos de casos clínicos e o esclarecimento de dúvidas com a enfermeira cooperante e equipa multidisciplinar foram fulcrais na promoção do pensamento crítico, na aquisição de confiança, disponibilidade e sensibilidade na prestação de cuidados prestados à mulher.

Enquanto estudante do 8º CMESMO e no âmbito do objetivo supramencionado, foi realizada uma sessão de formação acerca da área temática em estudo “Intervenções do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica na prevenção do trauma perineal no 2º estadio do trabalho de parto”, apresentando os resultados dos artigos encontrados para a elaboração da *scoping review* (Apêndice II).

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

As competências específicas do enfermeiro especialista na área de saúde materna e obstétrica é conhecida no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento nº 391/2019, de 3 de maio de 2019). O EEESMO assume como competências específicas: a responsabilidade por cuidar da mulher inserida na família e na comunidade no processo de saúde/doença, nos seguintes contextos de intervenção: planeamento familiar e preconcepcional; gravidez; parto; puerpério; climatério e comunidade (Ordem, 2019).

Objetivo específico (V): Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de saúde

materna e obstétrica à mulher grávida/parturiente e pessoa significativa no serviço de bloco operatório obstétrico no momento da admissão/acolhimento

As mulheres consideram o parto como um evento importante e significativo na sua vida, no entanto, sentimentos como o medo e a ansiedade podem influenciar negativamente a sua vivência e perceção do parto (Mello et al., 2021). Percecionou-se que a admissão/acolhimento da mulher e/ou pessoa significativa no BOO surge como um cuidado especializado que se deve prestar atenção e que maioritariamente é desvalorizado pelos profissionais de saúde.

A admissão é caracterizada pelo ato de admissão hospitalar, mas é neste contexto que o EEESMO adquire um papel fundamental tornando-se num agente facilitador na adaptação à hospitalização. Neste sentido, procurou-se por compreender o estado emocional da mulher; criar condições favoráveis à expressão de dúvidas e medos da mulher/pessoa significativa; diminuir os sentimentos gerados pela incerteza, ansiedade e experiências negativas anteriores. Numa perspetiva pessoal, estas intervenções permitem a capacitação da mulher/pessoa significativa no processo do TP e facilitam a transmissão de informação sobre os aspetos organizacionais da instituição, tais como: entradas e saídas do serviço, organização física do serviço, regras instituídas no serviço, entre outras.

A presença da pessoa significativa no trabalho de parto potencia uma experiência de parto positiva, posto que, proporciona apoio emocional e sentimentos de segurança e conforto à mulher (OMS, 2018; Santos et al., 2015). Na admissão devem atender-se às necessidades individuais numa perspetiva holística que integre a pessoa significativa; conceder espaço para escolhas informadas; empoderar e promover a autoconfiança no parto e parentalidade. O EEESMO contribui de forma significativa na construção do papel ativo e participativo da pessoa significativa em todo o processo de gravidez e parto (Balica & Aguiar, 2019; Gama, 2015).

A avaliação inicial é de extrema importância na realização de um processo de enfermagem individualizado permitindo ao profissional de saúde realizar os diagnósticos de enfermagem; planear as intervenções, implementar e avaliá-las (Santos et al., 2018). Por conseguinte, permite antever e prevenir situações de risco para a mulher e feto.

À parte do acima citado, julga-se de extrema importância na admissão hospitalar a identificação de parturientes com antecedentes pessoais psiquiátricos. O período

gravídico é considerado de alto risco para o desenvolvimento de patologias do foro psiquiátrico, nomeadamente, a depressão e ansiedade devido às alterações físicas, hormonais e emocionais vivenciadas pela mulher (Falana & Carrington, 2019; Nascimento et al., 2022). Considera-se que as patologias do foro psiquiátrico constituem um fator de dificuldade acrescida em termos comunicacionais dificultando o estabelecimento de uma comunicação eficaz e de uma relação de confiança entre o EEESMO e a parturiente.

O plano de parto revela-se como um projeto de nascimento elaborado pela mulher e/ou casal, sendo valorizado pela equipa multidisciplinar, a que pessoalmente de seu relevo. O documento era lido, discutido e ajustado no momento da admissão, tendo em vista a dinâmica do BOO e o reconhecimento das preferências e escolhas éticas e morais da mulher e pessoa significativa. Quando não dispunham de plano de parto, procurava-se explicar todas as intervenções, negociar e construir um plano de parto verbal.

Durante a admissão da parturiente no BOO era iniciada a monitorização eletrónica fetal através da cardiotocografia (CTG), que consiste na monitorização da frequência cardíaca fetal e da contratilidade uterina, sendo um instrumento fundamental para a prestação de cuidados à parturiente no decorrer do TP. Sentiu-se dificuldade na sua interpretação no início do estágio, porém foi colmatada através do estudo autónomo e na discussão de dúvidas com a enfermeira cooperante.

Objetivo Específico (VI): Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de saúde materna e obstétrica à mulher grávida e pessoa significativa no serviço de bloco operatório obstétrico em situações de interrupção médica da gravidez/aborto

No cuidado à mulher em situação de interrupção médica da gravidez (IMG) ou aborto, o EEESMO assume intervenções específicas na vigilância hemodinâmica da mulher e no diagnóstico/prevenção de complicações, mas também se encarrega do suporte emocional da mulher e/ou pessoa significativa.

A perda gestacional é uma experiência pessoal e única afetando a mulher e/ou pessoa significativa de um modo diferente, exigindo um processo de luto complexo. Nestas situações considera-se primordial que o EEESMO providencie disponibilidade,

sensibilidade, empatia e escuta ativa no decorrer da sua prestação de cuidados especializados ao casal, permitindo que estes sintam algum conforto com o desfecho da sua gravidez e que consigam gerir sentimentos de expectativa/realidade, culpa, tristeza, ansiedade, entre outros. Morgado (2021) afirma que a mulher fica emocionalmente e fisicamente frágil, necessitando de suporte e de reconhecimento do seu processo de luto por parte do profissional de saúde.

No decorrer do estágio existiram poucas oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências face às situações de IMG ou aborto, uma vez que, não foram situações frequentes quando estava presente no local de estágio. Deste modo, considera-se que é um aspeto em que se necessita de adquirir mais competências e aptidões na conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de apoio à mulher e/ou pessoa significativa.

Objetivo Específico (VII): Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de saúde materna e obstétrica à mulher grávida e pessoa significativa no serviço de bloco operatório e obstétrico durante o trabalho de parto (1º Estadio)

O primeiro estadio de TP é caracterizado pela OMS no documento denominado “Cuidados durante o parto para uma experiência de parto positiva” por duas fases, nomeadamente: a fase latente que compreende o apagamento do colo uterino e o início da dilatação até aos 5cm e a fase ativa que se inicia dos 5cm de dilatação até à dilatação completa (OMS, 2018).

O toque vaginal (TV) é um procedimento importante no âmbito do exercício profissional do EEESMO, permitindo uma adequada avaliação das fases do primeiro estadio do TP. Existiu sempre a preocupação na limitação do número de TV realizados quer pela predisposição do risco infeccioso, quer pelo comprometimento da privacidade da mulher, sendo esta uma necessidade e um direito do ser humano. Este procedimento é encarado pela parturiente como desconfortável pela dor sentida e pela invasão de privacidade, como tal, considera-se que se deve manter a dignidade e integridade da mulher, tornando-se indispensável a manutenção da sua individualidade em ambiente hospitalar.

A satisfação do parto relaciona-se como este é vivenciado, sendo que a percepção da parturiente é influenciada por diversos fatores como: tipo de parto; expectativas anteriores ao parto; paridade; tipo de analgesia; dor; participação no seu processo de cuidados; a atitude e apoio pela pessoa significativa e/ou profissionais de saúde (Costa et al., 2012; Vaz et al., 2022).

A ingestão de alimentos e líquidos foi identificado como desejo da parturiente durante o TP, pelo que foram oferecidos líquidos e gelatinas consoante a evolução do TP, segundo o protocolo da instituição e a orientação da DGS nº 002/2023.

Considera-se que as intervenções especializadas do EEESMO e a comunicação estabelecida no primeiro estadio do TP tem um papel crucial na satisfação e experiência de parto positiva. A comunicação no TP é de extrema importância, incentivando a parturiente e a pessoa significativa a participarem no seu processo de cuidados e na tomada de decisão livre e esclarecida (Fatias & Tinoco, 2016). Assim sendo, prestaram-se cuidados no 1º estadio do TP à luz da gestão das expectativas, medos, receios e vontades do casal através da elaboração de um plano de cuidados individualizado no qual fosse possível dar resposta às suas necessidades.

As patologias da gravidez, nomeadamente, a hipertensão gestacional; a gravidez pré-termo; a diabetes gestacional; a pré-eclâmpsia; as perturbações mentais; os extremos da idade reprodutiva e os casos sociais críticos como gravidez na adolescência e rejeição da criança foram as situações mais desafiantes e exigentes em termos teórico-práticos no primeiro estadio.

A prestação de cuidados a parturientes adolescentes foram dos episódios mais marcantes numa perspetiva profissional e pessoal. É na fase da adolescência que acontecem diversas transformações biológicas, psicológicas, de vulnerabilidade e de experimentação. A atividade sexual nesta fase inicia-se cada vez mais precocemente tendo consequências como: prevalência de infeções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada (Amaral et al., 2017; Azevedo et al., 2015).

Perceciona-se que esta população detém características específicas sendo importante a utilização de estratégias adequadas com o propósito de facilitar o processo de transição para a maternidade, uma vez que, a adolescente que decide ser mãe deverá desempenhar tarefas e papéis dos quais poderá não estar preparada psicologicamente e

socialmente. Assim sendo, realizaram-se cuidados específicos isentos de julgamentos; equidade nos cuidados; respeito pelas suas escolhas, autonomia e autodeterminação. Esta situação foi importante na aquisição de competências cognitivas, técnicas e relacionais neste estágio, no entanto, considera-se que o EEESMO tem um papel basilar no âmbito dos cuidados de saúde primários face a esta problemática, no contexto de consultas de planeamento familiar.

A dor é uma experiência subjetiva e as intervenções do EEESMO no alívio da dor no TP são importantes no primeiro estadio. É da competência do EEESMO prover de estratégias para a parturiente conseguir lidar com a dor do TP, devendo ser sensível para a individualidade de cada mulher (Monteiro, 2022). Foi perceptível durante o estágio que o alívio da dor contribui para o bem-estar físico, psíquico e emocional da parturiente. Como tal, o EEESMO deve prestar um acompanhamento individualizado e personalizado garantido uma experiência positiva do TP.

Atendendo às necessidades da mulher, promoveu-se um ambiente seguro e tranquilo, utilizando estratégias não farmacológicas para o alívio da dor: aplicação de calor local; técnicas de respiração; deambulação e liberdade de movimentos; massagem; utilização de bola de pilates no chão e no leito. A liberdade de movimentos e as posições verticalizadas são também consideradas como facilitadoras na progressão do TP. No local de estágio, destaca-se a importância do registo cardiográfico contínuo por *wireless*, sendo imprescindível na mobilidade da parturiente ao longo do TP.

A OMS (2018) recomenda a adoção de posições verticais e a deambulação em mulheres de baixo risco para o encurtamento do primeiro estadio do TP, reduzindo a taxa de partos instrumentados, cesarianas e trauma perineal. Todavia, no contexto clínico, a analgesia epidural era o método eleito das parturientes para o alívio da dor no TP e como efeitos secundários causava o entorpecimento dos membros inferiores e o risco de hipotensão, sendo motivo para que a mulher permanecesse em repouso no leito maioritariamente durante o TP.

Verificou-se que as parturientes que não frequentaram cursos de preparação para o parto durante o período pré-natal e parturientes de outras nacionalidades não detinham conhecimentos sobre a técnica analgesia epidural para o alívio da dor do TP. E igualmente, esta analgesia era solicitada pelas parturientes, em consequência do medo e

ansiedade sentida face à possibilidade de ocorrência de trauma perineal no 2º estadio de TP e desfecho do parto.

Num olhar pessoal, as situações supramencionadas estão associadas à desinformação e baixa literacia em saúde, apesar de se viver atualmente numa era digital em que a informação se encontra acessível na internet. A literacia em saúde é definida como o processo que ocorre quando existe informações precisas de saúde e serviços que as pessoas podem facilmente encontrar, compreender e utilizar na tomada das suas decisões e ações traduzindo-se em benefícios para a saúde individual e pública (Carvalho et al., 2020; *Department of health and human services*, 2019). Neste sentido, a baixa literacia em saúde tem repercussões no empoderamento da parturiente, impedindo-a de efetuar escolhas informadas no seu processo de TP.

Neste estadio do TP foi possível adquirir um elevado número de experiências profissionais e pessoais. As maiores dificuldades sentidas constituíram-se ao nível da identificação da dilatação e apagamento do colo do útero; a diferenciação da fase latente da fase ativa; na identificação dos planos de Hodge e na identificação da variedade fetal. O ganho de autonomia; a aquisição de competências técnicas e teóricas; a capacidade para lidar com situações imprevisíveis permitiram que as dificuldades fossem ultrapassadas.

A variedade de experiências vivenciadas permitiram o desenvolvimento de competências no âmbito do diagnóstico precoce, na prevenção de complicações durante o TP e na promoção da saúde, tendo em consideração os princípios éticos e deontológicos, respeitando as normas legais e os direitos humanos.

Objetivo Específico (VIII): Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de saúde materna e obstétrica à mulher grávida e pessoa significativa no serviço de bloco operatório e obstétrico durante o trabalho de parto (2º Estadio)

O segundo estadio do trabalho de parto, designado de período expulsivo, inicia-se na dilatação completa até à expulsão do feto (OMS, 2018). Não é possível definir a duração deste estadio, uma vez que, varia de mulher para mulher. No entanto, considera-se que para nulíparas sem analgesia epidural, este período pode durar até duas horas e em

multíparas até uma hora. Caso ocorra a realização de analgesia epidural, admite-se mais uma hora em cada uma das situações (Gill et al., 2022).

Segundo a orientação nº002/2023 da DGS, o período expulsivo é dividido em duas fases: a latente e ativa. A fase latente decorre entre o momento que é detetada a dilatação completa até ao início dos esforços expulsivos. E a fase ativa o intervalo de tempo que decorre desde o início dos esforços expulsivos até ao nascimento completo do feto.

O cuidado recebido pela parturiente durante o segundo estadio do TP gera repercussões negativas ou positivas na mulher e pessoa significativa. É fulcral humanizar o atendimento reconhecendo a sua individualidade, estabelecer vínculos e compreender a capacidade de lidar com o processo do nascimento (Barros et al., 2022). Considera-se que o EEESMO assiste a parturiente ao transmitir confiança e coragem; promover o reforço possível e um ambiente calmo e elogiar o esforço.

Constatou-se que o facto de a parturiente apresentar dilatação completa, não era sinónimo que o feto estaria para nascer. A avaliação da bacia materna, a descida da apresentação fetal, a posição e variedade cefálica eram dificuldades sentidas no início do estágio. Com o decorrer do mesmo e com o aumento de oportunidades de aprendizagem/experiência, esta dificuldade foi colmatada.

A posição de litotomia continua a ser a mais utilizada, apesar de vários estudos demonstrarem que as posições verticalizadas no período expulsivo reduzem a sua duração e facilitam a descida da apresentação fetal (Monteiro, 2022; Silva et al., 2015). Nos partos realizados, na fase latente, houve a oportunidade de experienciar as mulheres a realizarem esforços expulsivos espontâneos em diversas posições: de dois apoios (em pé sob o leito, de cócoras), quatro apoios e lateralizadas no leito.

A OMS (2018) e a orientação da DGS nº 002/2023 recomendam que a parturiente, na fase ativa do segundo estadio, adote a posição que preferir. No entanto, a posição de litotomia era maioritariamente adotada. Nos partos realizados e procurando contrariar a posição de litotomia, procurou-se implementar a elevação da cabeceira da marquesa permitindo que a parturiente ficasse numa posição mais vertical, em *semi-fowler/fowler*.

Neste estadio, verificou-se que muitas das mulheres necessitam de orientações sobre o período expulsivo. As parturientes apresentavam pouco autocontrolo e adotavam uma atitude passiva na tomada de decisões. Antevendo o exercício profissional como

EEESMO, esta situação levanta preocupação, pelo que aquando da admissão de parturientes no BP, avaliou-se se as mulheres participaram nos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) durante o período pré-natal, todavia observou-se uma fraca adesão das mulheres.

Esta constatação sugere que nos cuidados de saúde primários face aos CPPP existe um longo caminho a percorrer para incentivar a participação das mulheres grávidas nos cursos, pois estes promovem o empoderamento da mulher quanto à tomada de decisão durante o parto; proporcionam conhecimento e habilidades para que as mulheres possam gerir o seu TP e parto; e garantem uma experiência de parto satisfatória (Maia, 2018; Pais, 2022).

No findar do estágio e após os 40 partos eutócicos assistidos, registou-se a ocorrência de 6 períneos íntegros, 5 lacerações de grau I, 13 lacerações de grau II e a realização de 19 episiotomias. Podendo equacionar-se que a experiência técnica na assistência ao parto desenvolvida num contexto de aprendizagem possa ter tido alguma implicação no trauma perineal das parturientes e nos resultados obtidos, verificou-se que outros fatores influenciaram os desfechos ligados ao períneo no parto, nomeadamente: somente 5 parturientes detinham um plano de parto; 9 frequentaram CPPP; 14 parturientes de outras etnias, maioritariamente, indiana; algumas parturientes eram vegetarianas, o que predizer um risco acrescido de trauma perineal, ainda que sendo discutível e 19 parturientes tinham idade materna superior a 35 anos.

Tendo noção que a ocorrência do trauma perineal depende de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos como as características maternas, obstétricas e fetais, atenta-se que neste âmbito é fulcral a adesão das parturientes na participação de CPPP, sendo essencial na tomada de decisão e numa perspetiva antecipatória no que se refere ao projeto de saúde relativo ao parto.

A realização das episiotomias corresponde a 47,5% dos partos realizados. Ir ao encontro das recomendações da OMS (2018) foi um fator norteador, a mesma aconselha a não realização de episiotomias rotineiramente, no entanto, a tomada de decisão acerca da execução do procedimento foi ponderada adequadamente, sob supervisão da enfermeira cooperante.

Foi realizada uma formação em serviço para a equipa multidisciplinar acerca dos resultados obtidos no estudo. A formação em serviço possibilita a aquisição de competências; conhecimento; construção de autonomia tendo em vista melhorar a qualidade dos serviços prestados (Duarte et al., 2019; Ferreira & Rocha, 2022).

Neste processo de aprendizagem, procurou-se prevenir, vigiar e conduzir o TP tendo em vista a prevenção de um parto distócico, contudo em algumas situações aconteceram partos deste tipo: 10 partos por ventosa e 1 parto por fórceps. Neste sentido, conseguiu-se compreender e identificar situações desviantes do que é considerado normal ou esperado num parto eutócico, reconhecendo os cuidados especializados do EEESMO perante essas situações. Posto isto, considera-se que adquiriram competências técnicas e teóricas neste âmbito.

Assume-se que este objetivo foi o cerne deste estágio, sendo que as maiores dificuldades técnicas se centraram neste estágio. Tal como referido anteriormente, a contingência do fecho alternado da maternidade dificultou na aquisição de competências técnicas na assistência ao parto, estando largos períodos de tempo sem assistir a nenhum parto eutócico, causando sentimentos de medo, ansiedade, *stress* e incapacitação. Porém, foi um processo gradual para o ganho de autonomia e confiança.

Objetivo Específico (IX): Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de saúde materna e obstétrica à mulher grávida e pessoa significativa no serviço de bloco operatório e obstétrico durante o trabalho de parto (3º Estádio)

O terceiro estágio do trabalho de parto denomina-se de dequitação, inicia-se pela expulsão do feto até à expulsão da placenta. Existem dados que permitiram identificar corretamente a dequitação, nomeadamente: visualização da elevação do útero na porção inferior do abdómen; a mudança da forma do útero de discoide para ovoide à medida que a placenta se desloca para o segmento inferior; o alongamento visível do cordão umbilical com a descida evidente do local clampado pela pinça para o introito vaginal e a saída de sangue pela vulva (Fatia & Tinoco, 2016).

No decorrer do estágio adotaram-se as duas condutas durante a fase de dequitação: atitude expectante/fisiológica e a gestão ativa. Inicialmente assumiu-se uma

atitude expectante, se as perdas sanguíneas não fossem excessivas, não sendo realizado nenhuma manobra ou administração de terapêutica. No entanto, a vigilância era crucial, uma vez que, quanto mais tempo a placenta demorasse a descolar, maior era o risco de Hemorragia Pós-Parto (HPP). Graça (2017) afirma que o profissional de saúde deve adotar uma atitude expectante respeitando o tempo fisiológico de cada parturiente, podendo-se aguardar até de 10 minutos a 1 hora, se não existir situações de risco.

A gestão ativa envolve a administração de uterotônicos, nomeadamente a administração de ocitocina e a realização da manobra de *Brandt-Andrews* (tração controlada do cordão umbilical simultaneamente com a massagem uterina). Segundo o protocolo hospitalar e após os sinais de descolamento da placenta, era efetuada cuidadosamente a manobra *Brandt-Andrews* para evitar a inversão uterina e o rompimento do cordão.

A administração de ocitocina era realizada somente após a dequitação de modo a garantir a formação do globo de segurança de *pinard* e diminuir a HPP. A OMS (2018) e o *Committee on Obstetric Practice* (2019), recomendam uma conduta ativa no sentido de prevenir a HPP.

Verificou-se que em parturientes múltiplas existia um risco acrescido de HPP, pelo que se procurou proceder a uma avaliação cuidada e atenta. Durante este contexto clínico não se verificou nenhuma HPP, no entanto existiram situações de perdas sanguíneas aumentadas. O EEESMO tem um papel fulcral na identificação das hemorragias aumentadas, atuando em conformidade dentro das suas competências e informando a equipa médica, sendo importante garantir a presença do globo de segurança de *pinard*, visando o despiste precoce de uma atonia uterina e assegurar o estado hemodinâmico da parturiente. Estas situações exigiram a inspeção do canal de parto e a verificação do útero ecograficamente pela equipa médica.

Quando a placenta se exteriorizava pelo canal vaginal, concretizava a manobra *Jacob-Dublin* que consistia na rotação da placenta em torno do seu eixo de modo a garantir uma dequitação completa e sem retenção de membranas. No decorrer do estágio tive a oportunidade de observar e prestar cuidados especializados nos dois mecanismos de dequitação, o mecanismo de *Schultze* e o mecanismo de *Duncan*, permitindo adquirir uma maior confiança na atuação em ambas as situações.

Após a exteriorização da placenta, a verificação do globo de segurança de *pinard* formado e a perda de sangue vaginal consideradas normais, procedia-se à inspeção da placenta. Aconteceu verificar-se a ausência de um cotilédono no leito da placenta, tendo sido necessário comunicar à equipa médica que procedeu à revisão uterina manual do canal de parto com controlo ecográfico.

Neste estadio inicialmente sentiram-se dúvidas na identificação dos níveis de laceração e nos tecidos vaginais, nomeadamente: mucosa vaginal e músculos perineais. Esta dificuldade foi colmatada com o decorrer do estágio. Neste estadio é imprescindível reconhecer que os traumatismos do trato genital, quando graves, também podem resultar num quadro de HPP (OMS, 2014).

No entanto, a maior dificuldade incidiu no procedimento técnico da realização da sutura do traumatismo perineal. Durante o estágio esta situação foi melhorada, dado que conseguiu-se atingir as competências técnicas necessárias na execução da técnica, porém, reconhece-se a necessidade de adquirir mais experiência de modo a aumentar a confiança. Acrescenta-se que inicialmente existia dificuldade em coligar a execução da episiorrafia com a parte relacional com a parturiente. Thelin et al. (2014) verificaram que as EEESMO no início do percurso profissional, focavam os seus cuidados na consecução da técnica e não nas necessidades da parturiente, no entanto, à medida que adquiriram mais experiência esta situação não ocorria. Reconhece-se que a reparação dos traumatismos perineais foi uma dificuldade que exigiu grande investimento e onde a quebra de continuidade de experiências teve impacto.

Objetivo Específico (X): Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de saúde materna e obstétrica à mulher grávida e pessoa significativa no serviço de bloco operatório e obstétrico durante o trabalho de parto (4º Estadio)

O quarto estadio do TP corresponde às duas horas após o parto (Fatia & Tinoco, 2016). Esta fase é caracterizada pela recuperação física da mulher e RN, sendo essencial a manutenção de um ambiente tranquilo, sendo privilegiada a privacidade, conforto e harmonia.

Se bem-estar materno e do RN, no contexto de estágio, são cumpridas e privilegiadas as recomendações da OMS (2018) no que concerne à realização do contacto pele a pele e à amamentação durante a primeira hora de vida. Estas intervenções representam um dos indicadores que integram o projeto “Maternidade com Qualidade”, da Mesa do Colégio da Especialidade de ESMO.

Considera-se este estadio um momento de grande vulnerabilidade emocional para a mulher e para o pai, sendo ambos fortemente afetados pelo nascimento do seu filho e pela reestruturação familiar (José, 2018). Como tal, revela-se de extrema importância a estrutura física do bloco de partos que permite a individualidade e privacidade da mulher, pessoa significativa e RN que, por sua vez, facilita na transição para a parentalidade.

A apreciação geral e obstétrica da puérpera céfalo-caudal, neste estadio, assume particular relevância no despiste de complicações, nomeadamente: instabilidade hemodinâmica; alterações da eliminação vesical; hemorragias pós-parto e trombose venosa profunda.

Uma situação incomum que aconteceu no estágio merece referência. Foi a ocorrência de pré-eclâmpsia no pós-parto, sendo que a puérpera apresentava hipertensão, náuseas e dores epigástricas. Devido ao agravamento clínico, existiu a necessidade de transferência da puérpera para o serviço de unidade de cuidados intensivos. Atento da importância do EEESMO ser dotado de competências técnicas e teóricas, permitindo detetar precocemente situações desviantes do curso normal do parto e pós-parto e que possam afetar o bem-estar materno.

Objetivo Específico (XI): Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de saúde materna e obstétrica à mulher grávida e pessoa significativa no serviço de bloco operatório e obstétrico em situações de emergência médica durante o trabalho de parto

A atonia uterina e o prolapso do cordão umbilical foram situações que não se experienciaram no estágio como situações de emergência médica durante o TP. Não obstante, é crucial que o EEESMO previna complicações e identifique desvios da

normalidade, devendo referenciar situações que estão para além da sua área de atuação (*International Confederation of Midwives*, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Experienciaram-se 3 situações de distócia de ombros (DO), que é uma situação de emergência médica durante o TP. É caracterizada por um problema mecânico durante o parto vaginal onde se observa um retrocesso da cabeça fetal em direção ao períneo, e o ombro fetal posterior, anterior ou ambos, fica retido contra o promontório sacral ou sínfise púbica materna após a exposição cefálica (Borhart & Voss, 2019; Feliciano et al., 2021; Hill et al., 2020). Após a identificação de DO, orientou-se a parturiente para parar os esforços expulsivos e colaborou-se com a equipa multidisciplinar nas manobras para a libertação dos ombros.

O conhecimento das graves consequências que a DO implica no recém-nascido e parturiente, implica que o profissional de saúde esteja atento a fatores de risco aquando a admissão da mulher nomeadamente: diabetes materna, macrossomia fetal (peso do RN superior a 4000gr), obesidade materna e história de DO anterior (Graça, 2010; Lanni & Seeds, 2015; Lyons & McLaughlin, 2020) para que o mais precocemente possível se possa identificar e atuar em conformidade.

Enfatiza-se a importância do trabalho em equipa, revelando-se como uma das competências não técnicas fundamentais nestas situações de emergência obstétrica. A união entre os profissionais de saúde potenciam a prestação de cuidados especializados com qualidade, traduzindo-se numa experiência de parto segura.

Objetivo Específico (XII): Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de saúde materna e obstétrica à mulher grávida e pessoa significativa no serviço de bloco operatório e obstétrico nos cuidados imediatos ao recém-nascido em situação de saúde/doença, inerentes à adaptação à vida extrauterina

Não se verificou nenhum tipo de dificuldade acrescida na aquisição de competências técnicas, cognitivas e relacionais referente ao objetivo específico supracitado.

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESMO, o EEESMO tem que prestar cuidados especializados ao recém-nascido no sentido de

potenciar o desenvolvimento e o crescimento normal (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Relativamente aos cuidados especializados imediatos aos RN não foram identificadas dificuldades no decorrer do estágio.

No estágio observou-se a presença constante da figura paterna demonstrando uma maior visibilidade, interesse e presença durante o parto e no momento do nascimento. No entanto, uma das competências específicas definidas para o EEESMO descritas no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 161/96, alterado pelo Decreto-Lei nº 156/2015) e no Regulamento nº 127/2011 é o cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, pré-concepcional, período pré-natal e pós-natal, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. Apesar de nestes documentos ser abordada a transição para a parentalidade, o pai não é referido como um foco de atenção de enfermagem, sendo as normas centradas nos cuidados à mulher e RN.

Deste modo, fomentou-se a inclusão do pai nos cuidados especializados prestados ao RN no BP, nomeadamente: participação na amamentação; no momento da pesagem ao RN; no vestir a roupa ao bebé e promover o contacto pele-a-pele quando não era possível ser realizado com a parturiente. Estas intervenções, permitiram a inclusão do pai no nascimento do seu filho, capacitando-o para as novas competências parentais, não o cingindo apenas ao papel de apoio da mulher.

Neste estágio contactou-se com uma situação de separação do casal antes do nascimento do bebé, em que o pai esteve presente durante o TP e parto. Considera-se que foi uma dificuldade desenvolver competências e conhecimentos neste âmbito e que fossem facilitadores no processo de transição para a parentalidade. No contexto da transição para a parentalidade e do ciclo vital da família deve-se ter em atenção os estádios da união do casal, sendo importante considerar a parentalidade em famílias de segundos casamentos e situações de separação/divórcio (Tralhão et al., 2020). Assim sendo, identifica-se que o EEESMO deve estar cada vez mais consciente e preparado para estas situações para potenciar sentimentos de autorrealização ao pai e à mãe.

Espera-se que o parto culmine no nascimento de um nado vivo saudável. No entanto, este panorama altamente desejável, nem sempre acontece. Como situação única que ocorreu no estágio, que não é comum, assistiu-se a uma complicação/emergência com

o RN nasceu com um índice de APGAR 9' 10' 10', contudo, 1h30 após o seu nascimento apresentava sinais como: hipotónico; cianótico; bradipneico com respiração irregular e suspiros; não responsivo a estímulos externos. Sendo a primeira profissional de saúde que se encontrava presente, acionou-se a ajuda da equipa multidisciplinar. Esta situação marcou o percurso enquanto estudante e permitiu refletir acerca das competências como enfermeira de cuidados gerais *versus* futura EEESMO. Reconhece-se que, embora enfermeira de cuidados gerais e com conhecimentos teóricos e práticos para atuar em situações de complicações/emergência no adulto/idoso, o facto de ter acontecido num contexto diferente e muito particular permitiu a identificação de limitações face à situação ter sucedido com um RN e de não ter experiência na área de pediatria.

O reconhecimento de competências para gerir as emoções em situações de complicações/emergência, foi difícil de gerir neste acontecimento por se tratar de um bebé, uma vez que contraria a ordem natural do ciclo vital.

3. CONCEPTUALIZAÇÃO DA TEÓRICA DE ENFERMAGEM

De modo a uniformizar a linguagem de conceitos alusivos ao metaparadigma dos cuidados de enfermagem: Pessoa, Saúde, Ambiente e Cuidados de Enfermagem, a **Teoria do Cuidar de Médio Alcance de Kristen Swanson (1991)**, como modelo teórico representante do exercício de cuidar, foi orientadora do percurso formativo.

Sustenta-se a escolha desta teoria como norteadora das ações e pensamentos, na medida que esta teoria sustenta orientações fundamentais para o avanço da **Enfermagem** como ciência, para a investigação e o ensino, como também para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados em contexto clínico. Há muito tempo que o **Cuidar** é um conceito reconhecido como basilar para a Enfermagem (Swanson, 1991).

A Teoria do Cuidar de Kristen Swanson alicerça-se no princípio que Enfermagem é o cuidar do outro, apresentando este conceito em dois grandes pilares: a crença nas pessoas e nas capacidades destas. O metaparadigma é concetualizado como:

A **Pessoa/Cliente** é definida como um ser único; dinâmico; em constante evolução e transformação; capaz de autorreflexão. A Pessoa manifesta-se através dos seus sentimentos, comportamentos, atitudes, emoções e pensamentos, sendo as vivências de cada indivíduo influenciadas por uma complexa inter-relação entre o livre arbítrio, genética e espiritualidade (Swanson, 1991; Swanson, 1993).

O conceito **Ambiente** é remetido para uma definição situacional, abrangendo qualquer contexto que influencia ou é influenciado pela pessoa/cliente, sendo os domínios de influência segundo fatores sociais, culturais, biofísicos e económicos (Oliveira et al., 2018; Swanson, 1991; Swanson, 1993).

A **Saúde** é compreendida como um bem-estar associado à experiência subjetiva da pessoa e repleta do significado que lhe é atribuído por esta. Encontra-se associada à totalidade e integridade do seu ser individual e a capacidade de se exprimir plenamente.

Enfermagem é o cuidado fundamentado na evidência científica, na prática clínica e nos valores dos clientes de enfermagem tendo e vista o bem-estar da pessoa/cliente. O Cuidar é uma forma de relacionamento com o Outro, sendo valorizado por quem o cuida e, por quem tem responsabilidade e um compromisso (Swanson, 1991; Swanson, 1993).

De acordo com a Teoria de Swanson (1991) o cuidar torna-se um conceito basilar que alicerça a intervenção de enfermagem, apresentado por cinco processos que culminam para a promoção do bem-estar da pessoa cuidada, consistindo em: “manter a crença”; “conhecer”; “estar com”; “fazer por” e “possibilitar/capacitar”. A explicitação destes processos de cuidar contextualizada na área da Enfermagem de SMO é apresentada de seguida.

O processo “Manter a crença” consiste no enfermeiro acreditar na Pessoa e nas suas capacidades, permitindo-o encarar para o futuro com significado ajudando-o a favorecer a sua autoestima e a manter uma atitude positiva (Swanson, 1991). Compete ao EEESMO o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz, respeitando as crenças e valores da mulher e/ou pessoa significativa capacitando-os na tomada de decisão livre e esclarecida face ao parto.

“Conhecer” é o processo através do qual o enfermeiro baseia a sua prestação de cuidados conhecendo o contexto, valores, crenças, medos, preferências e atitudes. Deste modo, confere cuidados individualizados e compreende o significado que uma situação implica na vida do Outro. A investigação encontra-se aliada para o desenvolvimento e conhecimento da saúde na sociedade (Swanson, 1991; Swanson, 1993). Considera-se este processo fulcral na situação/problema de Enfermagem em SMO que se identificou, uma vez que, o EEESMO deve centrar-se na pessoa que é cuidada e compreender as consequências que o trauma perineal no 2º estadio do TP implica na qualidade de vida da mulher. Deste modo, é necessário investigar no âmbito da prevenção do trauma perineal, com o propósito de conferir cuidados individualizados com qualidade e promover a saúde e qualidade de vida da mulher.

Para “Estar com” consiste em estar presente para o Outro, promovendo um ambiente propício à partilha de sentimentos através de uma disponibilidade contínua fisicamente e emocionalmente (Swanson, 1991; Swanson, 1993). Mais do que entender a situação da Pessoa, é transmitir a devida importância no seu processo de transição. É nesta estrutura do cuidado que o EEESMO deve observar e interpretar as necessidades, desejos e expectativas da parturiente e/ou pessoa significativa em relação ao TP.

O processo de “Fazer por” compreende a construção individualizada de um plano que contemple os desejos e necessidades da Pessoa, em que o enfermeiro realiza pelo

Outro tudo o que este faria se lhe fosse possível (Swanson, 1991; Swanson, 1993). O EEESMO pelas competências que lhe são inerentes e que é detentor, deve promover condições assistenciais favoráveis apoiando e envolvendo a mulher e/ou pessoa significativa a reconhecer, estabelecer e a alcançar as suas necessidades, fomentando a autoeficácia e a capacitação de decisão no parto.

Para “Possibilitar/Capacitar” é apoiar o Outro a ultrapassar as transições de vida, apoiando no estabelecimento das suas expectativas face aos resultados esperados, focando nas prioridades pessoais e no alcance de alternativas, tendo em vista a capacitação para o autocuidado da Pessoa (Swanson, 1993). O EEESMO deve utilizar o seu conhecimento baseado na evidência para capacitar a mulher e/ou pessoa significativa na tomada de decisão acerca do parto, transmitindo informação pertinente e demonstrando alternativas, promovendo um ambiente favorável à expressão de sentimentos e valorização dos mesmos.

Face ao tema escolhido em estudo, cabe ao EEESMO informar e apoiar as mulheres na escolha informada acerca dos mecanismos de proteção perineal durante o parto, tendo em vista a melhora da saúde e bem-estar a longo prazo, assim como a redução da morbidade no pós-parto.

Neste sentido, estes cinco processos anteriormente mencionados, permitem refletir acerca da visão do cuidado de Enfermagem e no conhecimento aprofundado da Pessoa que está a ser cuidada. Por conseguinte, permite que o EEESMO crie uma relação terapêutica e eficaz com a mulher e/ou pessoa significativa, possibilitando a priorização dos cuidados especializados a prestar durante o TP, fomentando uma experiência de parto positiva.

O Cuidar humanizado é aquele que se centra na Pessoa como um todo, e não se centra somente na situação, exigindo capacidade, experiência e intencionalidade para o conhecimento holístico da pessoa. A personalização e individualização do cuidar em Enfermagem facilitam a relação terapêutica (Lamúria, 2019).

4. ESTUDO DE UMA SITUAÇÃO/PROBLEMA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA: INTERVENÇÕES DO EEESMO NA PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL NO 2º ESTADIO DO TP

A situação/problema identificada vai ao encontro dos interesses enquanto futura EEESMO, mulher e futura parturiente. No decorrer do CMESMO o desenvolvimento da capacidade reflexiva e analítica dos cuidados especializados realizados pelo EEESMO levou à escolha desta temática, num sentido de promoção da evolução profissional, do desenvolvimento de competências técnicas, comunicacionais e relacionais e da visibilidade conferida às intervenções realizadas pelo EEESMO.

O trauma perineal origina impacto na vida da mulher, nomeadamente: na experiência de parto; na autoimagem; na autoestima; na vivência do puerpério; na vinculação com o recém-nascido; na relação do casal e nas despesas em saúde. Logo, o trauma perineal deve e pode ser evitável através da utilização de recursos e técnicas realizadas pelo EEESMO.

A mudança de paradigma e a procura permanente dos cuidados especializados prestados com excelência manifesta-se na pesquisa. Torna-se iminente a atualização da evidência científica e na sua mobilização para a prática de cuidados, com o intuito de prestar cuidados humanizados, holísticos e individualizados, permitindo a uniformização de condutas e a promoção dos ganhos em saúde.

Apesar do presente estágio e relatório incidirem no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento nº 391/2019, de 3 de maio de 2019), a pertinência da temática em estudo é nitidamente transversal a todas as etapas do ciclo vital da mulher, assim como nos diversos contextos de intervenção do EEESMO.

Esta reflexão remete para um dos enunciados expostos no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2018) que refere “Na procura permanente da excelência no exercício

profissional, o enfermeiro ESMO previne complicações para a saúde do cliente (...) ao longo do ciclo reprodutivo, em todos os contextos de vida” (p.6).

4.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O final da gravidez é representado pelo parto e o nascimento do recém-nascido, tornando-se num acontecimento importante e significativo para a mãe, pai, casal e família. O parto é caracterizado por uma dualidade de sentimentos, sendo descrito pelo momento mais desejado pelo casal como também o mais receoso e incerto (Couto & Carneiro, 2017; Silva, 2017).

Depreende-se por TP o conjunto que fenómenos fisiológicos que conduzem ao apagamento e dilatação do colo do útero, à contratilidade uterina regular, à progressão do feto no canal de parto e à sua expulsão. Este encontra-se dividido em três estádios distintos, com características específicas e tempos definidos: dilatação, período expulsivo e dequitação (Machado & Graça, 2017).

No período gestacional ocorrem alterações fisiológicas no pavimento pélvico que permitem a adaptação do corpo da mulher para o segundo estadió do TP, o período expulsivo, que influencia a superfície perineal e pélvica. Nesta etapa, a ocorrência de contrações uterinas de intensidade elevada, regulares e frequentes, concomitantemente com as contrações voluntárias da musculatura abdominal e diafragmática, permitem a condução do feto no trajeto para a sua expulsão que, por sua vez, exerce força sobre os tecidos perineais, dilatando-os e estirando o períneo (Beleza, 2019; Gemma et al., 2016; Marques, 2022).

A estrutura do pavimento pélvico é dinâmica, mantendo-se em equilíbrio pelos músculos do assoalho pélvico, tecido conjuntivo, ossos pélvicos e fáschia endopélvica. O comprometimento da estrutura do assoalho pélvico pode provocar uma variedade de distúrbios, disfunções e transformações ocorridas durante o ciclo vital da mulher (Çetindağ et al., 2021; Marques, 2022).

Anatomicamente, a pelve feminina divide-se em três compartimentos: a bexiga e a uretra no compartimento posterior, o útero e a vagina no médio e o reto e ânus no posterior. Pode-se considerar a fáschia endopélvica, o diafragma pélvico e a membrana perineal como camadas que constituem o pavimento pélvico. As camadas de tecido

conjuntivo da fáscia endopélvica, a membrana perineal e os ossos pélvicos são estruturas que provêm suporte passivo e o diafragma pélvico fornece suporte ativo (Flusberg et al., 2019).

Os músculos levantadores do ânus são dois músculos que estão divididos em três músculos diferentes, respetivamente: o isquiococcígeo, o ileococcígeo e o pubococcígeo. O músculo pubococcígeo é caracterizado como o mais importante do assoalho pélvico dado que se situa na linha média e é atravessado pelo reto, vagina e uretra, sendo danificado frequentemente durante o 2º estadio do trabalho de parto. A camada muscular superficial do pavimento pélvico é constituída por músculos que contribuem para a sua força, nomeadamente: os bulbocavernosos e os isquiocavernosos. Estes músculos têm um papel preponderante no controlo da micção (Baggish & Karram, 2015; Marques, 2022).

O períneo contempla um conjunto de estruturas situadas na camada inferior do diafragma pélvico, sendo limitado por ligamentos e ossos que constituem o canal pélvico, tendo um papel importante na manutenção dos órgãos genitais externos, nas relações sexuais, na mecânica obstétrica, na continência vesical e anal (Baggish & Karram, 2015; Marques, 2022).

TRAUMA PERINEAL

O trauma perineal define-se como a perda de integridade dos tecidos devido a lesões na região genital durante o período expulsivo do trabalho de parto. O surgimento de lacerações ou a realização de uma incisão cirúrgica denominada de episiotomia, são referidas como situações de trauma perineal (Beleza, 2019; Marques, 2022; Pereira et al., 2020; Santos & Riesco, 2017). Durante o parto eutócico existe uma elevada incidência de trauma perineal podendo variar entre 53% a 79% (Rogers et al., 2014; Smith et al., 2013).

No que concerne às lacerações perineais, estas classificam-se de acordo com os planos teciduais lesados a nível perineal: 1.º grau- quando atinge a pele do períneo e/ou epitélio vaginal; 2.º grau- laceração do epitélio vaginal e pele do períneo com compromisso das fáscias e músculos perineais; 3.º grau- quando envolve as estruturas anteriores e atinge o complexo do esfíncter anal, subdividindo-se em três grupos: 3.º grau (a)- rotura parcial inferior a 50% do esfíncter anal interno; 3.º grau (b)- rotura superior a 50% do esfíncter anal externo; 3.º grau (c)- quando atinge a rotura de ambos os esfíncteres

anais, o interno e externo; por fim, a rotura de 4.º grau que consiste na lesão de todas as estruturas anteriormente referidas com comprometimento da mucosa retal (*American College of Obstetricians and Gynecologist*, 2016; Botelho, 2017; Pereira et al., 2020).

A realização da prática de episiotomia pelos profissionais de saúde tem por objetivo o aumento da abertura vaginal durante o parto, sendo realizada através de uma incisão no períneo no momento da coroação do polo cefálico, antes da sua expulsão (Carvalho, 2022; Silva et al., 2018).

A episiotomia pode ser classificada em dois tipos: a médio-lateral, sendo realizada num ângulo de 45º relativamente à linha mediana, podendo atingir as mesmas estruturas que a laceração de 2.º grau, anteriormente referidas; e a mediana, envolvendo um maior risco que a episiotomia médio-lateral por existir um maior risco de laceração do esfíncter retal e anal, tendo sido uma prática abandonada com o decorrer do tempo (Carvalho, 2022; Macedo, 2021).

As indicações para a prática de episiotomia são subjetivas, sendo apontadas as seguintes situações mais comuns para a realização da mesma: risco de lacerações espontâneas severas; macrossomia; parto instrumentalizado; sofrimento fetal; distócia de ombros e trabalho de parto prolongado (Dreher & Calgaro, 2021; Silva, 2018).

O parto vaginal é um contexto fisiológico agudo que perturba o equilíbrio do assoalho pélvico, ocasionando a diversas alterações anatómicas e funcionais. No entanto, Çetindağ et al. (2021) consideram que o parto distócico por cesariana não é um claro protetor das disfunções do pavimento pélvico. Deste modo, as alterações impelidas pela gravidez podem contribuir no desenvolvimento destas anomalias.

FATORES QUE INFLUENCIAM O TRAUMA PERINEAL

Existem diversos fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam o trauma perineal nomeadamente, as características maternas, obstétricas, fetais e as intervenções realizadas durante o trabalho de parto (Gemma, 2016; Silva et al., 2022a).

A literacia em saúde da mulher acerca da gravidez e parto apresentam níveis inadequados comprometendo a prestação de cuidados face às suas necessidades, sendo um fator que condiciona o risco do trauma perineal (Ferreira & Rocha 2020; Hakkak et al., 2019). No período pré-natal e no parto é fulcral que o EEESMO contribua no

empoderamento da mulher/casal na tomada de decisões e escolhas informadas sobre as práticas a adotar para o parto (Silva, 2019a).

Relativamente às características maternas, a idade materna superior a 35 anos e a etnia asiática estão associados a um maior risco de trauma perineal uma vez que consideram que as mulheres asiáticas têm um períneo mais curto (<3,5 cm). O índice de massa corporal $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ correlacionam-se com a ocorrência de lacerações graves de 3º e 4º grau. A diabetes gestacional é considerada como um fator de risco do trauma perineal (Ferreira & Presado, 2022; Santos & Reiner, 2018; Silva et al., 2022a). Não existem estudos concretos quanto à deficiência de colagénio durante a gravidez e a sua influência nos tecidos e músculos perineais, todavia, a diminuição da ingestão proteica animal tem consequências a nível da cicatrização de feridas (Castanheiro, 2022; Menoita, 2015).

Os fatores obstétricos relacionados com o risco de trauma perineal são a nuliparidade, a elasticidade do períneo e o comprimento do corpo do períneo. A nuliparidade é considerada pela literatura o fator com maior predomínio na incidência do trauma perineal associado a uma menor elasticidade da musculatura perineal (Gemma, 2016; Rodrigues et al., 2021; Silva et al., 2022a). O comprimento do corpo do períneo inferior a 3,5cm é associado ao aumento da incidência de lacerações de 3º e 4º grau (Lane et al., 2017).

Os fatores fetais, nomeadamente o peso do recém-nascido (>4000gr), o perímetro cefálico (>35cm), a variedade occipito-posterior estão relacionadas com a ocorrência de trauma perineal e a presença de circular do cordão umbilical no feto (Costa et al., 2017; Ferreira & Presado, 2022; Silva et al., 2022a).

O risco de trauma perineal é influenciado pela duração do segundo estadio do trabalho de parto. Lopes et al. (2019) e Silva et al. (2022b) consideram que a taxa de períneo íntegro diminui proporcionalmente com o aumento do tempo do período expulsivo, considerando que a duração superior a 2h aumenta a probabilidade de trauma perineal. Não obstante, Pereira et al. (2020) referem que um período expulsivo precipitado também aumenta a ocorrência de trauma perineal.

Relativamente às intervenções realizadas durante o trabalho de parto nomeadamente: a administração de ocitocina sintética; puxos dirigidos com a manobra de *Valsava* realizados pela parturiente e a manobra de *Kristeller* são considerados como

fatores de risco na ocorrência do trauma perineal (Ferreira & Presado, 2022; Petrocnik & Marshall, 2015; Silva et al., 2022). As intervenções obstétricas realizadas desnecessariamente durante o parto e/ou falta de experiência do profissional de saúde são considerados como um fator de risco na ocorrência do trauma perineal (Dreher & Calgaro, 2021).

CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA PERINEAL

A ocorrência do trauma perineal no 2º estadio de TP é um dos fatores que se encontra associado a diversas morbidades a curto e/ou longo prazo na vida da mulher, nomeadamente: dor perineal; dispareunia; incontinência urinária e/ou intestinal; edema perineal; perturbações psicológicas, sentimentos de culpa e/ou ansiedade relacionados com a incongruência entre as expectativas do parto e a realidade; recuperação prolongada no pós-parto; impacto negativo na relação do casal e influência na decisão se desejam mais filhos (East et al., 2015; Marques, 2022; Matei et al., 2021; Silva, 2021).

Skinner et al (2018) afirmam que o trauma perineal pode refletir-se num trauma psicológico para a mulher interferido sobretudo na vinculação mãe-filho e, consequentemente, no comportamento e desenvolvimento das crianças.

Em Portugal, no ano 2021, foram realizados cerca de 78736 partos sendo que 35340 (44,8%) foram partos eutócicos e 43396 (55,2%) foram partos distócicos (INE, 2022; PORDATA, 2022). A análise destes dados permitem evidenciar o decréscimo constante do rácio do número de partos eutócicos para os partos distócicos.

O trauma perineal condiciona a decisão da mulher na escolha quanto ao tipo de parto, preferindo a realização de uma cesariana eletiva realizada no setor privado pelo receio e medo do desfecho do parto eutócico (Ramos & Cardoso, 2022; Smith et al., 2017). Deste modo existe uma repercussão nas despesas em saúde devido à ocorrência de complicações havendo necessidade no aumento de intervenções e/ou duração do período de internamento (Marques, 2022; Matei et al., 2021).

INTERVENÇÕES DO EEESMO NA PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL

A implementação de cuidados especializados na prevenção do trauma perineal no 2º estadio do TP, torna-se importante na realização de boas práticas e na valorização da

humanização no parto (Ferreira et al., 2018). Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento nº 391/2019, de 3 de maio de 2019), o enfermeiro especialista assume no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todos os processos fisiológicos normais, disfuncionais ou patológicos no ciclo de vida da mulher (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Os profissionais de saúde podem influenciar a redução dos traumas perineais ao promover apoio contínuo e cuidados individualizados às parturientes. O EEESMO ao assegurar um ambiente seguro e tranquilo, redutor de *stress* permite a libertação natural de ocitocina, assegurando a progressão do trabalho de parto naturalmente e o autocontrolo da mulher (Botelho, 2017; Moore & Moorhead, 2013).

A posição materna surge como uma intervenção importante para o sucesso do trabalho de parto e prevenção do trauma perineal. A alteração frequente das posições durante o 2º estadio aliviam a fadiga e contribuem para um maior conforto para a parturiente. As posições verticalizadas são recomendadas pela OMS por diversas vantagens, destacando-se a ação da gravidade; o pavimento pélvico apresentar uma maior amplitude, proporcionando benefícios na mecânica do parto; trabalho de parto menos doloroso; contribui na participação da parturiente; fator protetor contra o trauma perineal (Barbosa, 2018; Farias, 2020; Silva et al., 2022b). As posições verticalizadas incluem todas as posições que permitem um ângulo superior a 45º graus entre os membros inferiores e o tronco, nomeadamente: de joelhos, de cócoras, de pé, sentada e quatro apoios (Martins, 2020; Mineiro et al., 2016). Os mesmos autores consideram as posições em que o ângulo inferior a 45º graus denominam-se de posições horizontais, tais como: posição supina, litotomia, semi-reclinada e a lateral.

O EEESMO ao incentivar o puxo espontâneo, a parturiente emite vocalizações, resultando numa abertura parcial da glote evitando a pressão sob o períneo (Rodrigues, 2023). Deste modo, as parturientes estão mais propensas à preservação da integridade do períneo, evidenciando-se uma diminuição de taxas de episiotomia, lacerações de 3º e 4º grau e partos instrumentalizados (Lee et al., 2019; Moya-Jiménez, 2019; Silva, 2019b).

A utilização de compressas quentes é uma intervenção especializada para a prevenção do trauma perineal. O calor absorvido pelos tecidos perineais aumenta a sua

flexibilidade; diminui a rigidez e tensão muscular; aumenta o fluxo sanguíneo e promove o relaxamento dos músculos (Ferreira, 2022). Todavia, é necessário assegurar que a temperatura da água é confortável para a parturiente, tendo em atenção quando esta é submetida a analgesia locorreional e conseqüente risco de bloqueio sensitivo-motor. A aplicação de compressas quentes durante o 2º estadio do TP aumenta a incidência de períneos íntegros, diminui o risco de episiotomia, reduz a intensidade da dor no 2º estadio do TP e no pós-parto (Ferreira, 2022; Ibrahim et al, 2017; Modoor et al., 2021; Thenu et al., 2019).

O método de proteção perineal “*Hands Off*” ou comportamento expectante, tem surgido como uma intervenção que respeita a fisiologia do TP e deste modo, o períneo não é estimulado pelas mãos do EEESMO, no entanto, estas são mantidas prontas para intervir aquando uma emergência e é aplicada uma mínima pressão sob o polo cefálico, se necessário (Jacob et al., 2021). Esta intervenção permite o apoio contínuo do EEESMO e traduz-se numa experiência de parto positiva.

Quanto à técnica “*Hands On*” ou Manobra de *Ritgen* Modificada, a mão dominante do EEESMO exerce pressão contínua sob o períneo para o proteger e a outra mão promove o apoio do polo cefálico, evitando a deflexão abrupta da apresentação fetal e controla a descida da mesma, permitindo a redução do risco de trauma perineal grave. Porém esta manobra exige que a parturiente adote posições facilitadoras para a execução desta técnica, nomeadamente, posições horizontais (Ferreira, 2022; Franco, 2022; Zukoff, 2018).

A aplicação de lubrificantes e a massagem perineal no períneo durante o 2º estadio do TP facilita a elasticidade do tecido perineal, reduzindo o risco de trauma. Contudo, não diminui significativamente a taxa de ocorrência de lacerações e episiotomia, mas sim o seu grau e extensão respetivamente (Ferreira, 2022; Ibrahim et al., 2017).

A importância das boas práticas no parto e na valorização da humanização no parto, destaca-se a implementação dos cuidados realizados durante o 2º estadio do TP pelo EEESMO podendo contribuir na prevenção do trauma perineal. As taxas de episiotomia e as taxas de períneos íntegros em partos eutócicos assistidos pelo EEESMO são considerados indicadores de qualidade, segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

4.2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO: *SCOPING REVIEW*

A *Scoping Review* tem por objetivo prover uma visão geral das evidências ou responder a perguntas acerca da diversidade e natureza das mesmas. Neste sentido, torna-se um instrumento assumido como fulcral para a Enfermagem enquanto ciência, sustentando uma prática baseada na evidência (Amendoeira et al., 2021; Peters et al., 2020). Recorreu-se à metodologia SR, segundo o protocolo JBI, para o mapeamento da evidência científica mais atual acerca da temática em estudo tendo em vista a reprodução de contributos para a prática de cuidados de enfermagem (Apêndice III).

Considerando a primeira etapa do protocolo, foram selecionados critérios para a elaboração da questão de investigação, considerando a mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC). Como ponto de partida, surgiu a questão orientadora: **“Quais as evidências relativas às intervenções do EEESMO na prevenção do trauma perineal no segundo estadio do trabalho de parto?”**. A partir desta questão foi definido como objetivo: mapear a evidência científica sobre as intervenções utilizadas pelo EEESMO na prevenção do trauma perineal no segundo estadio do trabalho de parto.

Após a identificação da questão de revisão e da identificação do objetivo, foram definidos os critérios de inclusão (Quadro nº1).

Quadro nº1

Critérios de inclusão da pesquisa

Participantes	Enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica; Parturientes no 2º estadio do trabalho de parto.
Conceito	Prevenção do Trauma Perineal; 2º Estadio do Trabalho de Parto; Parturiente; Intervenções de Enfermagem.
Contexto	Local onde ocorre o parto
Tipo de Estudos	Foram incluídos todos os estudos com os níveis de evidência JBI

Inicialmente procedeu-se à pesquisa de termos *Medical Subject Heading* (Termos MeSH) com o objetivo de validar como descritores: *Perineum*; *Labor Stage, Second*; *Parturition*; *Nursing Care* e *Nurse Midwives* e os termos naturais “*Birth*”, “*Childbirth*” e “*Midwife*”. Para a aquisição da expressão de pesquisa foram utilizados os termos

supracitados com os operadores booleanos *AND* e *OR*, dos quais foram hierarquizados tendo em vista a centralização do objetivo da SR.

No dia 5 de abril de 2023, foi sistematizado o número de artigos obtidos por cada descritor e o seu cruzamento sequencial nas plataformas de pesquisa: PubMed e EBSCO HOST nas respetivas bases de dados: CINAHL, *Medline*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* e *MedicLatina*; e na literatura cinzenta, nomeadamente: *Scielo* e o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Os limitadores universais definidos foram: *Full Text*; sem friso cronológico e friso cronológico de 4 anos. A pesquisa foi inicialmente realizada sem friso temporal para verificar o número total de artigos existentes e devido ao elevado número de artigos, optei por delimitar o friso temporal para 4 anos (abril de 2019 a abril de 2023) para que o mapeamento da evidência científica sobre a temática fosse a mais atual.

No quadro nº2 constam os limitadores específicos definidos nesta pesquisa.

Quadro nº2

Limitadores universais e específicos definidos na pesquisa

Plataformas de Pesquisa	Bases de Dados	Limitadores Específicos
EBSCO HOST	CINAHL Complete	Texto Completo; primeiro autor é enfermeira; qualquer autor é enfermeira; Resumo disponível; prática baseada em evidência científica; humano; sexo feminino; texto integral em PDF.
	Medline	Texto Completo; resumo disponível; humano; sexo feminino.
	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Texto integral em PDF.
	MedicLatina	Texto integral em PDF.
PubMed		Texto completo; resumo disponível; humano; sexo feminino.

Após o cruzamento final dos termos MeSH e descritores naturais foi definida como expressão de pesquisa: “*Perineum AND (Labor Stage, Second OR Parturition OR “Birth” OR “Childbirth”)* AND (*Nursing Care OR Nurse Midwives OR “Midwife”*)”. O número de artigos obtidos na pesquisa com as diversas combinações, aplicando-se os

limitadores, pode ser observado no quadro nº3. A pesquisa foi realizada por dois revisores independentes.

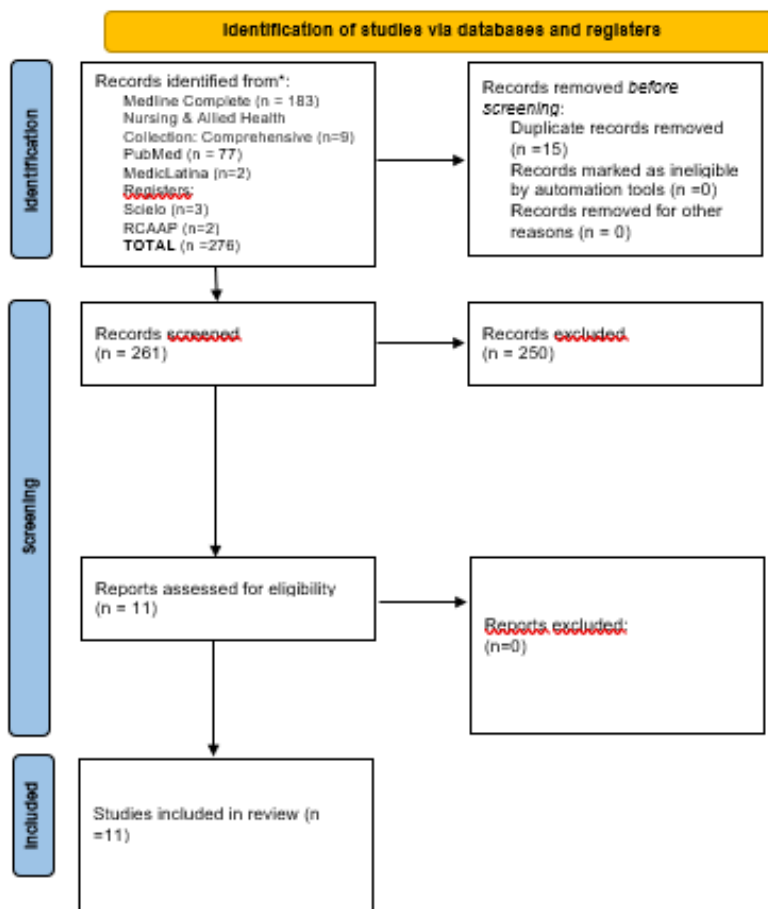
Quadro nº3

Identificação dos resultados nas plataformas de pesquisa com friso cronológico 4 anos

Descritores	EBSCO HOST				PubMed	Scielo	RCAAP
	CINAHL Complete	Medline	MedicLatina	<i>Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive</i>			
1. Perineum	1	1176	22	75	790	34	61
2. <i>Labor Stage, Second OR Parturition OR "Birth" OR "Childbirth"</i>	7	60782	1642	8866	60155	2843	341
3. <i>Nursing Care OR Nurse Midwives OR "Midwife"</i>	5	8914	611	3053	50902	5031	10896
1 AND 2	0	540	9	23	402	7	7
1 AND 3	1	194	4	14	84	4	10
2 AND 3	4	5741	108	903	5679	32	8
1 AND 2 AND 3	0	183	2	9	77	3	2

Após todo o processo descrito e a pesquisa de artigos realizada, na etapa de seleção de estudos recorreu-se à elaboração do *PRISMA Flow Diagram* (Figura nº1). De acordo com a primeira etapa do PRISMA, *Identification*, obtiveram-se 276 artigos nas bases de dados supramencionadas e na literatura cinzenta. Verificou-se a existência de 15 artigos duplicados, tendo sido excluídos.

Na segunda etapa, *Screening*, analisou-se o título e o resumo de 261 artigos para avaliação, tendo em conta os critérios de inclusão definidos. Excluíram-se 250 artigos, mantendo-se 11 artigos para análise *full-text* e avaliação da qualidade metodológica. Esta etapa foi verificada por dois revisores independentes, não existindo a necessidade de recorrer a um terceiro revisor. Na última etapa *Included* foram incluídos 11 artigos para a presente *scoping review*.



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossard PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Figura nº1

Prisma 2020 Flow Diagram

4.3. ANÁLISE DE RESULTADOS

O quadro nº4 apresenta a síntese das evidências dos artigos incluídos da scoping review e englobando a análise do nível de evidência científica, segundo o nível de evidência de efetividade, estipulados pelo JBI. Consoante a análise dos artigos foi criado um quadro com os conceitos emergentes na presente scoping review (Apêndice IV), fazendo referência às temáticas principais, sendo estas: prevenção do trauma perineal; 2º estadio do trabalho de parto; parturiente e intervenções de enfermagem.

Quadro nº4

Síntese das evidências dos artigos incluídos na Scoping Review.

Estudo (Autores, ano, título, país e nível de evidência)	Objetivo	Metodologia (Tipo de Estudo, Participantes, Instrumento de Recolha de Dados)	Resultados
<p>E1: Elizabeth Luxford, Lucy Bates & Jennifer King Ano: 2020; País: Austrália; Título: <i>“Please Squeeze”</i>: A novel approach to perineal guarding at the time of delivery reduced rates of obstetric anal sphincter injury in an Australian tertiary hospital Nível de Evidência Científica: Nível 2.d – <i>Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study</i></p>	<p>Determinar se a aplicação de um novo método de proteção perineal no parto reduz a incidência de lesões obstétricas e do esfíncter anal num hospital terciário australiano.</p>	<p>Tipo de Estudo: Quantitativo Contexto: Hospital de nível terciário, Bloco de Partos Crítérios de Inclusão e Exclusão: Foram incluídas todas as mulheres que tiveram um parto vaginal, incluindo com bebés prematuros; partos múltiplos; apresentação pélvica. Participantes: Parturientes cujo o parto decorreu durante os três anos anteriores e posteriores à introdução obrigatória do novo método de proteção perineal. O estudo descrito neste texto não envolveu participantes no sentido tradicional de um estudo clínico. Foi uma auditoria observacional retrospectiva que analisou dados de mais de 5500 partos realizados em um hospital terciário australiano antes e depois da implementação do programa <i>“Please Squeeze”</i>. Instrumento de Recolha de Dados: Realização de sessões de formação profissional durante um período de três meses, por um clínico sénior com a ajuda de educadores de obstetrícia aos profissionais de saúde do serviço de obstetrícia, explicando o problema da unidade de saúde com o trauma perineal, as possíveis consequências para as mulheres e os planos para resolver o problema, tendo sido realizado durante todos os turnos e nos fins-de-semana para abranger o máximo de profissionais. O estudo foi observacional e retrospectivo através de sessões de formação ao longo de dois períodos de 36 meses, antes e depois da implementação do programa <i>“Please Squeeze”</i>. O estudo analisou dados demográficos e obstétricos, incluindo o modo do parto, taxa de episiotomia, índice de apgar, tempo de gestação inferior a 37</p>	<p>Os resultados do estudo descrito indicam que a implementação do programa <i>“Please Squeeze”</i> para proteção perineal durante o parto resultou na redução significativa na incidência de lesão do esfíncter anal durante o parto. Existiu uma diminuição de 20,1% na incidência de lesão perineal em todos os partos vaginais após a implementação do programa <i>“Please Squeeze”</i>. Não houve diferença na incidência de cesariana ou fórceps entre os grupos antes e depois da implementação do programa. Além disso, o estudo não investigou o impacto da etnia na incidência de trauma perineal.</p>

		semanas ou superior a 40 semanas; peso ao nascer e paridade. O estudo também analisou a incidência de trauma perineal em partos vaginais espontâneos e assistidos. Os dados foram extraídos do banco de dados do hospital ObstetriX para fornecer informações contextualizadas para análise dos resultados do estudo.	
<p>E2: Sara L Stride, Vanora A Hundley, Susan Way & Zoe A Sheppard Ano: 2021 País: Reino Unido Título: “<i>Identifying the factors that influence midwives’ perineal practice at the time of birth in the United Kingdom</i>” Nível de Evidência Científica: Nível 4b- Cross-Sectional Study</p>	<p>Determinar a prática das parteiras no momento do parto e os fatores que influenciam.</p>	<p>Tipo de Estudo: Quantitativo Contexto: Contexto comunitário e hospitalar (Bloco de Partos) Crítérios de Inclusão: Prestação de cuidados de parto a mulheres, em contexto comunitário e/ou hospitalar. Participantes: Parteiras (n=563) Instrumento de Recolha de Dados: O questionário foi elaborado com o objetivo de compreender a prática das parteiras face às intervenções realizadas para prevenção do trauma perineal na mulher no momento. Incluiu perguntas de escolha múltipla e questões adicionais como: informações demográficas e questões sobre os fatores de risco no trauma perineal. Foram abordadas questões acerca das intervenções “hands on” ou “hands off” na sua prática de cuidados. Além disso, o questionário procurou avaliar o conhecimento das parteiras na identificação dos diversos graus de lacerações perineais e a sua confiança na realização de episiotomia, se necessário.</p>	<p>A maioria das parteiras consideram que o traumatismo perineal é mais frequente quando a parturiente é primigesta ou tem antecedentes de lesões perineais/obstétricas. Dois terços das parteiras que responderam ao questionário (61,4%) utilizam a técnica “hands on”. Algumas parteiras referem que utilizavam a técnica “hands off” mas que mudavam para a técnica “hands on” se verificassem que o períneo estava prestes a sofrer uma traumatismo, a parturiente fosse primigesta ou com antecedentes de lesões perineais/obstétricas. A prática das parturientes foi influenciada pela abordagem que é adotada na instituição onde trabalham, como também como foram ensinadas enquanto estudantes. A utilização de compressas quentes no períneo da mulher durante a segunda fase do trabalho de parto é uma técnica pouco utilizada pelas parteiras.</p>
<p>E3: Esther María López Martínez, Zaraida Avilés Sáez, Encarnación Hernández Sánchez, Marcos Camacho Ávila, Ester Marín Conesa, María Belén Conesa Ferrer. Ano: 2021 País: Espanha Título: “<i>Perineal protection methods: knowledge and use</i>” Nível de Evidência Científica: Nível 4b- Cross-Sectional Study</p>	<p>Analisar o conhecimento e a utilização dos métodos de proteção perineal durante a fase expulsiva utilizada pelos profissionais de saúde envolvidos no parto e se estes correspondem</p>	<p>Tipo de Estudo: Quantitativo Contexto: Serviço de Obstetrícia/ Bloco de Partos do Hospital Geral de Santa Lúcia Crítérios de Inclusão: Profissionais de saúde que realizam partos no serviço de obstetrícia e ginecologia do Hospital Geral de Santa Lúcia; profissionais que assinaram o consentimento informado. Crítérios de Exclusão: Ginecologistas que não realizam partos; profissionais com baixa por doença, licença de maternidade ou outro tipo de licença durante o estudo; Participantes: Parteiras (47%), ginecologistas (25%), enfermeiros residentes (14%) e médicos residentes (14%) em obstetrícia e ginecologia. (n=57)</p>	<p>O grau de conhecimento e uso dos métodos de proteção perineal pelos profissionais de saúde não correspondem às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Houve diferenças significativas no conhecimento e uso dos métodos entre os diferentes profissionais. As parteiras apresentaram o maior nível de conhecimento e eram as mais propensas a utilizar métodos como "hands on", "compressas quentes", "postura materna", "técnica de flexão" e "puxo tardio". Os ginecologistas e médicos residentes detinham conhecimento limitado e identificaram erroneamente a episiotomia como um método de proteção. Concluiu-se que há</p>

	às recomendações da Organização Mundial de Saúde.	Instrumento de Recolha de Dados: Os participantes preenchiam um questionário com os seus dados sociodemográficos (idade) e laborais (profissão, anos de experiência profissional e tipo de contrato de trabalho). Posteriormente respondiam a questões que permitia compreender se os profissionais de saúde conheciam os métodos de proteção perineal com base nas evidências científicas e nas recomendações da OMS.	necessidade de programas de treinamento sobre métodos de proteção perineal no sistema de saúde.
E4: Hülya Türkmen, Serap Çetinkaya, Emine Apay, Devrim Karamüftüoğlu & Hafize Kılıç Ano: 2020 País: Turquia Título: “ <i>The Effect of Perineal Warm Application on Perineal Pain, Perineal Integrity, and Postpartum Comfort in the Second Stage of Labor: Randomized Clinical Trial</i> ”. Nível de Evidência Científica: Nível 1c. – RCT	Determinar o efeito da aplicação de calor na região perineal, durante o segundo estadio do trabalho de parto, na dor, na integridade e no conforto pós-parto.	Tipo de Estudo: Quantitativo Contexto: Bloco de Partos do Hospital Público da Turquia Crítérios de Inclusão: Mulher grávida com parto eutócico expectável; gravidez de termo; primíparas; gravidez simples e dilatação completa (10cm). Crítérios de Exclusão: Mulheres grávidas múltiparas; gravidez de risco; gravidez de pré-termo; mulheres com pele atópica. Participantes: Grupo experimental(n=50) em que foram aplicadas compressas de água quente no períneo e grupo de controlo, no qual não foram aplicadas compressas de água quente no períneo (n=50) Instrumento de Recolha de Dados: Formulário de informação da grávida, Escala Visual da Dor, Questionário para determinar o estado do períneo no pós-parto e Escala de Conforto no Pós-Parto.	A aplicação de calor perineal na 2º estadio do trabalho de parto reduziu a dor perineal em comparação com os níveis pré-intervenção. Houve diferenças significativas nos níveis de dor imediatamente após a intervenção, após o parto e 2 horas após o parto ao comparar o grupo experimental com o grupo controlo. O grupo de experimental apresentou maior integridade perineal e menor taxa de episiotomia em comparação com o grupo controlo. Além disso, o grupo experimental apresentou um nível de conforto físico mais alto em comparação com o grupo controlo.
E5: Bihter Akin, Melek Balç, C,olak, Hafize, Ozturk Can & Filiz Kuni Ano: 2020 País: Turquia Título: “ <i>Practices of midwives working in delivery rooms for protection of perineum during intrapartum period and their feedback on these applications</i> ” Nível de Evidência Científica: Nível 4b- Cross-Sectional Study	Determinar a práticas das parteiras que trabalham na sala de parto para proteger o períneo durante a segunda fase do trabalho de parto.	Tipo de Estudo: Quantitativo Contexto: Sala de Parto das Clínicas de Ginecologia e Infantil de um Hospital de Formação e Investigação. Participantes: Parteiras que trabalham na sala de partos (n= 20) não sendo definidos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Instrumento de Recolha de dados: Os dados foram recolhidos através do preenchimento de um formulário realizado pelos pesquisadores, que consistia em duas partes: a primeira parte continha perguntas abertas sobre as características das parteiras (idade, nível de formação profissional, tempo de exercício profissional na sala de partos) e a segunda parte continham questões sobre as práticas realizadas pelas parteiras para prevenção do trauma perineal. A colheita de dados consistiu em duas etapas, na primeira etapa foi explicado às participantes o objetivo do	As parteiras que trabalham na sala de partos há mais de 7 anos afirmam que preferem realizar a sua prática clínica baseada na evidência científica do que as parteiras que trabalhavam há menos de 6 anos. 12 parteiras afirmam que preferem a técnica “ <i>hands off</i> ”, no entanto alteravam a técnica para “ <i>hands on</i> ” quando ficavam preocupadas com a possível ocorrência de lesões do esfíncter anal. 5 parteiras afirmam que aplicam compressas quentes no períneo até o polo cefálico coroar. No entanto, nenhuma das participantes aplicou compressas quentes durante o parto observado. 7 parteiras realizam a episiotomia por rotina em todas as parturientes primíparas.

		estudo e entregue os formulários; na segunda etapa, o pesquisador observou pelo menos um parto realizado por cada parteira e registou no formulário as práticas realizadas pelas parteiras no segundo estadió do trabalho de parto.	8 parteiras referem que utilizam gel lubrificante solúvel em água no períneo, no segundo estadió do trabalho de parto. No estudo todas as enfermeiras utilizam a posição de litotomia.
<p>E6: Yu Zang PhD, RN; Yinchu Hu BSc, RN; Hong Lu PhD, RN Ano: 2022 País: China Título: “Effects of different techniques during the second stage of labour on reducing perineal laceration: An overview of systematic reviews” Nível de Evidência Científica: Nível 1.b – <i>Systematic review of RCTs and other study designs</i></p>	Resumir as evidências sobre o efeito das técnicas perineais utilizadas no segundo estadió do trabalho de parto na prevenção da laceração perineal em grávidas de baixo risco.	<p>Tipo de Estudo: Qualitativo Participantes: Grávidas de termo e de baixo risco com um único feto com apresentação cefálica. Crítérios de Inclusão dos Estudos: Estudos que incluíam participantes grávidas de termo com gravidez de baixo risco, um feto e apresentação cefálica; intervenções realizadas na segunda fase do trabalho de parto como: massagem perineal, compressas quentes, manobras de <i>Ritgen</i>, mãos postas ou não, gel lubrificante, posições de parto e métodos de empurrar; o controlo foram os cuidados habituais; os resultados primários que incluíam períneo intacto e lacerações de primeiro, segundo, terceiro e quarto grau; resultados que incluíam: a duração da segunda fase do trabalho de parto, dor perineal pós parto e satisfação da mulher; o desenho de estudo foi uma revisão sistemática de ensaios clínicos aleatórios ou quasi-ensaios clínicos aleatórios. Crítérios de Exclusão dos Estudos: Os critérios de exclusão para as revisões sistemáticas incluídas neste documento foram os seguintes: Os participantes não eram mulheres grávidas de termo de baixo risco com uma única apresentação cefálica; as intervenções não eram técnicas utilizadas na segunda fase do trabalho de parto, como massagem perineal, compressas quentes, manobra de <i>Ritgen</i>, técnicas de mãos ou técnicas de mãos despojadas, gel lubrificante, posições de parto e métodos de empurrar; o controlo não era o cuidado usual; os desfechos primários não incluíam períneo intacto e laceração perineal de primeiro, segundo, terceiro e quarto graus, e os desfechos secundários não incluíam a duração da segunda fase do trabalho de parto, dor perineal pós-parto e satisfação das mulheres; o design do estudo não era uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados (RCT), ensaios quase-randomizados ou não-RCTs;</p>	Os resultados sugerem que a massagem perineal e a utilização de compressas quentes foram as técnicas mais promissoras na prevenção de lacerações perineais durante a segunda fase do trabalho de parto. A utilização da manobra de <i>Ritgen</i> devem de ser alvo de atenção face ao aumento do risco de lacerações de segundo grau. A massagem perineal reduz o risco de laceração de terceiro e quarto grau. A posição vertical durante o período expulsivo foi associada a um menor risco de laceração perineal.

		<p>as revisões sistemáticas sem texto completo disponível ou publicadas em idiomas diferentes do inglês ou chinês foram excluídas; os protocolos de revisões sistemáticas também foram excluídos.</p> <p>Crítérios de Elegibilidade: Os estudos eram elegíveis se tivessem incluído evidência científica acerca dos critérios de inclusão.</p> <p>Base de Dados: PubMed, Embase, Cochrane Library, CINAHL, Joanna Briggs Institute (JBI), China Infraestrutura Nacional do Conhecimento (CNKI), Wanfang Data, SinoMed e bases de dados VIP</p> <p>Metodologia: Revisão sistemática da literatura de revisões sistemáticas de intervenções nos cuidados de saúde.</p>	
<p>E7: Jing Huang, Hong Lu, Yu Zang, Lihua Ren, Chunying Li & Jianying Wang</p> <p>Ano: 2020</p> <p>País: China</p> <p>Título: “<i>The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis</i>”</p> <p>Nível de Evidência Científica: Nível 1.b – <i>Systematic review of RCTs and other study designs</i></p>	<p>Avaliar os efeitos da técnica “hands on vs hands off/poised” nos resultados maternos durante a segunda fase do trabalho de parto.</p>	<p>Tipo de Estudo: Quantitativo</p> <p>Participantes: Parturientes com gravidez de baixo risco, preferencialmente, primíparas que planejam ter um parto vaginal.</p> <p>Crítérios de Inclusão dos Estudos: Estudos quantitativos que incluíssem a avaliação da técnica “<i>hands off/poised</i>” em mulheres com parto vaginal; estudos que envolviam parturientes de termo com apresentação cefálica.</p> <p>Crítérios de Exclusão dos Estudos: Estudos que apresentassem parturientes com gravidez de risco, patologias e/ou cicatriz perineal prévia. Estudos que incluíssem pelo menos um dos seguintes critérios: 1. Combinassem a técnica “hands off/hands on” com outras intervenções, como por exemplo, massagem perineal; 2. Estudos que aplicaram técnicas de “hands off” com outra intervenção auxiliar sem controlar o efeito adicional; 3. Estudos que incluíssem a realização de episiotomia por rotina.</p> <p>Crítérios de Elegibilidade: Os estudos eram elegíveis se tivessem incluído evidência científica acerca de um dos seguintes tópicos: episiotomia, períneo intacto, lacerações perineais, dor perineal no pós-parto (até 24h), hemorragia pós-parto e duração da segunda fase do trabalho de parto.</p>	<p>Sete ensaios clínicos randomizados (RCT) relataram que as mulheres do grupo de “<i>hans off</i>” tinham menos probabilidades de serem submetidas a episiotomia do que as do grupo de “<i>hands on</i>” e esta diferença foi estatisticamente significativa.</p> <p>Cinco ensaios clínicos não randomizados indicam que as mulheres do grupo hands on-off receberam menos episiotomias em comparação com as do grupo hands on, e esta diferença foi significativa.</p> <p>A meta-análise não revelou qualquer diferença significativa na incidência de hemorragia pós-parto entre os grupos da técnica hands-off e da técnica hands-on.</p> <p>A meta-análise não revelou qualquer diferença significativa na duração da segunda fase do trabalho de parto entre os métodos hands-off e hands on.</p>

		<p>Bases de Dados: Medline, EMBASE, The Cochrane Library, CINAHL. Bases de dados chinesas: WangFang Data, China National Knowledge Infrastructure e SinoMed.</p> <p>Metodologia: Instituto <i>Joanna Briggs</i></p>	
<p>E8: Hana Kleprlikova, Vladimir Kalis, Miha Lucovnik, Zdenek Rusavy, Mija Blaganje, Rane Thakar, Khaled M. Ismail</p> <p>Ano: 2019</p> <p>Países: República Checa</p> <p>Título: “<i>Manual perineal protection: The know-how and the know-why</i>”</p> <p>Nível de Evidência Científica: Nível 4b- <i>Cross-Sectional Study</i></p>	<p>Explorar o conhecimento dos médicos sobre técnicas manuais de proteção perineal.</p>	<p>Tipo de Estudo: Quantitativo</p> <p>Contexto: Três maternidades que apoiam a proteção perineal manual em três países europeus (República Checa, Eslovénia e Reino Unido).</p> <p>Participantes: Os participantes (n=124) incluíam médicos, parteiras e estudantes de obstetrícia que trabalhavam nos Centros de Parto ou nas Equipas de Parto Domiciliário das três unidades descritas anteriormente.</p> <p>Crítérios de Inclusão e Exclusão: Não foram definidos critérios de inclusão e exclusão do estudo.</p> <p>Instrumento de Recolha de dados: Preenchimento de um questionário com perguntas fechadas para recolher informação sobre detalhes demográficos dos participantes, nível de experiência, familiaridade com a técnica de proteção perineal manual e a sua eficácia. Foram incluídas perguntas abertas para a descrição das técnicas utilizadas para proteger o períneo.</p>	<p>Os resultados do estudo demonstram que a maioria dos participantes tem conhecimento sobre a técnica de proteção perineal manual e consideram-na benéfica. No entanto, há variação na implementação dessa política entre as maternidades.</p> <p>A técnica de Proteção Perineal Manual é uma intervenção obstétrica realizada durante a fase final do segundo estágio do trabalho de parto. O objetivo dessa intervenção é reduzir o risco de trauma perineal e suas consequências, como incontinência anal, dor perineal e dispareunia. A técnica envolve o uso das mãos do profissional de saúde para proteger o períneo durante a saída da cabeça fetal, dispersando a tensão perineal e reduzindo a extensão do trauma. Existem duas técnicas eficazes de Proteção Perineal Manual, conhecidas como <i>Finnish Manual Perineal Protection</i> e <i>Viennese Manual Perineal Protection</i>, que possuem diferenças sutis entre elas. Essas técnicas são realizadas por meio do posicionamento adequado das mãos do profissional ao redor da abertura vaginal, aplicando pressão e dispersando a tensão de forma a proteger o períneo.</p>
<p>E9: Dong-Mei Ma, Wen Hu, Ya-Hong Wang & Qiong Luo</p> <p>Ano: 2019</p> <p>País: China</p> <p>Título: “<i>A multicentre study on the effect of moderate perineal protection technique: a new technique for perineal management in labour</i>”.</p> <p>Nível de Evidência Científica: Level 3.d – Case – controlled study</p>	<p>Avaliar a eficácia da técnica de proteção perineal moderada durante o parto.</p>	<p>Tipo de Estudo: Quantitativo</p> <p>Contexto: Seis centros de parteiras na província de Zhejiang, na China.</p> <p>Participantes: Primíparas saudáveis com idades compreendidas entre 20 e 35 anos e parto vaginal espontâneo. O grupo de controlo (n=31249) mulheres que receberam o método tradicional de proteção perineal, enquanto o grupo de observação (n=57056) mulheres que receberam o novo método de proteção perineal.</p> <p>Crítérios de Inclusão: Mulheres primíparas saudáveis com idades entre 20-35 anos; gravidez única com posição fetal normal e sinais de vida fetal adequados; boas condições vitais maternas e</p>	<p>Não existiu diferença significativa entre os dois grupos em relação: à idade, índice de massa corporal antes da gravidez, ganho de peso durante a gravidez, idade gestacional no parto, taxa de primigestas e histórico de infertilidade.</p> <p>Não existiu diferença significativa nos dois grupos entre o peso ao nascer e a circunferência da cabeça do bebé.</p> <p>No grupo de observação foi apresentada uma taxa de satisfação maior, menor dor perineal, menos tempo de internamento no pós-parto, menor taxa de retenção urinária no pós-parto, menor taxa de incontinência pós-parto e menor taxa de asfixia neonatal.</p> <p>A taxa de incidência de lacerações de primeiro grau foi significativamente reduzida, comparativamente à taxa de</p>

		<p>ausência de doenças; parto vaginal sem complicações; consciência materna com comunicação normal.</p> <p>Critérios de Exclusão: Os critérios de exclusão para este estudo incluíram complicações obstétricas, indução do trabalho de parto, histórico de doença mental ou comunicação materna comprometida. Esses critérios foram aplicados para garantir que apenas mulheres saudáveis e sem complicações fossem incluídas no estudo.</p> <p>Instrumento de Recolha de Dados: Os dados foram recolhidos através do preenchimento de um questionário que permite identificar a satisfação das utentes e recolher informações acerca: lacerações perenais; hemorragia pós-parto; incontinência urinária no pós-parto, retenção urinária no pós-parto e dor perineal. No momento da alta, a satisfação das utentes foi avaliada através de um questionário.</p>	<p>lacerações de terceiro ou quarto grau que não aumentou, podendo estar associado à descida lenta do feto e à dilatação completa do períneo, melhorando a condição perineal.</p>
<p>E10: Qiuyu Yang, Xiao Cao, Shasha Hu, Mingyao Sun, Honghao Lai, Liangying Hou, Qi Wang, Cailiang Wu, Yu Wu, Lin Xiao, Xiaofeng Luo, Jinhui Tian, Long Ge and Lei Shi</p> <p>Ano: 2022</p> <p>Pais: China</p> <p>Título: “<i>Lubricant for reducing perineal trauma: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials</i>”</p> <p>Nível de Evidência Científica: Nível 1.b – <i>Systematic review of RCTs and other study designs</i></p>	<p>Avaliar se o uso de lubrificantes durante o parto reduz o trauma perineal.</p>	<p>Tipo de Estudo: Qualitativo</p> <p>Participantes: As participantes do estudo foram grávidas de termo (idade gestacional ≥ 37 semanas). Doze estudos incluíram apenas nulíparas, dois estudos incluíram apenas múltíparas, quatro estudos incluíram tanto nulíparas quanto múltíparas, e um estudo não relatou a paridade.</p> <p>Critérios de Inclusão dos Estudos: Estudos publicados em inglês ou chinês. Devem comparar a aplicação de gel lubrificante na vagina (grupo de intervenção) com o cuidado padrão (grupo de controlo). As participantes dos estudos devem ter apresentação cefálica e gravidez de termo e serem sujeitas a parto vaginal. O desfecho principal deve ser o trauma perineal: episiotomia, lacerações e taxas de períneo íntegro.</p> <p>Critérios de Exclusão dos Estudos: Estudos que não foram publicados em inglês ou chinês. Estudos que incluíram parturientes que receberam lubrificante simultaneamente com outras intervenções, como a lidocaína hidroclorídrica a 1% ou compressas quentes. Mulheres com rutura prematura de membranas, suspeita de Corioamnionite, infeção ou malformações fetais conhecidas e nado morto.</p>	<p>O estudo incluiu um total de 19 ensaios clínicos envolvendo 5445 mulheres. Os desfechos foram avaliados em relação a trauma perineal, episiotomia, laceração perineal de primeiro grau, laceração perineal de segundo grau, laceração perineal grave e duração do segundo estágio do trabalho de parto.</p> <p>A meta-análise revelou com moderada evidência que o uso de lubrificantes reduziu a incidência de laceração perineal de segundo grau; com baixa evidência, o lubrificante reduziu a incidência de traumatismo perineal, episiotomia e diminuiu a duração do segundo estágio do trabalho de parto, não afetando as taxas de períneo íntegro; laceração perineal de primeiro grau; laceração perineal grave e hemorragia pós-parto.</p> <p>Parturientes submetidas à utilização de gel obstétrico, existiu uma diminuição no tempo do segundo estágio do trabalho de parto comparativamente à utilização de cera líquida.</p> <p>Nas mulheres nulíparas, a utilização de lubrificante reduziu a incidência de traumatismo perineal, laceração perineal de segundo grau, diminuição da duração da segunda fase do trabalho de parto e aumento da taxa de períneo íntegro.</p> <p>Nas mulheres múltíparas, o uso de lubrificante reduziu a incidência de laceração de primeiro e segundo grau.</p>

		<p>Crítérios de Elegibilidade: A elegibilidade dos ensaios clínicos incluídos foi determinada com base nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no estudo.</p> <p>Metodologia: A metodologia utilizada para avaliar o risco de dos estudos incluídos e a certeza das evidências baseou-se em ferramentas específicas, nomeadamente Colaboração Cochrane Risk Bias 2.0 e a lista de verificação de relatórios no Preferred Items de relatório para revisões sistemáticas e declaração de meta-análises (PRISMA2020).</p> <p>Bases de Dados: PubMed, Embase, Cochrane Library, CINAHL e três bases de dados literárias Chinesas: China National Knowledge Infrastructure, China Biology Medicine disc e WanFang databases. Preenchimento de um formulário padrão de extração de dados dos ensaios elegíveis. Foram selecionados os seguintes dados: autor, ano, idade, idade gestacional, número de partos vaginais assistidos, número de participantes, detalhes da intervenção e resultados.</p>	
<p>E11: Yuxuan Li, ChongkunWang, Hong Lu, Linlin Cao, Xiu Zhu, AihuaWang, Ruiyang Sun. Ano: 2022 País: China Título: “<i>Effects of perineal massage during childbirth on maternal and neonatal outcomes in primiparous women: A systematic review and meta-analysis</i>” Nível de Evidência Científica: Nível 1.b – <i>Systematic review of RCTs and other study designs</i></p>	<p>Compreender os efeitos da massagem perineal durante o trabalho de parto em mulheres primíparas e recém-nascido.</p>	<p>Tipo de Estudo: Qualitativo Participantes: Primíparas com parto vaginal, gravidez de termo, feto único em posição cefálica, peso fetal estimado inferior a 4000gr e sem comorbidades maternas graves ou complicações durante a gravidez e o parto. Crítérios de Inclusão dos Estudos: Os critérios de inclusão para os estudos nesta revisão sistemática e meta-análise foram desenvolvidos seguindo o PICOS "participante, intervenção, comparação, resultado e desenho do estudo". Incluíram mulheres primíparas com parto vaginal normal, gravidez de termo, feto único em posição cefálica, peso fetal estimado inferior a 4000g e sem comorbidades maternas graves ou complicações durante a gravidez e o parto. Não houve restrições quanto ao tipo de estudo ou idioma de publicação. Crítérios de Exclusão dos Estudos: Os critérios de exclusão para os estudos nesta revisão sistemática e meta-análise incluíram mulheres que não eram primíparas, partos que não foram vaginais normais, gravidez pré-termo, fetos em posição transversa ou pélvica, peso fetal estimado superior a 4000g e mulheres com comorbidades maternas graves ou complicações durante a gravidez</p>	<p>Os resultados desta revisão sistemática e meta-análise incluem uma análise de 23 estudos que avaliaram a eficácia da massagem perineal na prevenção de lacerações perineais durante o parto em mulheres primíparas com parto vaginal normal. A análise mostrou que a massagem perineal reduziu significativamente o risco de lacerações perineais de terceiro e quarto graus em comparação com o grupo controle. No entanto, não houve diferença significativa na incidência de lacerações perineais de primeiro e segundo graus entre os grupos. A qualidade geral da evidência foi avaliada como moderada</p>

		<p>e o parto. Mulheres com anormalidades perineais que impediam a massagem ou progresso anormal do parto foram excluídos</p> <p>Crítérios de Elegibilidade: A elegibilidade dos ensaios clínicos incluídos foi determinada com base nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no estudo. Os estudos foram elegíveis se qualquer um dos seguintes resultados fossem avaliados: Resultados Maternos -a) Resultados relacionados com o períneo, incluindo a incidência do períneo intacto, lacerações perineais (primeiro a quarto grau lacerações perineais) e episiotomia; b) Duração do trabalho de parto (min), incluindo a duração da primeira fase do trabalho de parto e a duração da segunda fase do trabalho de parto; (c) hemorragia (mL), incluindo o intraparto e pós-parto; (d) ocorrência de dor perineal pós-parto. Resultados neonatais: (a) Pontuação de Apgar, incluindo a pontuação de Apgar em 1min e a pontuação de Apgar em 5 min; e (b) incidência de doenças neonatais complicações.</p> <p>Metodologia: A metodologia utilizada para avaliar o risco de dos estudos incluídos e a certeza das evidências baseou-se em ferramentas específicas, nomeadamente Colaboração Cochrane Risk Bias 2.0 e a lista de verificação de relatórios no Preferred Items de relatório para revisões sistemáticas e declaração de meta-análises (PRISMA2020).</p> <p>Bases de Dados: PubMed, Embase, CINAHL Plus, Web of Science, China National Knowledge Infrastructure (CNKI), WanFang Data Knowledge Service Platform (WanFang Data), China Science e Technology Journal Database (CQVIP) and SinoMed).</p>	
--	--	--	--

4.4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O **2º estadio do TP** inicia-se na dilatação completa do colo do útero até ao nascimento do feto (Li et al., 2022). Neste período, a ocorrência de contrações uterinas de intensidade elevada permite a condução do feto no canal de parto para a sua expulsão e, deste modo, os tecidos perineais são submetidos a uma elevada pressão local causadas pelo polo cefálico, dilatando-os e estirando o períneo (Beleza, 2019; Gemma, 2016; Li et al., 2022; Marques, 2022).

O **trauma perineal** é definido como qualquer dano no períneo durante o parto que poderá ocorrer espontaneamente, a ocorrência de lacerações ou através da realização de episiotomia (Beleza, 2019; Marques, 2022; Martínez et al., 2021; Pereira et al., 2020; Santos & Riesco, 2017). No que se refere à incidência do trauma perineal, durante o parto eutócico, esta afeta cerca de 53%-79% das parturientes (Rogers et al., 2014; Smith et al., 2013; Zang et al., 2022).

Existem fatores que estão associado ao aumento da taxa de incidência do trauma perineal, nomeadamente: macrossomia fetal, período expulsivo prolongado, características maternas, utilização da analgesia epidural, paridade, etnia e antecedentes de trauma perineal grave (Huang et al., 2020; Li et al., 2022; Martínez et al., 2021; Stride et al., 2021; Zang et al., 2022). A compreensão e o conhecimento da realidade da mulher permite um conhecimento integral da pessoa, permitindo que o EEESMO preste cuidados especializados individualizados e estabeleça uma relação terapêutica eficaz (Swanson, 1991; Swanson 1993). A falta de confiança sentida pelo EEESMO e o medo de ser julgado pelos colegas da equipa multidisciplinar são fatores associados ao trauma perineal. A experiência prática e teórica na prevenção do trauma perineal é influenciada pela prática adotada no local de trabalho, como também aquando estudantes. É fulcral que o EEESMO investigue, reflita sobre a sua prática clínica, desenvolva competências e conhecimentos nesta área, uma vez que a investigação se alia no conhecimento e desenvolvimento da saúde (Stride et al., 2021; Swanson, 1991; Swanson 1993).

Martínez et al. (2021) evidência que a prevenção do trauma perineal reduz as despesas em saúde, como por exemplo, terapêutica, tratamentos, intervenções cirúrgicas, entre outros. Deste modo, torna-se um objetivo primordial no sistema de saúde a nível da saúde da mulher.

O EEESMO assume como função intervir na **prevenção do trauma perineal**, sendo essencial a implementação de intervenções autónomas em todos os processos fisiológicos normais, disfuncionais ou patológicos no ciclo de vida da mulher tendo em vista as boas práticas e a valorização da humanização no parto (Ordem dos Enfermeiros, 2019). O processo “Conhecer” da Teoria de Kristen Swanson afirma que o enfermeiro deve conferir cuidados individualizados e compreender o significado que uma situação implica na vida do outro (Swanson, 1991; Swanson, 1993).

Da análise efetuada, Stride et al (2021), Martínez et al (2021) e Zang et al (2022) afirmam que a consecução da **técnica “Hands On”** ou **manobra de Ritgen** é dos métodos mais utilizados e pressupõe a proteção do períneo com a mão direita do profissional de saúde, estando associada à diminuição do risco de laceração perineal de primeiro e segundo grau. Contudo, no estudo de Stride et al (2021) esta técnica era somente realizada quando os EEESMO identificavam como fatores de risco: história prévia de trauma perineal de 3º e 5º grau; primiparidade; macrosomia fetal; duração prolongada do 2º estadio do TP; estatura baixa da parturiente; o corpo perineal era pequeno e o períneo iria começar a lacerar. Caso não fossem identificados estes fatores, era privilegiada a técnica “Hands Off”.

Outra intervenção que emerge dos estudos efetuados é a **técnica “Hands Off”** que é caracterizada por uma atitude expectante devido à ausência da pressão adicional das mãos do enfermeiro sob o períneo, estando estas sempre preparadas para intervir numa situação de emergência. Os estudos consideram que esta técnica apresenta efeitos protetores perineais por permitir a extensão gradual dos tecidos perineais e deste modo, prevenir a isquémia local. No que se refere à prevenção do trauma perineal este método é unânime entre os autores, existindo uma maior prevalência de lacerações de grau I, mas uma redução na taxa de traumas perineais graves e a necessidade de realização de episiotomia (Akin et al., 2020; Huang et al., 2020; Martínez et al., 2021). Porém, o estudo de Zang et al (2022) evidencia que esta técnica não demonstra efeitos significativos na prevenção de lacerações de 3º e 4º grau.

Quando comparadas as técnicas “Hands On” e “Hands Off”, nos estudos de Huang et al (2020) e Martínez et al (2021), a técnica “Hands Off” está associada a uma menor taxa de episiotomia e lacerações de 3º grau. Ambas as técnicas diminuem a dor perineal

24h após o parto, não existindo diferenças relativamente à duração do estadio de TP, hemorragia no pós-parto e evidência clara na incidência de lacerações perineais. Contrariamente, Akin et al (2020) e Zang (2022) reiteram que existe um aumento no risco de dor perineal e hemorragias no pós-parto.

A **aplicação de compressas quentes** é uma intervenção económica, fácil de implementar e muito utilizada pelos enfermeiros porque permite que o calor favoreça a libertação de endorfinas promovendo a sensação de bem-estar; promove a vasodilatação e circulação sanguínea nos tecidos perineais; relaxa os músculos e aumenta o limiar da dor (Martínez et al., 2021; Türkmen et al., 2020). No estudo de Türkmen et al (2020) as compressas quentes foram aplicadas na região perineal durante 10 minutos a 40°C-45°C atingindo 3cm de profundidade dos tecidos, porém, o autor Ferreira (2022) reforça que se deve ter em atenção à temperatura da água devendo esta ser confortável para a parturiente, tendo em atenção ao risco de bloqueio sensitivo-motor devido à analgesia locorregional, se aplicável. Martínez et al (2021) referem que esta técnica previne lacerações espontâneas em múltiparas, não existindo a necessidade de realização de episiotomia nas nulíparas. Os estudos de Yang et al. (2022) e Zang et al (2022) evidenciam que a técnica é efetiva na prevenção do trauma perineal de 3º e 4º grau. Outros autores confirmam, referindo que há um aumento na incidência de períneos íntegros e a redução da dor no 2º estadio do TP e no pós-parto (Ferreira, 2022; Ibrahim et al., 2017; Modoor et al., 2021; Thenu et al., 2019). Contrariamente, Akin et al (2020) afirmam que esta técnica não tem benefícios na taxa de trauma perineal e na dor perineal.

O estudo de Martínez et al (2021) evidencia que a **postura materna** durante o período expulsivo é a intervenção mais negligenciada pelos enfermeiros e o que apresenta maior evidência científica na prevenção do trauma perineal no 2º estadio do TP. As posições laterais ou verticais como: estar de pé, sentado, cócoras, a andar ou de quatro apoios; apresentam várias vantagens, nomeadamente: aumento dos diâmetros da bacia pélvica; redução da dor aguda no 2º estadio; promoção de contrações uterinas eficazes e mais regulares; permite a acomodação do feto ao canal de parto; existe menor intervenção médica; confere autonomia para a mulher e um maior conforto (Martínez et al., 2021; Zang et al., 2022). Os autores Barbosa (2018), Farias (2020) e Silva et al. (2022b) confirmam esta afirmação, reforçando que as posições verticalizadas contribuem para o

sucesso do trabalho de parto e prevenção do trauma perineal. Martínez et al. (2021) e Zang et al. (2022) defendem que as posições verticalizadas estão associadas a um menor risco de laceração de 2º grau, no entanto, o estudo de Zang et al (2022) reforça que as posições verticalizadas tendem a aumentar o risco de laceração de 2º grau em parturientes sem analgesia epidural, uma vez que, o polo cefálico pode descer mais rápido e os EEESMO têm dificuldade na observação e na proteção do períneo. Os mesmos autores referem que as posições verticalizadas não estão diretamente correlacionadas à duração do 2º estadio do TP.

O **puxo espontâneo** surge como uma técnica fisiológica benéfica na prevenção do trauma perineal, permitindo que o músculo perineal distenda gradualmente e que o feto desça no canal de parto controladamente e lentamente (Zang et al., 2022). O EEESMO deve valorizar os puxos espontâneos por apresentar uma menor taxa de incontinência e prolapso de órgãos pélvicos; diminuição de taxas de episiotomia e lacerações de 3º e 4º grau (Lee et al, 2019; Martínez et al., 2021; Moya-Jiménez, 2019; Silva, 2019b). Zang et al. (2022) corrobora, afirmando que o puxo dirigido pelo EEESMO não é desejável por apresentar efeitos adversos no equilíbrio ácido-base da parturiente, promove a fadiga materna e a ocorrência de traumatismo perineal, contudo, consideram que não demonstra efeitos significativos na prevenção de 3º e 4º grau. Martínez et al. (2021) defende que os puxos dirigidos pelo enfermeiro podem ser realizados se controlados e somente quando o bebé se encontra no plano de *Hodge* 4 ou a coroar, dado que, o pavimento pélvico nesta situação está mais suscetível a lesões devido à expulsão da cabeça do feto.

Quatro estudos evidenciam que a **aplicação de substâncias lubrificantes** no períneo facilita a distensão perineal e reduz o atrito da parede vaginal e, deste modo, reflete-se na redução de traumas perineais e na realização de episiotomia (Akin et al., 2020; Martínez et al., 2021; Yang et al., 2022; Zang et al, 2022). O estudo de Yang et al (2022) enfatiza que nas mulheres nulíparas há uma redução da laceração perineal de segundo grau, diminuição da duração do 2º estadio do TP e o aumento da taxa de períneo íntegro e, nas mulheres múltiparas há a redução da incidência de laceração de 1º e 2º grau. Contrariamente, Ferreira (2022) e Ibrahim et al. (2017) afirmam que não há uma

diminuição significativa na taxa de ocorrência de lacerações e episiotomia, mas sim na sua gravidade e extensão.

Outra intervenção que emerge dos estudos analisados é a **massagem perineal**. Esta técnica consiste na colocação de dois dedos de cada lado da vagina da parturiente, na aplicação de pressão de cima para baixo e em massajar o períneo uniformemente. Quando realizada a massagem, poderá ser aplicada uma pressão em direção ao reto permitindo que as mulheres realizem puxos involuntários (Li et al., 2022). Esta intervenção promove a dilatação dos vasos sanguíneos perineais, aumentando o fluxo sanguíneo na região perineal; aumenta a flexibilidade e adaptabilidade dos músculos perineais, melhorando a sua extensibilidade e elasticidade que, por sua vez, torna o períneo menos suscetível à pressão excessiva da passagem do feto no canal de parto (Ferreira, 2022; Ibrahim et al., 2017; Li et al., 2022). Três estudos constataam que a massagem perineal quando iniciada no período expulsivo do TP são efetivas na prevenção de lacerações de 2º, 3º e 4º grau, como também na redução da incidência de episiotomia (Li et al., 2022; Yang et al., 2022; Zang et al., 2022). Li et al (2022) acrescentam que a massagem perineal quando realizada no primeiro estadio do TP permite a redução do período expulsivo; possibilita a diminuição da hemorragia intraparto; promove o alívio da dor no pós-parto; motiva e envolve a parturiente na tomada de decisão sobre o parto. Contudo, os mesmos autores enfatizam da necessidade de investigação acerca da dor pós-parto, hemorragia intraparto e pós-parto associado à massagem perineal, por não existir estudos suficientes sobre esse tema. Em oposição, Martínez et al. (2021) referem que esta intervenção não deve ser efetuada no 2º estadio do TP por não apresentar resultados significativos na redução do trauma perineal, mas deve ser realizada no período pré-natal, sendo considerada como benéfica na redução do trauma perineal no parto.

A **proteção perineal manual** surge como uma intervenção realizada no 2º estadio do TP para prevenção do trauma perineal e das comorbilidades associadas, estudada pelos autores Kleprlikova et al (2019). Estes defendem que existem dois tipos de técnicas, nomeadamente: a Finlandesa e a Vienense (Anexo II). Em ambas as técnicas a mão não dominante da enfermeira é colocada sobre a cabeça do feto, controlando a velocidade de saída do feto do canal de parto, facilitando a extensão da cabeça. No entanto, a diferença essencial entre as técnicas é a mão dominante. Esta é colocada sobre o períneo, o polegar

e o indicador da mão dominante de cada lado ântero-lateral à fúrcula, e movimentam a aproximação do polegar e do indicador para reduzir a tensão. Na técnica Finlandesa, os 3º, 4º e 5º dedos da mão dominante exercem pressão sobre o períneo, apoiando-o. Na técnica Vienense, a palma da mão dominante (eminências tenar e hipotenar) apoiam a fúrcula e o períneo posterior, na coroação a pressão exercida pela eminência ulnar facilita a extensão da cabeça do feto. O grau de traumatismo perineal depende da tensão exercida, na localização dos dedos no períneo, a sua distância e direção. Contudo, os autores afirmam que existe uma lacuna pela falta de experiência e de conhecimento pelos profissionais de saúde sobre a execução desta técnica.

O estudo de Ma et al. (2019) enuncia a técnica de **proteção perineal moderada** (Anexo III). Esta inicia-se ao instruir a parturiente para realizar esforços expulsivos no momento da coroação, para que a velocidade de descida seja controlada e que o polo cefálico não desça mais do que 1cm a cada contração. A parteira deve controlar a velocidade de descida da cabeça do feto, durante as contrações, com uma só mão, inicialmente a mão esquerda e depois a mão direita quando diâmetro biparietal está exposto. Seguidamente verifica-se a existência de alguma circular cervical e aguarda-se pela próxima contração; para a exteriorização do ombro posterior, a parturiente deverá fazer força homogênea no períneo enquanto a enfermeira segura a cabeça do feto com ambas as mãos, evitando a realização de força indevida tendo por objetivo a prevenção do trauma perineal; para a exteriorização do ombro posterior, a parturiente é instruída a não exercer nenhuma força expulsiva. Com a aplicação desta técnica, a taxa de episiotomia diminuiu e a integridade perineal aumentou, sendo benéfico na recuperação do pós-parto; na redução da dor no pós-parto; promove a satisfação materna; e contribui nos benefícios económicos e sociais.

A técnica **“Please Squeeze”** promove a proteção perineal e pode reduzir significativamente a incidência da lesão perineal nos partos vaginais. Esta técnica recomenda a colocação do polegar e do indicador, da parteira, acima da fúrcula no coroamento. Posteriormente, são trazidos firmemente e medialmente a um centímetro da região posterior da fúrcula para reduzir a tensão. Este suporte perineal é mantido até à saída do polo cefálico, tendo em vista, a redução da pressão no tecido perineal (Luxford et al., 2020).

As evidências dos estudos de Li et al (2022), Martínez et al (2021), Yang et al (2022) e Zang et al (2022) referem como alterações físicas e psicológicas a curto/longo prazo das **parturientes** que sofreram trauma perineal no segundo estadio do TP: depressão pós-parto; dificuldade no estabelecimento da vinculação mãe-filho; experiência de parto negativa; dificuldade na adaptação materna ao pós-parto; dispareunia; dor no pós-parto; alterações da função vesical e intestinal; afetação da disposição para voltar a engravidar. Türkmen et al. (2020) corrobora e reforça que o EEESMO deverá gerir ativamente o 2º estadio do TP na prevenção do trauma perineal, tornando-se num agente facilitador na transição para a maternidade. Assim sendo, à luz da Teoria de Kristen Swanson, segundo os processos “Conhecer”, “Estar com” e “Fazer por”, o EEESMO deve conferir a devida importância ao processo de transição da mulher. O cuidar na prevenção do trauma perineal é fundamental para o alcance de maior qualidade de cuidados e, conseqüentemente, no alcance de melhores resultados em saúde.

Zang et al (2022) afirma que mais importante do que a execução de intervenções de enfermagem, é a inclusão da parturiente no seu processo de cuidados, informando-a dos benefícios e riscos de cada técnica. Aliado a todas as intervenções de enfermagem apresentadas, o EEESMO deve apoiar a parturiente a conhecer as suas capacidades, auxiliando-a a mobilizá-las, para que seja a própria a estabelecer os seus resultados e alcançá-los. É igualmente importante que o EEESMO, de acordo com os processos “Manter a crença”, “Estar com” e “Possibilitar/Capacitar”, esteja emocionalmente presente através da disponibilidade contínua e na promoção de um ambiente propício à partilha de sentimentos (Swanson, 1991; Swanson, 1993). Deste modo, surge a importância do papel do EEESMO em assegurar um ambiente seguro e tranquilo; promover o apoio contínuo e prestar cuidados individualizados às parturientes (Botelho, 2017; Moore & Moorhead, 2013).

Em suma e, em resposta à questão de investigação, o trauma perineal é um aspeto determinante na qualidade de vida das mulheres, o que implica que o EEESMO promova uma relação terapêutica baseada na empatia e confiança, implementando intervenções individualizadas que promovam a prevenção do trauma perineal (Swanson, 1991; Swanson, 1993). Subsequentemente traduz-se na prestação de cuidados de saúde com qualidade e em ganhos para a saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório espelha todo o percurso académico ao longo destes dois anos para a aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, cognitivas e científicas findando com a elaboração, apresentação e discussão pública do presente relatório. Através deste foi possível refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas em contexto de estágio e o seu contributo no desenvolvimento profissional no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

A jornada académica revelada e explanada neste relatório, foi alicerçada nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de Enfermagem. A todas as mulheres e clientes com quem se interagiu, garantiu-se e respeitou-se a sua autonomia; liberdade e dignidade, como também foram informados da condição de estudante e mestranda.

A Teoria do Cuidar de Médio Alcance, de Kristen Swanson, norteou este estágio e permitiu identificar com clareza o conceito Cuidar e os processos que culminam para o bem-estar da pessoa cuidada. Assim sendo, permite identificar com clareza as necessidades da Pessoa e agir em conformidade com recurso a intervenções autónomas e interdependentes, orientadas para a investigação e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A emergente exigência de fundamentar a prática e os cuidados avançados em Enfermagem, conduziu à necessidade de procurar a evidência científica mais recente, permitindo concretizar a *Scoping Review* que cumpriu os objetivos de sustentar e fundamentar a temática em estudo: Intervenções do EEESMO na prevenção do trauma perineal no 2º estadio do TP. Deste modo, permite o aumento do corpo de conhecimentos na área de ESMO, atingindo assim as competências esperadas.

Devido à importância da temática em estudo procurou-se dar visibilidade à intervenção do EEESMO neste âmbito, tendo em conta o seu impacto na vida da mulher e a elevada morbilidade, como apresentado pela evidência científica existente.

Sugere-se em futuros estudos o investimento teórico e prático nas intervenções: proteção perineal manual, proteção perineal adequada e técnica “*Please Squeeze*”, uma

vez que os estudos foram limitados pela falta de dados. Quanto à intervenção aplicação de compressas quentes no períneo é necessário a consolidação da sua evidência científica no que se refere ao local e tempo de aplicação.

As taxas de períneos íntegros e de episiotomia em partos eutócicos assistidos pelo EEESMO, segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, são consideradas indicadores de qualidade. Contudo, os registos relativamente ao parto e, sobretudo ao trauma perineal são inexistentes e de difícil acesso. Como sugestão, considera-se pertinente a inclusão de instrumentos de registo a nível nacional acerca dos partos realizados pelo EEESMO, permitindo uma maior visibilidade dos dados a nível nacional.

Deixa-se como recomendação, a manutenção deste local de estágio para futuros estudantes do CMESMO.

Em suma, considera-se que o estágio foi bastante positivo propiciando a prestação de cuidados especializados à mulher grávida, pessoa significativa e recém-nascido no serviço de Bloco Operatório em situação de saúde/doença e deste modo, reconhecer os cuidados especializados que fazem parte das competências específicas do EEESMO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akın, B., Balçık Çolak, M., Öztürk Can, H., & Küni, F. (2020). Practices of midwives working in delivery rooms for protection of perineum during intrapartum period and their feedback on these applications. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(1), 24-29. DOI: 10.1080/14767058.2020.1812573
- Almeida, V. S. R. D. (2017). Estímulos sensoriais no trabalho de parto (Doctoral dissertation).
- Amaral, A. M. S., Santos, D., da Silva Paes, H. C., dos Santos Dantas, I., & dos Santos, D. S. S. (2017). Adolescência, gênero e sexualidade: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6(1), 62-67
- Amendoeira, J., Silva, M. R. D., Ferreira, M. R., & Dias, H. (2021). Tutorial revisão sistemática de literatura: a scoping review.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Practice bulletin no. 165: prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstetrics and gynecology*, 128(1), e1-e15.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Disponível: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIME S-20-01>
- Azevedo, W. F. D., Diniz, M. B., Fonseca, E. S. V. B. D., Azevedo, L. M. R. D., & Evangelista, C. B. (2015). Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. *Einstein (São Paulo)*, 13, 618-626.
- Baggish, M. S., & Karram, M. M. (2015). Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery. Elsevier Health Sciences
- Bailas, C. M. M. O. (2016). *Impacto do Uso de Sistemas de Informação Informatizados na Carga Global de Trabalho dos Enfermeiros* (Doctoral dissertation).
- Balica, L. O., & Aguiar, R. S. (2019). Percepções paternas no acompanhamento do pré-natal. *Revista de Atenção à Saúde*, 17(61).

- Barbosa, M. S. (2018). Posições de parto vaginal e prevenção de traumas perineais. *Rev Eletrôn Atualiza Saúde [Internet]*, 8(8), 72-80.
- Barros, S. C. P., dos Santos, R. B., Trigueiro, J. V. S., de Melo, J. K. C., & de Barros, L. S. S. (2022). Cuidado da enfermagem durante o trabalho de parto e parto. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 12(37), 176-185.
- Beleza, A. C. S. (2019). O trauma perineal no parto. *Fisioterapia Brasil*, 5(6), 462-466.
- Borhart, J., & Voss, K. (2019). Precipitous labor and emergency department delivery. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 37(2), 265-276. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2019.01.007>
- Botelho, C. M. (2017). *A influência da massagem perineal na incidência do trauma perineal no segundo período de trabalho de parto* (Doctoral dissertation).
- Carvalho, C. G. D., Santos, P. C., & Pereira, J. F. M. P. (2020). Literacia em Saúde
- Carvalho, J. F. S. (2022). *Episiotomia* (Doctoral dissertation).
- Castanheiro, I. (2022). *Ausência da ingestão de proteína animal no decurso de vida da mulher. Impacto no períneo durante o trabalho de parto*. (Doctoral dissertation).
- Cerejeira, I., Cardoso, A., & Portugal, J. (2022). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Ordem dos Enfermeiros*
- Çetindağ, E. N., Dökmeci, F., Çetinkaya, Ş. E., & Seval, M. M. (2021). Changes of pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction throughout pregnancy in singleton primigravidas: A prospective cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*.
- Committee on Obstetric Practice. (2019). ACOG committee opinion no. 766: Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstet. Gynecol*, 133, e164-e173. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>
- Costa, A. C. M., Silva, G., Santana, F., Barrêto, J. M. C. P., Silva, K. S. A., da Costa Santos, A. G., ... & Cirino, V. T. (2017). Fatores relacionados ao trauma perineal

no parto vaginal: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (7), S502-S508.

Costa, R., Pacheco, A., & Figueiredo, B. (2012). Antecipação e experiência emocional de parto. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13(1), 15-35

Couto, C., & Carneiro, M. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global*, 16(3), 552-563.

Decreto-Lei n.º 161/96 alterado e republicado pela Lei n.º 156/2015. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Diário da República I Série –A, N.º 205 (04-09 -1996) 2959-2962.

Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Artigo 15.º: Grau de Mestre. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República, Série I (n.º 157 de 16-08-2018), p. 4147- 4182.

Department of health and human services. (2019). Solicitation for Written Comments on an Updated Health Literacy Definition for Healthy People 2030. Federal registrar, disponível em <https://www.federalregister.gov/documents/2019/06/04/2019-11571/solicitation-for-written-comments-on-an-updated-health-literacy-definition-for-healthy-people-2030>

Diário da República n.º 35/2011 – 2.ª série — Ordem dos Enfermeiros, Regulamento 127/2011 das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

Direção Geral da Saúde (2001). Rede de Referenciação Materno-Infantil. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Lisboa, Portugal

Direção Geral da Saúde (2023). Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Orientação n.º 002/2023. Publicada a 10/05/2023.

Dreher, D. Z., & Calgaro, G. L. (2021, July). DISPOSITIVO EPI-NO NA PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL: REVISÃO INTEGRATIVA. In *Congresso Internacional em Saúde* (No. 8).

Duarte, K. A. S., de Lima Barros, R., dos Santos, L., Calazans, M. I. P., Gomes, R. M., & Duarte, A. C. S. (2019). Importância da Metodologia Ativa na formação do

enfermeiro: Implicações no processo ensino aprendizagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (36), e2022-e2022.

International Confederation of Midwives (2019). Essential Competencies for Midwifery Practice. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/generalfiles/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_finalweb_v1.0.p

Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas da Saúde: 2021. Lisboa : INE, 2023. Disponível na www: <url:<https://www.ine.pt/xurl/pub/11677508>>. ISSN 2183-1637. ISBN 978-989-25-0599-2 (Acedido a 4 de agosto de 2023).

East, C. E., Lau, R., & Biro, M. A. (2015). Midwives' and doctors' perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: A cross-sectional survey. *Midwifery*, 31(1), 122-131.

Enfermeiros, O (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Enfermeiros, O (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº (140/2019). Diário da República, 2, 26-6.

Enfermeiros, O. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário Da República*, 2, 85-3.

Falana, S. D., & Carrington, J. M. (2019). Postpartum depression: are you listening?. *Nursing Clinics*, 54(4), 561-567

Farias, L. M. V. C. (2020). Posições maternas e sua influência no desfecho do parto e nascimento: um estudo caso-controle.

Fatia A. & Tinoco L. (2016). Trabalho de Parto. In Néné M. & Sequeira C. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (pp. 308-320). Lisboa: LIDEL

Feliciano, A., Santos, M. J., Dias, H., & Coutinho, E. (2021). 7-Distócia de ombros: manobras a implementar. *Promoção de Saúde da Mulher: Desafios e Tendências*.

Ferreira, A. I. A. N. (2022). *Aplicação de calor no períneo durante o parto* (Doctoral dissertation).

- Ferreira, A. I. A. N., & Presado, M. H. (2022). Aplicação de calor no períneo durante o parto: uma revisão scoping. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 22(1), 4-23.
- Ferreira, M., & Silva, I. (2020). Seremos pais informados? -Literacia sobre a gravidez e parto: uma revisão sistemática. *Psic., Saúde & Doenças, Lisboa*, 21(1), 144-151
- Ferreira, R. K. R., & Rocha, M. B. (2020). A importância das práticas educativas do estágio supervisionado na formação do enfermeiro: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(4), e121942933-e121942933.
- Flusberg, M., Kobi, M., Bahrami, S., Glanc, P., Palmer, S., Chernyak, V., ... & El Sayed, R. F. (2021). Multimodality imaging of pelvic floor anatomy. *Abdominal Radiology*, 46, 1302-1311.
- Franco, S. F. G. C. (2022). *Preparação do períneo para o trabalho de parto: prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais* (Master's thesis, Universidade de Évora).
- Gama, E. B. B. (2015). *A transição para a paternidade: vivências de pais, três meses após o nascimento do primeiro filho* (Master's thesis).
- Gemma, M. (2016). Fatores associados a integridade perineal no parto vaginal: estudo transversal. Dissertação (Mestrado em ciências) –Universidade de São Paulo.
- Gill, P.; Henning, J. M.; Van Hook, J. W. (2022). *Abnormal Labor*. StatPearls Publishing. National Library of Medicine - National Institutes of Health .<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459260/>
- Graça, L. M. (2010). Distócia de Ombros. In L. N. Graça (Ed.) *Medicina materna-fetal* (pp. 701-5). Lisboa: Lidel
- Graça, L. M.; Machado, M. H. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M., Graça (Ed.) *Medicina Materno Fetal* (5ª ed., pp. 220-228). Lidel
- Hakkak, H. M., Joveini, H. A. M. I. D., Rajabzadeh, R. E. Z. V. A. N., Robatsarpooshi, D. A., Tori, N. A., Haresabadi, M. E., & Hosseini, S. (2019). Health literacy level

and related factors among pregnant women referring to bojnord health centers in 2017. *Int J Pharmaceut Res*, 11(1), 152-8.

Herculano, R. R. (2022). *Coordenação relacional, bem-estar emocional e liderança em equipas multidisciplinares: uma análise exploratória num hospital privado* (Doctoral dissertation).

Hill, D. A., Lense, J., & Roepcke, F. (2020). Shoulder dystocia: Managing an obstetric emergency. *American Family Physician*, 102(2), 84–90. <https://www.aafp.org/afp/2020/0715/p84.htm>

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

Ibrahim, H. A.-F., Elgzar, W. I., & Hassan, H. E. (2017). Effect of Warm Compresses Versus Lubricated Massage during the Second Stage of Labor on Perineal Outcomes among Primiparous Women. *Journal of Nursing and Health Science*, 6(4), 64–76. <https://doi.org/10.9790/1959>

Jacob, T. D. N. O., Rodrigues, D. P., Alves, V. H., Ferreira, E. D. S., Carneiro, M. S., Penna, L. H. G., & Bonazzi, V. C. A. M. (2021). A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. *Escola Anna Nery*, 26, e20210105.

Joint Quality Initiative (2004). Shared ‘Dublin’ descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards. Report 2004. Draft 1. Dublin. Acedido a 19-10-2023. Disponível em: http://www.museologiaportugal.net/files/shared_dublin_descriptors_for_short_cycle_f

José, M. I. P. V. (2018). *Como nasce um pai? A transição para a parentalidade* (Master's thesis, Universidade de Évora).

Kleprlikova, H., Kalis, V., Lucovnik, M., Rusavy, Z., Blaganje, M., Thakar, R., & Ismail, K. M. (2019). Manual perineal protection: The know-how and the know-why. DOI: 10.1111/aogs.13781

- Lamúria, V. M. F. D. C. (2019). *Contributos do enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental na gravidez* (Doctoral dissertation).
- Lane, T. L., Chung, C. P., Yandell, P. M., Kuehl, T. J., & Larsen, W. I. (2017). Perineal body length and perineal lacerations during delivery in primigravid patients. In *Baylor University Medical Center Proceedings* (Vol. 30, No. 2, pp. 151-153). Taylor & Francis.
- Lanni, S. M., & Seeds, J. W. (2015). Apresentação anómala e distócia de ombros. In S. G. Gabbe, J.R. Niebyl, J. L. Simpson M. B. Landon, H. L. Galan, E. R. M. Jauniaux, & D. A. Driscoll (Eds), *Obstetrícia: Gravidez normal e patológica* (6.^a ed) (pp.388-414). Rio de Janeiro: Elsevier
- Lee, N., Gao, Y., Lotz, L., & Kildea, S. (2019). Maternal and neonatal outcomes from a comparison of spontaneous and directed pushing in second stage. *Women and Birth*, 32(4), 433–440. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.10.005>
- Li, Y., Wang, C., Lu, H., Cao, L., Zhu, X., Wang, A., & Sun, R. (2023). Effects of perineal massage during childbirth on maternal and neonatal outcomes in primiparous women: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 138, 104390. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104390>
- Lopes, G. A., Leister, N., & Riesco, M. L. G. (2019). Desfechos e cuidados perineais em centro de parto normal. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 28
- Luxford, E., Bates, L., & King, J. (2020). ‘Please Squeeze’: A novel approach to perineal guarding at the time of delivery reduced rates of obstetric anal sphincter injury in an Australian tertiary hospital. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 60(6), 914-918. DOI: 10.1111/ajo.13181
- Lyons, P., & McLaughlin, N. (2020). Shoulder dystocia. In *Obstetrics in family medicine* (pp. 189–192). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-39888-0_25
- Ma, D. M., Hu, W., Wang, Y. H., & Luo, Q. (2019). A multicentre study on the effect of moderate perineal protection technique: a new technique for perineal management in labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(1), 25-29. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1587605>
- Macedo, L. M. N. (2021). *Prevalência da episiotomia numa unidade hospitalar da região norte do país* (Doctoral dissertation).

- Machado & Graça (2017) [*cited in*] Graça LM. *Medicina Materno-Fetal*. 5th ed. Lisboa: Lidel; 2017.
- Maia, F. M. P. (2018). *Impacto da Frequência de Programas de Preparação para o Parto na Ansiedade e na Depressão da Grávida: Um Estudo Exploratório* (Master's thesis).
- Marques, D. N. (2022). *A intervenção do enfermeiro obstetra na prevenção do trauma perineal no parto* (Doctoral dissertation).
- Martins, J. M. S. (2020). *A influência das posições verticalizadas na incidência do trauma perineal* (Doctoral dissertation).
- Martínez, E. M. L., Sáez, Z. A., Sánchez, E. H., Ávila, M. C., Conesa, E. M., & Ferrer, M. B. C. (2021). Métodos de protección perineal: conocimiento y utilización. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0193>.
- Matei, A., Poenaru, E., Dimitriu, M. C. T., Zaharia, C., Ionescu, C. A., Navolan, D., & Furău, C. G. (2021). Obstetrical Soft Tissue Trauma during Spontaneous Vaginal Birth in the Romanian Adolescent Population—Multicentric Comparative Study with Adult Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11491.
- Mello, R. S. F. D., Toledo, S. F. D., Mendes, A. B., Melarato, C. R., & Mello, D. S. F. D. (2021). Medo do parto em gestantes. *Femina*, 121-128.
- Menoita, E. C. (2015). *Gestão de feridas complexas*. Lusodidacta.
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa, C. (2016). A posição da mulher no trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 11.3/pp. 335-347). Lisboa: Lidel.
- Modoor, S., Fouly, H., & Rawas, H. (2021). The effect of warm compresses on perineal tear and pain intensity during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Belitung Nursing Journal*, 7(3), 210–218. <https://doi.org/10.33546/bnj.1452>
- Monteiro, S. C. V. (2022). *O enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente* (Doctoral dissertation).

- Moore, E., & Moorhead, C. (2013). Promoting normality in the management of the perineum during the second stage of labour. *British journal of midwifery*, 21(9), 616-620.
- Morgado, C. A. (2021). A assistência do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no trabalho de parto, face à morte perinatal, e a sua influência no processo de luto da mulher (Doctoral dissertation).
- Moya-Jiménez, L. C., Sánchez-Ferrer, M. L., Adoamnei, E., & Mendiola, J. (2019). New approach to the evaluation of perineal measurements to predict the likelihood of the need for an episiotomy. *International Urogynecology Journal*, 30, 815-821.
- Nascimento, J. W. A., de Oliveira Conceição, D. C., Pessôa Filho, A. T., da Silva, C. A. V., de Araújo, J. S., de Moraes Mota, C. S., ... & de Souza, A. L. (2022). Fatores associados a ocorrência de depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 11(3), e43811326858-e43811326858.
- Neves, L. M. R. M. (2020). *A tomada de decisão do enfermeiro obstetra sobre a realização de episiotomia* (Doctoral dissertation).
- Nicoloro-SantaBarbara, J., Rosenthal, L., V.Auerbach, M., Kocis, C., Busso, C., & Lobel, M. (2017). Patient-provider communication, maternal anxiety, and selfcare in pregnancy. *Social Science & Medicine* 190, 133-140.
- Oliveira, T. D. C., Silva, A. L. L. D., Oliveira, J. F. D. S., Pereira, E. D. A. T., & Trezza, M. C. S. F. (2018). La asistencia de enfermería obstétrica a la luz de la teoría del cuidado de Kristen Swanson. *Enferm Foco*, 9(2), 2-6.
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Recomendações Da OMS Para A Prevenção E Tratamento Da Hemorragia Pós-Parto*. Obtido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf;sequence=12
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: *World Health Organization*, 20180803.
- Pais, R. (2022). *Preparação para o parto e parentalidade—a sua influência na experiência de trabalho de parto e parto*. (Doctoral dissertation).

- Pereira, A. S., Oliveira, D., Pereira, N., & Néné, M (2020). Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica na prevenção do trauma perineal: Revisão sistemática da literatura (2020). *Joana dos Santos Afonso*, 55.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., & McInerney, P. (2020). Chapter 11: scoping reviews (2020 version) In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Obtido em: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Petrocnik, P., & Marshall, J. E. (2015). Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Midwifery*, 31(2), 274-279.
- Pordata (2022) Estatísticas sobre Portugal e Europa. Acedido a 4 de agosto de 2023. Em <https://www.pordata.pt/portugal/partos+nos+hospitais+total+e+por+tipo-1509>. Última atualização a 27/12/2022
- Poeira, A. F. D. S., Nunes, L., Cerqueira, A. F. F. D. G. G., Silva, A., & Lopes, N. (2018). Dotações seguras na qualidade dos cuidados. *Riase*, 1604-1617.4
- Ramos, F. e Cardoso, A. (Eds.) (2022). E-book I Congresso Internacional de Saúde Materna e Obstétrica: Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades. Porto, CHTS
- Rodrigues, I. M. D. R. (2023). *Esforços expulsivos expiratórios no parto* (Doctoral dissertation).
- Rodrigues, K. J. D., Rocha, C. A., Westphal, F., & Goldman, R. E. (2021). Fatores intervenientes no comportamento da musculatura perineal em parturientes de centro de parto normal. *Rev. enferm. UFPE on line*, 1-16.
- Rodrigues, W. P., Martins, F. L., Fraga, F. V., Paris, L. R. P., Guidi Junior, L. R., & Bueno, D. M. P. (2019). A importância do enfermeiro gestor nas instituições de saúde. *Rev Saúde Foco.[Internet]*, 14
- Rogers, R. G., Leeman, L. M., Borders, N., Qualls, C., Fullilove, A. M., Teaf, D., ... & Albers, L. L. (2014). Contribution of the second stage of labour to pelvic floor dysfunction: a prospective cohort comparison of nulliparous women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(9), 1145-1154.

- Santos, A. L. S., de Oliveira, A. R. S., Amorim, T., & da Silva, U. L. (2015). O acompanhante no trabalho de parto sob a perspectiva da puérpera. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 5(3), 531-539
- Santos, I. M. R., Dantas, H. L. D. L., da Silva, J. C., da Silva, D. P., & Torres, P. M. F. (2018). A importância da anamnese e do exame físico para a prática de enfermagem: relato sobre a experiência acadêmica. *Gep News*, 2(2), 157-162.
- Santos, P. S. O. D., & Reiner, G. L. (2018). Fatores associados à laceração perineal durante o parto normal. *Medicina-Pedra Branca*.
- Santos, R. C. S. D., & Riesco, M. L. G. (2017). Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37.
- Silva, A. E. D. A. (2019)b. *Eficácia do puxo espontâneo com o freio labial comparado ao puxo direcionado nos desfechos maternos e neonatais: um ensaio clínico randomizado* (Master's thesis, Universidade Federal de Pernambuco).
- Silva, A. L. S., Nascimento, E. R. D., & Coelho, E. D. A. C. (2015). Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Escola Anna Nery*, 19, 424-431.
- Silva, A. P. S. (2018). *Episiotomia: Reflexão sobre a sua prática no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE* (Doctoral dissertation, Universidade da Beira Interior (Portugal)).
- Silva, B. V. V. B., Treptow, L. M., Martins, F. J., Pereira, D. D. A., de Jesus Rodrigues, R., de Souza Ferreira, A. C. M., ... & de Souza, L. T. L. (2022b). Estratégias para minimizar o traumatismo perineal durante o parto natural. *Research, Society and Development*, 11(11), e362111133559-e362111133559.
- Silva, E. F. (2021). Prevenção e reparo do traumatismo perineal: uma revisão de literatura
- Silva, L. S. R., Guimarães, N. N. A., Matos, D. P., & Douberin, C. A. (2018). Análise de fatores associados à prática da episiotomia. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12(4), 1046-1053.
- Silva, M. C. F. (2017) Transição para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança: conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil. *Dissertação*

- Silva, N. V., Dantas, N. P. M., Cardoso, A. C. G., de Lima Sanches, M. E. T., de Araújo, S. T., dos Santos Moura, R., & de Carvalho Souza, M. L. (2022)a. Fatores que influenciam a ocorrência de laceração perineal no parto. *Research, Society and Development*, 11(4), e33111425245-e33111425245.
- Silva, S. D. P. D. (2019)a. Literacia em saúde materna: Uma estratégia para a promoção de uma experiência positiva de trabalho de parto e parto.
- Skinner, E. M., Barnett, B., & Dietz, H. P. (2018). Psychological consequences of pelvic floor trauma following vaginal birth: a qualitative study from two Australian tertiary maternity units. *Archives of women's mental health*, 21(3), 341-351.
- Smith, L. A., Price, N., Simonite, V., & Burns, E. E. (2013). Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 1-9.
- 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
- Stride, S. L., Hundley, V. A., Way, S., & Sheppard, Z. A. (2021). Identifying the factors that influence midwives' perineal practice at the time of birth in the United Kingdom. *Midwifery*, 102, 103077. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103077>
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161–166. <https://doi.org/10.1097/00006199-199105000-00008>
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352–357. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>
- Theelin, I.; Lundgren, I.; Hermansson, E. (2014). Midwives' Lived Experience of Caring during Childbirth – a Phenomenological Study. *Sexual and Reproductive Healthcare* (5), p. 113-118
- Thenu, U., Irianta, T., Madya, F., Sunarno, I., Lotisna, D., & Farid, R. B. (2019). Perineal Warm Compresses During the Second Stage of Labour Decrease Incidence and

Degree of Perineal Laceration in Primiparous. *Gynecology & Reproductive Health*, 3(2), 3–8. <https://doi.org/10.33425/2639-9342.1078>

- Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J. A., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista da UI_IPSantarém*, 8(1), 17-30
- Tsai, P. J. S., Oyama, I. A., Hiraoka, M., Minaglia, S., Thomas, J., & Kaneshiro, B. (2012). Perineal body length among different racial groups in the first stage of labor. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, 18(3), 165.
- Türkmen, H., Çetinkaya, S., Apay, E., Karamüftüoğlu, D., & Kılıç, H. (2020). The effect of perineal warm application on perineal pain, perineal integrity, and postpartum comfort in the second stage of labor: Randomized clinical trial. *Complementary Medicine Research*, 28(1), 23-30. DOI: 10.1159/000507605
- Vaz, R., Dias, H., & Palma, S. (2022). A influência das expectativas da mulher/casal na vivência do trabalho de parto: uma Scoping Review. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 22(1), 24-35.
- World Health Organization. (2020). Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.
- Yang, Q., Cao, X., Hu, S., Sun, M., Lai, H., Hou, L., ... & Shi, L. (2022). Lubricant for reducing perineal trauma: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 48(11), 2807-2820. doi:10.1111/jog.15399
- Zang, Y., Hu, Y., & Lu, H. (2022). Effects of different techniques during the second stage of labour on reducing perineal laceration: An overview of systematic reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7-8), 996-1013. DOI: 10.1111/jocn.16276
- Zukoff, M. K. D. A. (2018). A promoção da integridade do períneo no cuidado à mulher no parto.

APÊNDICES

Apêndice I

Projeto Individual de Aprendizagem

**ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA NA SALA DE PARTOS**

**8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA NA SALA DE PARTOS**

**ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA NA SALA DE PARTOS**

Projeto Individual do Estágio IV

Mestranda:

Ana Rita Morgado Rodrigues Santos Costa nº210400024

Docente Responsável:

Hélia Dias

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

BOO – Bloco Operatório Obstétrico

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CTG – Cardiotografia

EEESMO- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

RN – Recém-Nascido

TP – Trabalho de Parto

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Competências Específicas Comuns a desenvolver em ambos os contextos de estágios, segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº (140/2019).....3

Quadro 2: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica a desenvolver em ambos os contextos de estágios, segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nº (391/2019).....10

INTRODUÇÃO

O seguinte documento, denominado de Projeto Individual do Estágio IV: Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) na Sala de Partos é de carácter individual e reflexivo. Foi proposto aos discentes da turma 8º Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica, do 2º ano do 2º semestre, do ano letivo 2022/2023 pela docente responsável Hélia Dias. O projeto de aprendizagem foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio IV: Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos.

O estágio IV é realizado num hospital pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, de nível II, segundo a norma: “Organização dos Cuidados de Saúde na Preconceção, Gravidez e Puerpério” nº 001/2023, publicada a 27 de janeiro de 2023. O hospital assegura a prestação de cuidados de saúde a uma população de cerca de 184mil habitantes, tendo como área de influência diversos concelhos.

Este ensino clínico decorrerá no período de 27 de fevereiro e término no dia 21 de julho de 2023. Assim sendo, perfaz um total de 560h de contacto direto em estágio e 200 horas destinadas para a elaboração do relatório de estágio (20 horas de orientação tutorial, 140 horas de realização do relatório e 40 horas de seminário). Este estágio é acompanhado e orientado pela Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) com grau de mestre.

De acordo com a Ficha da Unidade Curricular, pretende-se que o mestrando atinja os seguintes objetivos gerais de aprendizagem no estágio IV:

- Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença;
- Integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença;
- Elaborar relatório de estágio.

O projeto de aprendizagem constitui um documento orientador para a prática no estágio de enfermagem de saúde materna e obstetrícia na sala de partos, contemplando os objetivos específicos que pretendo atingir, as atividades previstas, os recursos auxiliares

necessários, bem como a sua calendarização. Deste modo, o projeto de aprendizagem tem como objetivo geral: sistematizar os objetivos e atividades a desenvolver no estágio IV.

O presente documento é um instrumento passível de ser alterado com o decorrer do estágio, de modo a ajustar-se às necessidades que possam surgir.

No estágio IV pretendo adquirir e aprimorar as minhas competências na área da saúde materna e obstetrícia na sala de partos de modo a atender às necessidades da grávida/parturiente/recém-nascido/pessoa significativa/família em situações de saúde e/ou risco, como também a elaboração do relatório de estágio.

De modo a direcionar este trabalho foram considerados o plano de estudos estipulado pela Escola Superior de Saúde de Santarém, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº (140/2019) publicado em Diário da República, 2.^a série – nº26 a 6 de fevereiro de 2019 e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nº (391/2019) publicado em Diário da República, 2.^a série – nº85 a 3 de maio de 2019.

Na realização deste projeto de aprendizagem optei por delinear e diferenciar as competências específicas e comuns do enfermeiro especialista no exercício da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, face às competências específicas do EEESMO. Esta esquematização permite uma maior reflexão dos cuidados de enfermagem especializados a prestar no estágio IV.

O documento encontra-se dividido em dois capítulos, no primeiro capítulo consta as competências comuns do enfermeiro especialista a desenvolver no exercício da ESMO, segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº (140/2019); o segundo capítulo integra as competências específicas do EEESMO, de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nº (391/2019). Por fim, é realizada uma breve conclusão.

Quadro 1

Competências Específicas e Comuns no exercício da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº (140/2019)

Competências a desenvolver	Objetivos	Atividades	Recursos	Calendarização
Responsabilidade profissional, ética e legal	1. Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais face aos princípios éticos, profissionais e legais, no exercício da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia	1. Desenvolvimento de uma prática profissional com responsabilidade; 2. Respeito pelos valores, crenças, costumes e etnia das mulheres/Recém-nascido (RN)/família ao meu cuidado, abstendo-me dos juízos de valor no decorrer dos cuidados especializados prestados; 3. Responsabilização pelas decisões que tomo e participação na tomada de decisão da equipa multidisciplinar em cumprimento com a deontologia profissional, reconhecendo a minha área de intervenção; 4. Respeito pela dignidade das mulheres/RN/família e garantir o direito à sua privacidade; 5. Respeito pela tomada de decisão das mulheres/RN/família sobre os cuidados de saúde que deseja; 6. Validação do sigilo profissional em toda a prática de cuidados; 7. Respeito pela autonomia e autodeterminação das mulheres/RN/família na tomada de decisão; 8. Validação do consentimento da mulher/família antes da realização de qualquer procedimento;	<u>Humanos</u> Estudante Enfermeira Cooperante Grávidas/Puérperas/RN/Família	No decorrer do estágio IV- Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Parto

Projeto Individual do Estágio IV: Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos

		9. Comunicação às mulheres/RN/família no que consiste cada procedimento, de forma clara e organizada.		
Domínio da melhoria contínua da qualidade	2. Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais face ao domínio da melhoria contínua da qualidade, no exercício da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação e reunião informal com a enfermeira cooperante e enfermeira gestora do BP; 2. Visita à estrutura física do Bloco Operatório Obstétrico e Urgência Obstétrica/Ginecológica e dos serviços adjacentes com os quais se articula: Internamento de Obstetrícia e Neonatologia; 3. Apresentação à equipa multidisciplinar e integração na mesma priorizando o trabalho em equipa, estabelecendo uma relação de entreajuda e uma comunicação adequada; 4. Colaboração e integração na equipa multidisciplinar dando relevo ao trabalho em equipa, demonstrando disponibilidade, interesse, responsabilidade e pensamento crítico; 5. Conhecimento dos protocolos, normas e métodos de trabalho implementados pelo serviço e aplicando-os e atuando em conformidade com os mesmos; 6. Conhecimento da missão, visão e valores do serviço; 7. Manutenção de uma postura correta, proativa e responsável, demonstrando respeito e capacidade adaptativa à metodologia de trabalho da equipa multidisciplinar; 8. Prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente a 	<p><u>Humanos</u></p> <p>Estudante</p> <p>Enfermeira Cooperante</p> <p>Equipa Multidisciplinar</p> <p>Grávidas/puérperas/RN/família</p>	<p><u>1ª semana:</u></p> <p>Atividades 1., 2., 3.</p> <p>Restantes atividades a realizar no decorrer do estágio IV- Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Parto</p>

Projeto Individual do Estágio IV: Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos

		<p>higienização das mãos e desinfecção das mãos nos 5 momentos, o uso adequado de equipamento de proteção individual;</p> <p>9. Manutenção de práticas seguras na preparação de terapêutica e na sua administração (9 certos);</p> <p>10. Gestão de um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>11. Implementação de cuidados especializados que respeitem e tenham em conta as necessidades e preferências das mulheres /RN/família;</p> <p>12. Adaptação e compreensão da linguagem técnica de acordo com o nível social/cultural das mulheres/RN/família;</p> <p>13. Desenvolvimento e mobilização de conhecimentos avançados na área da qualidade e melhoria contínua;</p> <p>14. Demonstração de iniciativa, proatividade e interesse na aprendizagem;</p> <p>15. Conhecimento do percurso que as mulheres/RN/família e acompanhantes percorrem dentro da instituição;</p> <p>16. Realização de 2 turnos (no mínimo) e sempre que solicitado pela enfermeira cooperante, enfermeira gestora e/ou equipa multidisciplinar na Urgência Obstétrica/Ginecológica, tendo por objetivo a compreensão do encaminhamento e admissão das grávidas para o Bloco Operatório Obstétrico.</p>		
Domínio da Gestão dos Cuidados	3. Desenvolver competências técnicas,	1. Conhecimento da estrutura física e disposição do local de estágio;	Humanos Estudante Enfermeira Cooperante	1 ^a e 2 ^a semana: Atividades 1., 2., 3.

Projeto Individual do Estágio IV: Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos

	relacionais e cognitivas no domínio da gestão de cuidados, no exercício da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	<p>2. Conhecimento e identificação da metodologia de trabalho implementada no serviço do Bloco de Partos;</p> <p>3. Perceção da organização e dinâmica funcional do serviço;</p> <p>4. Aquisição de conhecimentos de gestão do serviço, através da observação e participação junto da enfermeira gestora;</p> <p>5. Aquisição de conhecimentos acerca da gestão dos recursos humanos do local de estágio:</p> <p>6. Aquisição de conhecimentos acerca da gestão dos recursos materiais do local de estágio:</p> <p>7. Aquisição de conhecimentos de gestão da equipa multidisciplinar através da observação e participação junto do(a) enfermeiro(a) coordenador(a) do turno;</p> <p>8. Priorização dos cuidados de enfermagem, tendo por objetivo o uso racional dos recursos materiais disponíveis;</p> <p>9. Tomada de conhecimento dos projetos desenvolvidos pelo serviço ou em desenvolvimento;</p> <p>10. Atuação a nível da gestão de cuidados de modo a reduzir eventuais situações de risco;</p> <p>11. Adquisição de competências no manuseamento do programa informático em vigor (<i>SClínico®</i>) para a realização dos registos de enfermagem e o programa <i>Omniview®</i>.</p>	Enfermeira Gestora Enfermeiro(a) Coordenador(a) Equipa Multidisciplinar	<p><u>3ª-12ª semana:</u> Observação participativa, realização com apoio e supervisão da enfermeira gestora/enfermeira cooperante/enfermeiro(a) coordenador(a) de modo a atingir autonomia</p> <p><u>12ª-20ª semana:</u> Realização com apoio e supervisão da enfermeira gestora/enfermeira cooperante/enfermeiro(a) coordenador(a) pretendendo-se uma autonomia crescente</p>
Desenvolvimento das	4. Desenvolver competências	1. Planeamento das atividades a desenvolver no Estágio IV, definindo calendarizado à 5ª, 12ª, 20ª	<u>Humanos</u> Estudante	<u>1ª-2ª semana:</u> Atividade 1., 2.

Projeto Individual do Estágio IV: Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos

<p>aprendizagens profissionais</p>	<p>técnicas, relacionais e cognitivas no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no exercício da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</p>	<p>semana e restante estágio, de acordo com as necessidades individuais de aprendizagem, como também a aquisição e aperfeiçoamento de conhecimentos teórico-práticos e de competências;</p> <p>2. Validação do planeamento de atividades com a enfermeira cooperante, enfermeira gestora e professora orientadora, proporcionando momentos de partilha de experiências e gestão de expectativas e dificuldades. Reformulação do projeto de estágio mediante as orientações concedidas;</p> <p>3. Aquisição e aperfeiçoamento de conhecimentos teórico-práticos e competências implícitas a situações imprevisíveis e a realização de uma reflexão crítica e reflexiva acerca das mesmas em conjunto com a enfermeira cooperante;</p> <p>4. Participação ativa na minha própria formação, tendo por objetivo o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e cognitivas;</p> <p>5. Realização de uma sessão de formação em serviço, sobre as Intervenções do EEESMO na prevenção do trauma perineal no 2º estadio do trabalho de parto;</p> <p>6. Mobilização da evidência e bibliografia científica com vista a promover uma prestação de cuidados adequados, demonstrando interesse e proatividade face às dificuldades sentidas;</p>	<p>Enfermeira Cooperante Enfermeira Gestora Equipa Multidisciplinar</p>	<p>Restantes atividades a realizar no decorrer do estágio IV- Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Sala de Parto</p>
------------------------------------	--	--	---	--

		<p>7. Discussão com a enfermeira cooperante acerca de aspetos a manter e/ou melhorar na minha prestação de cuidados à 5ª, 12ª e 20ª semana, de modo a atingir os objetivos delimitados e propostos para o Estágio IV;</p> <p>8. Avaliação dos cuidados prestados à 5ª, 12ª e 20ª semana, perspetivando o aperfeiçoamento e responsabilização pelo contínuo processo de desenvolvimento pessoal e profissional;</p> <p>9. Realização de reuniões intercalares com a enfermeira cooperante e com a professora orientadora, tendo por objetivo o crescimento profissional e a melhoria da minha prestação de cuidados especializados no estágio IV;</p> <p>10. Elaboração do relatório final de estágio IV, tendo por base a reflexão crítica sobre as experiências, competências, aprendizagens vivenciadas e adquiridas na prática clínica. Este relatório irá integrar uma revisão sistemática da literatura acerca do tema “Intervenções do EEESMO na Prevenção do Trauma Perineal no Segundo Estadio do Trabalho de Parto”, consistindo num documento que irá ser submetido a discussão pública para a aquisição do grau académico de mestre.</p>		
--	--	---	--	--

Quadro 2

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica a desenvolver em ambos os contextos de estágios, segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nº (391/2019)

Competências a desenvolver	Objetivos	Atividades	Recursos	Calendarização
Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	5. Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) à mulher grávida/parturiente e pessoa significativa/família no serviço de Bloco Operatório Obstétrico no momento da admissão/acolhimento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compreensão do motivo de internamento no Bloco Operatório Obstétrico (BOO): recolha e interpretação da informação clínica e processo da utente; 2. Preparação do ambiente físico, promovendo um ambiente terapêutico seguro, calmo e acolhedor, sem agentes stressantes e que transmitam confiança à grávida; 3. Apresentação à mulher grávida/parturiente e pessoa significativa/família, efetuando a minha apresentação e demonstrando empatia e disponibilidade; 4. Realização do acolhimento à mulher grávida/parturiente e pessoa significativa/família, apresentando o espaço físico: informando sobre o funcionamento, instalações, organização e regras/normas do BOO. 5. Instalação e preparação da mulher grávida/parturiente na sua unidade para o trabalho de parto, de acordo com os protocolos/normas em vigor; 6. Adaptação da linguagem e manutenção de uma comunicação assertiva e empática com a grávida/parturiente e a pessoa significativa/família, tendo em vista o estabelecimento de uma relação terapêutica; 7. Valorização e gestão das atitudes, medos, anseios e expectativas da mulher grávida/parturiente e/ou pessoa 	<p><u>Humanos</u> Estudante Enfermeira Cooperante Grávidas/Parturiente/ Pessoa significativa/Família</p>	<p><u>1ª-5ª semana:</u> realização das atividades com o auxílio da enfermeira cooperante;</p> <p><u>6ª-12 semana:</u> realização das atividades com a supervisão da enfermeira cooperante, tendo em vista a aquisição progressiva de autonomia;</p> <p><u>13ª-20ª semana:</u> Realização das atividades autonomamente com a supervisão da</p>

		<p>significativa/família e explicitação de eventuais dúvidas que surjam;</p> <p>8. Transmissão dos cuidados de enfermagem especializados que vão ser realizados, de forma perceptível e adequadamente, de modo a obter o consentimento informado e esclarecido, promovendo a sua autonomia e autodeterminação nas tomadas de decisão;</p> <p>9. Realização da avaliação inicial: anamnese; consultar o Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e exames complementares de diagnóstico; realização do exame físico e obstétrico com triagem e diagnóstico do trabalho de parto (TP); percepção das expectativas da grávida/parturiente acerca da analgesia epidural; avaliação do bem-estar-fetal; realização do exame vaginal;</p> <p>10. Avaliação cultural, social e psicossocial da grávida/parturiente e pessoa significativa/família;</p> <p>11. Conhecimento do plano de parto da grávida (se aplicável);</p> <p>12. Identificação das necessidades específicas da grávida/parturiente e pessoa significativa/família, desenvolvendo um plano de cuidados individual, integrando-os no seu processo de saúde e alterando-o conforme a necessidade;</p> <p>13. Prestação e avaliação sistemática dos cuidados de enfermagem especializados de acordo com o plano de cuidados realizado, tendo em vista a autonomia da mulher grávida/parturiente e pessoa significativa/família;</p> <p>14. Promover a adaptação da grávida/parturiente e pessoa significativa/família adequada ao TP e o respetivo estadio;</p>		<p>enfermeira cooperante</p>
--	--	---	--	----------------------------------

		<p>15. Promoção do vínculo entre o feto e a grávida/parturiente e/ou pessoa significativa/família;</p> <p>16. Realização dos registos de enfermagem: formato papel (folhas de registo de enfermagem) e programa informático <i>SClínico®</i>.</p>		
--	--	---	--	--

<p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal</p>	<p>6. Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) à mulher grávida e pessoa significativa/família no serviço de Bloco Operatório Obstétrico em situações de interrupção médica da gravidez/aborto tardio</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compreensão do motivo de internamento no Bloco Operatório Obstétrico: recolha e interpretação da informação clínica e processo da utente; 2. Preparação do ambiente físico, promovendo um ambiente terapêutico seguro, calmo e acolhedor, sem agentes stressantes e que transmitam confiança à grávida; 3. Apresentação à mulher grávida/parturiente e pessoa significativa/família, efetuando a minha apresentação e demonstrando empatia e disponibilidade; 4. Realização do acolhimento à mulher grávida/parturiente e pessoa significativa/família, apresentando o espaço físico: informando sobre o funcionamento, instalações, organização e regras/normas do BOO. 5. Instalação e preparação da mulher grávida/parturiente na sua unidade; 6. Adaptação da linguagem e manutenção de uma comunicação assertiva e empática com a grávida/parturiente e a pessoa significativa/família, tendo em vista o estabelecimento de uma relação terapêutica; 7. Valorização e gestão das atitudes, medos, anseios e expectativas da mulher grávida/parturiente e/ou pessoa significativa/família e explicitação de eventuais dúvidas que surjam; 8. Transmissão dos cuidados de enfermagem especializados que vão ser realizados, de forma perceptível e adequadamente, de modo a obter o consentimento informado e esclarecido, promovendo a sua autonomia e autodeterminação nas tomadas de decisão; 	<p><u>Humanos</u> Estudante Enfermeira Cooperante Grávidas/Parturiente/ Pessoa significativa/Família</p>	<p><u>1ª-5ª semana:</u> realização das atividades com o auxílio da enfermeira cooperante;</p> <p><u>6ª-12 semana:</u> realização das atividades com a supervisão da enfermeira cooperante, tendo em vista a aquisição progressiva de autonomia;</p> <p><u>13ª-20ª semana:</u> Realização das atividades autonomamente com a supervisão da enfermeira cooperante</p>
---	--	---	--	---

		<p>9. Realização da avaliação inicial: -Antecedentes pessoais, familiares, obstétricos, ginecológicos;</p> <ul style="list-style-type: none">-Avaliação da história obstétrica anterior (se aplicável) e a gravidez atual;- Perceção da profissão, nível de escolaridade e estado civil;-Consultar o Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e exames complementares de diagnóstico; <p>10. Monitorização dos sinais vitais maternos;</p> <p>11. Monitorização da evolução da interrupção médica da gravidez/aborto tardio e eventuais complicações, atuando em conformidade;</p> <p>12. Administração de ocitocina (uterotónico) ou aplicação de misoprostol®, segundo a prescrição médica/protocolo do serviço;</p> <p>13. Avaliação das perdas hemáticas: quantidade, cor e odor;</p> <p>14. Colaboração com a equipa médica, se necessário.</p> <p>15. Elaboração dos registos de enfermagem respeitantes à expulsão do feto e anexos, em formato informático (SClínico®) e em papel.</p>		
--	--	---	--	--

<p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto</p>	<p>7. Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica à mulher grávida/parturiente e pessoa significativa/família no serviço de Bloco Operatório Obstétrico durante o trabalho de parto (1º Estadio)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumprimento dos protocolos/normas e orientações fornecidas pela enfermeira cooperante: em caso de dúvida, não é realizado nenhum procedimento especializado de enfermagem; 2. Preparação do ambiente físico, promovendo um ambiente terapêutico seguro, calmo e acolhedor, sem agentes stressantes e que transmitam confiança à grávida; 3. Promoção da presença do acompanhante, sempre que possível; 4. Apresentação à mulher grávida/parturiente e pessoa significativa/família, efetuando a minha apresentação e demonstrando empatia e disponibilidade; 5. Adaptação da linguagem e manutenção de uma comunicação assertiva e empática com a grávida/parturiente e a pessoa significativa/família, tendo em vista o estabelecimento de uma relação terapêutica; 6. Valorização e gestão das atitudes, medos, anseios e expectativas da mulher grávida/parturiente e/ou pessoa significativa/família e realização de educação para a saúde tendo em conta as dúvidas que surjam; 7. Valorização do plano de parto (se aplicável) e discuti-lo com a parturiente e pessoa significativa tendo em vista a promoção do seu empoderamento e autonomia durante o TP; 8. Transmissão dos cuidados de enfermagem especializados que vão ser realizados, de forma perceptível e adequadamente, de modo a obter o consentimento informado e esclarecido, promovendo a sua autonomia e autodeterminação nas tomadas de decisão; 	<p><u>Humanos</u> Estudante Enfermeira Cooperante Grávidas/Parturiente/ Pessoa significativa/Família</p>	<p><u>1ª-5ª semana:</u> realização das atividades com o auxílio da enfermeira cooperante;</p> <p><u>6ª-12 semana:</u> realização das atividades com a supervisão da enfermeira cooperante, tendo em vista a aquisição progressiva de autonomia;</p> <p><u>13ª-20ª semana:</u> Realização das atividades autonomamente com a supervisão da enfermeira cooperante</p>
---	---	---	--	---

		<p>9. Planejamento e priorização cuidados de enfermagem especializados, após interpretação dos dados obtidos: antecedentes pessoais, ginecológicos, obstétricos e familiares; exame físico; exame obstétrico; dor; necessidades identificadas, entre outros;</p> <p>10. Prestação de cuidados de enfermagem especializados, tendo em atenção ao plano de cuidados efetuados, promovendo a autonomia da parturiente, sempre que possível;</p> <p>11. Prestação de cuidados especializados durante o TP e realização de 10-15 partos eutócicos, com orientação da enfermeira cooperante; Prestação de cuidados especializados durante o TP e realização de 11-16 a 20-25 partos eutócicos com supervisão da enfermeira cooperante; Prestação de cuidados especializados durante o TP e realização de 21-26 partos a 40 partos eutócicos, de forma autónoma; Participação/colaboração em partos distócicos (utilização de fórceps ou ventosas);</p> <p>12. Prestação de cuidados especializados (vigilância/assistência) a pelo menos 40 grávidas durante o TP, com patologia crónica ou patologia associada à gravidez (hipertensão prévia, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, diabetes <i>mellitus</i> prévia, diabetes gestacional, entre outras) de acordo com os protocolos do serviço;</p> <p>13. Avaliação dos cuidados especializados prestados sistematicamente, implementando medidas corretivas, se necessário;</p> <p>14. Administração de terapêutica prescrita, durante primeiro estadio do trabalho de parto:</p>		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Administração da terapêutica de acordo com os nove certos: parturiente certa; medicação certa; via certa; dose certa; hora certa; registo certo; conhecimento da ação certo; forma farmacêutica certo; monitorização/vigilância certa; - Transmissão de informação acerca da terapêutica prescrita à parturiente, tendo em vista a sua compreensão e validação; - Detenção dos protocolos em serviço associados à terapêutica administrada durante o TP; - Vigilância/Monitorização do bem-estar materno-fetal e avaliação dos efeitos secundários, realizando a respetiva intervenção; <p>15. Identificação precoce de complicações materno-fetais, mobilizando a equipa multidisciplinar de saúde sempre que necessário;</p> <p>16. Participação e cooperação com a equipa multidisciplinar, sempre que necessário e oportuno, por exemplo, em situações complicadas/urgentes que surjam no decorrer do trabalho de parto;</p> <p>17. Realização dos registos de enfermagem: formato papel (folhas de registo de enfermagem) e programa informático <i>SClínico</i>®.</p> <p style="text-align: center;"><u>1º Estadio do TP</u></p> <p>1. Identificação da <u>fase latente</u> (fase descrita como o período que tem início a instalação de contrações regulares até ao apagamento do colo uterino e início da dilatação entre os 0-5cm de dilatação) e <u>fase ativa</u> do TP (fase caracterizada pelo aumento da duração, frequência e intensidade das contrações</p>		
--	--	---	--	--

		<p>e divide-se em 3 momentos: fase de aceleração, fase de inclinação máxima);</p> <p>2. Vigilância do bem-estar materno: avaliação dos sinais vitais maternos;</p> <p>3. Vigilância do bem-estar fetal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização das manobras de Leopold; - Monitorização externa através do CTG: contratilidade uterina; frequência cardíaca fetal (FCF), variabilidade; frequência cardíaca basal; identificação de acelerações/desacelerações da FCF; - Determinação de um CTG normal, suspeito ou patológico; <p>3. Canalização de acesso venoso periférico e administração de soro Ionostiril Glicosado 1000ml;</p> <p>4. Caracterização da contratilidade uterina a cada 2h ou sempre que necessário (segundo protocolo), através da avaliação e interpretação do CTG: a intensidade; frequência, tônus basal e duração da contração;</p> <p>5. Caracterização da progressão da apresentação através da realização do toque vaginal (sempre que necessário): avaliação dos mecanismos de apagamento e dilatação cervical; características do colo (posição, consistência e espessura); integridade das membranas amnióticas; posição, apresentação e variedade do feto; e identificação do grau de descida da apresentação (Plano de <i>Hodge</i> ou <i>Lee</i>);</p> <p>6. Identificação de condições desfavoráveis de um TP eutócico: posição fetal;</p> <p>7. Realização de amniotomia, se TP disfuncional (prolongamento TP) e reunidas condições: apresentação fetal insinuada, colo uterino com dilatação $\geq 5\text{cm}$, sem</p>		
--	--	---	--	--

		<p>contraindicações maternas/fetais e de acordo com o protocolo em vigor no serviço;</p> <p>8. Avaliação e controlo da dor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento, incentivo e auxílio da parturiente acerca de medidas não farmacológicas de alívio da dor: musicoterapia, técnicas respiratórias de relaxamento, uso da bola de pilates, deambulação, diminuição da luminosidade; - Esclarecimento à parturiente acerca das opções de posicionamento no leito, em pé, na bola de pilates; - Esclarecimento da parturiente acerca de medidas farmacológicas para alívio da dor: analgesia sistémicos a analgesia loco-regional (epidural, sequencial ou raquianestesia); - Colaboração com anestesista na técnica de analgesia loco-regional; - Transmissão de informação adequada acerca da medicação; - Validação do preenchimento da folha do consentimento informado acerca do procedimento da epidural e anexar no processo da parturiente; - Avaliação dos efeitos secundários associados à medicação e atuar consoante o efeito; - Reavaliação da dor; <p>9. Administração de 10UI de ocitocina (uterotónico) diluída em 1000ml de Soro Ionostril Glicosado, em bomba infusora a 15ml/h, segundo prescrição médica/protocolo do serviço;</p> <p>10. Avaliação de características do líquido amniótico quanto à cor, odor e quantidade;</p>		
--	--	--	--	--

		<p>11. Prestação de cuidados de higiene e conforto à parturiente, sempre que necessário;</p> <p>12. Promoção da ingestão de líquidos ou gelatinas durante o trabalho de parto ativo, sempre que possível;</p> <p>13. Realização de colheita de sangue para análise, sempre que necessário;</p> <p>14. Otimização da função urinária – realização de esvaziamento vesical ou cateterismo vesical, se necessário;</p> <p>15. Observação dos sinais eminentes do 2º estadio do TP.</p>		
--	--	---	--	--

<p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto</p>	<p>8. Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica à mulher grávida/parturiente e pessoa significativa/família no serviço de Bloco Operatório Obstétrico durante o trabalho de parto (2º Estadio)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumprimento dos protocolos/normas e orientações fornecidas pela enfermeira cooperante: em caso de dúvida, não é realizado nenhum procedimento especializado de enfermagem; 2. Preparação do ambiente físico, promovendo um ambiente terapêutico seguro, calmo e acolhedor, sem agentes stressantes e que transmitam confiança à grávida; 3. Promoção da presença do acompanhante, sempre que possível; 4. Apresentação à mulher grávida/parturiente e pessoa significativa/família, efetuando a minha apresentação e demonstrando empatia e disponibilidade; 5. Adaptação da linguagem e manutenção de uma comunicação assertiva e empática com a grávida/parturiente e a pessoa significativa/família, tendo em vista o estabelecimento de uma relação terapêutica; 6. Valorização e gestão das atitudes, medos, anseios e expectativas da mulher grávida/parturiente e/ou pessoa significativa/família e realização de educação para a saúde tendo em conta as dúvidas que surjam; 7. Transmissão dos cuidados de enfermagem especializados que vão ser realizados, de forma perceptível e adequadamente, de modo a obter o consentimento informado e esclarecido, promovendo a sua autonomia e autodeterminação nas tomadas de decisão; 8. Planeamento e priorização cuidados de enfermagem especializados; 9. Prestação de cuidados de enfermagem especializados, tendo em atenção ao plano de cuidados efetuados, 	<p><u>Humanos</u> Estudante Enfermeira Cooperante Grávidas/Parturiente/ Pessoa significativa/Família</p>	<p><u>1ª-5ª semana:</u> realização das atividades com o auxílio da enfermeira cooperante;</p> <p><u>6ª-12 semana:</u> realização das atividades com a supervisão da enfermeira cooperante, tendo em vista a aquisição progressiva de autonomia;</p> <p><u>13ª-20ª semana:</u> Realização das atividades autonomamente com a supervisão da enfermeira cooperante</p>
---	---	---	--	---

		<p>promovendo a autonomia da parturiente, sempre que possível;</p> <p>10. Prestação de cuidados especializados durante o TP e realização de 10-15 partos eutócicos, com orientação da enfermeira cooperante; Prestação de cuidados especializados durante o TP e realização de 11-16 a 20-25 partos eutócicos com supervisão da enfermeira cooperante; Prestação de cuidados especializados durante o TP e realização de 21-26 partos a 40 partos eutócicos, de forma autónoma; Participação/colaboração em partos distócicos (utilização de fórceps ou ventosas);</p> <p>11. Prestação de cuidados especializados (vigilância/assistência) a pelo menos 40 grávidas durante o TP, com patologia crónica ou patologia associada à gravidez (hipertensão prévia, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, diabetes <i>mellitus</i> prévia, diabetes gestacional, entre outras) de acordo com os protocolos do serviço;</p> <p>12. Avaliação dos cuidados especializados prestados sistematicamente, implementando medidas corretivas, se necessário;</p> <p>13. Administração de terapêutica prescrita, durante o 2º estadio do trabalho de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administração da terapêutica de acordo com os nove certos: parturiente certa; medicação certa; via certa; dose certa; hora certa; registo certo; conhecimento da ação certo; forma farmacêutica certo; monitorização/vigilância certa; - Transmissão de informação acerca da terapêutica prescrita à parturiente, tendo em vista a sua compreensão e validação; 		
--	--	---	--	--

		<p>- Detenção dos protocolos em serviço associados à terapêutica administrada durante o TP;</p> <p>- Vigilância/Monitorização do bem-estar materno-fetal e avaliação dos efeitos secundários, realizando a respetiva intervenção;</p> <p>14. Identificação precoce de complicações materno-fetais, mobilizando a equipa multidisciplinar de saúde sempre que necessário;</p> <p>15. Participação e cooperação com a equipa multidisciplinar, sempre que necessário e oportuno, por exemplo, em situações complicadas/urgentes que surjam no decorrer do trabalho de parto;</p> <p>16. Realização dos registos de enfermagem: formato papel (folhas de registo de enfermagem), programa informático <i>SCLínico</i>® e Boletim de Saúde da Grávida.</p> <p style="text-align: center;"><u>2º Estadio do TP</u></p> <p>1. Reconhecimento dos sinais de instalação do 2º estadio do trabalho de parto (fase caracterizada pela fase passiva: dilatação completa sem contrações expulsivas; fase ativa: dilatação completa com contrações expulsivas; dilatação cervical completa e descida da apresentação);</p> <p>2. Promoção da privacidade da utente e respeitar a sua vontade no que refere a número de pessoas presentes na sala de partos;</p> <p>3. Encorajamento da parturiente em ouvir o seu corpo enquanto executa esforços expulsivos, em pronunciar sobre as suas preferências e a sentir que as mesmas são asseguradas;</p>		
--	--	--	--	--

		<p>4. Avaliação do bem-estar materno e fetal;</p> <p>5. Transmissão à parturiente e pessoa significativa acerca da proximidade do período expulsivo;</p> <p>6. Lavagem das mãos antes e após o procedimento;</p> <p>7. Preparação da mesa de parto - disposição do <i>kit</i> de parto;</p> <p>8. <u>No período expulsivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Permissão à parturiente para ter a liberdade de escolher a posição que lhe é mais confortável no momento do período expulsivo; - Orientação da parturiente para realização de esforços expulsivos aquando a contração uterina com controlo da respiração e relaxamento entre o intervalo das contrações; - Manutenção da monitorização da FCF até à exteriorização da cabeça do feto; - Promoção da participação da pessoa significativa, se assim o desejar; - Promoção de reforços positivos à parturiente, permitindo o seu empoderamento no seu TP; - Utilização do equipamento de proteção individual (máscara, touca, bata, óculos, luvas esterilizadas e sapatos de proteção); - Abertura dos campos cirúrgicos: perneiras, campos esterilizados (bolsa nadegueira com saco coletor), campo para o abdómen; - Avaliação da elasticidade dos tecidos perineais e observação da sua coloração; - Promoção de uma atitude expectante ou fisiológica; - Avaliação da necessidade de realização de episiotomia; 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Execução de episiotomia médio-lateral, sempre que necessário/aplicável; - Execução de manobras de proteção do períneo, manobra de <i>Ritgen</i> modificada, promovendo a prevenção de lacerações e controlo da expulsão da apresentação fetal; - Controlo da saída do feto e pedido à parturiente para suspender esforços expulsivos; - Avaliação da presença de circular cervical do cordão e atuação em conformidade; - Aguardar pela rotação externa do feto; - Remoção de secreções da boca e nariz do feto com a mão (expressão manual das vias aéreas superiores do feto) prevenindo a aspiração de secreções do parto e a promoção da libertação das mesmas; - Extração do corpo fetal – extração do ombro anterior, seguidamente do ombro posterior e apoio do corpo fetal; - Suspensão da monitorização da FCF e das contrações uterinas – verificar a hora do nascimento; - Felicitação dos pais pelo nascimento do seu bebé; - Avaliação do índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto; - Laqueação do cordão umbilical e corte do mesmo, atendendo à importância da clampagem tardia do cordão (cerca de 1-3 minutos e se possível, realizado por um dos progenitores para promover a vinculação precoce), caso seja manifestado a colheita de sangue do cordão umbilical para <i>kit</i> de células estaminais não é promovido a clampagem tardia do cordão; 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none">- Promoção do contacto pele a pele entre a mãe e o RN, se assim o desejar, promovendo a presença da pessoa significativa;- Colheita de sangue do cordão, se aplicável: para gasimetria, tipagem sanguínea do RN, teste de <i>Coombs</i>; análises necessárias; <p>9. Promoção do conforto da parturiente para o 3º estadio do TP.</p>		
--	--	--	--	--

<p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto</p>	<p>9. Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica à mulher grávida/parturiente e pessoa significativa/família no serviço de Bloco Operatório Obstétrico durante o trabalho de parto (3º Estadio)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumprimento dos protocolos/normas e orientações fornecidas pela enfermeira cooperante: em caso de dúvida, não é realizado nenhum procedimento especializado de enfermagem; 2. Preparação do ambiente físico, promovendo um ambiente terapêutico seguro, calmo e acolhedor, sem agentes stressantes e que transmitam confiança à grávida; 3. Promoção da presença do acompanhante, sempre que possível; 4. Apresentação à mulher grávida/parturiente e pessoa significativa/família, efetuando a minha apresentação e demonstrando empatia e disponibilidade; 5. Adaptação da linguagem e manutenção de uma comunicação assertiva e empática com a grávida/parturiente e a pessoa significativa/família, tendo em vista o estabelecimento de uma relação terapêutica; 6. Valorização e gestão das atitudes, medos, anseios e expectativas da mulher grávida/parturiente e/ou pessoa significativa/família e realização de educação para a saúde tendo em conta as dúvidas que surjam; 7. Transmissão dos cuidados de enfermagem especializados que vão ser realizados, de forma perceptível e adequadamente, de modo a obter o consentimento informado e esclarecido, promovendo a sua autonomia e autodeterminação nas tomadas de decisão; 8. Planeamento e priorização cuidados de enfermagem especializados; 9. Prestação de cuidados de enfermagem especializados, tendo em atenção ao plano de cuidados efetuados, 	<p><u>Humanos</u> Estudante Enfermeira Cooperante Grávidas/Parturiente/ Pessoa significativa/Família</p>	<p><u>1ª-5ª semana:</u> realização das atividades com o auxílio da enfermeira cooperante;</p> <p><u>6ª-12 semana:</u> realização das atividades com a supervisão da enfermeira cooperante, tendo em vista a aquisição progressiva de autonomia;</p> <p><u>13ª-20ª semana:</u> Realização das atividades autonomamente com a supervisão da enfermeira cooperante</p>
---	---	---	--	---

		<p>promovendo a autonomia da parturiente, sempre que possível;</p> <p>10. Avaliação dos cuidados especializados prestados sistematicamente, implementando medidas corretivas, se necessário;</p> <p>11. Administração de terapêutica prescrita:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administração da terapêutica de acordo com os nove certos: parturiente certa; medicação certa; via certa; dose certa; hora certa; registo certo; conhecimento da ação certo; forma farmacêutica certa; monitorização/vigilância certa; - Transmissão de informação acerca da terapêutica prescrita à parturiente, tendo em vista a sua compreensão e validação; - Detenção dos protocolos em serviço associados à terapêutica administrada durante o TP; <p>12. Identificação precoce de complicações maternas, mobilizando a equipa multidisciplinar de saúde sempre que necessário;</p> <p>13. Participação e cooperação com a equipa multidisciplinar, sempre que necessário e oportuno, por exemplo, em situações complicadas/urgentes que surjam;</p> <p>14. Realização dos registos de enfermagem: formato papel (folhas de registo de enfermagem) e programa informático <i>SCLínico</i>®.</p> <p style="text-align: center;"><u>3º Estadio do TP</u></p> <p>1. Posicionamento da parturiente em semi-fowler (45°)</p> <p>2. Monitorização dos sinais vitais;</p>		
--	--	---	--	--

		<p>3. Avaliação do estado geral da parturiente: coloração da pele, estado de consciência e dor;</p> <p>4. Execução de analgesia local, se necessário;</p> <p>5. Colocação de pinça no cordão umbilical junto à vulva;</p> <p>6. Identificação dos sinais de descolamento da placenta (perda repentina de sangue pelo introito vaginal, alongamento do cordão umbilical à vulva e elevação do útero acima do umbigo)</p> <p>7. Realização de pressão moderada suprapúbica sob o útero com a mão esquerda (massagem uterina) e com a mão direita promover a tração controlada do cordão umbilical;</p> <p>8. Orientação da parturiente para realizar esforços expulsivos, tendo em vista a expulsão da placenta;</p> <p>9. Apoio da placenta com as mãos durante a sua exteriorização para diminuir a pressão sobre as membranas;</p> <p>10. Execução da manobra de <i>Dublin</i>: realização de movimentos de rotação no sentido dos ponteiros do relógio permitindo a exteriorização completa e intacta das membranas;</p> <p>11. Identificação do mecanismo de dequitação: <i>Schutz</i> ou <i>Duncan</i>;</p> <p>12. Verificação do globo de segurança de <i>pinard</i> e perdas sanguíneas vaginais;</p> <p>13. Administração de 30UI de ocitocina (uterotônico) no Soro Ionostril Glicosado pré-existente, perfazendo um total de 40UI administradas, segundo prescrição médica/protocolo;</p> <p>14. Observação rigorosa e minuciosa da placenta: - Colocação da placenta na mesa de partos;</p>		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Limpeza da face materna e fetal da placenta com compressa esterilizada promovendo a remoção de sangue e coágulos; - Validação que não houve nenhum fragmento ou cotilédone retido no útero; - Observação do tamanho, forma, bordos e inserção; - Observação do cordão umbilical: presença de duas artérias e uma veia, anomalias, local de inserção, comprimento e presença de geleia de <i>wharton</i>; - Reconstituição da câmara amniótica; <p>15. <u>Reconstrução perineal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposição do períneo: direção do foco de luz para iluminação adequada do mesmo; - Lavagem dos órgãos genitais externos com soro fisiológico; - Inspeção cuidadosa e detalhada do períneo: identificação da presença de lesões perineais e avaliação da sua extensão; - Classificação da laceração, caso seja aplicável; - Proceder à anestesia local, se necessário; - Identificação dos tecidos a suturar e realização da respetiva sutura, procedendo aos princípios: sutura da mucosa vaginal, posteriormente dos músculos perineais e sutura da pele perineal; <p>16. Realização do canal de parto, períneo e ânus após episiorrafia e para despiste de eventuais complicações;</p> <p>17. Realização da expressão uterina promovendo a saída de coágulos, quando necessário;</p>		
--	--	--	--	--

		<p>18. Promoção dos cuidados de higiene e conforto da parturiente;</p> <p>19. Aplicação de gelo local, para redução da dor e edema.</p>		
--	--	---	--	--

<p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto</p>	<p>10. Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica à mulher grávida/parturiente e pessoa significativa/família no serviço de Bloco Operatório Obstétrico durante o trabalho de parto (4º Estadio)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumprimento dos protocolos/normas e orientações fornecidas pela enfermeira cooperante: em caso de dúvida, não é realizado nenhum procedimento especializado de enfermagem; 2. Preparação do ambiente físico, promovendo um ambiente terapêutico seguro, calmo e acolhedor, sem agentes stressantes e que transmitam confiança à puérpera; 3. Promoção da presença do acompanhante, sempre que possível; 4. Apresentação à mulher puérpera e pessoa significativa/família, efetuando a minha apresentação e demonstrando empatia e disponibilidade; 5. Adaptação da linguagem e manutenção de uma comunicação assertiva e empática com a puérpera e a pessoa significativa/família, tendo em vista o estabelecimento de uma relação terapêutica; 6. Valorização e gestão das atitudes, medos, anseios e expectativas da puérpera e/ou pessoa significativa/família e realização de educação para a saúde tendo em conta as dúvidas que surjam; 7. Transmissão dos cuidados de enfermagem especializados que vão ser realizados, de forma perceptível e adequadamente, de modo a obter o consentimento informado e esclarecido, promovendo a sua autonomia e autodeterminação nas tomadas de decisão; 8. Planeamento e priorização cuidados de enfermagem especializados; 	<p><u>Humanos</u> Estudante Enfermeira Cooperante Grávidas/Parturiente/ Pessoa significativa/Família</p>	<p><u>1ª-5ª semana:</u> realização das atividades com o auxílio da enfermeira cooperante;</p> <p><u>6ª-12 semana:</u> realização das atividades com a supervisão da enfermeira cooperante, tendo em vista a aquisição progressiva de autonomia;</p> <p><u>13ª-20ª semana:</u> Realização das atividades autonomamente com a supervisão da enfermeira cooperante</p>
---	--	---	--	---

		<p>9. Prestação de cuidados de enfermagem especializados, tendo em atenção ao plano de cuidados efetuados, promovendo a autonomia da puérpera, sempre que possível;</p> <p>10. Avaliação dos cuidados especializados prestados sistematicamente, implementando medidas corretivas, se necessário;</p> <p>12. Identificação precoce de complicações maternas, mobilizando a equipa multidisciplinar de saúde sempre que necessário;</p> <p>13. Participação e cooperação com a equipa multidisciplinar, sempre que necessário e oportuno, por exemplo, em situações complicadas/urgentes que surjam;</p> <p>14. Realização dos registos de enfermagem: formato papel (folhas de registo de enfermagem) e programa informático <i>SClínico</i>®.</p> <p style="text-align: center;"><u>4º Estadio do TP</u></p> <p>1. Avaliação do estado geral da puérpera: pele e mucosas, expressão facial, aparência geral e queixas;</p> <p>2. Monitorização dos sinais vitais, segundo o protocolo do serviço;</p> <p>3. Promoção do contacto pele a pele precoce;</p> <p>4. Incentivo ao aleitamento materno na 1ª hora de vida do RN, se for o desejo da puérpera;</p> <p>5. Realização de educação para a saúde acerca do tema da amamentação e esclarecimento de eventuais dúvidas;</p> <p>6. Avaliação das mamas e mamilos;</p> <p>7. Avaliação do globo de segurança de <i>pinard</i>, lóquios, períneo e episiorrafia;</p>		
--	--	--	--	--

		<p>8. Avaliação dos membros inferiores: presença de varizes e edemas;</p> <p>9. Verificação da eliminação vesical: despiste de retenção urinária – promoção da micção espontânea ou necessidade de realização de esvaziamento vesical;</p> <p>10. Remoção do cateter loco-regional após 2h;</p> <p>11. Avaliação se a puérpera tolera a alimentação 2h após o parto;</p> <p>12. Transferência da puérpera e RN para o internamento do puerpério: transmissão da informação clínica de ambos de forma clara e concisa;</p>		
--	--	---	--	--

<p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto</p>	<p>11. Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica à mulher grávida/parturiente e pessoa significativa/família no serviço de Bloco Operatório Obstétrico em situações de emergência médica durante o trabalho de parto.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumprimento dos protocolos/normas e orientações fornecidas pela enfermeira cooperante: em caso de dúvida, não é realizado nenhum procedimento especializado de enfermagem; 2. Adaptação da linguagem e manutenção de uma comunicação assertiva e empática com a parturiente e a pessoa significativa/família, tendo em vista o estabelecimento de uma relação terapêutica; 3. Valorização e gestão das atitudes, medos, anseios e expectativas da parturiente e/ou pessoa significativa/família e realização de educação para a saúde tendo em conta as dúvidas que surjam; 4. Transmissão dos cuidados de enfermagem especializados que vão ser realizados, de forma perceptível e adequadamente, de modo a obter o consentimento informado e esclarecido, promovendo a sua autonomia e autodeterminação nas tomadas de decisão; 5. Planeamento e priorização cuidados de enfermagem especializados; 6. Prestação de cuidados de enfermagem especializados, tendo em atenção ao plano de cuidados efetuados, promovendo a autonomia da puérpera, sempre que possível; 7. Avaliação dos cuidados especializados prestados sistematicamente, implementando medidas corretivas, se necessário; 8. Identificação precoce de complicações maternas, mobilizando a equipa multidisciplinar de saúde sempre que necessário; 	<p><u>Humanos</u> Estudante Enfermeira Cooperante Grávidas/Parturiente/ Pessoa significativa/Família</p>	<p><u>1ª-5ª semana:</u> realização das atividades com o auxílio da enfermeira cooperante;</p> <p><u>6ª-12 semana:</u> realização das atividades com a supervisão da enfermeira cooperante, tendo em vista a aquisição progressiva de autonomia;</p> <p><u>13ª-20ª semana:</u> Realização das atividades autonomamente com a supervisão da enfermeira cooperante</p>
---	--	---	--	---

		<p>9. Participação e cooperação com a equipa multidisciplinar, sempre que necessário e oportuno, por exemplo, em situações complicadas/urgentes que surjam;</p> <p>10. Realização dos registos de enfermagem: formato papel (folhas de registo de enfermagem) e programa informático <i>SClínico</i>®.</p> <p style="text-align: center;"><u>Prolapso do Cordão</u></p> <p>1. Mobilização da equipa multidisciplinar e chamar um elemento mais graduado;</p> <p>2. Mobilização da apresentação fetal, empurrando-a para cima e sustentando-a com a mão, permitindo a diminuição da pressão da apresentação sob o cordão umbilical;</p> <p>3. Caso seja o profissional que identificou o prolapso do cordão, manter a sustentação da apresentação;</p> <p>4. Posicionamento da parturiente: baixar a cabeceira e elevação dos membros inferiores ou posicioná-la numa posição genupeitoral;</p> <p>5. Comunicação à equipa do bloco operatório;</p> <p>6. Monitorização do bem-estar fetal através da monitorização contínua do CTG, caso não seja possível, com doppler;</p> <p>7. Monitorização dos sinais vitais maternos;</p> <p>8. Preparação da parturiente para o bloco operatório: cateterismo vesical, remoção de próteses;</p> <p>10. Transmissão à parturiente para não efetuar esforços expulsivos ou qualquer tipo de esforço.</p> <p style="text-align: center;"><u>Distócia de Ombros</u></p> <p>1. Identificação da distócia de ombros: sinal de tartaruga;</p>		
--	--	--	--	--

		<p>2. Mobilização da equipa multidisciplinar urgentemente;</p> <p>3. Avaliação da necessidade de efetuar episiotomia;</p> <p>4. Execução da manobra <i>McRoberts</i> e <i>Rubin I</i>: hiperflexão das coxas sob o abdómen da parturiente e realização de pressão suprapúbica;</p> <p>5. Execução de manobras de rotação interna (<i>Rubin II</i>) e manobra de <i>Woods</i> e/ou <i>Woods Reversa</i>;</p> <p>6. Execução de manobra de <i>Gaskin</i>, caso não nenhuma manobra tenha resolvido a distócia de ombros;</p> <p>7. Promoção do bem-estar físico e emocional da parturiente, devido à situação de <i>stress</i> originada pela situação;</p> <p style="text-align: center;"><u>Atonia Uterina</u></p> <p>1. Verbalização da atonia uterina à equipa multidisciplinar de forma clara e organizada, sem alarmar a parturiente e pessoa significativa;</p> <p>2. Monitorização dos sinais vitais, despistando sinais/sintomas de choque hipovolémico;</p> <p>3. Realização de cateterismo venoso periférico e colheita de sangue para análises;</p> <p>4. Avaliação do estado geral da parturiente;</p> <p>5. Administração de oxigénio, se necessário;</p> <p>6. Avaliação do globo de segurança de <i>pinard</i>;</p> <p>7. Realização de massagem manual externa na parede abdominal, caso não resulte, realização de massagem bimanual (externa e interna);</p> <p>8. Administração de uterotónicos, se prescrição médica;</p>		
--	--	---	--	--

		9. Avaliação de perdas sanguíneas: a nível do canal de parto para determinar a presença de lesões e/ou despistar a retenção de restos de tecido placentário e de membranas;		
--	--	---	--	--

<p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto</p>	<p>12. Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nos cuidados imediatos ao recém-nascido em situação de saúde/doença, inerentes à adaptação à vida extrauterina</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cumprimento dos protocolos/normas e orientações fornecidas pela enfermeira cooperante: em caso de dúvida, não é realizado nenhum procedimento especializado de enfermagem; 2. Adaptação da linguagem e manutenção de uma comunicação assertiva e empática com a parturiente e a pessoa significativa/família, tendo em vista o estabelecimento de uma relação terapêutica; 3. Valorização e gestão das atitudes, medos, anseios e expectativas da parturiente e/ou pessoa significativa/família e realização de educação para a saúde tendo em conta as dúvidas que surjam; 4. Transmissão dos cuidados de enfermagem especializados que vão ser realizados ao RN, de forma perceptível e adequadamente, de modo a obter o consentimento informado e esclarecido, promovendo a sua autonomia e autodeterminação nas tomadas de decisão; 5. Planeamento e priorização cuidados de enfermagem especializados prestados ao recém-nascido; 6. Prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN, tendo em atenção ao plano de cuidados efetuados, promovendo a autonomia da puérpera, sempre que possível; 7. Receção do RN em campo esterilizado e aquecido; 8. Verificação da hora do nascimento e sexo do RN; 9. Avaliação do índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto de vida; 10. Aspiração do RN, em SOS; 11. Avaliação céfalo-caudal do RN para detetar malformações aparentemente visíveis; 		
---	--	---	--	--

		<p>12. Avaliação dos reflexos primários: reflexo de moro, reflexo de sucção, reflexo de busca, reflexo de preensão palmar;</p> <p>13. Administração da vitamina K (1mg intramuscular no terço médio do músculo vasto lateral externo do membro inferior esquerdo);</p> <p>14. Monitorização do peso do RN;</p> <p>15. Colocação da pulseira de identificação;</p> <p>16. Avaliação do período de reatividade e interação com o ambiente;</p> <p>17. Colocação da fralda ao RN;</p> <p>18. Promoção do processo de vinculação precoce com a tríade: amamentação à 1ª hora de vida e contacto pele a pele, caso seja a vontade da mãe e da pessoa significativa;</p> <p>19. Prestação de cuidados de higiene e conforto, sempre que se justifique;</p> <p>20. Avaliação da adaptação ao processo de parentalidade saudável;</p> <p>21. Participação e cooperação com a equipa multidisciplinar, sempre que necessário e oportuno, por exemplo, em situações complicadas/urgentes que surjam;</p> <p>22. Realização dos registos de enfermagem: formato papel (folhas de registo de enfermagem), programa informático <i>SCLínico</i>® e Boletim de Saúde Infantil/Juvenil.</p>		
--	--	--	--	--

CONCLUSÃO

A elaboração deste projeto individual de estágio permitiu-me refletir e delinear os meus objetivos e atividades a desenvolver no estágio IV, de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº (140/2019) e Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nº (391/2019).

Para a realização deste documento careci de várias fontes de literatura: normas da Direção Geral de Saúde, matéria lecionada em contexto académico, documento de recomendações da Organização Mundial de Saúde para uma experiência positiva de nascimento e livros.

Procuro ao longo do Estágio IV cumprir os objetivos e atividades propostas no presente projeto, de modo a adquirir competências técnicas, relacionais e cognitivas na prestação de cuidados especializados em Saúde Materna e Obstetrícia à grávida/parturiente/recém-nascido/pessoa significativa/família em situações de saúde e/ou risco, no BOO do Hospital Distrital de Santarém.

Reforço que o documento poderá sofrer alterações, de acordo com as oportunidades de aprendizagem e experiências que decorrerão do estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Campos, A. Y., Silva, S. I. & Costa, J. F. (2011). Emergências Obstétricas. Lidel: Edições Técnicas, LDA. 1ª impressão: fevereiro 2011. ISBN: 978-972-757-680-7

Enfermeiros, O (2019)a. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº (140/2019). Diário da República, 2, 26-6.

Enfermeiros, O. (2019)b. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário Da República*, 2, 85-3.

Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, F.C. (2020). Procedimentos de Enfermagem Em Saúde Materna e Obstétrica. Lidel: Edições Técnicas, LDA. ISBN: 978-989-752-416-5

Apêndice II

Sessão de Formação acerca do Tema “Intervenções do EEESMO na Prevenção do Trauma Perineal”

Intervenções do EEESMO na Prevenção do Trauma Perineal no 2º Estadio do Trabalho de Parto

Discente

Ana Rita Costa, nº 21400024

Docente

Hélia Dias



Escolha do Tema

- Confere visibilidade aos cuidados especializados prestados pelo EEESMO;
- É um tema transversal a todas as etapas do ciclo vital da mulher;
- Torna-se iminente a **atualização da evidência científica** e a sua **mobilização para a prática de cuidados**, com o intuito de prestar cuidados humanizados, holísticos e individualizados, permitindo a sua uniformização e a promoção dos ganhos em saúde.

“Quais as evidências relativas às intervenções do EEESMO na prevenção do trauma perineal no segundo estadio do trabalho de parto?”



Mapear a evidência científica sobre as intervenções utilizadas pelo EEESMO na prevenção do trauma perineal no segundo estadio do trabalho de parto.

Metodologia

→ Joanna Brigs Institute

Expressão de Pesquisa

→ “Perineum AND (Labor Stage, Second OR Parturition OR “Birth” OR “Childbirth”) AND (Nursing Care OR Nurse Midwifes OR “Midwife”)

Friso Cronológico

→ Sem friso cronológico → 4 anos

Plataformas

→ EBSCO Host, PubMed, Scielo e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

Total de 11 artigos

O **2º estadio do TP** inicia-se na dilatação completa do colo do útero até ao nascimento do feto



A ocorrência de contrações uterinas de intensidade elevada permitem a condução do feto no canal de parto para a sua expulsão e, deste modo, os tecidos perineais são submetidos a uma elevada pressão local causadas pelo polo cefálico, dilatando-os e estirando o períneo



O **trauma perineal** é definido como qualquer dano no períneo durante o parto que poderá ocorrer espontaneamente, a ocorrência de lacerações ou através da realização de episiotomia.

Incidência do trauma perineal → afeta cerca de 53%-79% das parturientes

Trauma Perineal



Fatores que influenciam o Trauma Perineal

Características Maternas

- Literacia em saúde;
- Idade superior a 35 anos;
- Etnia Asiática;
- Diabetes Gestacional;
- Índice de Massa Corporal $>30\text{kg/m}^2$

Não existem estudos concretos quanto à **deficiência de colagénio** e a sua influência nos tecidos e músculos perineais, todavia, a diminuição da ingestão proteica animal tem consequências a nível da cicatrização de feridas

Fatores que influenciam o Trauma Perineal

Características Obstétricas

- Nuliparidade;
- Elasticidade do períneo;
- Comprimento do corpo do períneo <3,5cm;
- Antecedentes de trauma perineal.

Características Fetais

- Peso do Recém-Nascido >4000gr;
- Perímetro cefálico >35cm;
- Variedade Occipito-Posterior;
- Presença de circular do cordão umbilical no feto.

Fatores que influenciam o Trauma Perineal

Intervenções no Parto

- Administração de oxitocina sintética;
- Analgesia Epidural;
- Puxos dirigidos com Manobra de *Valsava*;
- Manobra de *Kristeller*.

A taxa de períneo íntegro diminui proporcionalmente com o **aumento do tempo do período expulsivo**, considerando que a duração superior a 2h aumenta a probabilidade de trauma perineal. No entanto, o **período expulsivo precipitado** também aumenta a ocorrência de trauma perineal.

Fatores que influenciam o Trauma Perineal

EEESMO

- Intervenções realizadas desnecessariamente;
- Falta de experiência do profissional de saúde;
- Falta de confiança;
- Medo de ser julgado pela equipa multidisciplinar.

A experiência prática e teórica na prevenção do trauma perineal é influenciada pela prática adotada no local de trabalho, como também aquando estudantes.

É fulcral que o EEESMO investigue, reflita sobre a sua prática clínica, desenvolva competências e conhecimentos nesta área.

Morbilidades do Trauma Perineal



- Dor Perineal;
- Dispareunia;
- Incontinência vesical e/ou intestinal;
- Edema Perineal;
- Perturbações psicológicas;
- Sentimentos de culpa e/ou ansiedade associados com a incongruência entre a expectativa do parto e a realidade;
- Recuperação prolongada no pós-parto;
- Impacto negativo na relação entre o casal;
- Influência na decisão se o casal deseja mais filhos;
- Interferência na vinculação entre mãe-filho →
Comportamento e desenvolvimento da criança.

A prevenção do trauma perineal
REDUZ as despesas em saúde



Em Portugal, no ano 2021, foram realizados cerca de 78890 partos sendo que 35340 (44,8%) foram partos eutócicos e 43396 (55,2%) foram partos distócicos (INE, 2022; PORDATA, 2022)

Última atualização: 2022-12-27

O trauma perineal condiciona a decisão da mulher na escolha quanto ao tipo de parto, preferindo a realização de uma cesariana eletiva realizada no setor privado pelo receio e medo do desfecho do parto eutócico

O EEESMO deverá gerir ativamente o 2º estadio do TP na prevenção do trauma perineal, tornando-se num agente facilitador na transição para a maternidade.

Intervenções do EEESMO

As taxas de episiotomia e as taxas de períneos íntegros em partos eutócicos assistidos pelo EEESMO são considerados indicadores de qualidade, segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

Intervenções do EEESMO

Técnica “Hands On” ou Manobra de *Ritgen*



- É dos métodos mais utilizados;
- Associada à diminuição do risco de trauma perineal de 1º e 2º grau;
- Pressupõe a proteção do períneo com a mão direita e com a mão esquerda, do EEESMO, ajudar a sustentar o occipito do feto controlando a saída da cabeça;

Fatores de Risco: história prévia de trauma perineal de 3º e 4º grau; primiparidade; macrossomia fetal; duração prolongada do 2º estadio do TP; estatura baixa da parturiente; corpo perineal pequeno e quando o períneo estava prestes a lacerar.

(Stride et al, 2021)

Intervenções do EEESMO

Técnica “Hands Off”

- Caracterizada por uma atitude expectante;
- Existe uma maior prevalência de lacerações de grau I, mas a redução na taxa de traumas perineais graves e a necessidade de episiotomia;
- Ausência da pressão adicional das mãos do enfermeiro sob o períneo, estando estas sempre preparadas para intervir numa situação de emergência.



Os estudos consideram que esta técnica apresenta efeitos protetores perineais por permitir a extensão gradual dos tecidos perineais e deste modo, prevenir a isquémia local

“Hands On”

Diminuição da dor perineal 24h
após o parto

X

“Hands Off”

Diminuição da dor perineal 24h
após o parto
Menor taxa de episiotomia e
lacerações de 3º grau

Intervenções do EEESMO

Aplicação de Compressas Quentes

- Intervenção económica e fácil de implementar;
- O **calor** → Favorece a libertação de endorfinas promovendo a sensação de bem-estar; promove a vasodilatação e a circulação sanguínea nos tecidos perineais; relaxa os músculos e aumenta o limiar da dor.
- Previne lacerações de 3º e 4º grau, aumenta a incidência de períneos íntegros, sem necessidade de realização de episiotomia nas nulíparas;
- Redução da dor no 2º estadio do TP e no pós-parto.

Intervenções do EEESMO

Aplicação de Compressas Quentes

As compressas quentes foram aplicadas na região perineal durante 10 minutos a 40°C-45°C atingindo 3cm de profundidade dos tecidos.

(Türkmen et al., 2020)

X

A temperatura da água deve ser confortável para a parturiente, tendo em atenção ao risco de bloqueio sensitivo-motor devido à analgesia locorregional, se aplicável.

(Ferreira, 2022)

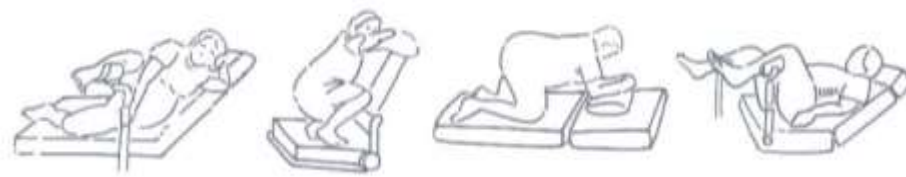
Intervenções do EEESMO

Postura Materna

- É a intervenção mais negligenciada pelos profissionais de saúde e o que apresenta maior evidência científica na prevenção do trauma perineal e contribuem para o sucesso do trabalho de parto;
- Associadas a um menor risco de lacerações de 2º grau;
- Posições laterais ou verticais como: estar de pé, cócoras, sentado, a andar ou de quatro apoios apresentam **inúmeras vantagens**.



- Aumento dos diâmetros da bacia pélvica;
- Redução da dor aguda no 2º estadio do TP;
- Promoção de contrações uterinas eficazes e mais regulares;
- Permite a acomodação do feto ao canal de parto;
- Menor intervenção dos profissionais de saúde;
- Confere autonomia e conforto à parturiente.

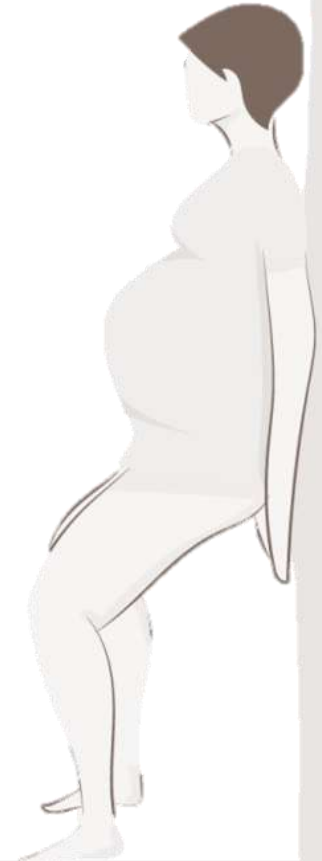


As posições verticalizadas tendem a aumentar o risco de laceração de 2º grau em parturientes **sem analgesia epidural**



O polo cefálico pode descer mais rápido no canal de parto e o EEESMO tem dificuldade na observação e proteção do períneo

As posições verticalizada não estão diretamente correlacionadas à duração do 2º estadio do trabalho de parto



Intervenções do EEESMO

Puxo Espontâneo

- Técnica fisiológica;
- Permite que o músculo perineal distenda gradualmente e que o feto desça ao longo do canal de parto controladamente e lentamente;
- Apresenta uma menor taxa de incontinência e prolapso de órgãos pélvicos, diminuição da taxa de episiotomia e lacerações de 3º e 4º grau

O puxo dirigido pelo EEESMO não é desejável por apresentar:

- Efeitos adversos no equilíbrio ácido-base da parturiente;
- Promove a fadiga materna;
- Não demonstra efeitos significativos na prevenção de lacerações de 3º e 4º grau;
- Aumenta o risco de trauma perineal.

Os puxos dirigidos podem ser realizados se controlados e somente quando o bebê se encontra no plano de *Hodge 4* ou a coroar.

(Martínez et al., 2021)

Intervenções do EEESMO

Aplicação de Substâncias Lubrificantes

- Facilita a distensão perineal e reduz o atrito da parede vaginal → reflete-se redução do trauma perineal e na realização de episiotomias.

- **Nulíparas**: há uma redução da laceração perineal de 2º grau, diminuição da duração do 2º estadio do TP e aumento da taxa de períneos íntegros.

- **Multíparas**: há a redução da incidência de laceração de 1º e 2º grau.
(Yang et al., 2022)

X

Não há uma diminuição significativa na taxa de ocorrência de lacerações e episiotomia, mas sim na sua gravidade e extensão.

(Ferreira, 2022; Ibrahim et al., 2017)

Intervenções do EEESMO

Massagem Perineal

- Colocação de dois dedos de cada lado da vagina da parturiente, na aplicação de pressão de cima para baixo e em massajar o períneo uniformemente. Quando realizada a massagem, poderá ser aplicada uma pressão em direção ao reto permitindo que as mulheres realizem puxos involuntários

Promove a dilatação dos vasos sanguíneos perineais

Aumenta o fluxo sanguíneo na região perineal

Aumenta a flexibilidade e adaptabilidade dos músculos perineais

Melhora a sua extensibilidade e elasticidade

Torna o períneo menos suscetível à pressão excessiva da passagem do feto no canal de parto

1º Estadio

- Permite a redução do período expulsivo;
- Possibilita a diminuição da hemorragia intraparto;
- Promove o alívio da dor no pós-parto;
- Motiva e envolve a parturiente na tomada de decisão sobre o parto.

(Li et al., 2022)

2º Estadio

- Prevenção de lacerações de 2º, 3º e 4º grau;
- Redução da incidência de episiotomia.

(Li et al., 2022; Yang et al., 2022; Zang et al., 2022)

X

Esta intervenção não deve ser efetuada no 2º estadio do TP por não apresentar resultados significativos na redução do trauma perineal, mas deve ser realizada no período pré-natal, sendo considerada como benéfica na redução do trauma perineal no parto.

(Martínez et al., 2021)

Proteção Perineal Manual

- Surge como uma intervenção para a prevenção do trauma perineal no 2º estadio do TP;
- O grau de traumatismo perineal depende; da tensão exercida; na localização dos dedos no períneo, a sua distância e direção;
- Existe uma lacuna pela falta de experiência e de conhecimento pelos profissionais de saúde sobre a execução desta técnica.

(a) FMPP



Non-dominant hand

Dominant hand

Flexed fingers with the middle finger mainly providing the ventral pressure on the perineal body.

(b) VMPP



Non-dominant hand not shown but essentially similar to its position in the FMPP.

Dominant hand with all fingers extended. The pressure against the perineal body is provided by the palm.



Proteção Perineal Moderada

- Com a aplicação desta técnica, a taxa de episiotomia diminui e a integridade perineal aumenta.

Vantagens

- Recuperação do pós-parto;
- Redução da dor no pós-parto;
- Promove a satisfação materna;
- Contribui nos benefícios económicos e sociais.





Técnica “*Please Squeeze*”

- Promove a proteção perineal e pode reduzir significativamente a incidência da lesão perineal nos partos vaginais.
- Esta técnica recomenda a colocação do polegar e do indicador, da parteira, acima da fúrcula no coroamento. Posteriormente, são trazidos firmemente e medialmente a um centímetro da região posterior da fúrcula para reduzir a tensão. Este suporte perineal é mantido até à saída do polo cefálico, tendo em vista, a redução da pressão no tecido perineal.

Mais importante do que a execução de técnicas, é **incluir a parturiente** no seu processo de cuidados, informando-a dos benefícios e riscos de cada técnica.

Aliado a todas as intervenções de enfermagem apresentadas, surge a importância do papel do EEESMO em assegurar um ambiente seguro e tranquilo; promover o apoio contínuo e prestar cuidados individualizados às parturientes



Referências Bibliográficas

- Abedzadeh-Kalahroudi, M., Talebian, A., Sadat, Z., & Mesdaghinia, E. (2019). Perineal trauma: incidence and its risk factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(2), 206-211.
- Akın, B., Balçık Çolak, M., Öztürk Can, H., & Küni, F. (2022). Practices of midwives working in delivery rooms for protection of perineum during intrapartum period and their feedback on these applications. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(1), 24-29.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Practice bulletin no. 165: prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstetrics and gynecology*, 128(1), e1-e15.
- Aquino, C. I., Saccone, G., Troisi, J., Guida, M., Zullo, F., & Berghella, V. (2020). Is Ritgen's maneuver associated with decreased perineal lacerations and pain at delivery?. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*, 33(18), 3185-3192.
- Barbosa, M. S. (2018). Posições de parto vaginal e prevenção de traumas perineais. *Rev Eletrôn Atualiza Saúde [Internet]*, 8(8), 72-80.
- Beleza, A. C. S. (2019). O trauma perineal no parto. *Fisioterapia Brasil*, 5(6), 462-466.
- Botelho, C. M. (2017). *A influência da massagem perineal na incidência do trauma perineal no segundo período de trabalho de parto* (Doctoral dissertation).
- Carvalho, C. G. D., Santos, P. C., & Pereira, J. F. M. P. (2020). Literacia em Saúde
- Castanheiro, I. (2022). *Ausência da ingestão de proteína animal no decurso de vida da mulher. Impacto no períneo durante o trabalho de parto*. (Doctoral dissertation).
- Costa, A. C. M., Silva, G., Santana, F., Barrêto, J. M. C. P., Silva, K. S. A., da Costa Santos, A. G., ... & Cirino, V. T. (2017). Fatores relacionados ao trauma perineal no parto vaginal: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (7), S502-S508.
- Dreher, D. Z., & Calgaro, G. L. (2021, July). DISPOSITIVO EPI-NO NA PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL: REVISÃO INTEGRATIVA. In *Congresso Internacional em Saúde* (No. 8).
- East, C. E., Lau, R., & Biro, M. A. (2015). Midwives 'and doctors 'perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: A cross-sectional survey. *Midwifery*, 31(1), 122-131.
- Farias, L. M. V. C. (2020). Posições maternas e sua influência no desfecho do parto e nascimento: um estudo caso-controle.
- Ferreira, A. I. A. N., & Presado, M. H. (2022). Aplicação de calor no períneo durante o parto: uma revisão scoping. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 22(1), 4-23.
- Gemma, M. (2016). Fatores associados a integridade perineal no parto vaginal: estudo
- Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., & Wang, J. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 87, 102712.
- Ibrahim, H. A.-F., Elgzar, W. I., & Hassan, H. E. (2017). Effect of Warm Compresses Versus Lubricated Massage during the Second Stage of Labor on Perineal Outcomes among Primiparous Women. *Journal of Nursing and Health Science*, 6(4), 64-76. <https://doi.org/10.9790/1959>

Referências Bibliográficas

- Kleprlikova, H., Kalis, V., Lucovnik, M., Rusavy, Z., Blaganje, M., Thakar, R., & Ismail, K. M. (2019). Manual perineal protection: The know-how and the know-why. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 99(4), 445-450.
- Lane, T. L., Chung, C. P., Yandell, P. M., Kuehl, T. J., & Larsen, W. I. (2017). Perineal body length and perineal lacerations during delivery in primigravid patients. In *Baylor University Medical Center Proceedings* (Vol. 30, No. 2, pp. 151-153). Taylor & Francis.
- Li, Y., Wang, C., Lu, H., Cao, L., Zhu, X., Wang, A., & Sun, R. (2022). Effects of perineal massage during childbirth on maternal and neonatal outcomes in primiparous women: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 138, 104390.
- Lopes, G. A., Leister, N., & Riesco, M. L. G. (2019). Desfechos e cuidados perineais em centro de parto normal. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 28
- Luxford, E., Bates, L., & King, J. (2019). 'Please Squeeze': A novel approach to perineal guarding at the time of delivery reduced rates of obstetric anal sphincter injury in an Australian tertiary hospital. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 60(6), 914-918.
- Ma, D. M., Hu, W., Wang, Y. H., & Luo, Q. (2019). A multicentre study on the effect of moderate perineal protection technique: a new technique for perineal management in labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(1), 25-29.
- Macedo, L. M. N. (2021). *Prevalência da episiotomia numa unidade hospitalar da região norte do país* (Doctoral dissertation).
- Marques, D. N. (2022). *A intervenção do enfermeiro obstetra na prevenção do trauma perineal no parto* (Doctoral dissertation).
- Martínez, E. M. L., Sáez, Z. A., Sánchez, E. H., Ávila, M. C., Conesa, E. M., & Ferrer, M. B. C. (2021). Métodos de protección perineal: conocimiento y utilización. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55.
- Matei, A., Poenaru, E., Dimitriu, M. C. T., Zaharia, C., Ionescu, C. A., Navolan, D., & Furău, C. G. (2021). Obstetrical Soft Tissue Trauma during Spontaneous Vaginal Birth in the Romanian Adolescent Population—Multicentric Comparative Study with Adult Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11491.
- Menoita, E. C. (2015). *Gestão de feridas complexas*. Lusodidacta.
- Modoor, S., Fouly, H., & Rawas, H. (2021). The effect of warm compresses on perineal tear and pain intensity during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Belitung Nursing Journal*, 7(3), 210–218. <https://doi.org/10.33546/bnj.1452>
- Moya-Jiménez, L. C., Sánchez-Ferrer, M. L., Adoamnei, E., & Mendiola, J. (2019). New approach to the evaluation of perineal measurements to predict the likelihood of the need for an episiotomy. *International Urogynecology Journal*, 30, 815-821.
- Pereira, A. S., Oliveira, D., Pereira, N., & Néné, M (2020). Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica na prevenção do trauma perineal: Revisão sistemática da literatura (2020). *Joana dos Santos Afonso*, 55.

Referências Bibliográficas

- Petrocnik, P., & Marshall, J. E. (2015). Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Midwifery*, 31(2), 274-279.
- Ramos, F. e Cardoso, A. (Eds.) (2022). E-book I Congresso Internacional de Saúde Materna e Obstétrica: Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades. Porto, CHTS
- Rodrigues, K. J. D., Rocha, C. A., Westphal, F., & Goldman, R. E. (2021). Fatores intervenientes no comportamento da musculatura perineal em parturientes de centro de parto normal. *Rev. enferm. UFPE on line*, 1-16.
- Santos, P. S. O. D., & Reiner, G. L. (2018). Fatores associados à laceração perineal durante o parto normal. *Medicina-Pedra Branca*.
- Silva, A. P. S. (2018). *Episiotomia: Reflexão sobre a sua prática no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE* (Doctoral dissertation, Universidade da Beira Interior (Portugal)).
- Silva, B. V. V. B., Treptow, L. M., Martins, F. J., Pereira, D. D. A., de Jesus Rodrigues, R., de Souza Ferreira, A. C. M., ... & de Souza, L. T. L. (2022b). Estratégias para minimizar o traumatismo perineal durante o parto natural. *Research, Society and Development*, 11(11), e362111133559-e362111133559.
- Silva, N. V., Dantas, N. P. M., Cardoso, A. C. G., de Lima Sanches, M. E. T., de Araújo, S. T., dos Santos Moura, R., & de Carvalho Souza, M. L. (2022a). Fatores que influenciam a ocorrência de laceração perineal no parto. *Research, Society and Development*, 11(4), e33111425245-e33111425245.
- 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
- Stride, S. L., Hundley, V. A., Way, S., & Sheppard, Z. A. (2021). Identifying the factors that influence midwives' perineal practice at the time of birth in the United Kingdom. *Midwifery*, 102, 103077.
- Thenu, U., Irianta, T., Madya, F., Sunarno, I., Lotisna, D., & Farid, R. B. (2019). Perineal Warm Compresses During the Second Stage of Labour Decrease Incidence and Degree of Perineal Laceration in Primiparous. *Gynecology & Reproductive Health*, 3(2), 3–8. <https://doi.org/10.33425/2639-9342.1078>
- transversal. Dissertação (Mestrado em ciências) –Universidade de São Paulo.
- Türkmen, H., Çetinkaya, S., Apay, E., Karamüftüoğlu, D., & Kılıç, H. (2020). The effect of perineal warm application on perineal pain, perineal integrity, and postpartum comfort in the second stage of labor: Randomized clinical trial. *Complementary Medicine Research*, 28(1), 23-30.
- Yang, Q., Cao, X., Hu, S., Sun, M., Lai, H., Hou, L., ... & Shi, L. (2022). Lubricant for reducing perineal trauma: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 48(11), 2807-2820.
- Zang, Y., Hu, Y., & Lu, H. (2022). Effects of different techniques during the second stage of labour on reducing perineal laceration: An overview of systematic reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7-8), 996-1013.

Apêndice III

Scoping Review: Intervenções do EEESMO na Prevenção do Trauma Perineal

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Prevenção do Trauma Perineal no 2º Estadio do Trabalho de Parto

Authors

Ana Rita Costa¹ Hélia Dias²

1. Ana Rita Morgado Rodrigues Santos Costa¹
2. Hélia Maria da Silva Dias²

¹ Enfermeira de Cuidados Gerais. Estudante do 8º Curso de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Escola Superior de Saúde de Santarém. anaritacostaa@hotmail.com. 0000-0002-7529-5558

² Professora Coordenadora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém. Doutora em Enfermagem, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Investigadora integrada do CINTESIS da Universidade do Porto na linha de investigação NursID – Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem e Membro colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV) do Instituto Politécnico de Santarém e Instituto Politécnico de Leiria. helia.dias@essaude.ipsantarem.pt. ID 0000-0003-2248-6673

Abstract

Objective: Mapear a evidência científica sobre as intervenções utilizadas pelo EEESMO na prevenção do trauma perineal no segundo estadio do trabalho de parto.

Introduction: O trauma perineal define-se como a perda de integridade dos tecidos perineais devido a lesões na região genital durante o 2º estadio do TP. Encontra-se associado a diversas morbilidades a curto e/ou longo prazo na vida da mulher. Neste contexto, o EEESMO apresenta-se como um pilar fundamental na prevenção do trauma perineal através da realização de boas práticas e na valorização da humanização no parto.

Inclusion criteria: Os critérios de inclusão, como participantes são o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e Parturientes no 2º Estadio do Trabalho de Parto. Como conceitos são Prevenção do Trauma Perineal; 2º Estadio do Trabalho de Parto; Parturiente e Intervenções de Enfermagem. O contexto é o local onde ocorre o parto. São incluídos todos os estudos de acordo com os níveis de evidência científica do *Joanna Briggs Institute*.

Methods: A scoping review foi realizada nos princípios indicados pelo *Institute Joanna Briggs*. Para a realização da pesquisa dos artigos eletrónicos, recorreu-se às plataformas PubMed e EBSCO HOST mobilizando as bases de dados Medline, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* e MedicLatina e na literatura cinzenta: *Scielo* e o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. A pesquisa foi realizada por dois revisores independentes, não existindo a necessidade de recorrer a um terceiro revisor.

Results: Foram incluídos doze artigos que cumpriam os critérios de inclusão definidos. As intervenções de enfermagem como a técnica “*hands on*” ou manobra de *Ritgen*, a técnica “*hands off*”, a aplicação de compressas quentes, a postura materna, o puxo espontâneo, a aplicação de substâncias lubrificantes, a massagem perineal, a proteção perineal manual, a proteção perineal moderada e a técnica “*please squeeze*” influenciam positivamente a prevenção do trauma perineal no 2º estadio do trabalho de parto. Os artigos referem a importância do papel do enfermeiro na aplicação das intervenções.

Conclusions: Dadas as evidências científicas dos estudos, é imprescindível a intervenção do EEESMO na prevenção do trauma perineal. Contudo, mais importante que a execução das intervenções é a inclusão da parturiente no seu processo de cuidados.

Introduction

O final da gravidez é representado pelo parto e o nascimento do recém-nascido, tornando-se num acontecimento importante e significativo para a mãe, pai, casal e família. O parto é caracterizado por uma dualidade de sentimentos, sendo descrito pelo momento mais desejado pelo casal como também o mais receoso e incerto (Couto & Carneiro, 2017; Silva, 2017).

Depreende-se por **trabalho de parto** o conjunto que fenômenos fisiológicos que conduzem ao apagamento e dilatação do colo útero, à contratilidade uterina regular, à progressão do feto no canal de parto e à sua expulsão. O TP encontra-se dividido em três estádios distintos, com características específicas e tempos definidos: dilatação, período expulsivo e dequitadura (Machado & Graça, 2017).

No período gestacional ocorrem alterações fisiológicas no pavimento pélvico que permitem a adaptação do corpo da mulher para o trabalho de parto sobretudo no segundo estadio, o período expulsivo, que influencia a superfície perineal e pélvica. Nesta etapa, a ocorrência de contrações uterinas de intensidade elevada, regulares e frequentes, concomitantemente com as contrações voluntárias da musculatura abdominal e diafragmática, permitem a condução do feto no trajeto para a sua expulsão que, por sua vez, exerce força sobre os tecidos da vagina, dilatando-a e estirando o períneo (Beleza, 2019; Gemma et al., 2016; Marques, 2022).

O **períneo** contempla um conjunto de estruturas situadas na camada inferior do diafragma pélvico, sendo limitado por ligamentos e ossos que constituem o canal pélvico, tendo um papel importante na manutenção dos órgãos genitais externos, nas relações sexuais, na mecânica obstétrica, na continência vesical e anal (Baggish & Karram, 2015; Marques, 2022).

O **trauma perineal** define-se como a perda de integridade dos tecidos devido a lesões na região genital durante o período expulsivo do trabalho de parto (Beleza, 2019; Pereira et al., 2020; Santos & Riesco, 2017). O surgimento de lacerações ou a realização de uma incisão cirúrgica denominada de episiotomia, podem ser referidas como situações que causam o trauma perineal (Marques, 2022). Durante o parto eutócico existe uma elevada incidência de trauma perineal podendo variar entre 53% a 79% (Rogers et al., 2014; Smith et al., 2013).

No que concerne às **lacerações perineais**, estas classificam-se de acordo com os planos teciduais lesados a nível perineal: 1º grau- quando atinge a pele do períneo e/ou epitélio

vaginal; 2º grau- laceração do epitélio vaginal e pele do períneo com compromisso das fâscias e músculos perineais; 3º grau- quando envolve as estruturas anteriores e atinge o complexo do esfíncter anal, subdividindo-se em três grupos: 3º grau (a)- rotura parcial inferior a 50% do esfíncter anal interno; 3º grau (b)- rotura superior a 50% do esfíncter anal externo; 3º grau (c)- quando atinge a rotura de ambos os esfíncteres anais, o interno e externo; por fim, a rotura de 4º grau que consiste na lesão de todas as estruturas anteriormente referidas com comprometimento da mucosa retal (*American College of Obstetricians and Gynecologist*, 2016; Botelho, 2017; Pereira et al., 2020).

A realização da prática de **episiotomia** pelos profissionais de saúde tem por objetivo o aumento da abertura vaginal durante o parto, sendo realizada através de uma incisão no períneo no momento da coroação do polo cefálico, antes da sua expulsão (Carvalho, 2022; Silva et al., 2018). A episiotomia pode ser classificada em dois tipos: a médio-lateral, sendo realizada num ângulo de 45º relativamente à linha mediana, podendo atingir as mesmas estruturas que a laceração de 2º grau, anteriormente referidas; e a mediana, envolvendo um maior risco que a episiotomia médio-lateral por existir um maior risco de laceração do esfíncter retal e anal, tendo sido uma prática abandonada com o decorrer do tempo (Carvalho, 2022; Macedo, 2021).

Existem diversos **fatores intrínsecos e extrínsecos** que influenciam o trauma perineal nomeadamente, as características maternas, obstétricas, fetais e as intervenções realizadas durante o trabalho de parto (Gemma, 2016; Silva et al., 2022a).

As intervenções realizadas durante o trabalho de parto nomeadamente: a administração de ocitocina sintética; puxos dirigidos com a manobra de *Valsava* realizados pela parturiente e a manobra de *Kristeller* são considerados como fatores de risco na ocorrência do trauma perineal (Ferreira & Presado, 2022; Petrocnik & Marshall, 2015; Silva et al., 2022). As intervenções obstétricas realizadas desnecessariamente durante o parto e/ou falta de experiência do profissional de saúde são considerados como um fator de risco na ocorrência do trauma perineal (Dreher & Calgaro, 2021).

Em Portugal, no ano 2021, foram realizados cerca de 78736 partos sendo que 35340 (44,8%) foram partos eutócicos e 43396 (55,2%) foram partos distócicos (INE, 2022; PORDATA, 2022). A análise destes dados permitem evidenciar o decréscimo constante do rácio do número de partos eutócicos para os partos distócicos.

A ocorrência do trauma perineal no 2º estadio de TP é um dos fatores que se encontra associado a diversas **morbilidades** a curto e/ou longo prazo na vida da mulher, nomeadamente: dor perineal; dispareunia; incontinência urinária e/ou anal; edema perineal; perturbações psicológicas, sentimentos de culpa e/ou ansiedade relacionados com a incongruência entre as expectativas do parto e a realidade; recuperação prolongada no pós-parto; impacto negativo na relação do casal e influência na se desejam mais filhos (East et al., 2015; Marques, 2022; Matei et al., 2021; Silva, 2021).

A implementação de cuidados especializados na prevenção do trauma perineal no 2º estadio do trabalho de parto, torna-se importante na realização de boas práticas e na valorização da humanização no parto (Ferreira et al., 2018). Torna-se imperativo que o EEESMO assuma intervenções que previnam o trauma perineal.

As taxas de episiotomia e as taxas de períneos íntegros em partos eutócicos assistidos pelo EEESMO são considerados indicadores de qualidade, segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Assim sendo, os cuidados especializados prestados à mulher no 2º estadio do TP que reduzam a probabilidade da ocorrência do trauma perineal devem ser encorajados.

O EEESMO assume como função intervir na prevenção do trauma perineal, sendo essencial a implementação de intervenções autónomas em todos os processos fisiológicos normais, disfuncionais ou patológicos no ciclo de vida da mulher tendo em vista as boas práticas e a valorização da humanização no parto (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A **Teoria do Cuidar de Médio Alcance** de Kristen Swanson afirma que o enfermeiro deve conferir cuidados individualizados e compreender o significado que uma situação implica na vida do outro (Swanson, 1991; Swanson, 1993).

As **intervenções especializadas** desenvolvidas pelo EEESMO na 2ª etapa do TP devem ser escolhidas criteriosamente e guiados pela análise crítica, baseada em evidências científicas (Botelho, 2017). Os profissionais de saúde podem influenciar a redução dos traumas perineais ao promover apoio contínuo e cuidados individualizados às parturientes.

O EEESMO ao assegurar um ambiente seguro e tranquilo, redutor de *stress* permite a libertação natural de ocitocina, assegurando a progressão do trabalho de parto naturalmente e o autocontrolo da mulher (Botelho, 2017; Moore & Moorhead, 2013).

A posição materna surge como uma intervenção importante para o sucesso do trabalho de parto e prevenção do trauma perineal. A alteração frequente das posições durante o 2º estadio aliviam a fadiga e contribuem para um maior conforto para a parturiente. As posições verticalizadas são recomendadas pela OMS por diversas vantagens, destacando-se a ação da gravidade; o pavimento pélvico apresentar uma maior amplitude, proporcionando benefícios na mecânica do parto; trabalho de parto menos doloroso; contribui na participação da parturiente; fator protetor contra o trauma perineal (Barbosa, 2018; Farias, 2020; Silva et al., 2022b).

O EEESMO ao incentivar o puxo espontâneo, a parturiente emite vocalizações, resultando numa abertura parcial da glote evitando a pressão sob o períneo (Rodrigues, 2023). Deste modo, as parturientes estão mais propensas à preservação da integridade do períneo, evidenciando-se uma diminuição de taxas de episiotomia, lacerações de 3º e 4º grau e parto instrumentalizados (Lee et al., 2019; Moya-Jiménez, 2019; Silva, 2019b).

A aplicação de compressas quentes durante o 2º estadio do TP aumenta a incidência de períneos íntegros, diminui o risco de episiotomia, reduz a intensidade da dor no 2º estadio do TP e no pós-parto (Ferreira, 2022; Ibrahim et al., 2017; Modoor et al., 2021; Thenu et al., 2019).

O método de proteção perineal "*Hands Off*" ou comportamento expectante, tem surgido como uma intervenção que respeita a fisiologia do TP e deste modo, o períneo não é estimulado pelas mãos do EEESMO, no entanto, estas são mantidas prontas para intervir aquando uma emergência e é aplicada uma mínima pressão sob o polo cefálico, se necessário (Jacob et al., 2021).

Quanto à técnica "*Hands On*" ou Manobra de *Ritgen* Modificada, a mão dominante do EEESMO exerce pressão contínua sob o períneo para o proteger e a outra mão promove o apoio do polo cefálico. Porém esta manobra exige que a parturiente adote posições facilitadoras para a execução desta técnica, nomeadamente, posições horizontais (Ferreira, 2022; Franco, 2022; Zukoff, 2018).

A aplicação de lubrificantes e a massagem perineal no períneo durante o 2º estadio do TP facilita a elasticidade do tecido perineal, reduzindo o risco de trauma. Contudo, não diminui significativamente a taxa de ocorrência de lacerações e episiotomia, mas sim o seu grau e extensão respetivamente (Ferreira, 2022; Ibrahim et al., 2017).

A importância das boas práticas no parto e na valorização da humanização no parto, destaca-se a implementação dos cuidados realizados durante o 2º estadio do TP pelo EEESMO podendo contribuir na prevenção do trauma perineal.

Review question

Para a realização desta *scoping review* foi elaborada a questão de revisão: “Quais as evidências relativas às intervenções do EEESMO na prevenção do trauma perineal no segundo estadio do trabalho de parto?”.

Keywords

As palavras-chave da presente *scoping review* são: Prevenção do Trauma Perineal; 2º Estadio do Trabalho de Parto; Parturiente; Intervenções de Enfermagem.

Eligibility criteria

Participants

Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica; Parturientes no 2º estadio do trabalho de parto.

Concept

Prevenção do Trauma Perineal; 2º Estadio do Trabalho de Parto; Parturiente; Intervenções de Enfermagem.

Context

Local onde ocorre o parto.

Types of Sources

Foram incluídos estudos de acordo com os níveis de evidência do *Joanna Briggs Institute*, sendo estes os estudos experimentais (nível 1), estudos *quasi*-experimentais (nível 2), estudos observacionais- desenhos analíticos (nível 3), estudos observacionais- estudos descritivos (nível 4) e estudos de opinião de especialistas e de parecer de peritos (nível 5) que respondam à questão de revisão.

Methods

A proposta de revisão do tema “Intervenções do EEESMO na Prevenção do Trauma Perineal no Segundo Estadio do Trabalho de Parto” será realizada de acordo com a metodologia do Instituto *Joanna Briggs*.

Search strategy

Atendendo à temática e aos conceitos delineados na presente *scoping review*, foram selecionados critérios para a elaboração da questão de investigação, considerando a estrutura *participants, concept* e *context* (PCC). Como ponto de partida da revisão integrativa, surgiu a questão orientadora desta investigação: “Quais as evidências relativas às

intervenções do EEESMO na prevenção do trauma perineal no segundo estadio do trabalho de parto?”. A partir desta questão foi definido como objetivo: mapear a evidência científica sobre as intervenções utilizadas pelo EEESMO na prevenção do trauma perineal no segundo estadio do trabalho de parto.

Para a aquisição da expressão da pesquisa, foram utilizados os *Medical Subject Heading* (termos Mesh): *Perineum*; *Labor Stage, Second*; *Parturition*; *Nursing Care* e *Nurse Midwives* e os termos naturais: “*Birth*”, “*Childbirth*” e “*Midwife*” com os operadores booleanos *AND* e *OR*, dos quais foram hierarquizados tendo em vista a centralização do objetivo da *scoping review*.

No dia 5 de abril de 2023, foi sistematizado o número de artigos obtidos por cada descritor e o seu cruzamento sequencial nas plataformas de pesquisa: PubMed e EBSCO HOST nas respetivas bases de dados: CINAHL, *Medline*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* e *MedicLatina*; e na literatura cinzenta, nomeadamente: *Scielo* e o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)(Apêndice II). O quadro nº1 consta os limitadores universais e específicos definidos nesta pesquisa.

Após o cruzamento final de todos os descritores Mesh, foi definida como expressão de pesquisa: “*Perineum AND (Labor Stage, Second OR Parturition OR “Birth” OR “Childbirth”)* AND (*Nursing Care OR Nurse Midwives OR “Midwife”*)”.

A pesquisa foi inicialmente realizada sem friso temporal para verificar o número total de artigos existentes com a expressão de pesquisa definida, mas devido ao elevado número de artigos optei por reduzir o friso temporal (Apêndice II, quadro nº2). Posteriormente, foi delimitado o friso temporal de 4 anos (abril de 2019 a abril de 2023) para que o mapeamento da evidência científica acerca do presente tema fosse a mais atual (Apêndice II, quadro nº3).

A pesquisa foi realizada por dois revisores independentes e serão incluídos todos os artigos publicados em qualquer idioma e em qualquer país do mundo.

Quadro 1

Limitadores das Plataformas EBSCO e PubMed

Plataformas de Pesquisa	Limitadores Universais	Limitadores Específicos
EBSCO: CINAHL	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Full Text</i>; - Friso Cronológico: 4 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Texto Completo; - Primeiro autor é enfermeira; - Qualquer autor é enfermeira; - Resumo disponível; - Prática baseada em evidência Científica; - Humano; - Sexo: Feminino; - Texto integral em PDF.
EBSCO: Medline	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Full Text</i>; - Friso Cronológico: 4 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Texto Completo; - Resumo disponível; - Humano; - Sexo: Feminino.
EBSCO: <i>Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Full Text</i>; - Friso Cronológico: 4 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Texto integral em PDF.
EBSCO: MedicLatina	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Full Text</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> - Texto integral em PDF.
PubMED	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Abstrat</i>; - <i>Full Text</i>; - Friso Cronológico: 4 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Texto completo; - Resumo Disponível; - Humano; - Sexo: Feminino.

Study/Source of Evidence selection

Para a realização de uma *scoping review*, recorreu-se ao PRISMA 2020 *Flow Diagram* que se encontra no Apêndice III.

De acordo com a primeira etapa do PRISMA, *Identification*, foram identificados 276 artigos resultantes da pesquisa na plataforma EBSCO HOST, nas bases de dados: CINAHL, Medline, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* e MedicLatina; na plataforma PubMed e na literatura cinzenta: Scielo e RCAAP. Averiguou-se a existência de artigos duplicados, tendo sido excluídos 15 artigos.

Na etapa de *Screening*, analisou-se o título e o resumo de 261 artigos para avaliação, tendo em conta os critérios de inclusão definidos. Excluiu-se 250 artigos, permanecendo 11 artigos para análise *full-text* e avaliada a qualidade metodológica. Esta etapa foi verificada pelos dois revisores independentes, sendo as divergências resolvidas por meio de discussão. Não existiu necessidade de recorrer a um terceiro revisor.

Na última etapa *Included* foram incluídos 11 artigos para a presente *scoping review*.

Data Extraction

Os dados foram extraídos dos artigos incluídos para a presente *scoping review* através de uma ferramenta de extração adaptada, elaborada por dois revisores independentes, segundo as orientações metodológicas do Joana *Briggs Institute* (Apêndice IV, quadro nº 4). Nesta ferramenta integram-se 9 questões que possibilitam o reconhecimento do estudo, contemplando a identificação do estudo, o título, os autores, o ano de publicação, o país de origem, o nível de evidência científica alcançado, os objetivos, a metodologia utilizada e por fim, o contributo para a questão de revisão.

Data Analysis and Presentation

Dos doze artigos selecionados foram publicados entre os anos 2019 e os 2023. Quanto à origem dos estudos, a China é o país mais representado com 5 artigos, seguindo-se pelos países Turquia que apresentam 2 artigos. Os países República Checa, Espanha, Reino Unido e Austrália apresentam 1 artigo cada um.

Consoante a análise dos artigos, foi criada uma tabela de conceitos emergentes na presente *scoping review* (Apêndice IV, quadro nº 5), fazendo referência às temáticas principais, sendo

estas: prevenção do trauma perineal; 2º estadio do trabalho de parto; parturiente e intervenções de enfermagem.

O **2º estadio do TP** inicia-se na dilatação completa do colo do útero até ao nascimento do feto (Li et al., 2022). Neste período, a ocorrência de contrações uterinas de intensidade elevada permite a condução do feto no canal de parto para a sua expulsão e, deste modo, os tecidos perineais são submetidos a uma elevada pressão local causadas pelo polo cefálico, dilatando-os e estirando o períneo (Beleza, 2019; Gemma, 2016; Li et al., 2022; Marques, 2022).

O **trauma perineal** é definido como qualquer dano no períneo durante o parto que poderá ocorrer espontaneamente, a ocorrência de lacerações ou através da realização de episiotomia (Beleza, 2019; Marques, 2022; Martínez et al., 2021; Pereira et al., 2020; Santos & Riesco, 2017). No que se refere à incidência do trauma perineal, durante o parto eutócico, esta afeta cerca de 53%-79% das parturientes (Rogers et al., 2014; Smith et al., 2013; Zang et al., 2022).

Existem fatores que estão associado ao aumento da taxa de incidência do trauma perineal, nomeadamente: macrossomia fetal, período expulsivo prolongado, características maternas, utilização da analgesia epidural, paridade, etnia e antecedentes de trauma perineal grave (Huang et al., 2020; Li et al., 2022; Martínez et al., 2021; Stride et al., 2021; Zang et al., 2022). A compreensão e o conhecimento da realidade da mulher permite um conhecimento integral da pessoa, permitindo que o EEESMO preste cuidados especializados individualizados e estabeleça uma relação terapêutica eficaz (Swanson, 1991; Swanson 1993). A falta de confiança sentida pelo EEESMO e o medo de ser julgado pelos colegas da equipa multidisciplinar são fatores associados ao trauma perineal. A experiência prática e teórica na prevenção do trauma perineal é influenciada pela prática adotada no local de trabalho, como também aquando estudantes. É fulcral que o EEESMO investigue, reflita sobre a sua prática clínica, desenvolva competências e conhecimentos nesta área, uma vez que a investigação se alia no conhecimento e desenvolvimento da saúde (Stride et al., 2021; Swanson, 1991; Swanson 1993).

Martínez et al. (2021) evidência que a prevenção do trauma perineal reduz as despesas em saúde, como por exemplo, terapêutica, tratamentos, intervenções cirúrgicas, entre outros. Deste modo, torna-se um objetivo primordial no sistema de saúde a nível da saúde da mulher.

O EEESMO assume como função intervir na **prevenção do trauma perineal**, sendo essencial a implementação de intervenções autónomas em todos os processos fisiológicos normais, disfuncionais ou patológicos no ciclo de vida da mulher tendo em vista as boas práticas e a valorização da humanização no parto (Ordem dos Enfermeiros, 2019). O

processo “Conhecer” da Teoria de Kristen Swanson afirma que o enfermeiro deve conferir cuidados individualizados e compreender o significado que uma situação implica na vida do outro (Swanson, 1991; Swanson, 1993).

Da análise efetuada, Stride et al (2021), Martínez et al (2021) e Zang et al (2022) afirmam que a consecução da técnica **“Hands On” ou manobra de Ritgen** é dos métodos mais utilizados e pressupõe a proteção do períneo com a mão direita do profissional de saúde, estando associada à diminuição do risco de laceração perineal de primeiro e segundo grau. Contudo, no estudo de Stride et al (2021) esta técnica era somente realizada quando os EEESMO identificavam como fatores de risco: história prévia de trauma perineal de 3º e 5º grau; primiparidade; macrossomia fetal; duração prolongada do 2º estadio do TP; estatura baixa da parturiente; o corpo perineal era pequeno e o períneo iria começar a lacerar. Caso não fossem identificados estes fatores, era privilegiada a técnica **“Hands Off”**.

Outra intervenção que emerge dos estudos efetuados é a **técnica “Hands Off”** que é caracterizada por uma atitude expectante devido à ausência da pressão adicional das mãos do enfermeiro sob o períneo, estando estas sempre preparadas para intervir numa situação de emergência. Os estudos consideram que esta técnica apresenta efeitos protetores perineais por permitir a extensão gradual dos tecidos perineais e deste modo, prevenir a isquémia local. No que se refere à prevenção do trauma perineal este método é unânime entre os autores, existindo uma maior prevalência de lacerações de grau I, mas uma redução na taxa de traumas perineais graves e a necessidade de realização de episiotomia (Akin et al., 2020; Huang et al., 2020; Martínez et al., 2021). Porém, o estudo de Zang et al (2022) evidencia que esta técnica não demonstra efeitos significativos na prevenção de lacerações de 3º e 4º grau.

Quando comparadas as técnicas **“Hands On”** e **“Hands Off”**, nos estudos de Huang et al (2020) e Martínez et al (2021), a técnica **“Hands Off”** está associada a uma menor taxa de episiotomia e lacerações de 3º grau. Ambas as técnicas diminuem a dor perineal 24h após o parto, não existindo diferenças relativamente à duração do estadio de TP, hemorragia no pós-parto e evidência clara na incidência de lacerações perineais. Contrariamente, Akin et al (2020) e Zang (2022) reiteram que existe um aumento no risco de dor perineal e hemorragias no pós-parto.

A **aplicação de compressas quentes** é uma intervenção económica, fácil de implementar e muito utilizada pelos enfermeiros porque permite que o calor favoreça a libertação de endorfinas promovendo a sensação de bem-estar; promove a vasodilatação e circulação sanguínea nos tecidos perineais; relaxa os músculos e aumenta o limiar da dor (Martínez et al., 2021; Türkmen et al., 2020). No estudo de Türkmen et al (2020) as compressas quentes

foram aplicadas na região perineal durante 10 minutos a 40°C-45°C atingindo 3cm de profundidade dos tecidos, porém, o autor Ferreira (2022) reforça que se deve ter em atenção à temperatura da água devendo esta ser confortável para a parturiente, tendo em atenção ao risco de bloqueio sensitivo-motor devido à analgesia locorregional, se aplicável. Martínez et al (2021) referem que esta técnica previne lacerações espontâneas em múltiparas, não existindo a necessidade de realização de episiotomia nas nulíparas. Os estudos de Yang et al. (2022) e Zang et al (2022) evidenciam que a técnica é efetiva na prevenção do trauma perineal de 3º e 4º grau. Outros autores confirmam, referindo que há um aumento na incidência de períneos íntegros e a redução da dor no 2º estadio do TP e no pós-parto (Ferreira, 2022; Ibrahim et al., 2017; Modoor et al., 2021; Thenu et al., 2019). Contrariamente, Akin et al (2020) afirmam que esta técnica não tem benefícios na taxa de trauma perineal e na dor perineal.

O estudo de Martínez et al (2021) evidencia que a **postura materna** durante o período expulsivo é a intervenção mais negligenciada pelos enfermeiros e o que apresenta maior evidência científica na prevenção do trauma perineal no 2º estadio do TP. As posições laterais ou verticais como: estar de pé, sentado, cócoras, a andar ou de quatro apoios; apresentam várias vantagens, nomeadamente: aumento dos diâmetros da bacia pélvica; redução da dor aguda no 2º estadio; promoção de contrações uterinas eficazes e mais regulares; permite a acomodação do feto ao canal de parto; existe menor intervenção médica; confere autonomia para a mulher e um maior conforto (Martínez et al., 2021; Zang et al., 2022). Os autores Barbosa (2018), Farias (2020) e Silva et al. (2022b) confirmam esta afirmação, reforçando que as posições verticalizadas contribuem para o sucesso do trabalho de parto e prevenção do trauma perineal. Martínez et al. (2021) e Zang et al. (2022) defendem que as posições verticalizadas estão associadas a um menor risco de laceração de 2º grau, no entanto, o estudo de Zang et al (2022) reforça que as posições verticalizadas tendem a aumentar o risco de laceração de 2º grau em parturientes sem analgesia epidural, uma vez que, o polo cefálico pode descer mais rápido e os EEESMO têm dificuldade na observação e na proteção do períneo. Os mesmos autores referem que as posições verticalizadas não estão diretamente correlacionadas à duração do 2º estadio do TP.

O **puxo espontâneo** surge como uma técnica fisiológica benéfica na prevenção do trauma perineal, permitindo que o músculo perineal distenda gradualmente e que o feto desça no canal de parto controladamente e lentamente (Zang et al., 2022). O EEESMO deve valorizar os puxos espontâneos por apresentar uma menor taxa de incontinência e prolapso de órgãos pélvicos; diminuição de taxas de episiotomia e lacerações de 3º e 4º grau (Lee et al, 2019; Martínez et al., 2021; Moya-Jiménez, 2019; Silva, 2019b). Zang et al. (2022) corrobora, afirmando que o puxo dirigido pelo EEESMO não é desejável por apresentar efeitos adversos

no equilíbrio ácido-base da parturiente, promove a fadiga materna e a ocorrência de traumatismo perineal, contudo, consideram que não demonstra efeitos significativos na prevenção de 3º e 4º grau. Martínez et al. (2021) defende que os puxos dirigidos pelo enfermeiro podem ser realizados se controlados e somente quando o bebê se encontra no plano de Hodge 4 ou a coroar, dado que, o pavimento pélvico nesta situação está mais suscetível a lesões devido à expulsão da cabeça do feto.

Quatro estudos evidenciam que a **aplicação de substâncias lubrificantes** no períneo facilita a distensão perineal e reduz o atrito da parede vaginal e, deste modo, reflete-se na redução de traumas perineais e na realização de episiotomia (Akin et al., 2020; Martínez et al., 2021; Yang et al., 2022; Zang et al., 2022). O estudo de Yang et al (2022) enfatiza que nas mulheres nulíparas há uma redução da laceração perineal de segundo grau, diminuição da duração do 2º estadio do TP e o aumento da taxa de períneo íntegro e, nas mulheres múltíparas há a redução da incidência de laceração de 1º e 2º grau. Contrariamente, Ferreira (2022) e Ibrahim et al. (2017) afirmam que não há uma diminuição significativa na taxa de ocorrência de lacerações e episiotomia, mas sim na sua gravidade e extensão.

Outra intervenção que emerge dos estudos analisados é a **massagem perineal**. Esta técnica consiste na colocação de dois dedos de cada lado da vagina da parturiente, na aplicação de pressão de cima para baixo e em massajar o períneo uniformemente. Quando realizada a massagem, poderá ser aplicada uma pressão em direção ao reto permitindo que as mulheres realizem puxos involuntários (Li et al., 2022). Esta intervenção promove a dilatação dos vasos sanguíneos perineais, aumentando o fluxo sanguíneo na região perineal; aumenta a flexibilidade e adaptabilidade dos músculos perineais, melhorando a sua extensibilidade e elasticidade que, por sua vez, torna o períneo menos suscetível à pressão excessiva da passagem do feto no canal de parto (Ferreira, 2022; Ibrahim et al., 2017; Li et al., 2022). Três estudos constataam que a massagem perineal quando iniciada no período expulsivo do TP são efetivas na prevenção de lacerações de 2º, 3º e 4º grau, como também na redução da incidência de episiotomia (Li et al., 2022; Yang et al., 2022; Zang et al., 2022). Li et al (2022) acrescentam que a massagem perineal quando realizada no primeiro estadio do TP permite a redução do período expulsivo; possibilita a diminuição da hemorragia intraparto; promove o alívio da dor no pós-parto; motiva e envolve a parturiente na tomada de decisão sobre o parto. Contudo, os mesmos autores enfatizam da necessidade de investigação acerca da dor pós-parto, hemorragia intraparto e pós-parto associado à massagem perineal, por não existir estudos suficientes sobre esse tema. Em oposição, Martínez et al. (2021) referem que esta intervenção não deve ser efetuada no 2º estadio do TP por não apresentar resultados significativos na redução do trauma perineal, mas deve ser realizada no período pré-natal, sendo considerada como benéfica na redução do trauma perineal no parto.

A **proteção perineal manual** surge como uma intervenção realizada no 2º estadio do TP para prevenção do trauma perineal e das comorbilidades associadas, estudada pelos autores Kleprlikova et al (2019). Estes defendem que existem dois tipos de técnicas, nomeadamente: a Finlandesa e a Vienense. Em ambas as técnicas a mão não dominante da enfermeira é colocada sobre a cabeça do feto, controlando a velocidade de saída do feto do canal de parto, facilitando a extensão da cabeça. No entanto, a diferença essencial entre as técnicas é a mão dominante. Esta é colocada sobre o períneo, o polegar e o indicador da mão dominante de cada lado ântero-lateral à fúrcula, e movimenta a aproximação do polegar e do indicador para reduzir a tensão. Na técnica Finlandesa, os 3º, 4º e 5º dedos da mão dominante exercem pressão sobre o períneo, apoiando-o. Na técnica Vienense, a palma da mão dominante (eminências tenar e hipotenar) apoiam a fúrcula e o períneo posterior, na coroação a pressão exercida pela eminência ulnar facilita a extensão da cabeça do feto. O grau de traumatismo perineal depende da tensão exercida, na localização dos dedos no períneo, a sua distância e direção. Contudo, os autores afirmam que existe uma lacuna pela falta de experiência e de conhecimento pelos profissionais de saúde sobre a execução desta técnica.

O estudo de Ma et al. (2019) enuncia a **técnica de proteção perineal moderada**. Esta inicia-se ao instruir a parturiente para realizar esforços expulsivos no momento da coroação, para que a velocidade de descida seja controlada e que o polo cefálico não desça mais do que 1cm a cada contração. A parteira deve controlar a velocidade de descida da cabeça do feto, durante as contrações, com uma só mão, inicialmente a mão esquerda e depois a mão direita quando diâmetro biparietal está exposto. Seguidamente verifica-se a existência de alguma circular cervical e aguarda-se pela próxima contração; para a exteriorização do ombro posterior, a parturiente deverá fazer força homogénea no períneo enquanto a enfermeira segura a cabeça do feto com ambas as mãos, evitando a realização de força indevida tendo por objetivo a prevenção do trauma perineal; para a exteriorização do ombro posterior, a parturiente é instruída a não exercer nenhuma força expulsiva. Com a aplicação desta técnica, a taxa de episiotomia diminuiu e a integridade perineal aumentou, sendo benéfico na recuperação do pós-parto; na redução da dor no pós-parto; promove a satisfação materna; e contribui nos benefícios económicos e sociais.

A **técnica “Please Squeeze”** promove a proteção perineal e pode reduzir significativamente a incidência da lesão perineal nos partos vaginais. Esta técnica recomenda a colocação do polegar e do indicador, da parteira, acima da fúrcula no coroamento. Posteriormente, são trazidos firmemente e medialmente a um centímetro da região posterior da fúrcula para reduzir a tensão. Este suporte perineal é mantido até à saída do polo cefálico, tendo em vista, a redução da pressão no tecido perineal (Luxford et al., 2020).

As evidências dos estudos de Li et al (2022), Martínez et al (2021), Yang et al (2022) e Zang et al (2022) referem como alterações físicas e psicológicas a curto/longo prazo das parturientes que sofreram trauma perineal no segundo estadio do TP: depressão pós-parto; dificuldade no estabelecimento da vinculação mãe-filho; experiência de parto negativa; dificuldade na adaptação materna ao pós-parto; dispareunia; dor no pós-parto; alterações da função vesical e intestinal; afetação da disposição para voltar a engravidar. Türkmen et al. (2020) corrobora e reforça que o EEESMO deverá gerir ativamente o 2º estadio do TP na prevenção do trauma perineal, tornando-se num agente facilitador na transição para a maternidade. Assim sendo, à luz da Teoria de Kristen Swanson, segundo os processos “Conhecer”, “Estar com” e “Fazer por”, o EEESMO deve conferir a devida importância ao processo de transição da mulher. O cuidar na prevenção do trauma perineal é fundamental para o alcance de maior qualidade de cuidados e, conseqüentemente, no alcance de melhores resultados em saúde.

Zang et al (2022) afirma que mais importante do que a execução de intervenções de enfermagem, é a inclusão da parturiente no seu processo de cuidados, informando-a dos benefícios e riscos de cada técnica. Aliado a todas as intervenções de enfermagem apresentadas, o EEESMO deve apoiar a parturiente a conhecer as suas capacidades, auxiliando-a a mobilizá-las, para que seja a própria a estabelecer os seus resultados e alcança-los. É igualmente importante que o EEESMO, de acordo com os processos “Manter a crença”, “Estar com” e “Possibilitar/Capacitar”, esteja emocionalmente presente através da disponibilidade contínua e na promoção de um ambiente propício à partilha de sentimentos (Swanson, 1991; Swanson, 1993). Deste modo, surge a importância do papel do EEESMO em assegurar um ambiente seguro e tranquilo; promover o apoio contínuo e prestar cuidados individualizados às parturientes (Botelho, 2017; Moore & Moorhead, 2013).

Em suma e, em resposta à questão de investigação, o trauma perineal é um aspeto determinante na qualidade de vida das mulheres, o que implica que o EEESMO promova uma relação terapêutica baseada na empatia e confiança, implementando intervenções individualizadas que promovam a prevenção do trauma perineal (Swanson, 1991; Swanson, 1993). Subseqüentemente traduz-se na prestação de cuidados de saúde com qualidade e em ganhos para a saúde.

Acknowledgements

Queremos agradecer à nossa família pelo apoio prestado no decorrer da presente scoping review.

Funding

Não aplicável.

Conflicts of interest

Nada a declarar.

References

- Akın, B., Balçık Çolak, M., Öztürk Can, H., & Küni, F. (2020). Practices of midwives working in delivery rooms for protection of perineum during intrapartum period and their feedback on these applications. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(1), 24-29. DOI: 10.1080/14767058.2020.1812573
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Practice bulletin no. 165: prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstetrics and gynecology*, 128(1), e1-e15.
- Baggish, M. S., & Karram, M. M. (2015). Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery. Elsevier Health Sciences
- Barbosa, M. S. (2018). Posições de parto vaginal e prevenção de traumas perineais. *Rev Eletrôn Atualiza Saúde [Internet]*, 8(8), 72-80.
- Beleza, A. C. S. (2019). O trauma perineal no parto. *Fisioterapia Brasil*, 5(6), 462-466.
- Botelho, C. M. (2017). *A influência da massagem perineal na incidência do trauma perineal no segundo período de trabalho de parto* (Doctoral dissertation).
- Carvalho, J. F. S. (2022). *Episiotomia* (Doctoral dissertation).
- Couto, C., & Carneiro, M. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global*, 16(3), 552-563.
- Dreher, D. Z., & Calgaro, G. L. (2021, July). DISPOSITIVO EPI-NO NA PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL: REVISÃO INTEGRATIVA. In *Congresso Internacional em Saúde* (No. 8).
- Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas da Saúde: 2021. Lisboa : INE, 2023. Disponível na [www: <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/11677508>](https://www.ine.pt/xurl/pub/11677508). ISSN 2183-1637. ISBN 978-989-25-0599-2 (Acedido a 4 de agosto de 2023).
- East, C. E., Lau, R., & Biro, M. A. (2015). Midwives' and doctors' perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: A cross-sectional survey. *Midwifery*, 31(1), 122-131.
- Enfermeiros, O. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário Da República*, 2, 85-3.
- Farias, L. M. V. C. (2020). Posições maternas e sua influência no desfecho do parto e nascimento: um estudo caso-controle.
- Ferreira, A. I. A. N. (2022). *Aplicação de calor no períneo durante o parto* (Doctoral dissertation).
- Ferreira, A. I. A. N., & Presado, M. H. (2022). Aplicação de calor no períneo durante o parto: uma revisão scoping. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 22(1), 4-23.

- Franco, S. F. G. C. (2022). *Preparação do períneo para o trabalho de parto: prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais* (Master's thesis, Universidade de Évora).
- Gemma, M. (2016). Fatores associados a integridade perineal no parto vaginal: estudo transversal. Dissertação (Mestrado em ciências) –Universidade de São Paulo.
- Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., & Wang, J. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 87, 102712. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102712>
- Ibrahim, H. A.-F., Elgzar, W. I., & Hassan, H. E. (2017). Effect of Warm Compresses Versus Lubricated Massage during the Second Stage of Labor on Perineal Outcomes among Primiparous Women. *Journal of Nursing and Health Science*, 6(4), 64–76. <https://doi.org/10.9790/1959>
- Jacob, T. D. N. O., Rodrigues, D. P., Alves, V. H., Ferreira, E. D. S., Carneiro, M. S., Penna, L. H. G., & Bonazzi, V. C. A. M. (2021). A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. *Escola Anna Nery*, 26, e20210105.
- Kleprlikova, H., Kalis, V., Lucovnik, M., Rusavy, Z., Blaganje, M., Thakar, R., & Ismail, K. M. (2019). Manual perineal protection: The know-how and the know-why. DOI: 10.1111/aogs.13781
- Lee, N., Gao, Y., Lotz, L., & Kildea, S. (2019). Maternal and neonatal outcomes from a comparison of spontaneous and directed pushing in second stage. *Women and Birth*, 32(4), 433–440. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.10.005>
- Li, Y., Wang, C., Lu, H., Cao, L., Zhu, X., Wang, A., & Sun, R. (2023). Effects of perineal massage during childbirth on maternal and neonatal outcomes in primiparous women: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 138, 104390. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104390>
- Luxford, E., Bates, L., & King, J. (2020). ‘Please Squeeze’: A novel approach to perineal guarding at the time of delivery reduced rates of obstetric anal sphincter injury in an Australian tertiary hospital. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 60(6), 914-918. DOI: 10.1111/ajo.13181
- Ma, D. M., Hu, W., Wang, Y. H., & Luo, Q. (2019). A multicentre study on the effect of moderate perineal protection technique: a new technique for perineal management in labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(1), 25-29. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1587605>
- Macedo, L. M. N. (2021). *Prevalência da episiotomia numa unidade hospitalar da região norte do país* (Doctoral dissertation).
- Machado & Graça (2017) [cited in] Graça LM. *Medicina Materno-Fetal*. 5th ed. Lisboa: Lidel; 2017.
- Marques, D. N. (2022). *A intervenção do enfermeiro obstetra na prevenção do trauma perineal no parto* (Doctoral dissertation).

- Martínez, E. M. L., Sáez, Z. A., Sánchez, E. H., Ávila, M. C., Conesa, E. M., & Ferrer, M. B. C. (2021). Métodos de protección perineal: conocimiento y utilización. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0193>.
- Matei, A., Poenaru, E., Dimitriu, M. C. T., Zaharia, C., Ionescu, C. A., Navolan, D., & Furău, C. G. (2021). Obstetrical Soft Tissue Trauma during Spontaneous Vaginal Birth in the Romanian Adolescent Population—Multicentric Comparative Study with Adult Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11491.
- Modoor, S., Fouly, H., & Rawas, H. (2021). The effect of warm compresses on perineal tear and pain intensity during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Belitung Nursing Journal*, 7(3), 210–218. <https://doi.org/10.33546/bnj.1452>
- Moore, E., & Moorhead, C. (2013). Promoting normality in the management of the perineum during the second stage of labour. *British journal of midwifery*, 21(9), 616-620.
- Moya-Jiménez, L. C., Sánchez-Ferrer, M. L., Adoamnei, E., & Mendiola, J. (2019). New approach to the evaluation of perineal measurements to predict the likelihood of the need for an episiotomy. *International Urogynecology Journal*, 30, 815-821.
- Pereira, A. S., Oliveira, D., Pereira, N., & Néné, M (2020). Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica na prevenção do trauma perineal: Revisão sistemática da literatura (2020). *Joana dos Santos Afonso*, 55.
- Petrocnik, P., & Marshall, J. E. (2015). Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Midwifery*, 31(2), 274-279.
- Pordata (2022) Estatísticas sobre Portugal e Europa. Acedido a 4 de agosto de 2023. Em <https://www.pordata.pt/portugal/partos+nos+hospitais+total+e+por+tipo-1509>. Última atualização a 27/12/2022
- Rodrigues, I. M. D. R. (2023). *Esforços expulsivos expiratórios no parto* (Doctoral dissertation).
- Rogers, R. G., Leeman, L. M., Borders, N., Qualls, C., Fullilove, A. M., Teaf, D., ... & Albers, L. L. (2014). Contribution of the second stage of labour to pelvic floor dysfunction: a prospective cohort comparison of nulliparous women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(9), 1145-1154.
- Santos, R. C. S. D., & Riesco, M. L. G. (2017). Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37.
- Silva, A. E. D. A. (2019)b. *Eficácia do puxo espontâneo com o freio labial comparado ao puxo direcionado nos desfechos maternos e neonatais: um ensaio clínico randomizado* (Master's thesis, Universidade Federal de Pernambuco).
- Silva, B. V. V. B., Treptow, L. M., Martins, F. J., Pereira, D. D. A., de Jesus Rodrigues, R., de Souza Ferreira, A. C. M., ... & de Souza, L. T. L. (2022b). Estratégias para minimizar

o traumatismo perineal durante o parto natural. *Research, Society and Development*, 11(11), e362111133559-e362111133559.

Silva, E. F. (2021). Prevenção e reparo do traumatismo perineal: uma revisão de literatura

Silva, L. S. R., Guimarães, N. N. A., Matos, D. P., & Douberin, C. A. (2018). Análise de fatores associados à prática da episiotomia. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12(4), 1046-1053.

Silva, M. C. F. (2017) Transição para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança: conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil. *Dissertação*

Silva, N. V., Dantas, N. P. M., Cardoso, A. C. G., de Lima Sanches, M. E. T., de Araújo, S. T., dos Santos Moura, R., & de Carvalho Souza, M. L. (2022)a. Fatores que influenciam a ocorrência de laceração perineal no parto. *Research, Society and Development*, 11(4), e33111425245-e33111425245.

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

Stride, S. L., Hundley, V. A., Way, S., & Sheppard, Z. A. (2021). Identifying the factors that influence midwives' perineal practice at the time of birth in the United Kingdom. *Midwifery*, 102, 103077. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103077>

Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161–166. <https://doi.org/10.1097/00006199-199105000-00008>

Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352–357. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>

Thenu, U., Irianta, T., Madya, F., Sunarno, I., Lotisna, D., & Farid, R. B. (2019). Perineal Warm Compresses During the Second Stage of Labour Decrease Incidence and Degree of Perineal Laceration in Primiparous. *Gynecology & Reproductive Health*, 3(2), 3–8. <https://doi.org/10.33425/2639-9342.1078>

Türkmen, H., Çetinkaya, S., Apay, E., Karamüftüoğlu, D., & Kılıç, H. (2021). The effect of perineal warm application on perineal pain, perineal integrity, and postpartum comfort in the second stage of labor: Randomized clinical trial. *Complementary Medicine Research*, 28(1), 23-30. DOI: 10.1159/000507605

Yang, Q., Cao, X., Hu, S., Sun, M., Lai, H., Hou, L., ... & Shi, L. (2022). Lubricant for reducing perineal trauma: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 48(11), 2807-2820. doi:10.1111/jog.15399

Zang, Y., Hu, Y., & Lu, H. (2022). Effects of different techniques during the second stage of labour on reducing perineal laceration: An overview of systematic reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7-8), 996-1013. DOI: 10.1111/jocn.16276

Zukoff, M. K. D. A. (2018). A promoção da integridade do períneo no cuidado à mulher no parto.

Appendices

Appendix I: Mapa Conceptual

Organograma 1

Mapa Conceptual



Appendix II: Data extraction instrument

Quadro nº 2

Pesquisa sem friso temporal nas Plataformas EBSCO, PubMed, Scielo e RCAAP

Query		Records retrieved EBSCO				Records retrieved PubMed	Records retrieved Scielo	Records retrieved RCAAP
		Records retrieved CINAHL Complete	Records retrieved MEDLINE Complete	Records retrieved MedicLatina	Records retrieved Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive			
#1	<i>Perineum</i>	3	4,946	107	989	4761	182	191
#2	<i>Labor Stage, Second OR Parturition OR "Birth" OR "Childbirth"</i>	41	231,328	7,571	73,824	245772	13316	1090
#3	<i>Nursing Care OR Nurse Midwives OR "Midwife"</i>	48	27,435	1,897	31,077	190361	21712	29530
#4	<i>Perineum AND (Labor Stage, Second OR Parturition OR "Birth" OR "Childbirth")</i>	2	1,725	40	334	1503	10	13
#5	<i>Perineum AND (Nursing Care OR Nurse Midwives OR "Midwife")</i>	1	471	13	218	330	14	29

Query		Records retrieved EBSCO				Records retrieved PubMed	Records retrieved Scielo	Records Retrieved RCAAP
		Records retrieved CINAHL Complete	Records retrieved MEDLINE Complete	Records retrieved MedicLatina	Records retrieved Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive			
#6	<i>(Labor Stage, Second OR Parturition OR "Birth" OR "Childbirth") AND (Nursing Care OR Nurse Midwives OR "Midwife")</i>	21	15,677	338	6,636	14790	105	17
#7	<i>Perineum AND (Labor Stage, Second OR Parturition OR "Birth" OR "Childbirth") AND (Nursing Care OR Nurse Midwives OR "Midwife")</i>	0	427	10	134	270	3	3

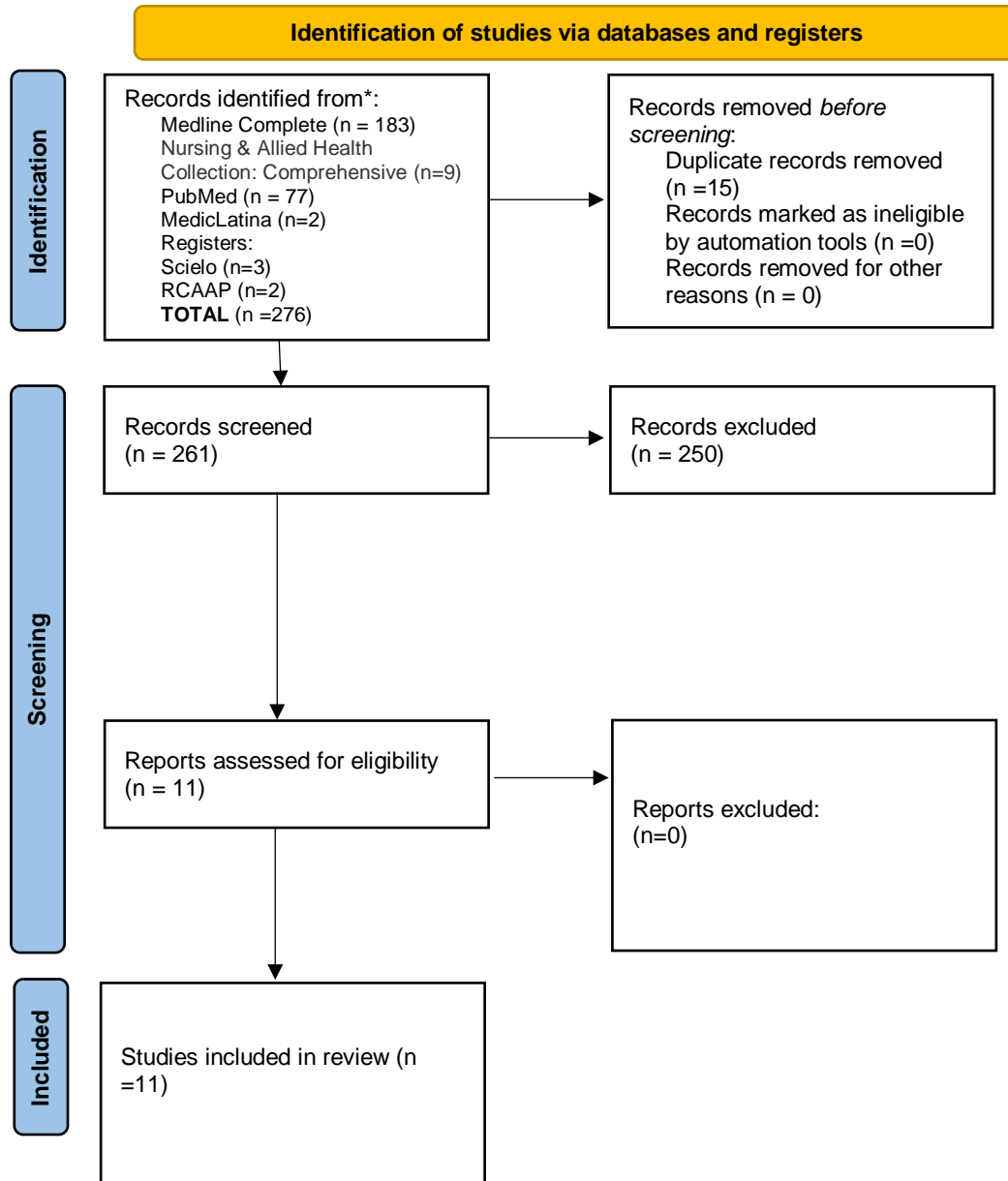
Quadro nº 3

Pesquisa com friso temporal de 4 anos nas Plataformas EBSCO, PubMed, Scielo e RCAAAP

Query		Records retrieved EBSCO				Records retrieved PubMed	Records Retrieved Scielo	Records Retrieved RCAAAP
		Records retrieved CINAHL Complete	Records retrieved MEDLINE Complete	Records retrieved MedicLatina	Records retrieved Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive			
#1	<i>Perineum</i>	1	1176	22	75	790	34	61
#2	<i>Labor Stage, Second OR Parturition OR "Birth" OR "Childbirth"</i>	7	60782	1642	8866	60155	2843	341
#3	<i>Nursing Care OR Nurse Midwives OR "Midwife"</i>	5	8914	611	3053	50902	5031	10896
#4	<i>Perineum AND (Labor Stage, Second OR Parturition OR "Birth" OR "Childbirth")</i>	0	540	9	23	402	7	7
#5	<i>Perineum AND (Nursing Care OR Nurse Midwives OR "Midwife")</i>	1	194	4	14	84	4	10

Query		Records retrieved EBSCO				Records retrieved PubMed	Records Retrieved Scielo	Records Retrieved RCAAP
		Records retrieved CINAHL Complete	Records retrieved MEDLINE Complete	Records retrieved MedicLatina	Records retrieved Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive			
#6	<i>(Labor Stage, Second OR Parturition OR "Birth" OR "Childbirth") AND (Nursing Care OR Nurse Midwives OR "Midwife")</i>	4	5741	108	903	5679	32	8
#7	<i>Perineum AND (Labor Stage, Second OR Parturition OR "Birth" OR "Childbirth") AND (Nursing Care OR Nurse Midwives OR "Midwife")</i>	0	183	2	9	77	3	2

Appendix III: *Prisma 2020 Flow Diagram*



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Appendix IV: Data Extraction Instrument

Quadro nº 4

Data Extraction Instrument

Estudo (Autores, ano, título, país e nível de evidencia)	Objetivo	Metodologia (Tipo de estudo; Participantes; Instrumentos de recolha de dados)	Resultados dos estudos	Conclusões do estudo	Contributo para a questão de revisão
<p>E1: Elizabeth Luxford, Lucy Bates & Jennifer King</p> <p>Ano: 2020;</p> <p>País: Australia;</p> <p>Título: <i>“Please Squeeze”: A novel approach to perineal guarding at the time of delivery reduced rates of obstetric anal sphincter injury in an Australian tertiary hospital</i></p> <p>Nível de Evidência Científica: Nível 2.d – Pre-test – post-test or</p>	<p>Determinar se a aplicação de um novo método de proteção perineal no parto reduz a incidência de lesões obstétricas e do esfíncter anal num hospital terciário australiano.</p>	<p>Tipo de Estudo: Quantitativo</p> <p>Contexto: Hospital de nível terciário, Bloco de Partos</p> <p>Crítérios de Inclusão e Exclusão: Foram incluídas todas as mulheres que tiveram um parto vaginal, incluindo com bebés prematuros; partos múltiplos; apresentação pélvica.</p> <p>Participantes: Parturientes cujo o parto decorreu durante os três anos anteriores e posteriores à introdução obrigatória</p>	<p>Os resultados do estudo descrito indicam que a implementação do programa "Please Squeeze" para proteção perineal durante o parto resultou na redução significativa na incidência de lesão do esfíncter anal durante o parto. Existiu uma diminuição de 20,1% na incidência de lesão perineal em todos os partos vaginais após a implementação do programa "Please Squeeze". Não houve diferença na incidência de cesariana ou fórceps entre os grupos antes e depois da implementação do</p>	<p>A implementação do programa "Please Squeeze" para proteção perineal durante o parto pode reduzir significativamente a incidência de lesão perineal no parto. Os resultados mostraram uma redução de 20,1% na incidência de lesões em todos os partos vaginais após a implementação do programa "Please Squeeze".</p> <p>Este estudo ao ser realizado num hospital terciário com um elevado número de partos permitiu a instituição da técnica de proteção</p>	<p>O programa “Please Squeeze” recomendam a colocação do polegar e do indicador, da parteira, acima da fúrcula no coroamento. Posteriormente são trazidos firmemente e medialmente a um centímetro da região posterior da fúrcula para reduzir a tensão. Este suporte é mantido até à saída do polo cefálico para alcançar a redução da pressão no tecido perineal.</p> <p>A implementação do programa “Please Squeeze” na proteção perineal, pode reduzir significativamente a incidência da lesão perineal nos partos vaginais.</p>

<p><i>historic/retrospective control group study</i></p>		<p>do novo método de proteção perineal. Foi uma auditoria observacional retrospectiva que analisou dados de mais de 5500 partos realizados em um hospital terciário australiano antes e depois da implementação do programa "<i>Please Squeeze</i>".</p> <p>Instrumento de Recolha de dados: Realização de sessões de formação profissional durante um período de três meses, por um clínico sénior com a ajuda de educadores de obstetrícia aos profissionais de saúde do serviço de obstetrícia, explicando o problema da unidade de saúde com o trauma perineal, as possíveis consequências para as mulheres e os planos para resolver o problema, tendo sido realizado durante todos os turnos e nos fins-de-semana para</p>	<p>programa. Além disso, o estudo não investigou o impacto da etnia na incidência de trauma perineal.</p>	<p>perineal e facilitou a formação contínua e consistente dos profissionais de saúde que trabalham na sala de partos, como os médicos obstetras e as parteiras. Contudo, a proteção perineal foi um item adicionado ao banco de dados, no entanto, nem sempre foi inserido corretamente não sendo possível garantir que esta técnica foi utilizada em todos os partos. Embora estivesse geralmente presente uma parteira sénior, nem sempre era possível e assim, não é possível excluir o incumprimento do programa esporadicamente pelos profissionais.</p> <p>Os autores do estudo sugerem que a proteção perineal adequada é crucial para reduzir as taxas de trauma perineal e que o programa "<i>Please Squeeze</i>" pode ser eficaz na redução de lesões perineais durante o parto.</p> <p>É sugerido que poderão alcançar e melhorar a</p>	
--	--	---	---	--	--

		<p>abranger o máximo de profissionais. O estudo foi observacional e retrospectivo através de sessões de formação ao longo de dois períodos de 36 meses, antes e depois da implementação do programa “Please Squeeze”. O estudo analisou dados demográficos e obstétricos, incluindo o modo do parto, taxa de episiotomia, índice de apgar, tempo de gestação inferior a 37 semanas ou superior a 40 semanas; peso ao nascer e paridade. O estudo também analisou a incidência de trauma perineal em partos vaginais espontâneos e assistidos. Os dados foram extraídos do banco de dados do hospital ObstetriX para fornecer informações contextualizadas para análise dos resultados do estudo.</p>		<p>técnica, tornando-se numa verdadeira modificação da prática obstétrica.</p>	
<p>E2: Sara L Stride, Vanora A Hundley, Susan Way & Zoe A Sheppard</p>	<p>Determinar a prática das parteiras no momento do</p>	<p>Tipo de Estudo: Quantitativo</p> <p>Contexto:</p>	<p>A maioria das parteiras consideram que o traumatismo perineal é</p>	<p>As parteiras têm um impacto individual na saúde perineal da mulher, estando perante</p>	<p>A técnica “<i>hands on</i>” é utilizada pela maioria das parteiras aquando o segundo estadio do trabalho de parto, em que colocam as suas mãos sob o</p>

<p>Ano: 2021</p> <p>País: Reino Unido</p> <p>Título: <i>“Identifying the factors that influence midwives’ perineal practice at the time of birth in the United Kingdom”</i></p> <p>Nível de Evidência Científica: <i>Nível 4b-Cross-Sectional Study</i></p>	<p>parto e os fatores que influenciam.</p>	<p>Contexto comunitário e hospitalar (Bloco de Partos)</p> <p>Critérios de Inclusão: Prestação de cuidados de parto a mulheres, em contexto comunitário e/ou hospitalar.</p> <p>Participantes: Parteiras (n=563)</p> <p>Instrumento de Recolha de dados: O questionário foi elaborado com o objetivo de compreender a prática das parteiras face às intervenções realizadas para prevenção do trauma perineal na mulher no momento. Incluiu perguntas de escolha múltipla e questões adicionais como: informações demográficas e questões sobre os fatores de risco no trauma perineal. Foram abordadas questões acerca das intervenções “hands</p>	<p>mais frequente quando a parturiente é primigesta ou tem antecedentes de lesões perineais/obstétricas. Dois terços das parteiras que responderam ao questionário (61,4%) utilizam a técnica “hands on”. Algumas parteiras referem que utilizavam a técnica “hands off” mas que mudavam para a técnica “hands on” se verificassem que o períneo estava prestes a sofrer uma traumatismo, a parturiente fosse primigesta ou com antecedentes de lesões perineais/obstétricas. A prática das parturientes foi influenciada pela abordagem que é adotada na instituição onde trabalham, como também como foram ensinadas enquanto estudantes. A utilização de compressas quentes no períneo da mulher</p>	<p>a decisão de realizar a episiotomia aquando os indicadores clínicos como: períneo que não se estica, sinais de compromisso de bem-estar fetal e responsabilidade da parteira na tentativa de proteção da região perineal.</p> <p>Quando as mulheres sofrem de trauma perineal, as parteiras têm tendência a questionar as suas próprias competências pois têm medo de serem julgadas pelos colegas por não terem tido a capacidade de evitar a ocorrência da lesão. Esta situação, por sua vez pode causar problemas emocionais, físicos e pessoais.</p> <p>A necessidade de incentivar a reflexão sobre a prática e de identificar a melhor forma de apoiar as parteiras na prevenção do trauma perineal, exige mais investigação.</p>	<p>períneo e/ou no polo cefálico, quando verificam que o parto está a decorrer sem intercorrências e não existem evidências de sofrimento fetal. Quando não eram identificados os fatores anteriormente mencionados, as parteiras assumiam a técnica “hands off”.</p> <p>A técnica “hands off” era privilegiada quando as parteiras identificavam fatores de risco como: história prévia de trauma perineal de 3º e 5º grau; primiparidade; macrossomia fetal; duração prolongada do 2º estadio do TP; estatura baixa da parturiente; o corpo perineal era pequeno e o períneo iria começar a lacerar. Caso não fossem identificados estes fatores, era realizada a técnica “Hands Off”.</p> <p>Segundo as parteiras e a experiência adquirida por estas consideram que o traumatismo perineal é mais frequente quando as parturientes são primigesta ou tem antecedentes de lesões perineais/obstétricas.</p> <p>A experiência e a prática adquirida pelas parteiras é influenciada pela prática adotada no seu local de trabalho como também pela experiência adquirida aquando estudantes.</p> <p>Neste estudo, as parteiras revelaram que têm medo de ser julgadas pelos colegas ou questionam-se das suas</p>
---	--	--	---	--	--

		on” ou “hands off” na sua prática de cuidados. Além disso, o questionário procurou avaliar o conhecimento das parteiras na identificação dos diversos graus de lacerações perineais e a sua confiança na realização de episiotomia, se necessário.	durante a segunda fase do trabalho de parto é uma técnica pouco utilizada pelas parteiras.		competências, tendo repercussões físicas, emocionais e psicológicas, quando uma mulher sofre trauma perineal no segundo estadio do trabalho de parto. Existe a necessidade investigar e de incentivar as parteiras para a capacidade de reflexão da sua prática clínica, no sentido de identificar a melhor forma de apoiar as parteiras na prevenção do trauma perineal.
<p>E3: Esther María López Martínez, Zaraida Avilés Sáez, Encarnación Hernández Sánchez, Marcos Camacho Ávila, Ester Marín Conesa, María Belén Conesa Ferrer.</p> <p>Ano: 2021</p> <p>País: Espanha</p> <p>Título: “Perineal protection methods: knowledge and use”</p> <p>Nível de Evidência Científica: <i>Nível 4b-Cross-Sectional Study</i></p>	<p>Analisar o conhecimento e a utilização dos métodos de proteção perineal durante a fase expulsiva utilizada pelos profissionais de saúde envolvidos no parto e se estes correspondem às recomendações da Organização Mundial de Saúde.</p>	<p>Tipo de Estudo: Quantitativo</p> <p>Contexto: Serviço de Obstetrícia/ Bloco de Partos do Hospital Geral de Santa Lúcia</p> <p>Crterios de Inclusão: Profissionais de saúde que realizam partos no serviço de obstetrícia e ginecologia do Hospital Geral de Santa Lúcia; profissionais que assinaram o consentimento informado.</p> <p>Crterios de Exclusão: Ginecologistas que não realizam partos;</p>	<p>O grau de conhecimento e uso dos métodos de proteção perineal pelos profissionais de saúde não correspondem às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Houve diferenças significativas no conhecimento e uso dos métodos entre os diferentes profissionais. As parteiras apresentaram o maior nível de conhecimento e eram as mais propensas a utilizar métodos como "hands on", "compressas quentes", "postura materna", "técnica de flexão" e "puxo tardio". Os ginecologistas e</p>	<p>Este estudo concluiu que se observam diferenças entre os níveis profissionais em termos do conhecimento da proteção perineal no segundo estadio do trabalho de parto, sendo que os enfermeiros residentes e as parteiras são as que detêm de mais conhecimento e experiência.</p> <p>É considerado que futuros profissionais estão a ser formados num ambiente que não existem orientações estabelecidas sobre a proteção perineal, havendo uma necessidade geral de formação nesta área.</p>	<p>O trauma perineal pode ser definido como qualquer dano ao períneo durante o parto que ocorre espontaneamente ou intencionalmente através da realização de episiotomia.</p> <p>Neste estudo, consideram que o trauma perineal pode causar problemas a curto e longo prazo, nomeadamente: necessidade de sutura, dor perineal, dispareunia, traumatismo da função vesical e intestinal, dificuldade de movimento no pós-parto e limitações de posições durante a amamentação. Se o traumatismo for evitado, os cuidados pós-parto seriam simplificados, reduzindo as despesas em saúde (redução de medicação, tratamentos, intervenções cirúrgicas, por exemplo). A redução do trauma perineal deverá de ser um objetivo primordial do sistema de saúde, a nível da saúde da mulher.</p>

		<p>profissionais com baixa por doença, licença de maternidade ou outro tipo de licença durante o estudo;</p> <p>Participantes: Parteiras (47%), ginecologistas (25%), enfermeiros residentes (14%) e médicos residentes (14%) em obstetrícia e ginecologia. (n=57)</p> <p>Instrumento de Recolha de dados: Os participantes preenchiem um questionário com os seus dados sociodemográficos (idade) e laborais (profissão, anos de experiência profissional e tipo de contrato de trabalho). Posteriormente respondiam a questões que permitia compreender se os profissionais de saúde conheciam os métodos de proteção perineal com base nas evidências científicas</p>	<p>médicos residentes detinham conhecimento limitado e identificaram erroneamente a episiotomia como um método de proteção. Concluiu-se que há necessidade de programas de treinamento sobre métodos de proteção perineal no sistema de saúde.</p>		<p>Existem fatores que favorecem a redução do traumatismo perineal, nomeadamente a paridade materna e a massagem perineal pré-natal que, contrariamente, a macrossomia fetal e um período expulsivo prolongado são fatores que potenciam o risco de trauma perineal no 2º estadio do trabalho de parto.</p> <p>As principais intervenções utilizadas na prevenção do trauma perineal no segundo estadio do trabalho de parto, apoiadas pela evidência científica e analisadas no presente estudo foram: “hands on”, “hands off”, a aplicação de compressas quentes, aplicação de substâncias lubrificantes no períneo, a postura materna durante o período expulsivo, o controlo manual fetal no período expulsivo e os esforços expulsivos.</p> <p>O método “hands on” ou manobra de Rigten é o método mais utilizado. Este método permite a diminuição da pressão exercida pelo polo cefálico sob o períneo, diminuindo o risco da laceração perineal. Verificou num estudo, que com este método, as parturientes sentiram menos dor após 24h do parto e menor taxa de remoção manual da placenta.</p> <p>A elevada tensão exercida pelo polo cefálico sob o períneo durante o segundo estadio do trabalho de parto torna-o mais fino e friável. O método</p>
--	--	--	--	--	---

		<p>e nas recomendações da OMS. A primeira pergunta foi: "Conhece os diferentes métodos de proteção perineal durante a fase expulsiva?" de resposta fechada (Sim ou Não). A segunda pergunta era "Pode nomear os métodos que conhece?" Esta pergunta era de resposta aberta em que os profissionais citavam todos os métodos que conheciam. A terceira e quarta pergunta eram de resposta aberta "Que métodos utiliza habitualmente?", "Consegue nomear os métodos que são mais eficazes para si?", respetivamente. A quinta pergunta era "Recebeu formação específica sobre métodos de proteção perineal durante a sua formação ou carreira profissional?" Esta</p>			<p>"hands off" valida que a pressão adicional da mão facilita a ocorrência de traumatismo perineal. Este método permite uma menor taxa de realização de episiotomias</p> <p>A aplicação de compressas quentes é uma intervenção muito utilizada pelas parteiras e enfermeiras residentes. Estas compressas permitem a prevenção de lacerações espontâneas em múltiparas e sem necessidade da realização de episiotomia em mulheres nulíparas. As compressas quentes permitem a vasodilatação, o alongamento e relaxamento muscular e alteram a perceção da dor. É uma intervenção de baixo custo e tem benefícios no pós-parto, nomeadamente, a redução da incontinência urinária durante os primeiros três meses.</p> <p>A postura materna durante o período expulsivo é o método mais negligenciado pelos profissionais e o que tem maior evidência científica na prevenção do trauma perineal no 2º estadio do trabalho de parto. As posições maternas menos prejudiciais para o períneo são as posições laterais ou posições verticais com apoio, uma vez que estão associadas a um menor tempo de período expulsivo, menor dor aguda, a uma redução anormal da frequência cardíaca fetal, a contrações uterinas mais fortes e eficientes, a uma melhor acomodação do feto ao canal de</p>
--	--	---	--	--	--

		<p>pergunta era de resposta fechada (Sim ou Não). A sexta pergunta era, caso tenha respondido “sim” à pergunta anterior, era questionado: “onde recebeu a formação?”, tendo como opções de resposta: universidade ou trabalho. A sétima questão "Adquiriu formação de forma autónoma?" Esta pergunta era de resposta fechada (Sim ou Não).</p>			<p>parto, permite um maior conforto e autonomia para a mulher, em comparação à posição convencional.</p> <p>Durante o período expulsivo é importante controlar a saída do feto, através da flexão da cabeça.</p> <p>O puxo materno durante o período expulsivo deverá ser mais fisiológico, permitindo que a mulher faça força quando sente a necessidade. O puxo espontâneo demonstra-se mais benéfico na prevenção do traumatismo perineal, uma menor taxa de incontinência e prolapso de órgãos pélvicos, do que o puxo dirigido pelos profissionais de saúde.</p> <p>No entanto, quando o bebé está em plano de <i>Hodge 4</i> ou a coroar, os puxos devem ser controlados e dirigidos pelo profissional de saúde, uma vez que o pavimento pélvico nesta altura está mais suscetível a lesões e a expulsão da cabeça entre as contração e não durante as mesmas, tem-se revelado um fator protetor do períneo tanto em primíparas como multíparas.</p> <p>A aplicação de substâncias lubrificantes no períneo permite facilitar a distensão perineal e a expulsão da cabeça do feto, reduzindo o risco de trauma perineal.</p> <p>O uso da episiotomia tem sido justificado pela redução do risco de laceração perineal, disfunção do</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>pavimento pélvico, incontinência vesical e intestinal. No entanto, tem outras comorbilidades associadas nomeadamente o aumento da perda de sangue, o aumento de risco de infeção, possibilidade de deiscência, dispareunia, consequências físicas e psicológicas.</p> <p>A massagem perineal é uma intervenção que não deve ser realizada no 2º estadio do trabalho de parto, uma vez que não apresenta qualquer taxa significativa na redução do traumatismo perineal. A massagem perineal deve ser realizada durante a gravidez, uma vez que consideram que é benéfico na redução do trauma perineal no trabalho de parto.</p>
<p>E4: Hülya Türkmen, Serap Çetinkaya, Emine Apay, Devrim Karamüftüoğlu & Hafize Kılıç</p> <p>Ano: 2020</p> <p>País: Turquia</p> <p>Título: <i>“The Effect of Perineal Warm Application on Perineal Pain, Perineal Integrity, and Postpartum Comfort in the Second Stage</i></p>	<p>Determinar o efeito da aplicação de calor na região perineal, durante o segundo estadio do trabalho de parto, na dor, na integridade e no conforto pós-parto.</p>	<p>Tipo de Estudo: Quantitativo</p> <p>Contexto: Bloco de Partos do Hospital Público da Turquia</p> <p>Crítérios de Inclusão: Mulher grávida com parto eutócico expectável; gravidez de termo; primíparas; gravidez simples e dilatação completa (10cm).</p> <p>Crítérios de Exclusão:</p>	<p>A aplicação de calor perineal na 2º estadio do trabalho de parto reduziu a dor perineal em comparação com os níveis pré-intervenção. Houve diferenças significativas nos níveis de dor imediatamente após a intervenção, após o parto e 2 horas após o parto ao comparar o grupo experimental com o grupo controlo. O grupo de experimental apresentou maior integridade perineal e menor taxa de episiotomia em</p>	<p>O estudo conclui que a aplicação de compressas quentes na região perineal na segunda fase do trabalho de parto diminuiu a dor perineal nessa fase como também no período do pós-parto, mantendo a integridade do períneo e o aumento do conforto no pós-parto.</p> <p>Os autores afirmam que a aplicação de calor no períneo pode ser utilizada com segurança, como uma intervenção na prevenção do trauma perineal no segundo</p>	<p>A dor sentida pela parturiente no segundo estadio do trabalho de parto deve-se ao traumatismo das estruturas pélvicas que rodeiam o canal de parto.</p> <p>A enfermeira parteira ou parteira deverá gerir ativamente o segundo estadio de trabalho de parto, uma vez que a prevenção do trauma perineal permite a redução da dor no pós-parto, facilita a transição para a maternidade, permite que mãe consiga realizar com eficácia os cuidados ao recém-nascido, como também satisfazer as suas necessidades de vida diárias.</p> <p>A mulher sujeita a dores relativamente à sutura no períneo no pós-parto, irá ter repercussões físicas, psicológicas e sociais.</p>

<p><i>of Labor: Randomized Clinical Trial</i>’.</p> <p>Nível de Evidência Científica: Nível 1c. – RCT</p>		<p>Mulheres grávidas multíparas; gravidez de risco; gravidez de pré-termo; mulheres com pele atópica.</p> <p>Participantes: Grupo experimental(n=50) em que foram aplicadas compressas de água quente no períneo e grupo de controlo, no qual não foram aplicadas compressas de água quente no períneo (n=50)</p> <p>Instrumento de Recolha de dados: Foram analisando os registos clínicos eletrónicos e recolhidas informações demográficas, antecedentes obstétricos, complicações da gravidez, doenças coexistentes com a gravidez, conduta do trabalho de parto e dados do parto.</p>	<p>comparação com o grupo controlo. Além disso, o grupo experimental apresentou um nível de conforto físico mais alto em comparação com o grupo controlo.</p>	<p>estadio do trabalho de parto, reduzindo a perceção da dor e proporcionando conforto positivo à parturiente. No entanto revelam que são necessários mais estudos nesta área.</p>	<p>O mecanismo de ação da aplicação de calor na região perineal permite a libertação de endorfinas promovendo uma sensação de bem-estar, aumenta o limiar da dor, melhora a circulação sanguínea perineal, relaxa os músculos perineais e acelera a cicatrização das feridas.</p> <p>O tempo de aplicação das compressas quentes e a temperatura da água ainda não estão claras. No entanto, neste estudo, foram aplicadas compressas quentes na região perineal durante 10 minutos a 40°C-45°C, atingindo 3cm de profundidade dos tecidos.</p> <p>A aplicação de compressas quentes reduzem a dor perineal e é uma intervenção eficaz na prevenção do traumatismo perineal no segundo estadio do trabalho de parto.</p>
<p>E5: Bihter Akın, Melek Balç, C,olak,</p>	<p>Determinar a práticas das parteiras que</p>	<p>Tipo de Estudo: Quantitativo</p>	<p>As parteiras que trabalham na sala de</p>	<p>Consideram que é fundamental o planeamento e a</p>	<p>Verificou-se que a técnica “<i>hands off</i>” reduzem a taxa de lesões perineais e de episiotomia, no entanto, a técnica</p>

<p>Hafize, Ozturk Can & Filiz Kuni</p> <p>Ano: 2020</p> <p>País: Turquia</p> <p>Título: “Practices of midwives working in delivery rooms for protection of perineum during intrapartum period and their feedback on these applications”</p> <p>Nível de Evidência Científica: Nível 4b-Cross-Sectional Study</p>	<p>trabalham na sala de sala de parto para proteger o períneo durante a segunda fase do trabalho de parto.</p>	<p>Contexto: Sala de Parto das Clínicas de Ginecologia e Infantil de um Hospital de Formação e Investigação.</p> <p>Participantes: Parteiras que trabalham na sala de partos (n= 20) não sendo definidos critérios de inclusão e exclusão do estudo.</p> <p>Instrumento de Recolha de dados: Os dados foram recolhidos através do preenchimento de um formulário realizado pelos pesquisadores, que consistia em duas partes: a primeira parte continha perguntas abertas sobre as características das parteiras (idade, nível de formação profissional, tempo de exercício profissional na sala de partos) e a segunda parte continham questões sobre as práticas realizadas pelas parteiras para prevenção do trauma perineal. A colheita de</p>	<p>partos há mais de 7 anos afirmam que preferem realizar a sua prática clínica baseada na evidência científica do que as parteiras que trabalhavam há menos de 6 anos. 12 parteiras afirmam que preferem a técnica “hands off”, no entanto alteravam a técnica para “hands on” quando ficavam preocupadas com a possível ocorrência de lesões do esfíncter anal. 5 parteiras afirmam que aplicam compressas quentes no períneo até o polo cefálico coroar. No entanto, nenhuma das participantes aplicou compressas quentes durante o parto observado. 7 parteiras realizam a episiotomia por rotina em todas as parturientes primíparas. 8 parteiras referem que utilizam gel lubrificante solúvel em água no períneo, no segundo estadio do trabalho de parto.</p>	<p>implementação de formações associadas a esta prática.</p> <p>A utilização de episiotomia rotineira e a utilização de compressas quentes não são intervenções que devem ser implementadas na prevenção do trauma perineal.</p> <p>É importante que as parteiras implementem intervenções para a proteção da região perineal no segundo estadio do trabalho de parto, uma vez que observou-se que as práticas baseadas na evidência científica não foram suficientemente aplicadas pelas parteiras, apesar destas serem detentoras de conhecimento.</p>	<p>“hands on” aumenta o risco de dor perineal pós-parto e hemorragia pós-parto.</p> <p>A maioria das parteiras consideram que a aplicação de compressas quentes não prejudica, nem beneficia na prevenção da dor perineal e na taxa de lesão perineal. Como tal, é uma intervenção que não deve ser utilizada.</p> <p>A taxa de episiotomia na Turquia em mulheres nulíparas é de 90-99%. As parteiras realizam episiotomia devido à formação que receberam, pelo medo de danos perineais causados à mulher, pela experiência profissional, pela atitude da equipa médica e por fatores como: parturientes primíparas, RN grande para a idade gestacional e idade materna.</p> <p>A utilização de gel lubrificante solúvel em água no períneo no segundo estadio do trabalho de parto reflete-se numa menor taxa de lesões perineais e na realização de episiotomia.</p>
--	--	---	---	--	--

		dados consistiu em duas etapas, na primeira etapa foi explicado às participantes o objetivo do estudo e entregue os formulários; na segunda etapa, o pesquisador observou pelo menos um parto realizado por cada parteira e registou no formulário as práticas realizadas pelas parteiras no segundo estadio do trabalho de parto.	No estudo todas as enfermeiras utilizam a posição de litotomia.		
<p>E6: Yu Zang PhD, RN; Yinchu Hu BSc, RN; Hong Lu PhD, RN</p> <p>Ano: 2022</p> <p>País: China</p> <p>Título: “Effects of different techniques during the second stage of labour on reducing perineal laceration: An overview of systematic reviews”</p> <p>Nível de Evidência Científica: Nível 1.b</p>	Resumir as evidências sobre o efeito das técnicas perineais utilizadas no segundo estadio do trabalho de parto na prevenção da laceração perineal em grávidas de baixo risco.	<p>Tipo de Estudo: Qualitativo</p> <p>Participantes: Grávidas de termo e de baixo risco com um único feto com apresentação cefálica.</p> <p>Critérios de Inclusão dos Estudos: Estudos que incluíam participantes grávidas de termo com gravidez de baixo risco, um feto e apresentação cefálica; intervenções realizadas na segunda fase do trabalho de parto como: massagem perineal, compressas quentes, manobras de Ritgen,</p>	Os resultados sugerem que a massagem perineal e a utilização de compressas quentes foram as técnicas mais promissoras na prevenção de lacerações perineais durante a segunda fase do trabalho de parto. A utilização da manobra de <i>Ritgen</i> devem de ser alvo de atenção face ao aumento do risco de lacerações de segundo grau. A massagem perineal reduz o risco de laceração de terceiro e quarto grau. A posição vertical durante o período expulsivo foi associada	Os resultados sugerem que a massagem perineal e a utilização de compressas quentes foram as técnicas mais promissoras na prevenção de lacerações perineais durante a segunda fase do trabalho de parto. A utilização da manobra de Ritgen e posições verticalizadas devem de ser alvo de atenção face ao aumento do risco de lacerações de segundo grau.	<p>A laceração perineal é das complicações mais prevalentes no parto vaginal afetando cerca de 53-79% das parturientes.</p> <p>Diversos estudos indicam que a laceração perineal conduz à morbidade materna significativa como: dispareunia; dor perineal; incontinência urinária; incontinência anal e prolapso de órgãos pélvicos. Também aumenta o risco de depressão pós-parto e hemorragias no pós-parto. Todas estas situações influenciam a qualidade de vida materna e a sua capacidade de realizar tarefas associadas à maternidade e cuidar do recém-nascido.</p> <p>Com o aumento da consciencialização da morbidade significativa após a</p>

<p>– <i>Systematic review of RCTs and other study designs</i></p>		<p>mãos postas ou não, gel lubrificante, posições de parto e métodos de empurrar; o controlo foram os cuidados habituais; os resultados primários que incluíram períneo intacto e lacerações de primeiro, segundo, terceiro e quarto grau; resultados que incluíam: a duração da segunda fase do trabalho de parto, dor perineal pós parto e satisfação da mulher; o desenho de estudo foi uma revisão sistemática de ensaios clínicos aleatórios ou quasi-ensaios clínicos aleatórios.</p> <p>Critérios de Exclusão dos Estudos: Os critérios de exclusão para as revisões sistemáticas incluídas neste documento foram os seguintes: Os participantes não eram mulheres grávidas de termo de baixo risco com uma única apresentação cefálica; as intervenções não eram técnicas</p>	<p>a um menor risco de laceração perineal.</p>		<p>laceração perineal, existem diversas técnicas não invasivas que poderão ser realizadas na segunda fase do trabalho de parto nomeadamente: massagem perineal; uso de compressas quentes; técnica “hands on/ manobra de Ritgen” ou “hands off”; métodos de expulsão espontânea ou retardada e diferentes posições que a parturiente.</p> <p>A massagem perineal e a utilização de compressas quentes durante a segunda fase do trabalho de parto são efetivas na prevenção de lacerações de terceiro e quarto grau. Estas técnicas têm por objetivo diminuir a resistência ou o espasmo do músculo perineal, reduzindo assim o risco de laceração perineal.</p> <p>A técnica de mãos livres e dirigir os puxos não demonstram efeitos significativos na prevenção da laceração de terceiro e quarto grau. A manobra de Ritgen e a posição vertical durante a segunda fase do trabalho de parto estão associadas a um menor risco de laceração perineal de segundo grau.</p> <p>A técnica “hands on/manobra de Ritgen” não têm influência clara na incidência de lacerações quando comparada com a técnica “hands off”.</p> <p>A utilização da manobra de Ritgen está associada à dor no pós-parto.</p>
---	--	--	--	--	---

		<p>utilizadas na segunda fase do trabalho de parto, como massagem perineal, compressas quentes, manobra de Ritgen, técnicas de mãos ou técnicas de mãos despojadas, gel lubrificante, posições de parto e métodos de empurrar; o controle não era o cuidado usual; os desfechos primários não incluíam períneo intacto e laceração perineal de primeiro, segundo, terceiro e quarto graus, e os desfechos secundários não incluíam a duração da segunda fase do trabalho de parto, dor perineal pós-parto e satisfação das mulheres; o design do estudo não era uma revisão sistemática de ensaios controlados randomizados (RCT's), ensaios quase-randomizados ou não-RCT's; as revisões sistemáticas sem texto completo disponível ou publicadas em idiomas diferentes do inglês ou</p>			<p>O uso de gel lubrificante é uma forma possível de reduzir a laceração perineal, pois visa a diminuição do atrito da vagina durante o parto.</p> <p>O puxo dirigido, do ponto de vista fisiológico, não é desejável porque pode levar a efeitos adversos no equilíbrio ácido-base do feto, fadiga materna e traumatismo do pavimento pélvico. O puxo espontâneo permite que o músculo perineal se estique gradualmente, permitindo que o feto desça lentamente e controladamente. As posições no período expulsivo facilitam o parto normal e está associado a uma menor intervenção médica e a um melhor bem-estar materno e neonatal. As posições verticais: estar de pé, sentado, de cócoras e a andar apresentam várias vantagens fisiológicas melhorando as contrações uterinas, aumentam os diâmetros da bacia pélvica e consequentemente reduzem o risco de laceração perineal.</p> <p>As características da parturiente e a utilização de analgesia epidural aumentam o risco de laceração perineal e de um parto instrumentalizado.</p> <p>As posições verticalizadas tendem a aumentar a laceração perineal de segundo grau laceração perineal de segundo grau entre as mulheres</p>
--	--	---	--	--	--

		<p>chinês foram excluídas; os protocolos de revisões sistemáticas também foram excluídos.</p> <p>Crítérios de Elegibilidade: Os estudos eram elegíveis se tivessem incluído evidência científica acerca dos critérios de inclusão.</p> <p>Metodologia: Revisão sistemática da literatura de revisões sistemáticas de intervenções nos cuidados de saúde</p> <p>Base de dados: <i>PubMed, Embase, Cochrane Library, CINAHL, Joanna Briggs Institute (JBI), China Infraestrutura Nacional do Conhecimento (CNKI), Wanfang Data, SinoMed e bases de dados VIP.</i></p>			<p>sem analgesia epidural, uma vez que a cabeça do feto pode descer mais rapidamente e as parteiras têm mais dificuldade em observar e proteger o períneo. Quanto à duração da segunda fase do trabalho de parto, várias revisões indicaram que a posição vertical não encurtavam a segunda fase do trabalho de parto.</p> <p>Mais importante que as técnicas, recomenda-se que as parteiras informem as grávidas sobre os benefícios e os riscos de cada técnica para que a parturiente possa participar no seu processo.</p>
<p>E7: Jing Huang, Hong Lu, Yu Zang, Lihua Ren, Chunying Li & Jianying Wang</p>	<p>Avaliar os efeitos da técnica “<i>hands on vs hands off/posed</i>” nos resultados maternos</p>	<p>Tipo de Estudo: Quantitativo</p> <p>Participantes: Parturientes com gravidez de baixo</p>	<p>Sete ensaios clínicos randomizados (RCT) relataram que as mulheres do grupo de “<i>hands off</i>” tinham</p>	<p>As mulheres do grupo <i>hands off</i> tinham menos probabilidades de ser submetidas a episiotomia do que as do grupo <i>hands on</i>. A conclusão</p>	<p>A técnica <i>hands off</i> apresenta efeitos protetores do períneo, envolvendo menos episiotomias, maior taxa de períneo intacto e menos dor perineal, embora esta técnica tenha sido</p>

<p>Ano: 2020</p> <p>País: China</p> <p>Título: “<i>The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis</i>”</p> <p>Nível de Evidência Científica: Nível 1.b – <i>Systematic review of RCTs and other study designs</i></p>	<p>durante a segunda fase do trabalho de parto.</p>	<p>risco, preferencialmente, primíparas que planejam ter um parto vaginal.</p> <p>Critérios de Inclusão dos Estudos: Estudos quantitativos que incluíam a avaliação da técnica “hands off/poised” em mulheres com parto vaginal; estudos que envolviam parturientes de termo com apresentação cefálica.</p> <p>Critérios de Exclusão dos Estudos: Estudos que apresentassem parturientes com gravidez de risco, patologias e/ou cicatriz perineal prévia. Estudos que incluísem pelo menos um dos seguintes critérios: 1. Combinassem a técnica “hands off/hands on” com outras intervenções, como por exemplo, massagem perineal; 2. Estudos que aplicaram técnicas de “hands off” com outra</p>	<p>menos probabilidades de serem submetidas a episiotomia do que as do grupo de “hands on” e esta diferença foi estatisticamente significativa. Cinco ensaios clínicos não randomizados indicam que as mulheres do grupo hands on-off receberam menos episiotomias em comparação com as do grupo hands on, e esta diferença foi significativa. A meta-análise não revelou qualquer diferença significativa na incidência de hemorragia pós-parto entre os grupos da técnica hands-off e da técnica hands-on. A meta-análise não revelou qualquer diferença significativa na duração da segunda fase do trabalho de parto entre os métodos hands-off e hands on.</p>	<p>retirada dos ensaios não aleatórios foi consistente com a dos ensaios aleatórios. Foi observada uma elevada heterogeneidade nos estudos, o que indica a necessidade de mais investigação nesta área.</p>	<p>associada a lacerações de primeiro grau.</p> <p>A técnica hands off permite a extensão gradual do períneo ao não ser exercida pressão manual sobre este, permitindo a acomodação do feto no momento de coroar. A ausência de pressão adicional no períneo pode prevenir a isquemia perineal, que pode tornar o períneo mais vulnerável a lacerações perineais graves.</p> <p>Não existe diferença entre as técnicas <i>hands on</i> e <i>hands off</i> em relação à duração do segundo estadiado do trabalho de parto e hemorragia no pós-parto.</p> <p>A redução da episiotomia proporcionada pela técnica <i>hands off</i> pode evitar as morbidades relacionadas com a episiotomia, melhorando assim a qualidade de vida materna.</p> <p>A técnica <i>hands off</i> está associada a uma menor dor perineal passadas 24h do parto.</p> <p>A posição materna, a paridade e etnia são fatores estão associados à incidência do trauma perineal.</p>
--	---	---	---	---	---

		<p>intervenção auxiliar sem controlar o efeito adicional; 3. Estudos que inclussem a realização de episiotomia por rotina.</p> <p>Critérios de Elegibilidade: Os estudos eram elegíveis se tivessem incluído evidência científica acerca de um dos seguintes tópicos: episiotomia, períneo intacto, lacerações perineais, dor perineal no pós-parto (até 24h), hemorragia pós-parto e duração da segunda fase do trabalho de parto.</p> <p>Metodologia: Instituto <i>Joanna Briggs</i></p> <p>Base de Dados: Medline, EMBASE, The Cochrane Library, CINAHL. Bases de dados chinesas: WangFang Data, China National Knowledge Infrastructure e SinoMed.</p>			
--	--	--	--	--	--

<p>E8: Hana Kleprikova, Vladimir Kalis, Miha Lucovnik, Zdenek Rusavy, Mija Blaganje, Raneer Thakar, Khaled M. Ismail.</p> <p>Ano: 2019</p> <p>Países: República Checa</p> <p>Título: “Manual perineal protection: The know-how and the know-why”</p> <p>Nível de Evidência Científica: Nível 4b-<i>Cross-Sectional Study</i></p>	<p>Explorar o conhecimento dos médicos sobre técnicas manuais de proteção perineal.</p>	<p>Tipo de Estudo: Quantitativo</p> <p>Contexto: Três maternidades que apoiam a proteção perineal manual em três países europeus (República Checa, Eslovênia e Reino Unido).</p> <p>Participantes: Os participantes (n=124) incluíam médicos, parteiras e estudantes de obstetrícia que trabalhavam nos Centros de Parto ou nas Equipas de Parto Domiciliário das três unidades descritas anteriormente.</p> <p>Critérios de Inclusão e Exclusão: Não foram definidos critérios de inclusão e exclusão do estudo.</p> <p>Instrumento de Recolha de dados: Preenchimento de um questionário com perguntas fechadas para recolher informação sobre detalhes demográficos dos participantes, nível</p>	<p>Os resultados do estudo demonstram que a maioria dos participantes tem conhecimento sobre a técnica de proteção perineal manual e consideram-na benéfica. No entanto, há variação na implementação dessa política entre as maternidades. A técnica de Proteção Perineal Manual é uma intervenção obstétrica realizada durante a fase final do segundo estágio do trabalho de parto. O objetivo dessa intervenção é reduzir o risco de trauma perineal e suas consequências, como incontinência anal, dor perineal e dispareunia. A técnica envolve o uso das mãos do profissional de saúde para proteger o períneo durante a saída da cabeça fetal, dispersando a tensão perineal e reduzindo a extensão do trauma. Existem duas técnicas eficazes de Proteção Perineal Manual, conhecidas como <i>Finnish</i></p>	<p>Existe uma lacuna de conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a execução desta técnica. No entanto, reconhecem falta de experiência apesar de receberem instruções sobre a realização da técnica.</p>	<p>A proteção perineal manual é uma intervenção realizada no segundo estágio do trabalho de parto e tem sido prevalente ultimamente. O objetivo desta técnica é prevenir o risco de trauma perineal e consequências como dispareunia, dor perineal e incontinência anal.</p> <p>A técnica envolve o uso das mãos do profissional de saúde para proteger o períneo durante a saída da cabeça fetal, dispersando a tensão perineal e reduzindo a extensão do trauma. Existem duas técnicas eficazes de Proteção Perineal Manual, conhecidas como <i>Finnish Manual Perineal Protection</i> (FMPP) e <i>Viennese Manual Perineal Protection</i> (VMPP). Em ambas as técnicas a mão não dominante da enfermeira é colocada sobre a cabeça do feto, controlando a velocidade de saída do feto do canal de parto, facilitando a extensão da cabeça. No entanto, a diferença essencial entre as técnicas é a mão dominante. Esta é colocada sobre o períneo, o polegar e o indicador da mão dominante de cada lado ântero-lateral à fúrcula, e movimenta a aproximação do polegar e do indicador para reduzir a tensão. Na técnica Finlandesa, os 3º, 4º e 5º dedos da mão dominante exercem pressão sobre o períneo, apoiando-o. Na técnica Vienense, a palma da mão dominante (eminências tenar e hipotenar) apoiam a fúrcula e o períneo posterior, na coroação a pressão exercida pela eminência ulnar facilita a</p>
---	---	--	---	--	--

		de experiência, familiaridade com a técnica de proteção perineal manual e a sua eficácia. Foram incluídas perguntas abertas para a descrição das técnicas utilizadas para proteger o períneo.	<i>Manual Perineal Protection</i> e <i>Viennese Manual Perineal Protection</i> , que possuem diferenças sutis entre elas. Essas técnicas são realizadas por meio do posicionamento adequado das mãos do profissional ao redor da abertura vaginal, aplicando pressão e dispersando a tensão de forma a proteger o períneo.		extensão da cabeça do feto. O grau de traumatismo perineal depende da tensão exercida, na localização dos dedos no períneo, a sua distância e direção.
<p>E9: Dong-Mei Ma, Wen Hu, Ya-Hong Wang & Qiong Luo</p> <p>Ano: 2019</p> <p>Pais: China</p> <p>Título: “A multicentre study on the effect of moderate perineal protection technique: a new technique for perineal management in labour”.</p> <p>Nível de Evidência Científica: Level 3.d – Case – controlled study</p>	Avaliar a eficácia da técnica de proteção perineal moderada durante o parto.	<p>Tipo de Estudo: Quantitativo</p> <p>Contexto: Seis centros de parteiros na província de Zhejiang, na China.</p> <p>Participantes: Primíparas saudáveis com idades compreendidas entre 20 e 35 anos e parto vaginal espontâneo. O grupo de controlo (n=31249) mulheres que receberam o método tradicional de proteção perineal, enquanto o grupo de observação (n=57056) mulheres que receberam o novo</p>	<p>Não existiu diferença significativa entre os dois grupos em relação: à idade, índice de massa corporal antes da gravidez, ganho de peso durante a gravidez, idade gestacional no parto, taxa de primigestas e histórico de infertilidade. Não existiu diferença significativa nos dois grupos entre o peso ao nascer e a circunferência da cabeça do bebé. No grupo de observação foi apresentada uma taxa de satisfação maior, menor dor perineal,</p>	<p>O estudo concluiu que a técnica de proteção perineal moderada obteve efeitos positivos na gestão perineal durante o trabalho de parto. A taxa de episiotomia foi significativamente menor e proporcionalmente, a integridade perineal foi significativamente maior.</p> <p>O presente estudo é limitado pela falta de dados a longo prazo acerca da realização da técnica de proteção perineal moderada, como: lesão do pavimento pélvico e os resultados a longo prazo para a mãe e bebé. A</p>	<p>Existem estudos sobre técnicas de proteção perineal durante a segunda fase do trabalho de partos e os seus efeitos relacionados à episiotomia e trauma perineal, como por exemplo: técnica “<i>hands on</i>”, <i>hans off</i>”, aplicação de calor através do uso de compressas quentes, manobra de Ritgen, entre outras. Contudo, existem estudos de evidência de qualidade moderada acerca da prevenção de lacerações de 3º e 4º grau através do uso de compressas quentes e, existe evidência de baixa qualidade que a técnica “<i>hands off</i>” podem reduzir a taxa de episiotomia.</p> <p>A técnica de proteção perineal moderada inicia-se ao instruir à parturiente para fazer esforços expulsivos no momento de coroação, para que a velocidade da descida seja controlada e o polo cefálico não desça</p>

		<p>método de proteção perineal.</p> <p>Critérios de Inclusão: Os critérios de inclusão são mulheres primíparas saudáveis com idades entre 20-35 anos; gravidez única com posição fetal normal e sinais de vida fetal adequados; boas condições vitais maternas e ausência de doenças; parto vaginal sem complicações; consciência materna com comunicação normal.</p> <p>Critérios de Exclusão: Os critérios de exclusão para este estudo incluíram complicações obstétricas, indução do trabalho de parto, histórico de doença mental ou comunicação materna comprometida. Esses critérios foram aplicados para garantir que apenas mulheres saudáveis e sem</p>	<p>menos tempo de internamento no pós-parto, menor taxa de retenção urinária no pós-parto, menor taxa de incontinência pós-parto e menor taxa de asfixia neonatal. A taxa de incidência de lacerações de primeiro grau foi significativamente reduzida, comparativamente à taxa de lacerações de terceiro ou quarto grau que não aumentou, podendo estar associado à descida lenta do feto e à dilatação completa do períneo, melhorando a condição perineal.</p>	<p>sua implementação encontra-se numa fase inicial devido à falta de reconhecimento na China e à presença de obstáculos como a existência de parteiras inexperientes na avaliação das condições perineais.</p>	<p>mais do que 1cm a cada contração. A parteira deve controlar a velocidade de descida da cabeça do feto, durante as contrações, com uma só mão, inicialmente a mão esquerda e depois a mão direita quando o diâmetro biparietal está exposto e, a proteção perineal depende da colaboração da parturiente. Seguidamente, deve-se verificar se existe alguma circular cervical, aguardar pela próxima contração; a parteira deve instruir a parturiente a fazer força homogênea para a exteriorização do ombro anterior enquanto segura a cabeça com ambas as mãos, evitando a realização de força indevida tendo por objetivo prevenir o trauma perineal. Deve-se segurar a cabeça do bebê com as mãos devagar até à exteriorização do ombro posterior, a parturiente nesta etapa é instruída a não exercer nenhuma força expulsiva. Após todas estas etapas, a parteira retira o bebê com ambas as mãos.</p> <p>A aplicação da técnica de proteção perineal moderada, a taxa de episiotomia diminuiu e a integridade perineal aumentou, sendo benéfico para a recuperação do pós-parto. Deste modo, permite reduzir a dor, a retenção urinária e incontinência, aliviando os encargos financeiros, diminuição do tempo de internamento hospitalar e melhor satisfação materna, contribuindo nos benefícios s e sociais.</p>
--	--	---	---	--	---

		<p>complicações fossem incluídas no estudo.</p> <p>Instrumento de Recolha de Dados: Os dados foram recolhidos através do preenchimento de um questionário que permite identificar a satisfação das utentes e recolher informações acerca: lacerações perineais; hemorragia pós-parto; incontinência urinária no pós-parto, retenção urinária no pós-parto e dor perineal. No momento da alta, a satisfação das utentes foi avaliada através de um questionário.</p>			<p>O estudo é limitado pela falta de dados a longo prazo, como: lesão do pavimento pélvico e resultados a longo prazo da mãe e do bebé. A sua implementação está em fase inicial na China, devido à falta de aplicabilidade e reconhecimento. A aplicação da técnica depara-se com muitos obstáculos, como: parteiras inexperientes na avaliação das condições perineais e receio de um desfecho negativo neonatal.</p>
<p>E10: Qiuyu Yang, Xiao Cao, Shasha Hu, Mingyao Sun, Honghao Lai, Liangying Hou, Qi Wang, Cailiang Wu, Yu Wu, Lin Xiao, Xiaofeng Luo, Jinhui Tian, Long Ge and Lei Shi</p> <p>Ano: 2022</p> <p>Pais: China</p>	<p>Avaliar se o uso de lubrificantes durante o parto reduz o trauma perineal.</p>	<p>Tipo de Estudo: Qualitativo</p> <p>Participantes: As participantes do estudo foram grávidas de termo (idade gestacional ≥ 37 semanas). Doze estudos incluíram apenas nulíparas, dois estudos incluíram apenas múltiparas, quatro estudos</p>	<p>O estudo incluiu um total de 19 ensaios clínicos envolvendo 5445 mulheres. Os desfechos foram avaliados em relação a trauma perineal, episiotomia, laceração perineal de primeiro grau, laceração perineal de segundo grau, laceração perineal grave e duração do segundo</p>	<p>O estudo conclui que existe certeza moderada nos estudos demonstrados, demonstrando que o uso de lubrificantes pode reduzir a incidência da laceração perineal de segundo grau. Os estudos de baixa certeza científica revelaram que o uso de lubrificantes pode reduzir a incidência de traumatismo perineal,</p>	<p>Mulheres que sofreram traumas perineais graves durante o parto, apresentam alterações físicas e psicológicas complexas, que poderá implicar o isolamento social e marginalização social devido à sintomatologia contínua. Foram relatadas diferentes técnicas na prevenção de lacerações perineais, incluindo: compressas quentes, massagem perineal, técnica “hands on”/manobra de <i>Rigten</i>. Entre estas técnicas mencionadas, a utilização de compressas quentes e a massagem</p>

<p>Título: “Lubricant for reducing perineal trauma: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials”</p> <p>Nível de Evidência Científica: Nível 1.b – <i>Systematic review of RCTs and other study designs</i></p>		<p>incluiram tanto nulíparas quanto múltiparas, e um estudo não relatou a paridade.</p> <p>Critérios de Inclusão dos Estudos: Estudos publicados em inglês ou chinês. Devem comparar a aplicação de gel lubrificante na vagina (grupo de intervenção) com o cuidado padrão (grupo de controlo). As participantes dos estudos devem ter apresentação cefálica e gravidez de termo e serem sujeitas a parto vaginal. O desfecho principal deve ser o trauma perineal: episiotomia, lacerações e taxas de períneo íntegro.</p> <p>Critérios de Exclusão dos Estudos: Estudos que não foram publicados em inglês ou chinês. Estudos que incluíram parturientes que receberam lubrificante simultaneamente com outras intervenções, como a lidocaína</p>	<p>estágio do trabalho de parto. A meta-análise revelou com moderada evidência que o uso de lubrificantes reduziu a incidência de laceração perineal de segundo grau; com baixa evidência, o lubrificante reduziu a incidência de traumatismo perineal, episiotomia e diminuiu a duração do segundo estágio do trabalho de parto, não afetando as taxas de períneo íntegro; laceração perineal de primeiro grau; laceração perineal grave e hemorragia pós-parto. Parturientes submetidas à utilização de gel obstétrico, existiu uma diminuição no tempo do segundo estágio do trabalho de parto comparativamente à utilização de cera líquida.</p>	<p>episiotomia e diminuir a duração da segunda fase do trabalho de parto. Contudo, a presença de elevada heterogeneidade na maioria dos resultados é evidente. É necessário uma maior implementação do uso do lubrificante no segundo estágio do trabalho de parto para continuar a desenvolver a qualidade das provas neste domínio importante.</p>	<p>perineal demonstraram um efeito positivo na redução de lacerações perineais de terceiro e quarto grau. A técnica “<i>hands on</i>” e a manobra de <i>Rigten</i> não demonstram efeito nas lacerações perineais graves.</p> <p>O efeito do uso de lubrificante pode efetivamente reduzir o atrito da parede vaginal, facilitando o parto e deste modo, reduzir o trauma perineal.</p> <p>Os profissionais de saúde podem utilizar lubrificantes para reduzir e/ou até prevenir o trauma perineal.</p> <p>O uso de lubrificantes no segundo estágio do trabalho de parto permite, nas nulíparas, reduzir a incidência de traumatismo perineal; laceração perineal de segundo grau; diminuição da duração da segunda fase do trabalho de parto e o aumento da taxa de períneo íntegro. Nas mulheres múltiparas, permite reduzir a incidência da laceração de primeiro e segundo grau.</p>
---	--	---	--	--	---

		<p>hidroclorídrica a 1% ou compressas quentes. Mulheres com ruptura prematura de membranas, suspeita de Corioamnionite, infecção ou malformações fetais conhecidas e nado morto.</p> <p>Crítérios de Elegibilidade: A elegibilidade dos ensaios clínicos incluídos foi determinada com base nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no estudo.</p> <p>Metodologia: A metodologia utilizada para avaliar o risco de dos estudos incluídos e a certeza das evidências baseou-se em ferramentas específicas, nomeadamente Colaboração Cochrane Risk Bias 2.0 e a lista de verificação de relatórios no Preferred Itens de relatório para revisões sistemáticas</p>			
--	--	--	--	--	--

		<p>e declaração de meta-análises (PRISMA2020).</p> <p>Base de Dados: PubMed, Embase, Cochrane Library, CINAHL e três bases de dados literárias Chinesas: China National Knowledge Infrastructure, China Biology Medicine disc e WanFang databases. Preenchimento de um formulário padrão de extração de dados dos ensaios elegíveis. Foram selecionados os seguintes dados: autor, ano, idade, idade gestacional, número de partos vaginais assistidos, número de participantes, detalhes da intervenção e resultados.</p>			
<p>E11: Yuxuan Li, ChongkunWang, Hong Lu, Linlin Cao, Xiu Zhu, AihuaWang, Ruiyang Sun.</p> <p>Ano: 2022</p> <p>Pais: China</p>	<p>Compreender os efeitos da massagem perineal durante o trabalho de parto em mulheres primíparas e recém-nascido.</p>	<p>Tipo de Estudo: Qualitativo</p> <p>Participantes: Primíparas com parto vaginal, gravidez de termo, feto único em posição cefálica, peso fetal estimado inferior a 4000gr e sem</p>	<p>Os resultados desta revisão sistemática e meta-análise incluem uma análise de 23 estudos que avaliaram a eficácia da massagem perineal na prevenção de lacerações perineais durante o parto em</p>	<p>As provas atuais não permitem demonstrar o efeito benéfico da realização da massagem perineal nos resultados neonatais a nível do índice de Apgar e incidência de complicações neonatais.</p>	<p>A incidência do trauma perineal é maior nas primíparas, existindo um maior risco de lacerações e episiotomia.</p> <p>A saúde psicológica das mulheres que sofreram trauma perineal no parto fica comprometida. Existe um risco acrescido de depressão pós-parto, dificultar o estabelecimento da</p>

<p>Título: “Effects of perineal massage during childbirth on maternal and neonatal outcomes in primiparous women: A systematic review and meta-analysis”</p> <p>Nível de Evidência Científica: Nível 1.b – <i>Systematic review of RCTs and other study designs</i></p>		<p>comorbidades maternas graves ou complicações durante a gravidez e o parto.</p> <p>Critérios de Inclusão dos Estudos: Os critérios de inclusão para os estudos nesta revisão sistemática e meta-análise foram desenvolvidos seguindo o PICOS "participante, intervenção, comparação, resultado e desenho do estudo". Incluíram mulheres primíparas com parto vaginal normal, gravidez de termo, feto único em posição cefálica, peso fetal estimado inferior a 4000g e sem comorbidades maternas graves ou complicações durante a gravidez e o parto. Não houve restrições quanto ao tipo de estudo ou idioma de publicação.</p> <p>Critérios de Exclusão dos Estudos: Os critérios de exclusão para os estudos nesta revisão sistemática e</p>	<p>mulheres primíparas com parto vaginal normal. A análise mostrou que a massagem perineal reduziu significativamente o risco de lacerações perineais de terceiro e quarto graus em comparação com o grupo controle. No entanto, não houve diferença significativa na incidência de lacerações perineais de primeiro e segundo graus entre os grupos. A qualidade geral da evidência foi avaliada como moderada</p>	<p>O artigo ilustra que a massagem perineal iniciada durante a segunda fase do trabalho de parto tem efeitos benéficos relacionados com o períneo das mulheres primíparas; reduz a taxa de hemorragia e a dor perineal no pós-parto a longo prazo. Quando a massagem perineal é realizada na primeira fase do trabalho de parto, permite reduzir a duração do segundo estadio do trabalho de parto.</p> <p>Os investigadores afirmam que é importante explorar o procedimento padronizado da massagem perineal e o efeito a longo prazo da mesma, em estudos futuros. Deste modo, permite fornecer técnicas de qualidade em obstetrícia baseadas em evidência científica e num modelo de cuidados liderado pelas parteiras.</p>	<p>vinculação mãe-filho, afetar negativamente a experiência do parto e, subsequentemente a disposição para voltar a engravidar.</p> <p>A massagem perineal consiste nas parteiras ou profissionais de saúde colocarem luvas e, posteriormente, colocar dois dedos na vagina da mulher e aplicar pressão para baixo, um de cada lado da vagina e massajar o períneo uniformemente. Quando a massagem perineal é realizada, a pressão em direção ao reto permite que as mulheres prendam a respiração e façam puxos involuntários. A relação entre as contrações uterinas, a massagem perineal, a suspensão da respiração e a pressão descendente, são fatores que permitem progresso natural do trabalho de parto.</p> <p>A massagem perineal quando iniciada na segunda fase do trabalho de parto tem efeitos benéficos no períneo, tais como: o aumento da ocorrência de períneo íntegro, reduzindo a taxa de lacerações perineais de segundo e terceiro grau e a diminuição da incidência da episiotomia. Quando realizada na primeira fase do trabalho de parto, permite a redução da duração do segundo estadio do trabalho de parto.</p> <p>O segundo estadio do trabalho de parto é o período a partir da dilatação completa do colo do útero até ao nascimento do feto. Neste período, os</p>
---	--	---	---	---	--

		<p>meta-análise incluíram mulheres que não eram primíparas, partos que não foram vaginais normais, gravidez pré-termo, fetos em posição transversa ou pélvico, peso fetal estimado superior a 4000g e mulheres com comorbidades maternas graves ou complicações durante a gravidez e o parto. Mulheres com anormalidades perineais que impediam a massagem ou progresso anormal do parto foram excluídos</p> <p>Crítérios de Elegibilidade: A elegibilidade dos ensaios clínicos incluídos foi determinada com base nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no estudo. Os estudos foram elegíveis se qualquer um dos seguintes resultados fossem avaliados: Resultados Maternos - a) Resultados</p>			<p>tecidos perineais são submetidos a uma elevada pressão local causada pelo polo cefálico e, nas primíparas, os tecidos são compactados dado que nunca foram submetidos a pressões elevadas. Assim sendo, a massagem perineal imita o efeito da descida do polo cefálico durante o parto, uma vez que aplica uma pressão de cima para baixo dentro da vagina.</p> <p>A massagem perineal permite aumentar a flexibilidade e adaptabilidade dos músculos perineais e melhorar a extensibilidade e elasticidade dos tecidos perineais, tonando o períneo menos suscetível a pressão excessiva durante a passagem do feto no canal de parto, reduzindo a incidência de lacerações perineais.</p> <p>A massagem perineal produz efeitos biomecânicos, nomeadamente, a dilatação dos vasos sanguíneos no períneo, aumentando o fluxo e a circulação sanguínea na região, prevenindo o trauma perineal.</p> <p>Os autores afirmam que as mulheres que são orientadas para receber a massagem perineal são motivadas em alcançar um parto vaginal com períneo íntegro, estando mais atentas ao processo fisiológico natural do parto, promovendo a sua motivação e envolvimento na tomada de decisão do seu parto.</p>
--	--	---	--	--	--

		<p>relacionados com o períneo, incluindo a incidência do períneo intacto, lacerações perineais (primeiro a quarto grau lacerações perineais) e episiotomia; b) Duração do trabalho de parto (min), incluindo a duração da primeira fase do trabalho de parto e a duração da segunda fase do trabalho de parto; (c) hemorragia (mL), incluindo o intraparto e pós-parto; (d) ocorrência de dor perineal pós-parto. Resultados neonatais: (a) Pontuação de Apgar, incluindo a pontuação de Apgar em 1 min e a pontuação de Apgar em 5 min; e (b) incidência de doenças neonatais complicações</p> <p>Metodologia: A metodologia utilizada para avaliar o risco de dos estudos incluídos e a certeza das evidências baseou-se em ferramentas</p>			<p>As evidências científicas demonstram que a massagem perineal tem efeitos na redução da hemorragia intraparto e pós-parto. A massagem perineal é benéfica na prevenção de lesões perineais graves de terceiro e quarto grau e na realização de episiotomia, deste modo, permitem a diminuição da hemorragia intraparto e levam a menos sangramento na episiorrafia.</p> <p>A massagem perineal realizada durante o parto está associada ao alívio da dor perineal a longo prazo, isto é, após 3 dias após o parto. Contudo, os autores enfatizam que os resultados do estudo associados à dor perineal pós-parto e da hemorragia intraparto e pós-parto são aspetos a serem estudados, dado que não existiam estudos suficientes sobre esses temas.</p>
--	--	--	--	--	---

		<p>específicas, nomeadamente Colaboração Cochrane Risk Bias 2.0 e a lista de verificação de relatórios no Preferred Items de relatório para revisões sistemáticas e declaração de meta-análises (PRISMA2020).</p> <p>Instrumento de Recolha de Dados: PubMed, Embase, CINAHL Plus, Web of Science, China National Knowledge Infrastructure (CNKI), WanFang Data Knowledge Service Platform (WanFang Data), China Science e Technology Journal Database (CQVIP) and SinoMed).</p>			
--	--	---	--	--	--

Tabela 5

Temas emergentes nos estudos analisados

Conceitos	Estudos
Prevenção do Trauma Perineal	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11
2º Estadio do Trabalho de Parto	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11
Parturiente	E1; E2; E4; E7; E8; E10; E11
Intervenções em Enfermagem	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11
1. Técnica “ <i>Please Squeeze</i> ”	E1
2. Técnica “Hands On”	E2; E3; E5; E6; E7; E9; E10
3. Técnica “Hands Off”	E2; E3; E5; E7; E9
4. Compressas Quentes	E2; E3; E4; E5; E6; E9; E10
5. Postura Materna	E3; E5; E6
6. Puxo Materno	E3; E6
7. Massagem Perineal	E6; E10; E11
8. Substâncias Lubrificantes	E3; E5; E6; E10
9. Proteção Perineal Manual	E8
10. Proteção Perineal Moderada	E9

Appendix V: Characteristics of included studies

Tabela 6

Características dos Estudos Incluídos

Study	Methodology	Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion JBI Evidence Synthesis
<p>O Artigo <i>Please Squeeze</i>: <i>A novel approach to perineal guarding at the time of delivery reduced rates of obstetric anal sphincter injury in an Australian tertiary hospital</i> foi elaborado pelos autores Elizabeth Luxford, Lucy Bates & Jennifer King, na Austrália, em 2020.</p>	<p>O artigo apresenta uma metodologia quantitativa.</p>	<p>O estudo descrito utilizou uma metodologia observacional retrospectiva. Os pesquisadores recolheram e analisaram dados de partos realizados num hospital terciário australiano antes e depois da implementação do programa "Please Squeeze" para proteção perineal durante o parto. Foram analisadas variáveis como modo de parto, taxa de episiotomia, índice de Apgar, gestação, peso ao nascer e paridade.</p>	<p>Parturientes cujo o parto decorreu durante os três anos anteriores e posteriores à introdução obrigatória do novo método de proteção perineal. Foi uma auditoria observacional retrospectiva que analisou dados de mais de 5500 partos realizados em um hospital terciário australiano antes e depois da implementação do programa "Please Squeeze".</p>	<p>O artigo de Luxford <i>et al.</i> (2020) apresentou como participantes: parturientes; como conceitos, parturiente, prevenção do trauma perineal, 2º estadio do TP e intervenções de enfermagem; no contexto: Bloco de Partos. Sendo estes pertinentes para a presente scoping review.</p>	<p>A implementação do programa "Please Squeeze" para proteção perineal durante o parto pode reduzir significativamente a incidência de lesão perineal no parto. Os resultados mostraram uma redução de 20,1% na incidência de lesões em todos os partos vaginais após a implementação do programa "Please Squeeze". Este estudo ao ser realizado num hospital terciário com um elevado número de partos permitiu a instituição da técnica de proteção perineal e facilitou a formação contínua e consistente dos profissionais de saúde que trabalham na sala de partos. Os autores do estudo sugerem que a proteção perineal adequada é crucial para reduzir as taxas de trauma perineal e que o programa "Please Squeeze" pode ser eficaz na redução de lesões perineais durante o parto. É sugerido que poderão alcançar e melhorar a técnica, tornando-se numa verdadeira modificação da prática obstétrica.</p>	<p>A implementação do programa "Please Squeeze" na proteção perineal influencia a redução significativa do trauma perineal nos partos vaginais. A colocação dos dedos e a pressão aplicada influencia o sucesso desta técnica.</p>

<p>O artigo "Identifying the factors that influence midwives' perineal practice at the time of birth in the United Kingdom" foi elaborado pelos autores Sara L Stride, Vanora A Hundley, Susan Way & Zoe A Sheppard, no Reino Unido, em 2021.</p>	<p>O artigo apresenta uma metodologia quantitativa.</p>	<p>A metodologia utilizada foi a realização de uma pesquisa nacional online, na qual 563 parteiras participaram. Os dados foram analisados sendo utilizadas estatísticas descritivas e inferenciais com análises de subgrupos para explorar as diferenças na prática clínica. O estudo fornece dados sobre a prática das parteiras antes da introdução do pacote de cuidados para o trauma perineal.</p>	<p>Os participantes no estudo foram parteiras.</p>	<p>O artigo de Stride <i>et al.</i> (2021) apresentou como participantes: parteiras; como conceitos: parturiente, prevenção do trauma perineal, 2º estadio do TP e intervenções de enfermagem; no contexto: Bloco de Partos. Sendo estes pertinentes para a presente scoping review.</p>	<p>As parteiras quando estão perante indicadores clínicos como: períneo que não se estica, sinais de compromisso de bem-estar fetal e responsabilidade da parteira na tentativa de proteção perineal, estão perante a decisão de realizar episiotomia.</p> <p>Quando as mulheres sofrem de trauma perineal, as parteiras têm tendência a questionar das suas competências pelo medo de serem julgadas pela equipa multidisciplinar. Neste sentido, existe a necessidade de incentivar a reflexão sobre a prática de cuidados e a investigação acerca de intervenções que apoiem as parteiras na prevenção do trauma perineal.</p>	<p>A técnica "hands on" é a mais utilizada pela maioria das parteiras aquando o segundo estadio do trabalho de parto, quando verificam que o mesmo está a decorrer sem intercorrências. Caso o trabalho de parto não reunisse condições de bem-estar materno-fetal ou eram identificados fatores de risco como: história prévia de trauma perineal de 3º e 5º grau; primiparidade; macrossomia fetal; duração prolongada do 2º estadio do TP; estatura baixa da parturiente; o corpo perineal era pequeno e o períneo iria começar a lacerar, estas assumiam a técnica "hands off".</p> <p>A experiência e a prática adquirida pelas parteiras é influenciada pela prática adotada no seu local de trabalho como também pela experiência adquirida aquando estudantes.</p> <p>Neste estudo, as parteiras revelaram que têm medo de ser julgadas pelos colegas ou questionam-se das suas competências, tendo repercussões físicas, emocionais e psicológicas, quando uma mulher sofre trauma perineal no segundo estadio do trabalho de parto.</p> <p>Existe a necessidade investigar e de incentivar as parteiras para a capacidade de reflexão da sua prática clínica, no sentido de</p>
---	---	--	--	--	---	---

						identificar a melhor forma de apoiar as parteiras na prevenção do trauma perineal.
<p>O Artigo <i>“Perineal protection methods: knowledge and use”</i> foi elaborado por Esther María López Martínez, Zaraida Avilés Sáez, Encarnación Hernández Sánchez, Marcos Camacho Ávila, Ester Marín Conesa, María Belén Conesa Ferrer, na Espanha, em 2021.</p>	<p>O artigo apresenta uma metodologia quantitativa.</p>	<p>A metodologia utilizada foi um estudo descritivo de corte transversal dirigido aos profissionais de saúde que realizam partos na Espanha. Participaram do estudo 57 profissionais, incluindo obstetras, ginecologistas, Enfermeiros Internos Residentes e Médicos Internos Residentes em Obstetrícia e Ginecologia. Foram realizadas perguntas fechadas e abertas para avaliar o conhecimento e a utilização de intervenções de proteção perineal durante o período expulsivo, bem como a formação específica recebida pelos profissionais. Os dados foram analisados utilizando o software SPSS 21.0</p>	<p>Parteiras, ginecologistas, enfermeiros residentes e médicos residentes em obstetrícia e ginecologia.</p>	<p>O artigo de Martínez <i>et al.</i> (2021) apresentou como participantes: parteiras e profissionais de saúde que exercem no âmbito da saúde materna, obstétrica e ginecológica; como conceitos: parturiente, prevenção do trauma perineal, 2º estadio do TP e intervenções de enfermagem; no contexto: Bloco de Partos. Sendo estes pertinentes para a presente scoping review.</p>	<p>Este estudo concluiu que se observam diferenças entre os níveis profissionais em termos do conhecimento da proteção perineal no segundo estadio do trabalho de parto, sendo que os enfermeiros residentes e as parteiras são as que detêm de mais conhecimento e experiência.</p> <p>Consideram que futuros profissionais estão a ser formados num ambiente que não existem orientações estabelecidas sobre a proteção perineal, havendo uma necessidade geral de formação nesta área.</p>	<p>Conclui-se que o trauma perineal está associado a diversos problemas a curto/longo prazo na vida da mulher. E ao ser evitado o trauma perineal, os cuidados pós-parto são mais simplificados tendo influência direta na redução das despesas em saúde. Torna-se deste modo, um objetivo primordial no sistema de saúde.</p> <p>Existem diversos fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam o trauma perineal, contudo o EEESMO pode realizar intervenções que previnam o trauma perineal, nomeadamente: técnica <i>“hands on”</i>: técnica <i>“hands off”</i>; a aplicação de compressas quentes; aplicação de substâncias lubrificantes no períneo; a postura materna durante o período expulsivo; o controlo manual fetal no período expulsivo e os esforços expulsivos.</p>
<p>O Artigo <i>“The Effect of Perineal Warm Application on Perineal Pain, Perineal Integrity, and Postpartum Comfort in the</i></p>	<p>O artigo apresenta uma metodologia quantitativa.</p>	<p>A metodologia utilizada foi um estudo experimental controlado randomizado simples, realizado numa sala de parto de um hospital público na Turquia. O estudo incluiu 100 primíparas, divididas em um grupo de</p>	<p>Parturientes no grupo experimental em que foram aplicadas compressas de água quente no períneo e grupo</p>	<p>O artigo de Türkmen, <i>et al.</i> (2020) apresentou como participantes: parturientes; como conceitos: parturiente, prevenção do trauma perineal, 2º estadio do</p>	<p>Aplicação de compressas quentes na região perineal na segunda fase do trabalho de parto diminuiu a dor perineal nessa fase como também no período do pós-parto, mantendo a integridade do</p>	<p>A dor sentida pela parturiente no segundo estadio do trabalho de parto deve-se ao traumatismo das estruturas pélvicas que rodeiam o canal de parto.</p> <p>A enfermeira parteira ou parteira deverá gerir ativamente o segundo</p>

<p><i>Second Stage of Labor: Randomized Clinical Trial</i> elaborado por Hülya Türkmen, Serap Çetinkaya, Emine Apay, Devrim Karamüftüoğlu & Hafize Kılıç, na Turquia, em 2020.</p>		<p>aplicação de calor e um grupo de controlo. A recolha de dados incluiu formulários de informação, Escala Analógica Visual (VAS), Questionário para Determinar o Estado do Períneo Pós-Parto e Escala de Conforto Pós-Parto. As análises estatísticas incluíram testes de qui-quadrado, teste exato de Fisher, teste t de amostras independentes, análise de variância de medidas repetidas (ANOVA) e teste U de Mann-Whitney.</p>	<p>de controlo, no qual não foram aplicadas compressas de água quente no períneo.</p>	<p>TP e intervenções de enfermagem; no contexto: Bloco de Partos. Sendo estes pertinentes para a presente scoping review.</p>	<p>períneo e o aumento do conforto no pós-parto. Os autores concluem que a aplicação de calor no períneo pode ser utilizada com segurança, como uma intervenção na prevenção do trauma perineal no segundo estadio do trabalho de parto, reduzindo a perceção da dor e proporcionando conforto positivo à parturiente. No entanto revelam que são necessários mais estudos nesta área.</p>	<p>estadio de trabalho de parto, uma vez que a prevenção do trauma perineal permite a redução da dor no pós-parto, facilita a transição para a maternidade, permite que mãe consiga realizar com eficácia os cuidados ao recém-nascido, como também satisfazer as suas necessidades de vida diárias. O mecanismo de ação da aplicação de calor na região perineal permite a libertação de endorfinas promovendo uma sensação de bem-estar, aumenta o limiar da dor, melhora a circulação sanguínea perineal, relaxa os músculos perineais e acelera a cicatrização das feridas. O tempo de aplicação das compressas quentes e a temperatura da água ainda não estão claras.</p>
<p>O Artigo <i>“Practices of midwives working in delivery rooms for protection of Perineum during intrapartum period and their feedback on these applications”</i> elaborado por Bihter Akin, Melek Balc,</p>	<p>O artigo apresenta uma metodologia quantitativa.</p>	<p>Trata-se de um estudo observacional prospetivo acerca das práticas das parteiras para proteção do períneo durante o período intraparto. O estudo foi conduzido em uma unidade de parto das Clínicas de Ginecologia e Pediatria de um Hospital de Treinamento e Pesquisa. Os dados foram colhidos através de realizados pelos pesquisadores, que continham perguntas sobre</p>	<p>Parteiras que trabalham na sala de partos (n=20).</p>	<p>O artigo de Akin, <i>et al.</i> (2020) apresentou como participantes: parteiras; como conceitos: parturiente, prevenção do trauma perineal, 2º estadio do TP e intervenções de enfermagem; no contexto: Salas de Partos. Sendo estes pertinentes para a presente scoping review.</p>	<p>Os autores consideram que é fulcral o planeamento e a implementação de formações associadas à prevenção do trauma perineal, uma vez que, as práticas baseadas na evidência científica não foram aplicadas corretamente, apesar destas serem detentoras de conhecimentos. Concluem que a técnica de episiotomia e compressas quentes não devem ser utilizadas.</p>	<p>Conclui-se que a técnica <i>“hands off”</i> e a utilização de gel lubrificante solúvel em água no períneo reduzem a taxa de lesões perineais e de episiotomia, no entanto, a técnica <i>“hands on”</i> aumenta o risco de dor perineal pós-parto e hemorragia pós-parto. A maioria das parteiras consideram que a aplicação de compressas quentes não prejudica, nem beneficia na prevenção da dor perineal e na taxa de lesão perineal. Como tal, é uma intervenção que não deve ser utilizada.</p>

<p>C,olak, Hafize, Ozturk Can & Filiz Kuni, na Turquia, em 2020.</p>		<p>as características descritivas das parteiras e suas intervenções tendo em vista a proteção do períneo. Para além da recolha de dados, o pesquisador observou pelo menos um parto realizado por cada parteira participante, registando as práticas relacionadas à proteção do períneo durante a segunda fase do parto. Os dados recolhidos foram inseridos no programa SPSS 20.0 para análise estatística.</p>				
<p>O Artigo “Effects of different techniques during the second stage of labour on reducing perineal laceration: An overview of systematic reviews “ foi elaborado por Yu Zang PhD, RN; Yinchu Hu BSc, RN; Hong Lu, na China, em 2022.</p>	<p>O artigo apresenta uma metodologia qualitativa.</p>	<p>O estudo utilizou uma metodologia de revisão sistemática. Foram realizadas pesquisas em diversas bases de dados, incluindo PubMed, Embase, Cochrane Library, CINAHL, Joanna Briggs Institute (JBI), China National Knowledge Infrastructure (CNKI), Wanfang Data, SinoMed e VIP, no período de janeiro de 2016 a agosto de 2021. Foram incluídas revisões sistemáticas e meta-análises publicadas em inglês ou chinês. A qualidade metodológica das revisões incluídas foi avaliada utilizando a ferramenta AMSTAR 2. A síntese dos resultados foi realizada de forma narrativa.</p>	<p>As participantes do estudo são grávidas de termo e de baixo risco com um único feto com apresentação cefálica. Foram incluídas revisões sistemáticas que se centravam em técnicas utilizadas na segunda fase do trabalho de parto, tais como massagem perineal, compressas quentes, manobra de Ritgen/técnicas</p>	<p>O artigo de Zang, <i>et al.</i> (2022) apresentou como participantes: parturientes; conceitos: parturiente, prevenção do trauma perineal, 2º estadio do TP e intervenções de enfermagem; no contexto: local onde ocorre o parto. Sendo estes pertinentes para a presente scoping review.</p>	<p>Os resultados sugerem que a massagem perineal e a utilização de compressas quentes foram as técnicas mais promissoras na prevenção de lacerações perineais durante a segunda fase do trabalho de parto. A utilização da manobra de Ritgen e posições verticalizadas devem de ser alvo de atenção face ao aumento do risco de lacerações de segundo grau.</p>	<p>Diversos estudos indicam que a laceração perineal é das complicações mais prevalentes no parto vaginal e conduz à morbilidade materna significativa como: dispareunia; dor perineal; incontinência urinária; incontinência anal e prolapso de órgãos pélvicos. Também aumenta o risco de depressão pós-parto e hemorragias no pós-parto. Todas estas situações influenciam a qualidade de vida materna e a sua capacidade de realizar tarefas associadas à maternidade e cuidar do recém-nascido.</p> <p>Com o aumento da consciencialização da morbilidade significativa após a laceração perineal, existem diversas técnicas não invasivas que poderão ser realizadas na segunda fase do</p>

			hands-on, técnicas hands-off, gel lubrificante, posições de parto e o puxo materno. O estudo excluiu as revisões sistemáticas que não estavam disponíveis em texto integral ou que foram publicadas noutras línguas que não o inglês ou o chinês.			trabalho de parto nomeadamente: massagem perineal; uso de compressas quentes; técnica “hands on/ manobra de Rigten” ou “hands off”; métodos de expulsão espontânea ou retardada e diferentes posições que a parturiente. As características da parturiente e a utilização de analgesia epidural aumentam o risco de laceração perineal e de um parto instrumentalizado. Conclui-se que mais importante que as técnicas, recomenda-se que as parteiras informem as grávidas sobre os benefícios e os riscos de cada técnica para que a parturiente possa participar no seu processo.
O Artigo “ <i>The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis</i> ” foi elaborado por Jing Huang, Hong Lu, Yu Zang, Lihua Ren, Chunying Li & Jianying Wang,	O artigo apresenta uma metodologia quantitativa.	A metodologia utilizada neste estudo foi uma revisão sistemática e meta-análise, seguindo as diretrizes do PRISMA. A estratégia de busca foi desenvolvida com o apoio de um bibliotecário especializado e incluiu sete bases de dados eletrônicas, abrangendo desde a criação das bases de dados até julho de 2019, incluindo PubMed, EMBASE, The Cochrane Library, CINAHL, WanFang Data, China National Knowledge Infrastructure (CKNI) e SinoMed.	Parturientes com gravidez de baixo risco, preferencialment e, primíparas que planejam ter um parto vaginal.	O artigo de Huang, <i>et al.</i> (2020) apresentou como participantes: parturientes; conceitos: parturiente, prevenção do trauma perineal, 2º estadio do TP e intervenções de enfermagem; no contexto: local onde ocorre o parto. Sendo estes pertinentes para a presente scoping review.	As mulheres do grupo “hands off” tinham menos probabilidades de ser submetidas a episiotomia do que as do grupo “hands on”. A conclusão retirada dos ensaios não aleatórios foi consistente com a dos ensaios aleatórios. Foi observada uma elevada heterogeneidade nos estudos, o que indica a necessidade de mais investigação nesta área	A técnica “hands off” apresenta efeitos protetores do períneo, envolvendo menos episiotomias, maior taxa de períneo intacto e menos dor perineal, embora esta técnica tenha sido associada a lacerações de primeiro grau. Permite a extensão gradual do períneo ao não ser exercida pressão manual sobre este, permitindo a acomodação do feto no momento de coroar. A ausência de pressão adicional no períneo pode prevenir a isquemia perineal, que pode tornar o períneo mais vulnerável a lacerações perineais graves.

<p>na China, em 2020.</p>						<p>A posição materna, a paridade e etnia são considerados fatores que estão associados à incidência do trauma perineal.</p> <p>Conclui-se que não existe diferença entre as técnicas <i>hands on</i> e <i>hands off</i> em relação à duração do segundo estagio do trabalho de parto e hemorragia no pós-parto.</p>
<p>O Artigo “Manual perineal protection: The know-how and the know-why” foi elaborado por Hana Kleprlikova, Vladimir Kalis, Miha Lucovnik, Zdenek Rusavy, Mija Blaganje, Raneer Thakar, Khaled M. Ismail, na República Checa, no ano de 2019.</p>	<p>O artigo apresenta uma metodologia quantitativa.</p>	<p>A metodologia utilizada neste estudo foi uma pesquisa de opinião com questionários específicos, aplicados em três unidades de maternidade em três países europeus (Reino Unido, Eslovênia e República Tcheca) que apoiam a política de proteção perineal manual (MPP). O questionário continha 18 itens, 12 de resposta fechada e 6 de resposta aberta com o intuito de recolher informações sobre a experiência dos participantes, familiaridade com a técnica de MPP, opiniões sobre sua eficácia e utilizam a manobra durante o parto. Foram também incluídas 6 perguntas abertas, cada uma direcionada a um componente específico do MPP para que os participantes descrevessem a manobra. Dois avaliadores independentes extraíram os dados das respostas usando</p>	<p>Os participantes incluíam médicos, parteiras e estudantes de obstetrícia que trabalhavam nos Centros de Parto ou nas Equipas de Parto Domiciliário das três unidades descritas anteriormente.</p>	<p>O artigo de Kleprlikova <i>et al.</i> (2019) apresentou como participantes: profissionais de saúde e estudantes no âmbito da saúde materna e obstétrica; conceitos: parturiente, prevenção do trauma perineal, 2º estagio do TP e intervenções de enfermagem; no contexto: local onde ocorre o parto. Sendo estes pertinentes para a presente scoping review.</p>	<p>Existe uma lacuna de conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a execução precisa desta técnica. No entanto, reconhecem falta de experiência apesar de receberem instruções sobre a realização da técnica.</p>	<p>A proteção perineal manual é uma intervenção realizada no segundo estagio do trabalho de parto e tem por objetivo prevenir o risco de trauma perineal e consequências como dispareunia, dor perineal e incontinência anal.</p> <p>Esta técnica é realizada durante a fase final do segundo estagio do trabalho de parto, envolvendo o uso das mãos do profissional de saúde para proteger o períneo durante a saída da cabeça fetal, dispersando a tensão perineal e reduzindo a extensão do trauma. Existem duas técnicas eficazes de Proteção Perineal Manual, conhecidas como <i>Finnish Manual Perineal Protection</i> (FMPP) e <i>Viennese Manual Perineal Protection</i> (VMPP), que possuem diferenças subtis entre elas. Essas técnicas são realizadas por meio do posicionamento adequado das mãos do profissional ao redor da abertura vaginal, aplicando pressão e dispersando a tensão de forma a proteger o períneo.</p>

		uma lista prévia de requisitos básicos para determinar a precisão da manobra e o tipo de técnica de MPP descrita.				
<p>O Artigo “A multicentre study on the effect of moderate perineal protection technique: a new technique for perineal management in labour” foi elaborado por Dong-Mei Ma, Wen Hu, Ya-Hong Wang & Qiong Luo, na China, em 2019.</p>	<p>O artigo apresenta uma metodologia quantitativa.</p>	<p>A metodologia utilizada no estudo foi uma abordagem de estudo de coorte retrospectivo. O estudo foi realizado em seis centros de obstetrícia na província de Zhejiang, na China, e incluiu mulheres primíparas saudáveis com idades entre 20 e 35 anos, com gravidez única e parto vaginal espontâneo. As mulheres foram divididas em dois grupos: um grupo de controle que recebeu o método tradicional de proteção perineal e um grupo de observação que recebeu o novo método de proteção perineal. Os dados foram coletados por meio de questionários preenchidos pelos participantes do estudo e foram analisados usando testes estatísticos, como o teste t de Student e o teste qui-quadrado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética Médica do Hospital das Mulheres da Universidade de Zhejiang</p>	<p>Os participantes do estudo foram primíparas saudáveis com idades compreendidas entre 20 e 35 anos e parto vaginal espontâneo. O grupo de controlo incluiu 31249 mulheres que receberam o método tradicional de proteção perineal, enquanto o grupo de observação incluiu 57056 mulheres que receberam o novo método de proteção perineal.</p>	<p>O artigo de Ma <i>et al.</i> (2019) apresentou como participantes: parturientes; conceitos: parturiente, prevenção do trauma perineal, 2º estadio do TP e intervenções de enfermagem; no contexto: local onde ocorre o parto. Sendo estes pertinentes para a presente scoping review.</p>	<p>O presente estudo é limitado pela falta de dados a longo prazo acerca da realização da técnica de proteção perineal moderada, como: lesão do pavimento pélvico e os resultados a longo prazo para a mãe e bebé.</p> <p>O estudo concluiu que a técnica de proteção perineal moderada obteve efeitos positivos na gestão perineal durante o trabalho de parto. A taxa de episiotomia foi significamente menor e proporcionalmente, a integridade perineal foi significamente maior.</p> <p>A implementação desta técnica encontra-se numa fase inicial devido à falta de reconhecimento na China e à existência de parteiras inexperientes na avaliação das condições perineais.</p>	<p>Existem estudos sobre técnicas de proteção perineal durante a segunda fase do trabalho de partos e os seus efeitos relacionados à episiotomia e trauma perineal, como por exemplo: técnica “<i>hands on</i>”, <i>hans off</i>”, aplicação de calor através do uso de compressas quentes, manobra de Rigten, entre outras. Contudo, existem estudos de evidência de qualidade moderada acerca da prevenção de lacerações de 3º e 4º grau através do uso de compressas quentes e, existe evidência de baixa qualidade que a técnica “<i>hands off</i>” podem reduzir a taxa de episiotomia.</p> <p>Com a aplicação da técnica de proteção perineal moderada, a taxa de episiotomia diminuiu e a integridade perineal aumentou, sendo benéfico para a recuperação do pós-parto. Deste modo, permite reduzir a dor, a retenção urinária e incontinência, aliviando os encargos financeiros, diminuição do tempo de internamento hospitalar e melhor satisfação materna, contribuindo nos benefícios s e sociais.</p>

<p>O artigo “Lubricant for reducing perineal trauma: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials” foi elaborado por Qiuyu Yang, Xiao Cao, Shasha Hu, Mingyao Sun, Honghao Lai, Liangying Hou, Qi Wang, Cailiang Wu, Yu Wu, Lin Xiao, Xiaofeng Luo, Jinhui Tian, Long Ge and Lei Shi, na China, em 2022.</p>	<p>O artigo apresenta uma metodologia qualitativa.</p>	<p>O estudo foi uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados (ECRs) que avaliaram o uso de lubrificantes durante o parto vaginal. Os pesquisadores realizaram uma pesquisa sistemática em várias bases de dados, incluindo PubMed, Embase, Cochrane Library, CINAHL e três bancos de dados de literatura chinesa. Foram procurados ensaios clínicos em andamento ou não publicados no ClinicalTrials.gov sendo examinadas as listas de referências dos artigos incluídos e revisões sistemáticas relevantes.</p>	<p>As participantes do estudo foram grávidas de termo (idade gestacional ≥ 37 semanas). Doze estudos incluíram apenas nulíparas, dois estudos incluíram apenas múltiparas, quatro estudos incluíram tanto nulíparas quanto múltiparas, e um estudo não relatou a paridade.</p>	<p>O artigo de Yang <i>et al.</i> (2022) apresentou como participantes: grávidas/parturientes; conceitos: parturiente, prevenção do trauma perineal, 2º estadio do TP e intervenções de enfermagem; no contexto: local onde ocorre o parto. Sendo estes pertinentes para a presente scoping review.</p>	<p>O estudo conclui que existe certeza moderada nos estudos demonstrados, demonstrando que o uso de lubrificantes pode reduzir a incidência da laceração perineal de segundo grau. Os estudos de baixa certeza científica revelaram que o uso de lubrificantes pode reduzir a incidência de traumatismo perineal, episiotomia e diminuir a duração da segunda fase do trabalho de parto. Contudo, a presença de elevada heterogeneidade na maioria dos resultados é evidente. Posto isto, é necessário uma maior implementação do uso do lubrificante no segundo estadio do trabalho de parto para continuar a desenvolver a qualidade das provas neste domínio importante.</p>	<p>Foram relatadas diferentes técnicas na prevenção de lacerações perineais, incluindo: compressas quentes, massagem perineal, técnica “<i>hands on/ manobra de Rigten</i>”. Entre estas técnicas mencionadas, a utilização de compressas quentes e a massagem perineal demonstraram um efeito positivo na redução de lacerações perineais de terceiro e quarto grau. A técnica “<i>hands on/ manobra de Rigten</i>” não demonstram efeito nas lacerações perineais graves.</p> <p>O uso de lubrificantes no segundo estadio do trabalho de parto reduz o atrito da parede vaginal e facilitam o parto, reduzindo o trauma perineal. Nas nulíparas, permite reduzir a incidência de traumatismo perineal; laceração perineal de segundo grau; diminuição da duração da segunda fase do trabalho de parto e o aumento da taxa de períneo íntegro. Nas mulheres múltiparas, permite reduzir a incidência da laceração de primeiro e segundo grau.</p>
<p>O Artigo “Effects of perineal massage during childbirth on maternal and neonatal</p>	<p>O artigo apresenta uma metodologia qualitativa.</p>	<p>A metodologia utilizada nesta revisão sistemática e meta-análise incluiu uma busca abrangente em várias bases de dados eletrônicas, sem restrições quanto ao tipo de</p>	<p>Primíparas com parto vaginal, gravidez de termo, feto único em posição cefálica, peso</p>	<p>O artigo de Li <i>et al.</i> (2022) apresentou como participantes: parturientes; conceitos: parturiente, prevenção do trauma perineal, 2º estadio do</p>	<p>Os autores concluem que as provas atuais não permitem demonstrar o efeito benéfico da realização da massagem perineal nos resultados neonatais a nível do índice de</p>	<p>A saúde psicológica das mulheres que sofreram trauma perineal no parto fica comprometida. Existe um risco acrescido de depressão pós-parto, dificultar o estabelecimento da vinculação mãe-filho, afetar</p>

<p>outcomes in primiparous women: A systematic review and meta-analysis" foi elaborado por Yuxuan Li, Chongkun Wang, Hong Lu, Linlin Cao, Xiu Zhu, AihuaWang, Ruiyang Sun, na China, em 2022.</p>		<p>estudo ou idioma de publicação. Os critérios de elegibilidade foram desenvolvidos seguindo o framework "participante, intervenção, comparação, resultado e desenho do estudo" (PICOS) e incluíram mulheres primíparas com parto vaginal normal, gravidez a termo, feto único em posição cefálica, peso fetal estimado inferior a 4000g e sem comorbidades maternas graves ou complicações durante a gravidez e o parto. Estudos que excluíram mulheres com anormalidades perineais que impediram o progresso normal do parto foram excluídos. A avaliação do risco de viés foi realizada usando a ferramenta Cochrane Risk of Bias 2.0. A análise estatística foi realizada usando o software Review Manager.</p>	<p>fetal estimado inferior a 4000 gr e sem comorbidades maternas graves ou complicações durante a gravidez e o parto.</p>	<p>TP e intervenções de enfermagem; no contexto: local onde ocorre o parto. Sendo estes pertinentes para a presente scoping review.</p>	<p>Apgar e incidência de complicações neonatais.</p> <p>O artigo ilustra que a massagem perineal iniciada durante a segunda fase do trabalho de parto tem efeitos benéficos relacionados com o períneo das primíparas; reduzindo a taxa de hemorragia e a dor perineal no pós-parto a longo prazo.</p> <p>Quando a massagem perineal é realizada na primeira fase do trabalho de parto, permite reduzir a duração do segundo estadio do trabalho de parto.</p> <p>Os investigadores afirmam que é importante explorar o procedimento padronizado da massagem perineal e o efeito a longo prazo da mesma, em estudos futuros. Deste modo, permite fornecer técnicas de qualidade em obstetrícia baseadas em evidência científica e num modelo de cuidados liderado pelas parteiras.</p>	<p>negativamente a experiência do parto e, subsequentemente a disposição para voltar a engravidar.</p> <p>A relação entre as contrações uterinas, a massagem perineal, a suspensão da respiração e a pressão descendente, são fatores que permitem progresso natural do trabalho de parto.</p> <p>A massagem perineal apresenta efeitos na redução da hemorragia intraparto e pós-parto. É benéfica na prevenção de lesões perineais graves de terceiro e quarto grau e na realização de episiotomia, deste modo, permitem a diminuição da hemorragia intraparto e levam a menos sangramento na episiorrafia. Está igualmente associada ao alívio da dor perineal a longo prazo, isto é, após 3 dias após o parto. Contudo, os resultados do estudo associados à dor perineal pós-parto e da hemorragia intraparto e pós-parto são aspetos a serem estudados, dado que não existiam estudos suficientes sobre esses temas.</p> <p>A massagem perineal quando iniciada na segunda fase do trabalho de parto tem efeitos benéficos no períneo, tais como: o aumento da ocorrência de períneo íntegro, reduzindo a taxa de lacerações perineais de segundo e terceiro grau e a diminuição da</p>
---	--	--	---	---	--	---

						<p>incidência da episiotomia. Quando realizada na primeira fase do trabalho de parto, permite a redução da duração do segundo estadio do trabalho de parto.</p> <p>A massagem perineal imita o efeito da descida do polo cefálico durante o parto, uma vez que aplica uma pressão de cima para baixo dentro da vagina. Permite igualmente o aumento da flexibilidade e adaptabilidade dos músculos perineais e melhorar a extensibilidade e elasticidade dos tecidos perineais, tornando o períneo menos suscetível a pressão excessiva durante a passagem do feto no canal de parto, reduzindo a incidência de lacerações perineais.</p> <p>A massagem perineal produz efeitos biomecânicos, nomeadamente, a dilatação dos vasos sanguíneos no períneo, aumentando o fluxo e a circulação sanguínea na região, prevenindo o trauma perineal.</p> <p>As mulheres orientadas para receber a massagem perineal são motivadas em alcançar um parto vaginal com períneo íntegro, estando mais atentas ao processo fisiológico natural do parto, promovendo a sua motivação e envolvimento na tomada de decisão do seu parto.</p>
--	--	--	--	--	--	--

Apêndice IV

Quadro de conceitos emergentes

Quadro nº5

Conceitos Emergentes

Conceitos	Estudos
Prevenção do Trauma Perineal	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11
2º Estadio do Trabalho de Parto	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11
Parturiente	E1; E2; E4; E7; E8; E10; E11
Intervenções em Enfermagem	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11
1. Técnica “ <i>Please Squeeze</i> ”	E1
2. Técnica “Hands On”	E2; E3; E5; E6; E7; E9; E10
3. Técnica “Hands Off”	E2; E3; E5; E7; E9
4. Compressas Quentes	E2; E3; E4; E5; E6; E9; E10
5. Postura Materna	E3; E5; E6
6. Puxo Materno	E3; E6
7. Massagem Perineal	E6; E10; E11
8. Substâncias Lubrificantes	E3; E5; E6; E10
9. Proteção Perineal Manual	E8
10. Proteção Perineal Moderada	E9

ANEXOS

Anexo I

Síntese de Registo de Atividades Práticas

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family Counseling and health promotion</i>	22
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant women:</i>	247
• Exames pré-natais/ <i>Prenatal Examinations (100)</i>	247
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor:</i>	
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries (40)</i>	40
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	0
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiples births</i>	0
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	41
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	19
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorraphy</i>	37
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at the risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy (40)</i>	77
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	13
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	49
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period (100)</i>	129
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/ <i>Supervision and care to the healthy new-born (100)</i>	159
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	26
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/ <i>Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology</i>	319
Prática simulada/ <i>Simulated practice:</i>	
• Prática de manobras de Leopold/ <i>Leopold's maneuver practice</i>	✓
• Prática de partos eutócicos/ <i>Practice of eutocic births</i>	✓
• Prática de partos pélvicos/ <i>Practice of breech births</i>	✓
• Prática de distocias de ombros/ <i>Shoulder dystocia practice</i>	✓
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/ <i>Practice on episiorrhaphy, periniorrhaphy</i>	✓

 Santarém, 26/12/2023

 Estudante/Student Amélia Rodrigues Rodrigues Santos Costa

Professor/Teacher _____

 Assinado por: **Márcia Maria de Silva Dias**
 Num. de identificação: 06544901
 Data: 2023.12.19 21:48:39+00'00'

 Assinado por: **Maria da Conceição Fernandes**
 Santarém
 Num. de identificação: 08560601

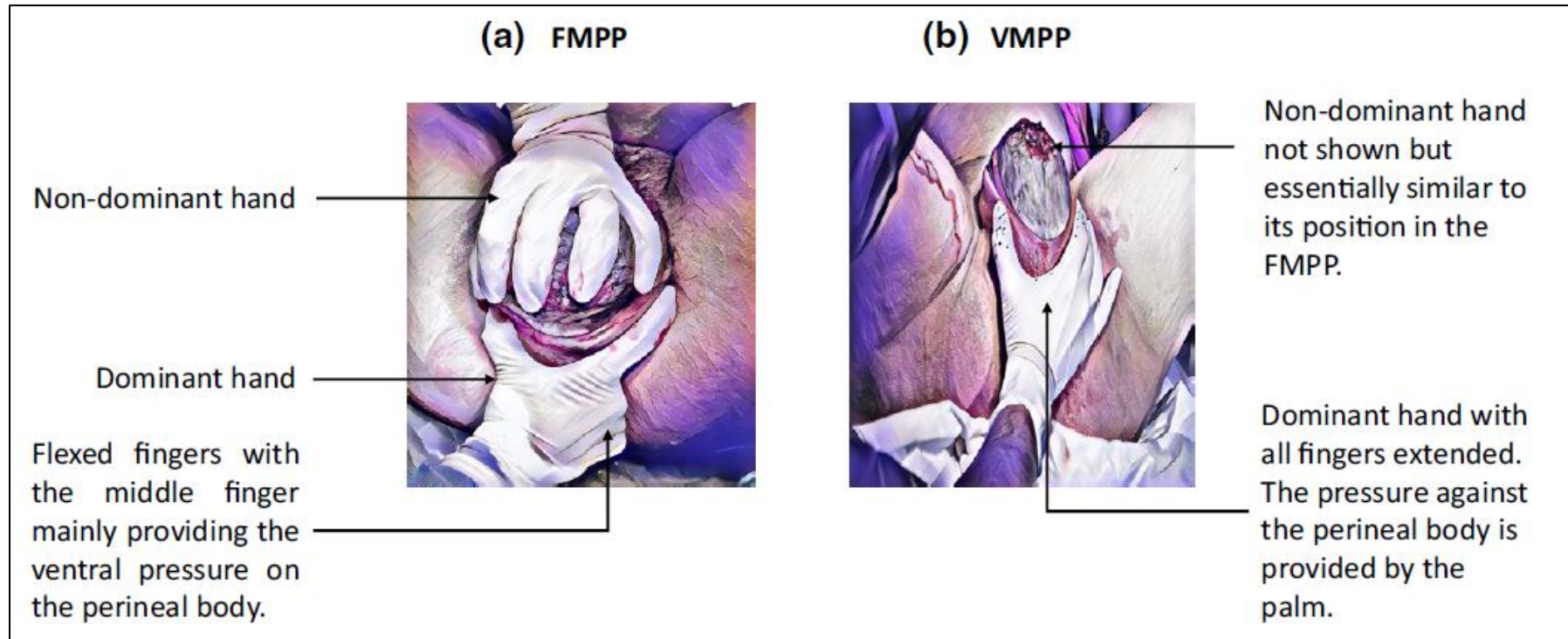
Coordenador do curso/The course coordinator _____

Anexo II

Proteção Perineal Manual

Figura nº2

Proteção Perineal Manual



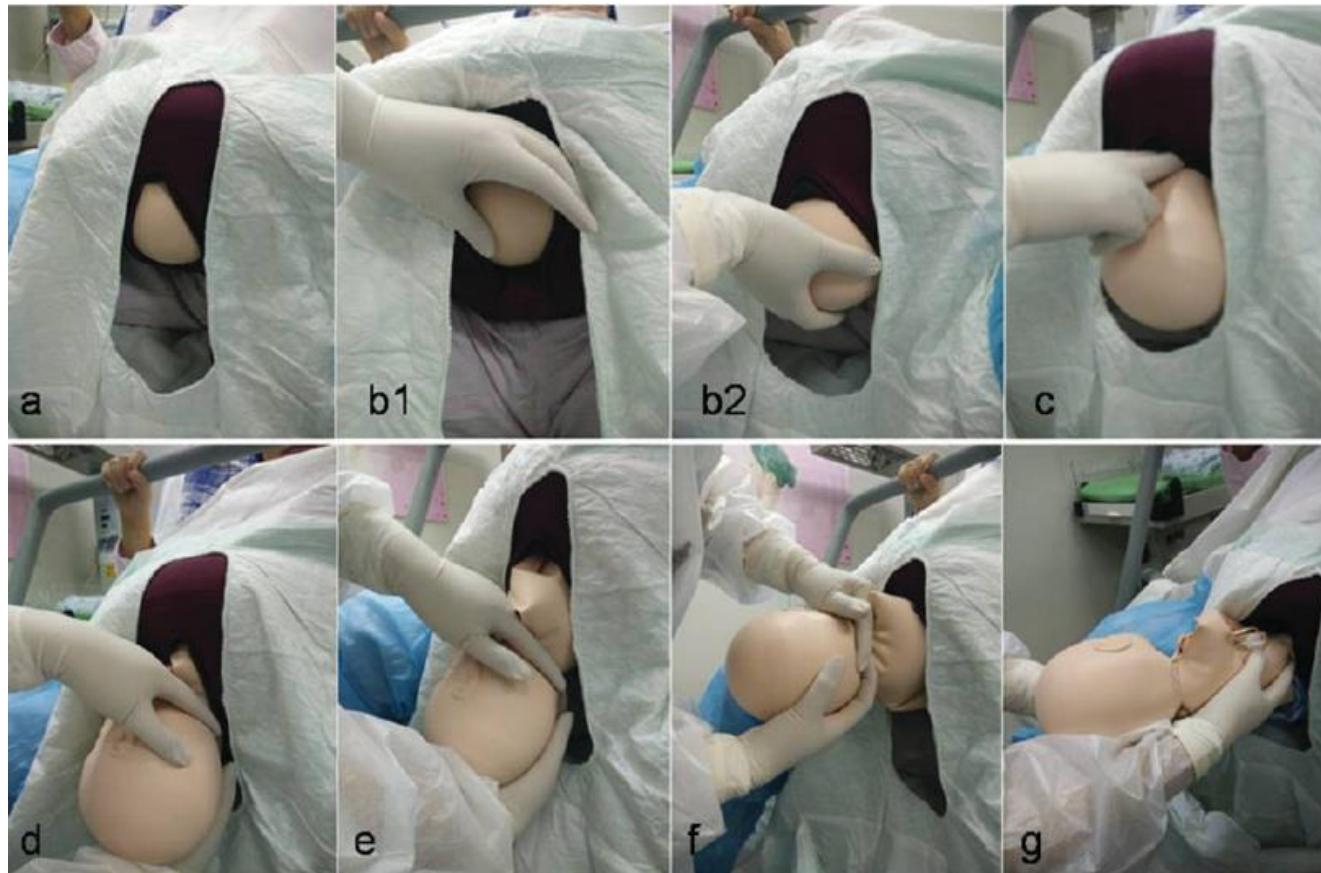
Nota: Técnica (a) FMPP – Técnica Finlandesa; Técnica (b) Vienense. In “Manual perineal protection: The know-how and the know-why” (página 1) de Kleprlikova, H., Kalis, V., Lucovnik, M., Rusavy, Z., Blaganje, M., Thakar, R., & Ismail, K. M. (2020). DOI: 10.1111/aogs.13781. Copyright 2020

Anexo III

Proteção Perineal Moderada

Figura nº3

Proteção Perineal Moderada



Nota: Técnica Perineal Manual. In "A multicentre study on the effect of moderate perineal protection technique: a new technique for perineal management in labour". (página 3) de Dong-Mei Ma, Wen Hu, Ya-Hong Wang e Qiong Luo (2020). <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1587605>. Copyright 2020