

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

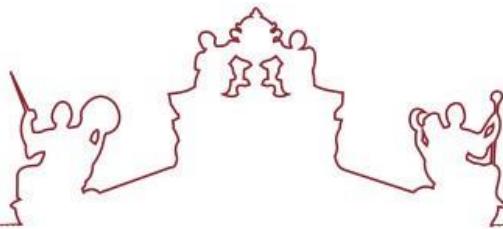
Relatório de Estágio

Fatores relacionados ao trauma perineal no parto eutóxico

Tania Estefanía Montesdeoca Diaz

Orientador(es) / Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2021



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

Fatores relacionados ao trauma perineal no parto eutócico

Tania Estefanía Montesdeoca Diaz

Orientador(es) / Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2021

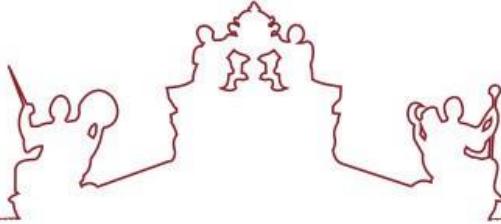


O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus:

Presidente / Otília Zangão (Universidade de Évora)

Vogais / M. Sim-Sim (Universidade de Évora) (Arguente)
Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora) (Orientador)

Évora 2020



Para ser grande, sé inteiro:

Nada Teu exagera ou exclui.

Sê todo em cada coisa.

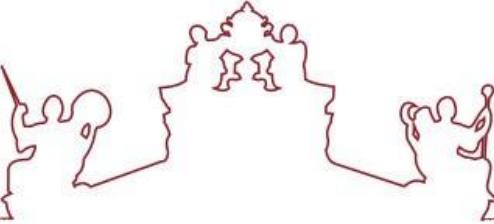
Põe quanto és

No Mínimo que fazes.

Assim em cada lago a lua toda

Brilha, porque alta vive.

Fernando Pessoa



Agradecimentos

À minha família, pelo seu apoio incondicional.

A mim mesma, pela confiança, perseverança e por seguir o instinto.

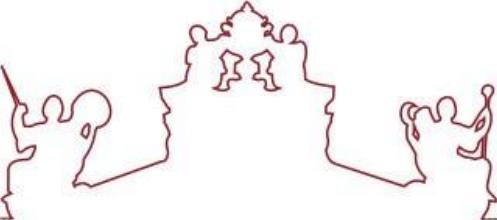
Às professoras da Universidade pela paciência e por criar um ambiente tão acolhedor.

Às tutoras Guadalupe, Rute, Carla, Filipa e Tânia, pelo seu conhecimento, carinho e paciência.

A Júlia e Elisabeth pelos esforços porque estagiássemos no Hospital de Gran Canaria.

A Mauro por ensinar-me com carinho sua bonita terra.

E, sem dúvida, essas dois mulheres que acompanharam-me em todo este caminho e que vieram para ficar por sempre. Sem elas nada teria sido o mesmo, Nareth e Tânia.



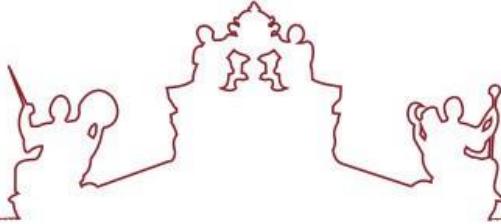
RESUMO

Título: Fatores relacionados ao trauma perineal no parto eutócico. **Introdução:**

No Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora a realização do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final permite a aquisição de competências e de conhecimentos nesta área da saúde. **Objetivo:** Realizar a análise crítica do desenvolvimento de competências realizado no estágio com relatório.

Metodologia: Descrição e análise das experiências clínicas vividas e da averiguação dos fatores relacionados ao trauma perineal no parto. **Resultados:** As experiências práticas permitiram adquirir e desenvolver competências específicas da especialidade. Averiguou-se que o trauma perineal em relação a posição precisa de mais estudos com protocolos bem desenhados e que há outras variáveis que o influenciam. **Conclusões:** As competências adquiridas contribuíram para um desfecho positivo do estágio identificando fatores que contribuem para o trauma perineal no parto.

Descritores (DeCS): Posicionamento do paciente; perineo; lesões dos tecidos moles; episiotomía; período periparto.



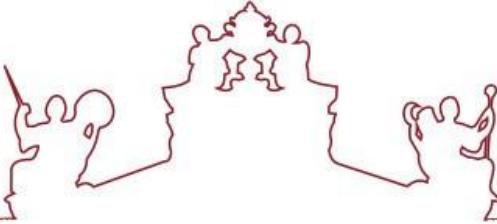
ABSTRACT

Title: Factors related to perineal trauma in eutocic delivery. **Introduction:** In the Master's Degree in Nursing in Maternal and Obstetric Health at the University of Évora, the completion of the Professional Nature Internship with Final Report allows the acquisition of skills and knowledge in this area of health. **Objective:** To systematize the critical analysis of the skills development in the internship with a report. **Methodology:** Description and analysis of clinical experiences lived and investigation of factors related to perineal trauma in delivery. **Results:** The practical experiences allowed to acquire and develop specific skills of specialty. It was found that perineal trauma in relation to position needs further studies with well-designed protocols and that there are other variables that influence it. **Conclusions:** Skills acquired contributed to a positive outcome of the internship by identifying factors that contribute to perineal trauma in delivery. **Descriptors:** Patient position; perineum; soft tissue injuries; episiotomy; peripartum period.

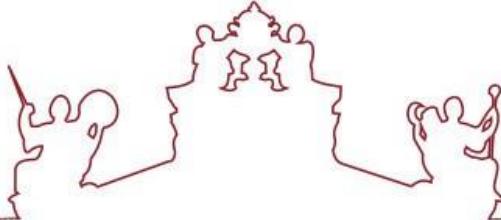


INDICE

1. Introdução	13
2. Contexto Clínico do Estágio de Natureza Profissional.....	15
2.1 Caracterização do contexto	15
2.1.1.- Hospital Garcia da Orta, Consultas Externas	17
2.1.2.- Hospital de Cascais, Bloco de Partos	21
2.1.3.- Hospital Garcia da Orta, Internamento Grávidas/Ginecologia	24
2.1.4.- Hospital CUF Descobertas, Puerpério.....	27
2.1.5.- Hospital Materno-Infantil de Canarias, Bloco de Partos	30
2.2 Metodologia.....	34
2.2.1.- Objetivos.....	34
2.2.2.- População alvo.....	35
2.2.3.- Método de aprendizagem	36
3. Contributos para a melhoria da assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	38
3.1 – Concretualização. Revisão da literatura	39
3.2 – Metodologia	42
3.2.1 - Objetivos.....	43
3.2.2 – Abordagem	44
3.2.3 – População alvo	44
3.3 – Resultados	44



4.- Análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências	48
4.1 – Competências comuns dos enfermeiros especialistas	48
4.2 – Competências específicas dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica	49
5. Considerações finais.....	54
6. Referências bibliográficas	57
7. Anexos.....	63
➤ Anexo 1 – Modelo T-005. Proposta de Estágio	63
➤ Anexo 2 – Modelo T-013. Pedido Parecer à Comissão de Ética	65
➤ Anexo 3 – Parecer Positivo da Comissão de Ética	59
➤ Anexo 4 – Folha de Recolha de Dados dos Estágios	60
8. Apêndices	61
➤ Apêndice 1 – Imagem do Bloco de Partos nº8 (LPGC)	61
➤ Apêndice 2 – Reflexões Críticas dos Estágios.....	61
➤ Apêndice 3 – Resumo, Plano e Cronograma.....	73
➤ Apêndice 4 – Formulario de Consentimento Informado	78
➤ Apêndice 5 – Instrumento de Recolha de Dados	79
➤ Apêndice 6 – Estatística Descritiva das Variáveis Quantitativas	80
➤ Apêndice 7 – Estatística Descritiva das Variáveis Qualitativas	80
➤ Apêndice 8 – Tabela Edad e Dano Perineal	83
➤ Apêndice 9 – Tabela Posição e Dano Perineal	84
➤ Apêndice 10 – Tabela Peso e Dano Perineal.....	84



➤ Apêndice 11 – Tabela Paridade e Dano Perineal	84
➤ Apêndice 12 – Caixa de Bigode Paridade e Dano Perineal	85
➤ Apêndice 13 – Tabela Duração e Dano Perineal	85
➤ Apêndice 14 – Caixa de Bigode Duração e Dano Perineal	86
➤ Apêndice 15 – Tabela Epidural e Dano Perineal	86
➤ Apêndice 16 – Caixa de Bigode Epidural e Dano Perineal	87
➤ Apêndice 17 – Revisão Bibliográfica	87
➤ Apêndice 18 – Curso Preparação ao Parto	109
➤ Apêndice 19 – Curso Biomecânica do Parto	110
➤ Apêndice 20 – Curso Sutura Perineal	110



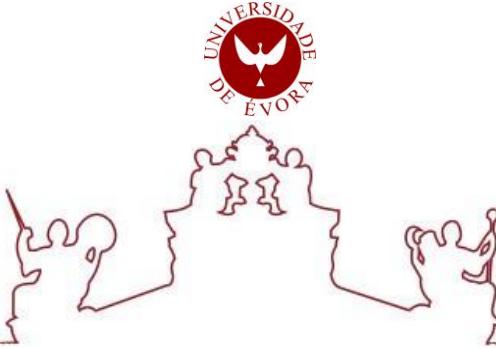
1. Introdução

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Universidade de Évora (UE), segue as orientações da *International Confederation of Midwives e Nursing and Midwives Council*, e é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros. Permite atingir conhecimentos, habilidades e atitudes para cuidar da mulher inserida na família/comunidade em todas as etapas da saúde sexual e reprodutiva. Assim, o curso permite obter as competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológicas definidas em documento legal da Ordem dos Enfermeiros no Regulamento de 2019.

No contexto da formação como Mestranda nesta área, a Unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, respeita os requisitos da Diretiva nº 80/155CEE de 21 de janeiro alterada pela Diretiva nº 89/594/CEE de 30 de outubro, e decorreu em contexto clínico em instituições/entidades de saúde, em regime de supervisão clínica e sob orientação pedagógica de docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus (UÉESESJD). As experiências clínicas apresentadas decorreram em Consulta externa de grávidas de risco, serviços de Grávidas/Ginecologia, Puerpério e Bloco de Partos/Urgências Obstétricas e Ginecológicas.

As atividades desenvolvidas no referido Estágio têm por base o projeto submetido aos serviços académicos da Universidade de Évora (UE) com o registo GD/44293/2019/ para o qual foi feita uma Proposta de Projeto de Tese/Dissertação/Estágio/Trabalho de Projeto ([Modelo T-005 no Anexo 1](#)) e levam à elaboração deste relatório de estágio de natureza profissional.

Esta formação tem como objetivo principal apresentar de modo refletido e crítico o processo de aquisição e desenvolvimento de competências clínicas no âmbito da saúde materna, obstétrica e ginecológica assim como a produção do conhecimento

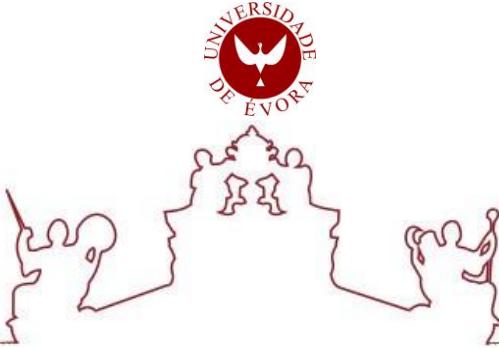


científico. Neste contexto, decidimos escolher como tema a “Relação entre a posição da mulher durante o período expulsivo de um parto eutóxico e o dano perineal” (desenvolvido no ponto 3), fruto da nossa preocupação em acompanhar as mulheres de forma respeitosa e com base em evidências científicas nos seus processos sexuais e de maternidade. A fim de realizá-lo foi necessário submeter ao comité de ética da Universidade.

De modo a orientar e a fundamentar a prática de enfermagem, consideramos pertinente seguir ao longo do estágio um modelo orientador que permitisse uma abordagem multidimensional e sistémica pelo que escolhemos a autora e enfermeira Betty Neuman. Para Neuman e Fawcett (Neuman & Fawcett, 2011), a Enfermagem é a única profissão que se preocupa com todas as variáveis que afetam o cliente no seu ambiente.

A sua teoria, conhecida como "Modelo de Sistemas" define a enfermagem como a profissão que, juntamente com o utilizador dos seus cuidados, procura possíveis soluções para os stressores, tanto internos como externos, aos quais o indivíduo está exposto. Consideramos que o modelo de Betty Neuman é uma boa opção para a abordagem teórica do presente trabalho, uma vez que considera aspectos psicológicos, fisiológicos e socioculturais do desenvolvimento dos seres humanos (Alligood & Tomey, 2004).

O presente Relatório é composto pela introdução, análise do contexto e considerações finais e referências bibliográficas. Apresentam-se alguns anexos que consideramos relevantes. A redação respeita o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e segue as normas adaptadas para trabalhos académicos da *American Psychological Association* (Sanchez, 2020).



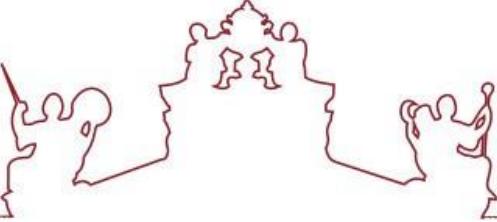
2. Contexto Clínico do Estágio de Natureza Profissional

2.1 Caracterização do contexto

Os cuidados de saúde em Portugal são assegurados por um Estado que fornece o “direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde. Integram o SNS os agrupamentos de centros de saúde, os estabelecimentos hospitalares e as unidades locais de saúde” (Serviço Nacional de Saúde, 2020). Trata-se dum serviço criado há 40 anos, é universal e tende a ser gratuito independentemente da condição social ou económica dos cidadãos. Trouxe para o país um grande desenvolvimento para os cuidados de saúde, verificando-se uma melhoria nos indicadores fundamentais da saúde, entre os quais estão a mortalidade materna e infantil. Verifica-se também um grande incremento da iniciativa privada na área da saúde. Alguns autores (Simões, 2010), referem que o sistema de saúde português tem características particulares, permitindo o desenvolvimento da oferta de cuidados no setor privado devido a:

- Possibilidade de mobilidade dos profissionais do SNS para o sector privado;
- Possibilidade do pessoal médico ampliarem os seus rendimentos através duma atividade laboral também no sector privado;
- Existência de incentivos à criação de unidades privadas;
- Possibilidade de contratualização do sector privado pelo sector público desde os anos 80;
- Criação de vários programas especiais de recuperação de listas de espera uma vez que o sector público recorreu à contratualização privada em alguns programas.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), no ano 2019 a população residente em Portugal é de 10.295.909 pessoas, com um total de nados-vivos de 86.579,

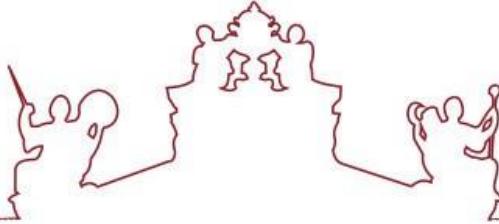


com uma taxa bruta de natalidade de 8,4‰, uma taxa bruta de mortalidade de 10,9‰, a taxa de mortalidade infantil por sexo foi de 3,03‰ em homens e 2,64‰ em mulheres e um saldo migratório de 44.506 pessoas. No ano 2018 (ainda não há dados do 2019 no site www.ine.pt) a Taxa de mortalidade materna por 100000 nados-vivos foi de 17,2 (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

A vigilância adequada das mulheres ao longo do ciclo reprodutivo é um dos fatores fundamentais para a explicação da reduzida morbilidade e mortalidade materna, fetal e infantil em Portugal e em todo o mundo. Também a vigilância de gravidez é considerada essencial para “identificar precocemente problemas e potenciar a saúde materna e fetal, sendo crucial que seja de qualidade e de acesso universal” (Retrato de Saúde. Portugal., 2018, pág. 37).

Conforme os dados divulgados na Base de Dados Portugal Contemporâneo (Pordata), os indicadores de fecundidade no ano 2019 estão num valor do Índice Sintético de Fecundidade de 1,42 indivíduos, uma taxa bruta de reprodução de 0,69 indivíduos. Mesmo que este valor esteja a aumentar, Portugal continua a considerar-se uma população envelhecida. Tem um dos mais baixos níveis de fecundidade da Europa e isto parece dever-se a:

- A carreira profissional passou a ser um projeto essencial para as mulheres;
- Os estudos prolongam-se e a transição para a vida adulta acontece mais tarde;
- Os casais querem antes ter outras experiências de vida, e só depois pensam em filhos;
- Eles e elas têm, em geral, receio do futuro e por isso evitam tomar decisões que os prendam eternamente;
- O Estado não concede apoios e subsídios suficientes para incentivar que se tenha mais filhos;



-
- Não há número suficiente de empregos em *part-time* que possibilite uma melhor articulação de tempos entre trabalho e a família.

Durante a maestria de Saúde Materna e Obstétrica, foi realizada não só uma formação teórica, mas também uma assistência prática nos diferentes campos clínicos que permitiu-nos cuidar da mulher e da família. Os hospitais nos que tivemos a oportunidade de estagiar foram os seguintes:

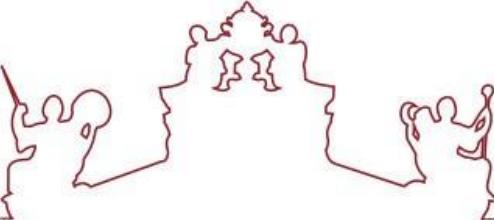
- Consultas Externas do Hospital Garcia da Orta (6 semanas)
- Bloco de Partos do Hospital de Cascais (6 semanas)
- Internamento de Grávidas/Ginecologia do Hospital Garcia da Orta (6 semanas)
- Puerpério do Hospital Companhia União Fabril (CUF) Descobertas (6 semanas)
- Bloco de Partos do Hospital Materno-Infantil de Canarias (4 + 8 semanas)

2.1.1.- Hospital Garcia da Orta, Consultas Externas

O início do estágio como aluna do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO) foi realizado no Hospital Garcia da Orta (HGO), localizado na cidade de Almada (Lisboa), no Serviço de Consultas Externas de Obstetrícia no período de 17 de setembro de 2019 a 25 de outubro de 2019.

- **Localização geográfica**





- **Abrangência geográfica e número de população abrangida**

O HGO serve atualmente uma população estimada em cerca de 350 mil habitantes dos concelhos de Almada e Seixal, sendo que em algumas valências a sua zona de influência extravasa largamente estes dois concelhos, estendendo-se a toda a Península de Setúbal. O HGO dispõe de uma lotação de 545 camas, distribuídas por várias especialidades. O Serviço de Consultas Externas funciona no 1º piso junto à entrada lateral do Hospital (Hospital Garcia de Orta, EPE, 2019).

- **Tipo de unidade e de cuidados. Serviços que oferece, recursos materiais e humanos.**

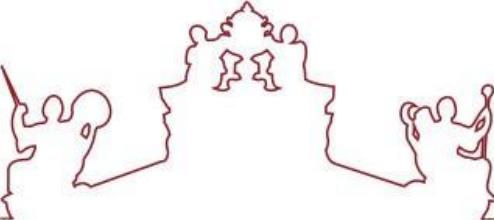
No serviço de Consultas Externas do HGO são realizadas as seguintes consultas de enfermagem especialista:

- Periparto
- Materno-fetal
- Gravidez não desejada
- Idade Materna
- Amniocentese

Este serviço é composto por 6 enfermeiras, uma administrativa, uma auxiliar de enfermagem e 3 ginecologistas-obstetras. Possui uma distribuição física de 4 consultas de enfermagem, uma delas com disposição para ver duas mulheres ao mesmo tempo, 3 consultas médicas, uma secretaria e uma copa. No entanto, para realizar todas as agendas de enfermagem, eles também têm uma consulta no 4º andar e outra no 5º andar.

- **Número de nascimentos**

A Maternidade do HGO realiza em média cerca de três mil partos por ano, 2800 no ano 2109, dos quais 784 foram cesarianas (Serviço Nacional de Saúde, 2021).



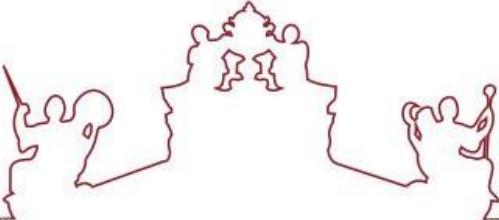
- **Sistema de registo de enfermagem**

O sistema de registo informático é o *Sclinic*. Este é um sistema de registo que permite consultar o histórico médico da pessoa em qualquer serviço e, assim, ter uma avaliação global da mesma.

- **Método de trabalho em enfermagem**

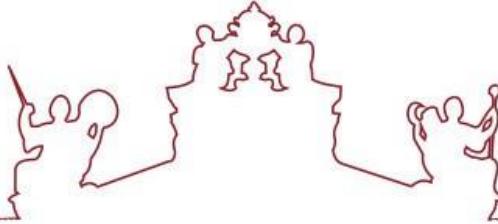
A programação dos cuidados realizados pelas enfermeiras especialistas são:

- **Consulta Periparto:** Nesta consulta são atendidas mulheres cuja idade gestacional é próxima as 40 semanas. Elas geralmente são encaminhadas pelo médico da família na semana 34 para serem vistas entre 39 e 40, se elas não deram à luz antes. É uma consulta em que as mulheres são vistas apenas pela enfermeira especialista, a menos que ela precise consultar algo com o médico. O habitual é ver essas mulheres duas vezes. Uma primeira visita por volta das 40 semanas de idade gestacional, onde é feito um histórico exaustivo de toda a gravidez, além do histórico familiar e pessoal da mãe e do pai do bebé; escrevendo um relatório com análises e ecografias, monitorizando com cardiotocografia (CTG), avaliação de sinais vitais e as outras rotinas da vigilância da gravidez. Caso algum valor analítico não seja atualizada (por exemplo, teste de *streptococos B* com data inferior a 5 semanas), é necessário tirar uma nova mostra. Além disso, a mãe recebe informações sobre o que levar para a maternidade e são dadas explicações sobre o trabalho de parto, é questionada sobre a intenção de iniciar a amamentação, do contacto pele com pele, o plano de parto é discutido com o casal sempre que possível, são recomendados métodos naturais para o desencadeamento espontâneo do trabalho de parto e todas as dúvidas que a mulher apresenta são resolvidas, assim como o apoio emocional nessas semanas, onde elas já se sentem mais cansadas fisicamente, ansiosas por ter o bebê nos braços, com medos. A segunda consulta, geralmente



uma semana depois (se houver vagas na agenda), é feita para um novo registro CTG e consulta para indução, geralmente no máximo com 41 semanas +3 dias. Casos não haja vagas são encaminhadas para o serviço de urgência obstétrica e ginecológica.

- Consulta Materno-fetal e embrio-fetal: essas consultas são as que apresentam maior lista. Neles, a enfermeira faz uma avaliação das constantes, peso e frequência cardíaca fetal (FCF) e faz educação em saúde de acordo com a idade gestacional. Estas são as mulheres que depois são vistas pelo médico que lhes corresponde. As patologias apresentadas estão relacionadas às condições maternas (HTA, DM, septo uterino) para a consulta Materno-fetal e embrionárias (cardiopatia, higroma cístico) na consulta Embrião-fetal.
- Gravidez não desejada: Nesta consulta, são realizadas interrupções voluntárias da gravidez por indução farmacológica. É uma consulta difícil, porque as mulheres, apesar de estar convencidas de sua decisão, ao nosso lado, vacilam e encontram um espaço onde são compreendidas, onde se sentem confortáveis e onde podem desabafar. Além de iniciar o tratamento farmacológico, são planeados métodos contraceptivos e a mulher é convocada novamente em 1-2 semanas para avaliação do processo por ultrassom. Apesar de ser dura, é uma consulta gratificante, porque a mulher é acompanhada no seu processo, não é julgada e pode falar livremente de suas decisões; e além disso é uma consulta realizada pela enfermeira especialista de forma autónoma.
- Idade materna: é uma consulta que recebe esse nome porque foi inicialmente projetada para avaliar os riscos em mulheres que iniciam a gravidez com idade maior ou igual a 35 anos, mas atualmente, com a realização do rastreio do primeiro e do segundo trimestre, mulheres de qualquer idade são vistas, o



rastreio é feito, o resultado é dado e a mulher recebe uma amniocentese, se para ela for apropriado.

- Amniocentese: Para a realização deste teste, a enfermeira tem uma função instrumental e de acompanhamento para as mulheres. Neste dia, as mulheres são apresentadas com altos níveis de medo e ansiedade. É muito mais complexo realizar um acompanhamento que tente sustentar esses sentimentos do que a parte técnica em si.

2.1.2.- Hospital de Cascais, Bloco de Partos

O segundo período de estágios como aluna do MESMO e primeiro contacto em Sala de Partos, foi realizado no Hospital de Cascais, localizado na freguesia de Alcabideche (Cascais), no Serviço de Bloco de Partos (BP) no período de 28 de outubro de 2019 a 8 de dezembro de 2019.

- **Localização geográfica**





- **Abrangência geográfica e numero de população abrangida**

O Hospital de Cascais Dr. José de Almeida funciona em regime de parceria público-privada servindo a população do concelho de Cascais e oito freguesias do concelho de Sintra, estas últimas exclusivamente na área materno-infantil. Tem uma capacidade de 277 camas de internamento, 33 gabinetes de consulta, 6 salas de bloco operatório e 8 salas de bloco de partos (Lusíadas, 2019).

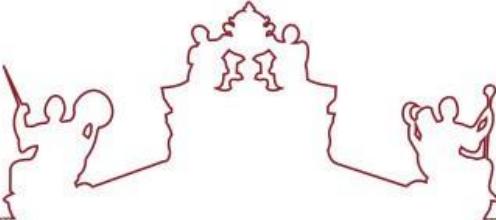
- **Tipo de unidade e de cuidados. Serviços que oferece, recursos materiais e humanos**

O referido serviço integra uma área de ambulatório, composta pela Urgência Obstétrica/Ginecológica (UOG), e uma área de internamento. A área de ambulatório é constituída por:

- Uma sala de triagem;
- Gabinetes para observação médica;
- Um gabinete para realização de ecografias;
- Uma sala de observação, com macas, onde permanecem as clientes que necessitam de vigilância, mas que não têm critérios para internamento de longa duração;
- Uma sala para realização de monitorização CTG.

No que respeita à área de internamento, é constituída por:

- Oito quartos individuais com casa de banho, onde as parturientes e os acompanhantes permanecem desde a admissão até à transferência para o internamento, no caso dos partos vaginais. Em cada um existe um sistema de CTG (externa e interna).



-
- Duas salas de bloco operatório, onde podem ser realizadas cesarianas (com caráter eletivo ou de urgência) ou curetagens;
 - Uma sala de cuidados pós-anestésicos (recobro), onde permanecem as utentes submetidas a procedimentos cirúrgicos ou as utentes com necessidade de vigilância hemodinâmica prolongada devido a situações obstétricas ou ginecológicas instáveis.

As clientes podem ser internadas no BP, provenientes da urgência, consulta externa ou transferidas do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia (que contempla a Medicina Materno-fetal), por: aborto, início de trabalho de parto (TP) espontâneo, rotura espontânea da bolsa das águas, cesariana eletiva, ameaça de parto pré-termo, hemorragia da gravidez ou complicações inerentes a patologia obstétrica.

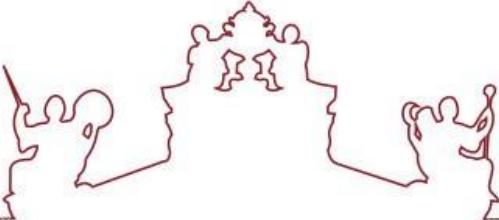
A equipa de profissionais deste serviço é constituída por médicos especialistas em Obstetrícia/Ginecologia e Anestesia, médicos internos da especialidade de Obstetrícia/Ginecologia, enfermeira especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EESMOG), enfermeiros generalistas, auxiliares de enfermagem.

A equipa de enfermagem é comum às duas áreas, permanecendo em cada turno:

- Na área de ambulatório: um EESMOG e um enfermeiro generalista;
- Na área de internamento: dois ou três EESMOG e dois enfermeiros generalistas.

Os acompanhantes das grávidas podem permanecer no serviço durante as 24 horas. Nas situações em que é necessário recorrer à aplicação de fórceps ou ventosa é imposta a saída no momento da extração e permitida a entrada logo a seguir. Nos casos das cesarianas só é permitida a entrada de acompanhantes no final, quando é feita a transferência da puérpera para a sala de recobro.

No que respeita ao recém-nascido (RN), permanece junto da mãe (sendo promovido a amamentação e o alojamento conjunto), salvo exceções em que é



necessário a sua transferência para a Neonatologia (por instabilidade neonatal ou materna).

- **Número de nascimentos**

No ano 2019, nasceram no hospital de Cascais 2.602 crianças, dos quais 725 foram cesarianas (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

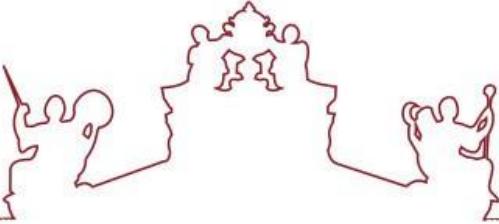
- **Método de trabalho em enfermagem**

Quando uma senhora passa ao bloco de partos do hospital de Cascais, é acolhida e acompanhada por uma enfermeira especialista e também avaliada por ginecologia a cada 12 horas, se tudo estiver normal. Se a mulher decide fazer a epidural, ela também é avaliada pelo anestesista e pela enfermeira generalista, que assiste ao anestesista. No momento do parto, a enfermeira generalista também está presente, sendo ela a encarregada de prestar os cuidados imediatos ao recém-nascido e apoiar o especialista, se necessário.

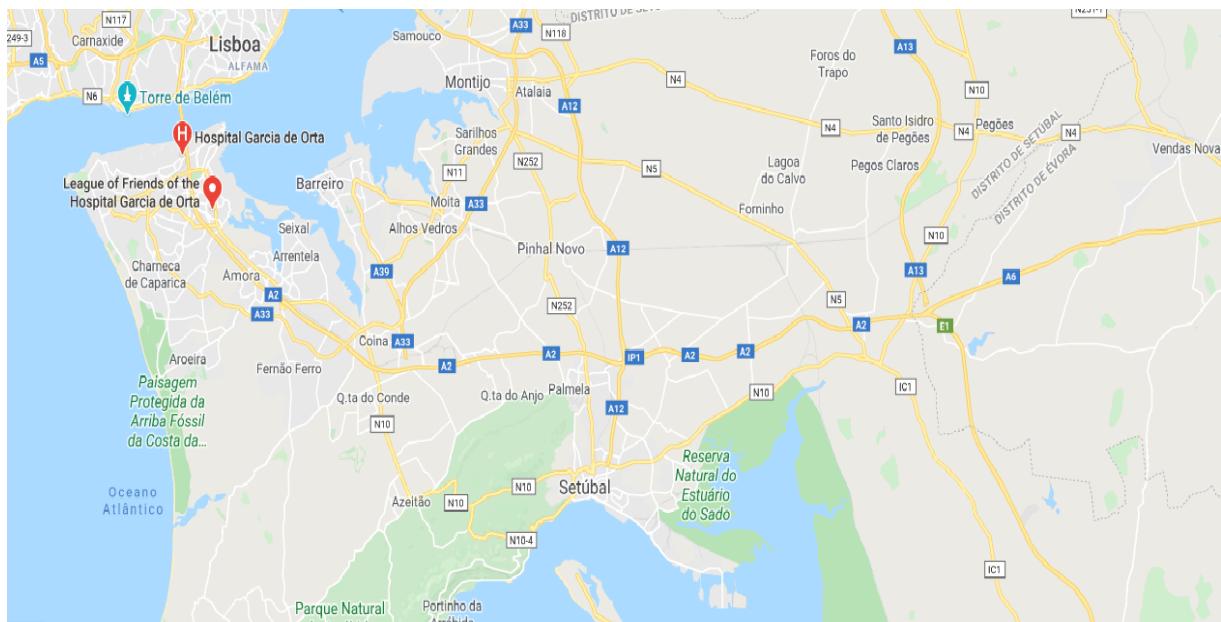
Após o segundo e terceiro estágio do trabalho de parto, a mulher permanece na sala de parto por 2 horas de puerpério imediato, após o qual é preparada (avaliação de sangramento, contração uterina, esvaziamento vesical, caso tenha sido submetida a analgesia epidural, remoção do cateter da epidural e avaliação dos sinais vitais antes de ser transferida para internamento de obstetrícia sendo assegurada uma refeição).

2.1.3.- Hospital Garcia da Orta, Internamento Grávidas/Ginecologia

O percurso do meu estágio no serviço de Internamento de Grávidas e Ginecologia do Hospital Garcia da Orta ocorreu nos meses de dezembro de 2019 e janeiro de 2020.



- Localização geográfica

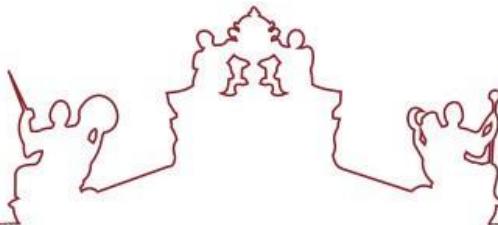


- Abrangência geográfica e numero de população abrangida

Além do que foi explicado na contextualização de este hospital em páginas anteriores, é um centro de referência para a população do Alentejo que corre o risco de precisar cuidados neonatais de alta complexidade, como grandes prematuros (Hospital Garcia de Orta, EPE, 2019).

- **Tipo de unidade e de cuidados. Serviços que oferece, recursos materiais e humanos**

O HGO dispõe de uma lotação de 545 camas, distribuídas por várias especialidades. Especificamente, o serviço Gravidas / Ginecologia possui 26 camas distribuídas em 10 quartos que normalmente são usadas 9 para ginecologia e 17 para gravidas, sempre adaptáveis às necessidades do serviço. As camas reservadas para



gravidas costumam ter 3 para indução do trabalho de parto e 2 para interrupções da gravidez, seja por motivos médicos ou espontâneos.

Os motivos mais frequentes de internamento na área ginecológica são miomectomias, salpingectomias diagnósticas e hysterectomias. Quanto ao setor obstétrico, os diagnósticos que as mulheres mais apresentam são: ameaças de partos pré-termo (APPT), restrições de crescimento fetal (RCF), ruturas espontâneas das bolsas das águas (REBA), hipertensão arterial crónica agudizada, pré-eclâmpsia e indução ao trabalho de parto.

A equipa de enfermagem está composta por 18 enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, 12 enfermeiras de cuidados gerais e 24 auxiliares de enfermagem.

- **Número de nascimentos**

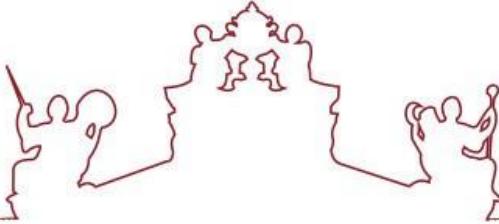
A Maternidade do HGO realiza em média cerca de três mil partos por ano, no ano 2019 ocorreram 2800 nascimentos, e como foi dito anteriormente, 784 foram cesarianas (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

- **Sistema de registo de enfermagem**

O programa de computador é chamado *Sclinic*, que permite uma avaliação e consulta contínuas e atualizadas do processo de saúde das mulheres.

- **Método de trabalho em enfermagem**

Em relação aos cuidados de enfermagem, as mulheres admitidas no serviço de ginecologia, e cuidadas por enfermeiras gerais, necessitam de cuidados das feridas cirúrgicas, administração de medicamentos, cuidados gerais e específicos de acordo com a patologia. As mulheres grávidas, cuidadas por enfermeiras especialistas,

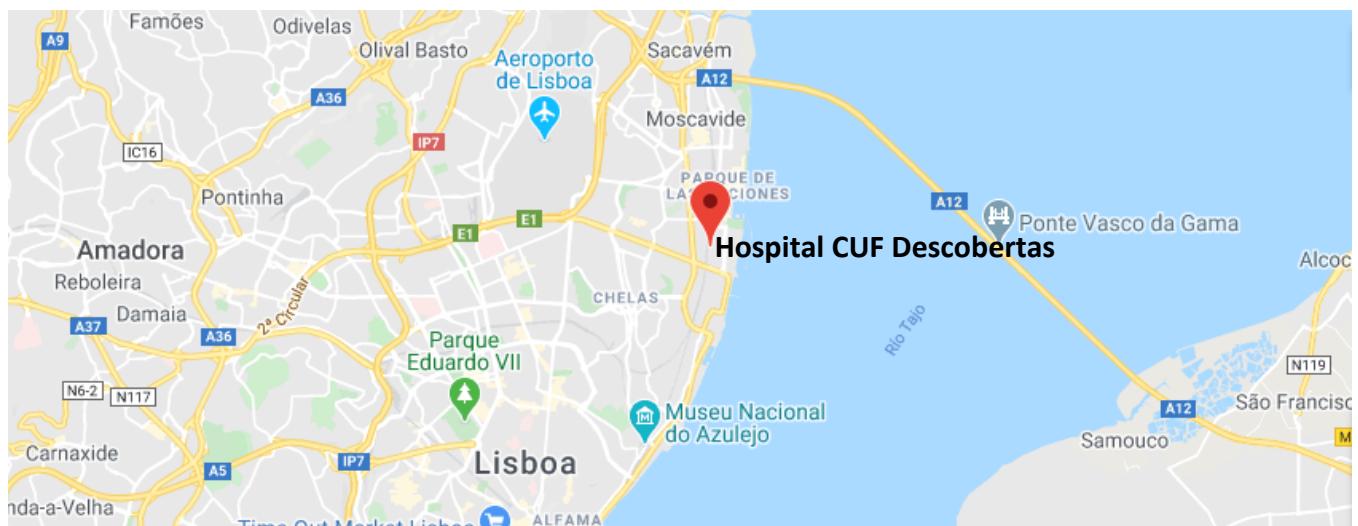


requerem os cuidados próprios da gravidez, dependendo de sua idade gestacional e aqueles específicos do desvio da normalidade que apresentam (auscultação dos batimentos cardio-fetais, CTG, sinais vitais, repouso no leito, diurese, proteinúria). Todas necessitam de apoio emocional, para assimilar o melhor possível um processo de internamento que às vezes pode ser prolongado por meses.

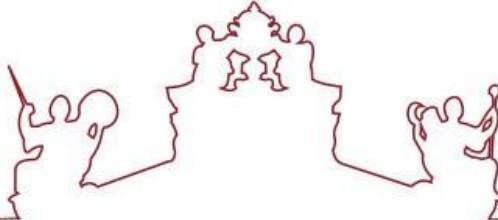
2.1.4.- Hospital CUF Descobertas, Puerpério

Na continuação da formação como mestranda da Universidade de Évora na especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, fiz o estágio do Serviço de Puerpério no hospital de gestão privada CUF Descobertas.

- Localização geográfica:**



O Hospital CUF Descobertas, localizado no Parque das Nações, em Lisboa, foi oficialmente inaugurado no dia 6 de Novembro de 2001, mas o serviço de urgência geral, pediátrica e obstétrica, a funcionar 24 horas por dia, desde 17 de Setembro daquele mesmo ano (Grupo José de Mello, 2020). Naquela época representou o maior investimento privado de sempre na área da saúde em Portugal e é resultado de uma



estratégia de crescimento desenvolvida pela José de Mello Saúde.

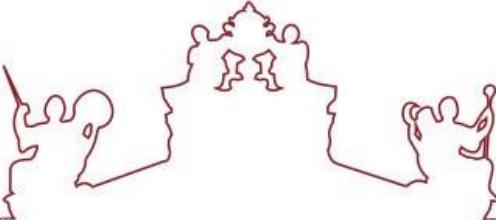
A Companhia União Fabril (CUF) é uma empresa portuguesa do sector químico. A origem do Grupo CUF remonta a 1865. A CUF tornou-se então num gigantesco conglomerado empresarial, com forte presença na indústria ligeira e na indústria pesada, banca e seguros, bem como outros serviços muito diversificados. Até 1974 era um conglomerado de 103 empresas de diferentes áreas (banca e finanças, construção, seguros, engenharia, química, têxtil, higiene, alimentação, metálica, elétrica, petroquímica, minera, papel, tabaco, naval, hotelaria). Depois das mudanças políticas do ano 1974 e a sua nacionalização por ordem dos governos, a CUF ficou desmembrada e enfraquecida. Após um longo processo, elementos da família Mello conseguiram reerguer o grupo. No âmbito dos cuidados de saúde, o grupo possui 18 unidades em todo o país (Grupo José de Mello, 2020).

- **Abrangência geográfica e numero de população abrangida**

A circunstância de ser um hospital privado com acordos com a maior parte das seguradoras e subsistemas, faz com que a população atendida sejam pessoas que, por iniciativa própria, recorrem aos serviços oferecidos por essa instituição.

- **Tipo de unidade e de cuidados. Serviços que oferece, recursos materiais e humanos**

A CUF Descobertas oferece serviços para mais de 40 áreas especializadas da medicina. Na área de obstetrícia/ginecologia, dispõe de: urgências, bloco de parto, bloco operatório, neonatologia e internamento. No internamento há 35 enfermeiras gerais. As enfermeiras especialistas só prestam cuidados no bloco do parto para acompanhar as senhoras durante a fase de dilatação e para fazer a vigilância do bem-estar materno fetal recorrendo também à interpretação do traçado CTG mas, os partos, sejam eutópicos ou distópicos, são realizados por médicas obstétricas.



O serviço de internamento de puérperas é dividido em duas alas, A e B, cada uma de elas com 14 quartos. Cada quarto é individual e possui uma casa de banho completa. Excepto pelas necessidades do serviço, na ala A geralmente são internadas apenas mulheres puérperas e na B puérperas e cirúrgicas (ginecológicas). O bebé, se não precisar de cuidados intensivos, faz alojamento em conjunto com a mãe. O horário de visitas é de 12 a.m. até às 21h, sem limitações no número de pessoas no quarto.

- **Número de nascimentos**

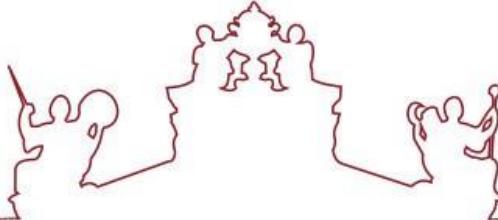
No ano 2019 o número de nascimentos foi 2847 vivos e 1 morto. De estes 577 foram eutócicos, 19 pélvicos por via vaginal, 1710 cesarianas (60,04 %), 518 instrumentais (18,18% dos quais 19 são ventosa + fórceps, 19 fórceps e 480 ventosa). 33 estão no apartado “a definir”. O numero de cesarianas estão divididas em: parto distóxico, cesariana em trabalho de parto e cesarianas eletivas (Fonte: relatório unidade Administrativa CUF Descobertas).

- **Método de trabalho em enfermagem**

A dinâmica de trabalho, além do atendimento normal de qualquer internamento (medicação, constantes, vigilância do estado geral), é definida de acordo com as horas de nascimento do RN.

Os cuidados agora detalhados são referentes ao RN:

- 24h: As enfermeiras realizam a triagem dos seguintes aspetos: peso, perímetrocefálico e cumprimento, rastreio de cardiopatias congénitas (medição da saturação de oxigénio no membro superior direito e num membro inferior qualquer), banho (na frente dos pais com ensinos sobre como fazê-lo eles em casa) e vacina da hepatite B.
- 48h: Peso e banho (este dia o banho é feito pelos pais com o nosso acompanhamento).



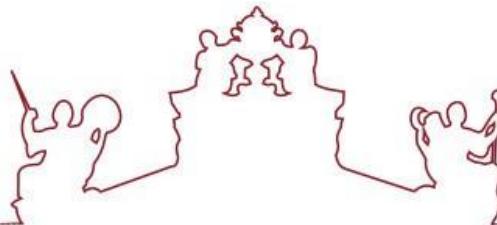
Se o parto foi por via vaginal, sem complicações e o peso do bebé não diminuiu mais de 10%, têm a alta. Se o nascimento foi por cesariana a alta normal é ao terceiro dia. Se há mais de 72h que o RN nasceu, é feito o Rastreio Metabólico (teste do pezinho antes da alta).

No dia anterior à alta planeada, os pais recebem uma "*check-list*" para esclarecimento de dúvidas no momento da alta. O dia da alta são esclarecidas estas dúvidas e o hospital disponibiliza ao casal um telefone para ligar, bem como um serviço de atendimento domiciliar para apoiar o puerpério. Esses serviços têm um custo adicional.

2.1.5.- Hospital Materno-Infantil de Canarias, Bloco de Partos

Devido à pandemia global produzida pela Covid-19 em março de 2020, os estágios tiveram que ser suspensos, no meu caso, retornei às Ilhas Canárias, onde resido, para trabalhar como enfermeira geral. Assim que a situação começou-se a normalizar, os hospitais voltaram a receber alunos, mas as fronteiras permaneceram fechadas. Para nossa surpresa, a Universidade iniciou conversas com o Hospital Materno Infantil de Las Palmas de GC e em junho retomamos as práticas, no meu caso na sala de parto.

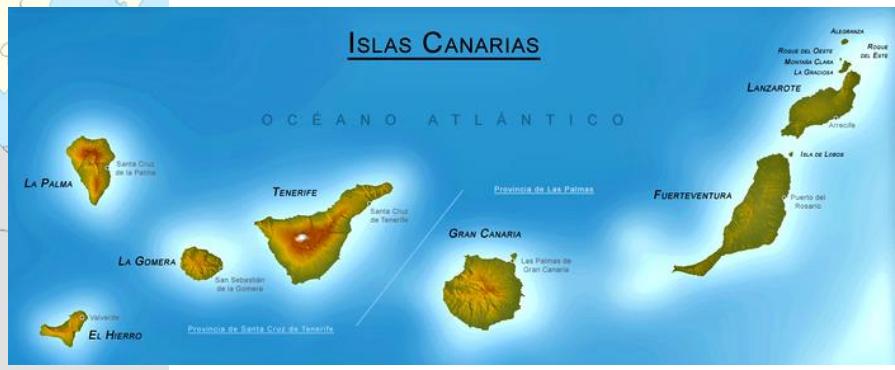
Por este motivo, o ultimo período de meus estágios como aluna do MESMO foi realizado no Bloco de Partos do Complexo Hospitalar Universitário Insular Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria, no período de 3 de junho de 2020 ao 22 de agosto de 2020.



- **Localização geográfica**



SITUAÇÃO EM RELAÇÃO A PORTUGAL



O HOSPITAL ESTÁ LOCALIZADO EM LAS PALMAS

- **Abrangência geográfica e numero de população abrangida**

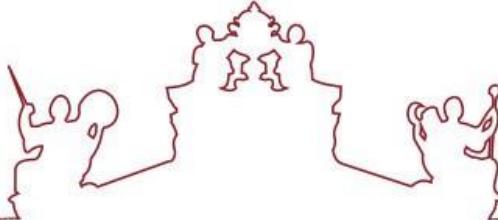
O Hospital Universitário Materno-Infantil das Ilhas Canárias fornece aos beneficiários do Serviço de Saúde das Ilhas Canárias da área de Gran Canaria, com uma população total de 480.763 usuários (Dezembro de 2007), distribuídos do seguinte modo:

- Menores de 14 anos: 138.420
- Mulheres entre 15 e 65 anos: 342.343

O Complexo Hospitalar Universidade Materno-Infantil Insular é o hospital de referência na ilha de Fuerteventura, tanto para fins de emergências quanto de hospitalização, além de apoio a especialidades para o atendimento de patologias que excedem o nível de recursos oferecidos nessa área (Gobierno de Canarias, 2020).

- **Tipo de unidade e de cuidados. Serviços que oferece, recursos materiais e humanos**

O Hospital Materno-Infantil atende mulheres cujas gestações são consideradas



de baixo risco, bem como gestações de alta complexidade. Algo característico deste hospital, em relação aos demais, é que atende partos pélvicos, dando a possibilidade de parto vaginal.

A equipe é composta por 60 enfermeiras especialistas na obstetrícia, 63 ginecologistas, 47 auxiliares de enfermagem, 1 chefe de enfermagem com 2 apoios (1 auxiliar e outra enfermeira), 12 enfermeiras de transição (atendem aos recém-nascidos) e 1 anestesista por turno.

- **Número de nascimentos**

No ano 2019, nasceram no hospital Materno-Infantil de Canarias 3558 crianças via vaginal (incluindo fórceps, gémeos e pedálicos), 436 por cesariana (Fonte: relatório Bloco de Partos Hospital Materno Infantil de Las Palmas de GC).

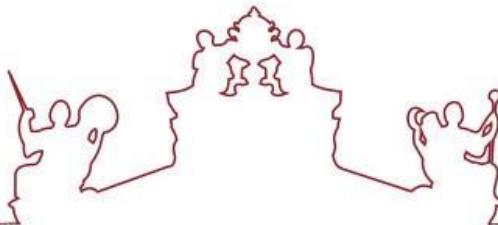
- **Sistema de registos de enfermagem**

Os programas informáticos usados são o Drago e o Philips. No Drago é registada a história do parto, as mulheres são transferidas quando vão para o internamento, são pedidas analíticas, o recém-nascido é registrado; enquanto no programa Philips escreve-se o partograma e o CTG é visualizado e registrado.

- **Método de trabalho em enfermagem**

Neste serviço os turnos são de 12h, das 9 às 21 e das 21 às 9h. Num turno, há 10 enfermeiras especializadas que são distribuídas da seguinte forma:

- Sala de partos 1
- Sala de partos 2
- Sala de partos 3
- Sala de partos 4 e 7 (a 4 só é usada se o serviço está com lotação esgotada)



-
- Sala de partos 5
 - Sala de partos 6, 9 e 10 (a sala de parto 9 acomodaria mulheres que entram no serviço em expulsivo e 10 para natimortos e partos gemelares). A pessoa que está na sala de parto 6 cuida deles pela proximidade.
 - Sala de triagem – A enfermeira faz uma avaliação inicial de cada mulher que entra no serviço e aí ela decide se precisa de atendimento ginecológico, obstétrico, vai para monitor ou analítica, vai para a sala de parto se ela já está em trabalho de parto, é internada se ela estiver com pródromos e a enfermeira considera que o trabalho de parto pode começar logo, ou vá para casa se considera que não há sinais de trabalho de parto e a mulher concorda.
 - Sala “expectantes”, onde ficam duas enfermeiras uma das quais é a coordenadora do turno. Nesta secção do serviço de urgência são efetuados CTG, analíticas, observação, administração de tratamentos, avaliação de sinais vitais. Posteriormente, as senhoras podem receber alta, ser internadas ou encaminhadas para sala de parto.
 - Puerpério e observação - As puérperas são levadas ao puerpério e lá passam pelo menos 2 horas pós-parto. A enfermeira irá avaliar perdas sanguíneas e sinais vitais a cada 20 minutos, além de apoiar a amamentação e monitorizar o bem-estar da mulher e do recém-nascido. A área de observação é destinada a mulheres com baixa idade gestacional que necessitam de tratamento, mulheres com patologia ginecológica ou em situação de aborto.

Além das citadas, existe a sala de parto 8 ([imagem no Apêndice 1](#)), que é uma sala de parto de baixa intervenção, com banheira, cadeira de parto, lenço suspenso no teto e onde é realizada auscultação intermitente dos BCF. Não há enfermeira designada especificamente para essa sala de parto, pois é desejo da mulher que está nas demais



salas de parto ter acesso a ela, desde que atenda ao requisito de gravidez sem risco.

Nesse caso, seria a enfermeira designada para acompanhar aquela mulher que iria até a sala de parto 8.

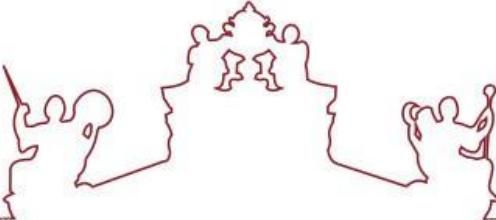
2.2 Metodologia

A metodologia utilizada para a realização do Estágio de Natureza Profissional (ENP) no contexto clínico foi a supervisão clínica com um enfermeiro perito na área, tendo por base no processo de aprendizagem uma atitude crítica e reflexiva.

2.2.1.- Objetivos

De acordo com as áreas de intervenção descritas pela OE como da responsabilidade do enfermeiro especialista, são descritos os objetivos que o aluno deve alcançar. De acordo com o plano de estudos, espera-se que o estudante seja capaz de:

1. Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade:
 - a. No âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional;
 - b. No período pré-natal;
 - c. No âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
 - d. Nos vários estádios do trabalho de parto em situação de saúde/desvio de saúde;
 - e. No período puerperal em situação de saúde/desvio de saúde;
 - f. Durante o período pós-natal;
 - g. A vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
 - h. Demonstrando responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.
2. Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de projeto, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência.



-
3. Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua atuação no Estagio de Natureza Profissional.

2.2.2.- População alvo

A população-alvo dos nossos cuidados é constituída por mulheres em idade fértil e mulheres no período do climatério, destacando, grávidas saudáveis e de risco, mulheres com patologia ginecológica, puérperas, parturientes e recém-nascidos saudáveis e de risco.

Conforme consta no Regulamento n.º 391/2019 da OE, os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde da mulher, e define-se a “Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se, deve ser entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspetiva coletiva como grupo alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns” (OE, 2019, pág. 13561).

Em todos os campos clínicos procuramos ter uma perspetiva de cuidados centrados na mulher/família inserida na comunidade. Deste modo, respeitou-se a ligação natural entre a mulher no período preconcepcional, concepcional e posconcepcional e a sua família. Procuramos compreender a interação familiar e o meio ambiente de modo a individualizar os cuidados. Prestar cuidados junto da família foi um desafio na medida em que permitiu fazer uma aprendizagem continua, ao ter que considerar as



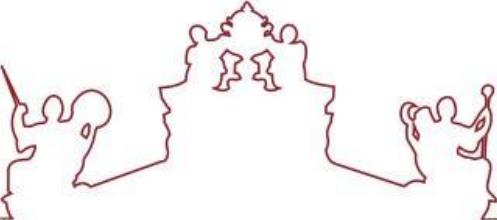
vivências e as expectativas de cada família.

De acordo com o modelo de Betty Neuman, atuamos nos três níveis de prevenção. A intervenção primária após a percepção do risco ou da presença de fatores de *stress*, em que é necessário informar, apoiar e educar de modo a assegurar o bem-estar. A secundária, em que se mobilizam recursos internos e externos da mulher perante fatores de *stress* de modo a selecionar estratégias que levam à reconstituição do equilíbrio através da monitorização, do envolvimento, do apoio (partos complicados, morte fetal) métodos de alívio da dor. E a intervenção terciária em que mobilizamos os recursos da mulher para prevenir novas reações aos stressores ou retrocessos, e preservar o equilíbrio. Fazer os ensinos no puerpério, envolver o pai nos cuidados, promover a amamentação e o contacto pele a pele, dar reforço positivo, promover a autonomia e a segurança, promover a vinculação. Nesta fase é importante educar, apoiar, monitorizar e validar.

Durante a prestação de cuidados às parturientes, consideramos sempre a sua interação com o ambiente (equipa de saúde, pessoa significativa, o espaço físico, os materiais e equipamentos. A mulher que dá à luz no hospital é exposta a um ambiente desconhecido, acompanhado por pessoas que normalmente, no dia do parto, são a primeira vez que vê e usam uma linguagem técnica que ela pode não entender. Para isso, devemos acrescentar o papel que o corpo da mulher desempenha no parto, as constantes avaliações do processo, juntamente com a emoção e a ansiedade que cercam o momento que chega ao encontro do novo membro da família.

2.2.3.- Método de aprendizagem

Os ensinos e a supervisão clínica constituem-se como momentos formativos nos quais existe um enfermeiro responsável pela supervisão do estudante e pela transmissão de conhecimentos em contexto real de trabalho. No início dos estágios

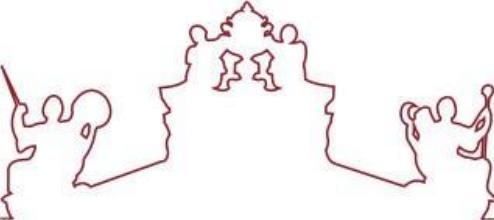


sempre tivemos um período de integração que nos deu a oportunidade de conhecer o ambiente e a equipa e assim conseguir uma participação ativa, crítica e reflexiva.

No percurso de desenvolvimento de competências é necessário reabilitar a intuição e a inteligência prática, baseada em saberes científicos sólidos; bem como fazer a sua reintegração no seio da competência profissional, recrutar a flexibilidade cognitiva e mobilizar o próprio processo de integração, enquanto sujeito que aprende (Serrano, Costa, & Costa, 2011).

Como métodos de avaliação tínhamos uma reunião intermédia e outra final com a orientadora da escola e com a supervisora clínica para avaliar em conjunto a adquisição das competências, sendo utilizado um instrumento de avaliação para cada campo clínico onde estão descrevidas todas as competências que o estudante deve atingir em cada campo clínico. Constam na grelha de avaliação competências de diagnóstico e apreciação, de planeamento, de execução, de avaliação, de gestão dos cuidados e de responsabilidade profissional e prática segundo a Ética.

Ao longo do ENP, o acompanhamento das mulheres e dos seus familiares permitiu desenvolver capacidades de observação, comunicação e do uso do pensamento crítico, que permitiu refletir com as colegas sobre o plano de ação em cada situação específica. Elaboramos reflexões escritas onde tudo isso é detalhado ([Apêndice 2](#)). Estas reflexões permitiram a interiorização da necessidade dum exercício pessoal de prática reflexiva a partir da qual adquirir novas competências, e também compreender de modo mais claro as experiências de cuidados que iam surgindo. Este exercício de reflexão foi-se aperfeiçoando tornando-nos progressivamente mais autónomos e críticos. De acordo com Schön, autor de referência internacional sobre o "profissional reflexivo", a reflexão é entendida como uma forma de conhecimento, como uma análise e proposta abrangentes que orientam a ação (Schön, 1983).



3. Contributos para a melhoria da assistência em Enfermagem de Saúde

Materna e Obstétrica

Os enfermeiros especialistas têm a responsabilidade e o dever de construir e divulgar conhecimento, o tema que escolhemos aprofundar, pretende dar contributos à comunidade profissional, mulheres e famílias, sendo também uma motivação pessoal, a proteção e promoção da saúde das mulheres. Por tudo isso, nasceu a preocupação em oferecer às mulheres e profissionais, ferramentas baseadas em evidências científicas para diminuição das sequelas perineais no pós-parto, tomar decisões informadas e para fornecer informações às mulheres que permitam a tomada de decisão empoderada. Deste modo, consideramos que esta é uma área em que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica tem espaço e autonomia de ação na prevenção das lesões perineais. Somos também de opinião que com a elaboração deste trabalho ao longo do estágio, demos resposta ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais que constam nas competências específicas do enfermeiro especialista no seu ponto D2.2.6-Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Mas, neste trabalho, a opinião da mulher não pode ser esquecida, pois ela é o centro de nossos cuidados. A Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP) no ano 2015, fez um inquérito a 3378 participantes sobre as suas experiências de parto e nascimentos ocorridos no período entre 2012 e 2015. Salientamos apenas o resultado obtido para as episiotomias, pois estão intimamente relacionados com o nosso tema de interesse. Os resultados demonstram que a taxa de episiotomias foi aproximadamente de 70% (Associação Portuguesa pelos direitos da Mulher na Gravidez en Parto, 2015). Tendo em conta que a OMS indica que a taxa média que não deve exceder os 10% (WHO, World Health Organization, 2018), uma das funções da enfermeira especialista nessa área deve estar ligada à proteção da saúde da



mulher com base em evidências científicas e reservar essa prática apenas para situações em que seu desempenho seja devidamente indicado.

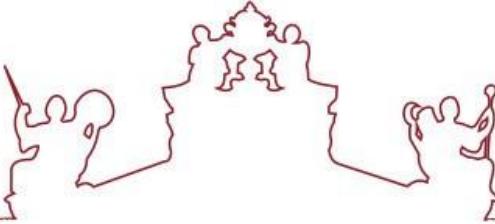
3.1 – Conceptualização. Revisão da literatura.

O trauma perineal de diferentes graus constitui a forma mais frequente de lesão obstétrica (Warmink-Perdijk, Koelewijn, de Jonge, Van Diem, & Lagro-Janssen, 2016). As lesões perineais causadas pelo parto, estão associadas a morbidade a curto e a longo prazo, além de dor perineal, a dispareunia e a incontinência anal. Os sintomas de curto e longo prazo têm impacto no quotidiano das mulheres e na qualidade de vida daquelas em que os efeitos persistem. A prevalência de lesões perineais de qualquer tipo é de 77% a 86%, das quais 60% precisam ser suturadas (Edqvist, y otros, 2016).

Com foco em Portugal e de acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde, entre outras, são obtidas as seguintes informações: “Outra prática particularmente mais frequente em Portugal do que em os demais países europeus são a episiotomia. Enquanto na Dinamarca eles têm uma frequência de 3,7%, em Portugal (em 2015) estávamos nos 73% (Barros, Rodrigues, & Teixeira, 2018).

À mudança de orientação na posição do parto normal de vertical para horizontal, que limita a mobilidade das mulheres, é adicionada a intervenção e medicalização, que gerou ainda mais a perda de intimidade e capacidade da tomada de decisões nas mulheres e/ou seu parceiro ou acompanhante durante o parto. Nos últimos anos, tem havido alguma controvérsia em tudo o que está relacionado com a posição materna durante o parto, questionando a posição da litotomia como adequada, propondo que seja a mulher a decidir a posição que deseja adotar (WHO, World Health Organization, 2018).

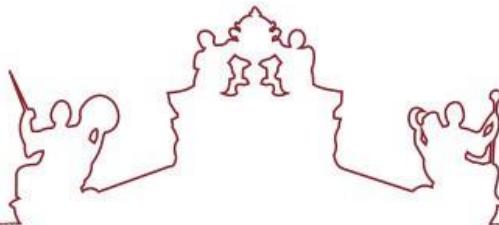
A APEO (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras), em colaboração com a *Federación de Asociaciones de Matronas de España* (FAME), em 2008, elaboraram um



documento de consenso, baseado em evidência científica e de acordo com as recomendações da OMS, onde é afirmado que a mobilidade é facilitadora da evolução positiva do Trabalho de Parto e proporciona conforto à parturiente; a deambulação e a liberdade de movimentos ajudam a mulher a lidar com a sensação dolorosa; a posição supina está contraindicada, pois exerce pressão na aorta-cava podendo comprometer o bem-estar materno e fetal; está ainda associada à diminuição da dinâmica uterina e a evidência sugere que quando a mulher alterna posições e adota posições verticais durante a dilatação sofre menos dor, tem menos necessidade de analgesia epidural, ocorrem menos alterações da Frequência Cardíaca Fetal e há tendência para o encurtamento do tempo do 1º estádio do TP (FAME, 2008).

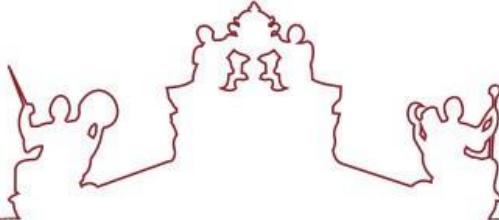
De acordo com os diferentes estudos consultados, uma maioria considerável concorda em estabelecer como fatores de risco para danos perineais: idade materna, paridade, etnia, duração da segunda etapa do trabalho de parto e peso do feto ao nascimento (De Jonge, Van Diem, Scheepers, Buitendijk, & Lagro-Janssen, 2010). O efeito da posição ao nascimento no resultado perineal ainda não é claro e precisa ser estudado (Warmink-Perdijk, Koelewijn, de Jonge, Van Diem, & Lagro-Janssen, 2016).

- **Paridade:** A multiparidade foi associada a um risco 3,6 vezes menor de lacerações perineais graves, em comparação com nuliparidade. O possível mecanismo responsável pela diferença de risco é a falta de elasticidade do períneo entre as mulheres nulíparas (Hsieh, et al., *Prevalence and contributing factors of severe perineal damage following episiotomy-assisted vaginal delivery*, 2014).
- **Etnia:** Vários relatórios demonstraram que as mulheres chinesas e outras asiáticas têm maior incidência de laceração perineal grave em comparação com outros grupos étnicos. Isso pode ser por causa do fato que as mulheres asiáticas têm um períneo relativamente mais



curto, daí menor grau de alongamento e maior risco de desproporção materno-fetal (Hsieh, et al., Prevalence and contributing factors of severe perineal damage following episiotomy-assisted vaginal delivery, 2014).

- **Duração do trabalho de parto:** Vários estudos sugeriram que a duração prolongada do segundo estágio do trabalho de parto está associado a um risco aumentado de lacerações perineais e vaginais (Hsieh, et al., Prevalence and contributing factors of severe perineal damage following episiotomy-assisted vaginal delivery, 2014).
- **Peso do recém-nascido:** A macrossomia foi associada com um risco de duas a três vezes maior de lacerações de terceiro e quarto graus versus que com pesos normais ao nascimento (Hsieh, et al., Prevalence and contributing factors of severe perineal damage following episiotomy-assisted vaginal delivery, 2014).
- **Posição durante o expulsivo:** O efeito das posições ao nascimento no resultado perineal não está claro. Diferentes revisões sistemáticas encontraram uma diminuição na taxa de episiotomia em posições verticais, que foi parcialmente ou totalmente compensado por um aumento lacerações de segundo grau. Alguns estudos não encontraram diferença na taxa de períneo intacto entre os grupos de posições; outros estudos encontraram uma maior taxa de períneo intacto em posição vertical; e alguns estudos encontrou mais lacerações labiais na posição vertical (Warmink-Perdijk, Koelewijn, de Jonge, Van Diem, & Lagro-Janssen, 2016).
- **Dano perineal:** O dano perineal, principalmente a episiotomia, causa dor e desconforto e pode ser imobilizador para as mulheres. Além



disso, é um fator de risco para perda de sangue e infecção (Warmink-Perdijk, Koelewijn, de Jonge, Van Diem, & Lagro-Janssen, 2016). O trauma perineal durante o período expulsivo pode estar associado com uma significativa e complexa morbidade da mulher e os seus efeitos na qualidade de vida a curto e a longo prazo podem trazer alterações físicas e psicológicas. Existem diferentes níveis, dependendo dos tecidos danificados:

- Grau 1: Limitada à mucosa vaginal.
 - Grau 2: Se estende além da mucosa vaginal para músculos.
 - Grau 3: Mucosa vaginal, músculos e esfíncter anal.
 - Grau 4: Mucosa vaginal, músculos, esfíncter anal e mucosa retal.
- **Analgesia epidural:** o fato de receber analgesia peridural, devido ao maior risco de necessidade de oxitocina, à dificuldade de mobilização, à necessidade de puxos direcionados, aumenta o risco de sofrer danos perineais (Tunestveit, Baghestan, Natvig, Eide, & Vika Nilsen, 2018).

Para uma maior documentação sobre o assunto de estudo, foi realizada uma revisão bibliográfica rápida de acordo com a estratégia PICO ([Apêndice 14](#)) baseada em artigos publicados desde 2016. A busca foi realizada nas bases de dados *Medline* e *CINAHL*. Há um desejo e intenção de publicar esta revisão em algum organismo científico e como uma forma de promover o conhecimento aos colegas e à comunidade científica em geral.

3.2 – Metodologia

Metodologia é uma palavra composta por três vocábulos gregos: metà (“para além de”), odòs (“caminho”) e logos (“estudo”). O conceito faz alusão aos métodos de



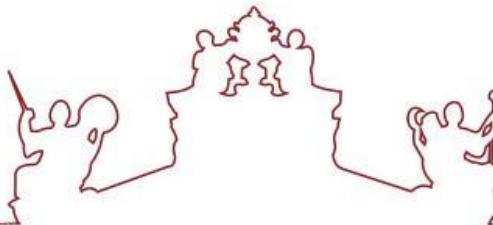
investigação que permitem obter certos objetivos numa ciência (Conceito.de, 2020).

Procedeu-se a um trabalho, com base na recolha sistemática das variáveis ou fatores de risco já mencionados tomando como fonte de informação os registos dos partos e pelas informações obtidas pelas colegas de trabalho. Baseamo-nos numa metodologia descritiva, exploratória do tipo quantitativo. Foi feito um resumo, plano e cronograma ([Apêndice 3](#)), foi proposto um consentimento informado para entregar as mulheres ([Apêndice 4](#)) e foi elaborado um Instrumento de Recolha de Dados ([Apêndice 5](#)). Dado o interesse em aprofundar conhecimentos no tema de interesse, foi Pedido Parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora ([Modelo T013 no Anexo 2](#)), sendo positivo ([Anexo 3](#)).

3.2.1 - Objetivos

Para além dos objetivos do ENP já referidos no ponto 2, foram definidos os seguintes objetivos tendo por base a temática específica

- Objetivo geral:
 - Analisar os fatores relacionados com os danos perineais no parto eutóxico.
- Objetivos específicos:
 - Adquirir competências na prestação de cuidados de enfermagem em saúde materna e obstétrica.
 - Identificar a incidência de dano perineal (episiotomias, lacerações).
 - Conhecer as diferentes posições escolhidas pelas parturientes e/ou pelas enfermeiras especialistas para o período expulsivo.
 - Identificar a influência dos fatores de risco nos danos perineais no parto eutóxico.



3.2.2 – Abordagem

A amostra foi por conveniência de mulheres que pariram durante o turno nos diferentes blocos de partos onde o estágio foi desenvolvido, levando em consideração os fatores de inclusão e exclusão. Para manter a confidencialidade nos registos, no processamento dos dados, nenhum dado foi recolhido de forma que possa revelar dados pessoais e de identificação das mulheres, apenas são utilizados dados clínicos. Para a identificação de cada uma delas, utilizou-se uma numeração de modo a garantir o anonimato.

3.2.3 – População alvo

No desenvolvimento do ENP tivemos a oportunidade de prestar cuidados a mulheres nos seus diferentes estádios do trabalho de parto assim como a sua família. Estes estádios são descritos como segue (Direção-Geral da Saúde, 2020):

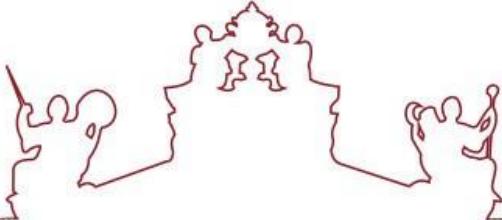
- 1º Estádio: Apagamento e dilatação do colo
- 2º Estádio: Período expulsivo
- 3º Estádio: Dequitadura

Os dados específicos da recolha foram obtidos durante o segundo estádio do trabalho de parto. Definimos como critérios de inclusão:

Critérios de inclusão
Partos a termo
Partos eutócicos
Idade igual ou superior a 18 anos

3.3 – Resultados

De uma amostra de 108 mulheres recolhida nos Hospitais de Cascais e de Las Palmas de Gran Canaria, foram calculados a média, desvio padrão, mediana e percentis



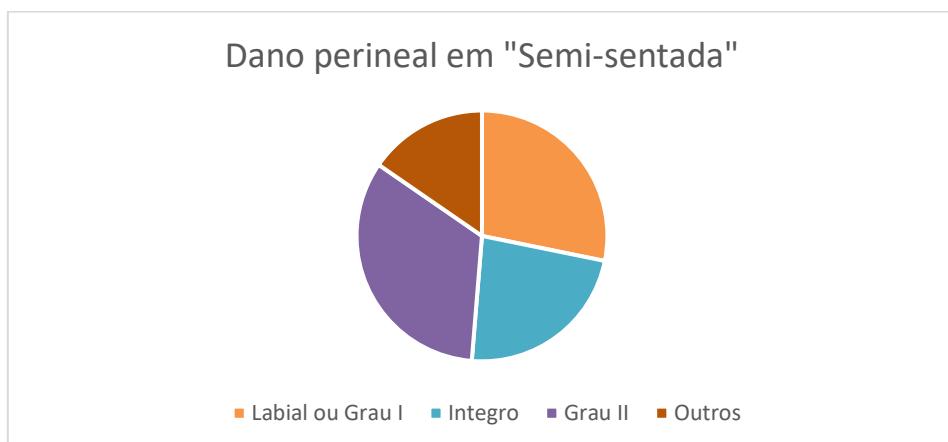
25 e 75 para as variáveis quantitativas. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificar a normalidade dos dados. Foram calculadas a frequência e as percentagens das variáveis qualitativas. Um valor de p inferior a 0,05 é considerado significativo. O programa estatístico usado foi R Core Team 2020, versão 4.0.2. Estatística descritiva das variáveis quantitativas e qualitativas no ([Apêndice 6](#) e [7](#)).

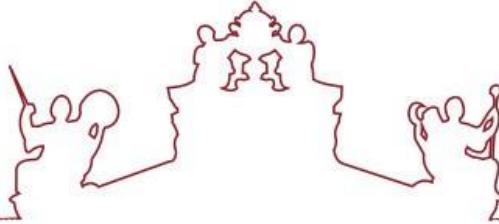
Uma vez que o tamanho da amostra é pequeno, inferior a 30 em dois dos grupos, as comparações são feitas com o método de Kruskall-Wallis. Para a análise das variáveis, foi feita a seguinte recodificação:

- ✓ Posição da mulher no período expulsivo: “Semi-sentada” e “outras”.
- ✓ Dano perineal: “Integro”, “Labial ou Grau I”, “Grau II”, e “Outros” (Grau III, Grau IV ou Episiotomía).
- ✓ Peso do Recém-nascido: “<4000gr” e “> 4000gr”.

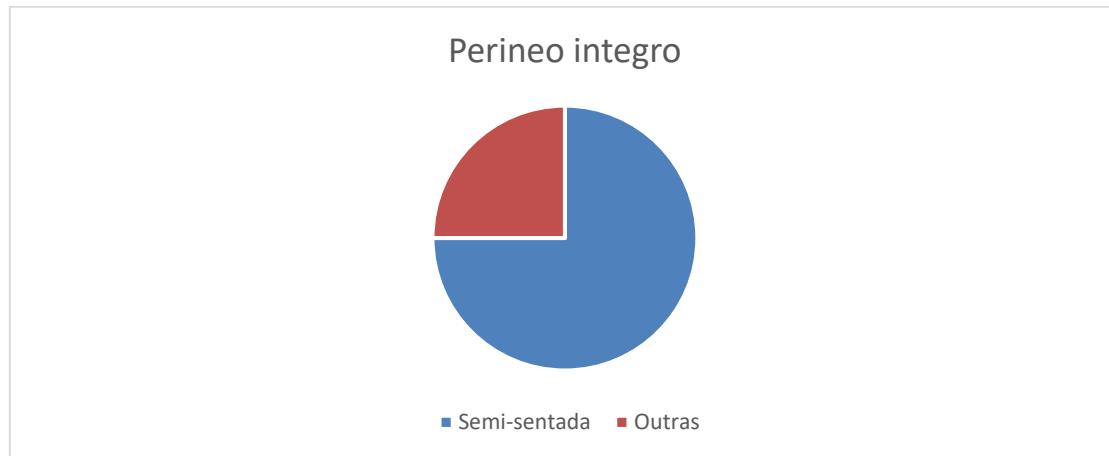
Conclusões que podem ser tiradas:

- Em mulheres com laceração de Grau II, a idade é mais avançada do que em mulheres com períneo intacto ([caixa de bigode no Apêndice 8](#)).
- Das mulheres em posição “semi-sentada” o 33,3% tem um dano perineal Grau II, o 28,2% dano “labial ou Grau I”, 23,1% “Integro”, e o 15,4 o “Outras”.

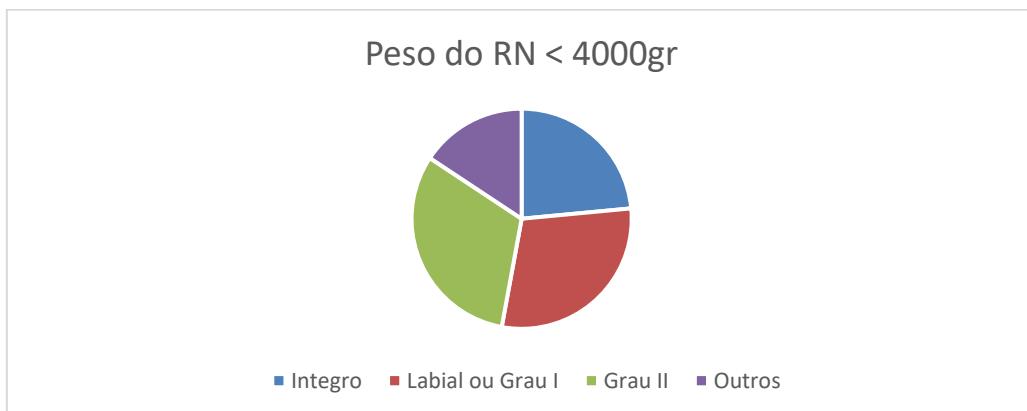




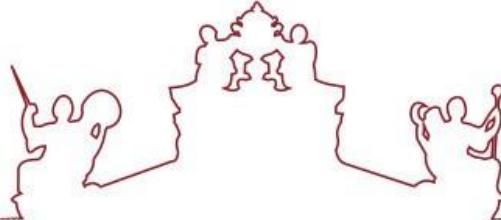
- Nas mulheres com períneo “Integro” o 75% estavam em posição “Semi-sentada” e o 25% no “Outras” ([Tabela de contingência no Apêndice 9](#)).



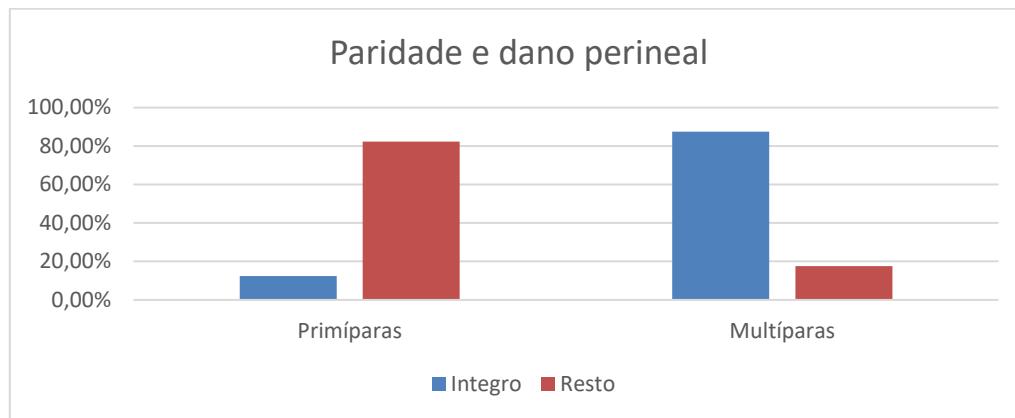
- Nos partos de mulheres cujo recém-nascido pesou “> 4000 gr” (um total de 6 da amostra total) o Dano perineal foi dum 50,0% “Grau II”, o 33,3% “Labial ou Grau I”, o 16,7% “Outros”.
- Para os partos de recém-nascido com peso “<4000gr” (102 em total), o 31,4% das mulheres ficou com um dano perineal de “Grau II”, o 29,4% “Labial ou Grau I”, 23,5% “Integro”, 15,7% “Outros” ([Tabela de contingência no Apêndice 10](#)).



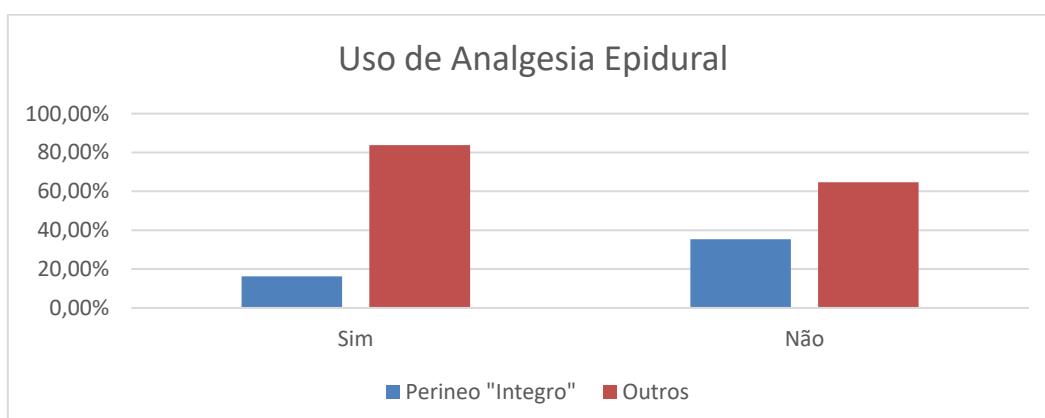
- Com respeito á Paridade e o Dano Perineal, quando o períneo fica “Integro” o 87,5% são mulheres “Multíparas” e o 12,5% são “Primíparas”. Quando o dano perineal



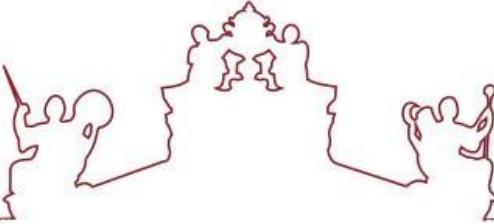
“Resto” ocorre, o 82,4% é em mulheres “Primíparas” e o 17,6% “Multíparas” ([Tabela de contingência no Apêndice 11](#) e [Caixa de bigode no Apêndice 12](#)).



- Em relação a “Duração” do período expulsivo, os partos rápidos (“<10’”), o 41,7% presenta um períneo “Integro” e um 4,2% um dano “Outros”. Nos expulsivos duma duração “>60’” o dano perineal é maior (42,5% Grau II é 36,4% “Outros”) ([Tabela de contingência no Apêndice 13](#) e [Caixa de bigode no Apêndice 14](#)).
- O uso de Analgesia epidural faz ter menor probabilidade dum Períneo “Integro” (16,2%) e o fato de não usar Epidural faz ter maior de Períneo “Integro” (35,3%) ([Tabela de contingência no Apêndice 15](#) e [caixa de bigode no Apêndice 16](#)).



- Como parece que a categoria “Integro” é a que mais sofre influência das covariáveis, a variável Danos perineais (“Integro” vs. “Outros”) é dicotomizada e foi realizada



uma regressão logística. A regressão logística é usada para prever variáveis dicotómicas. As conclusões obtidas são:

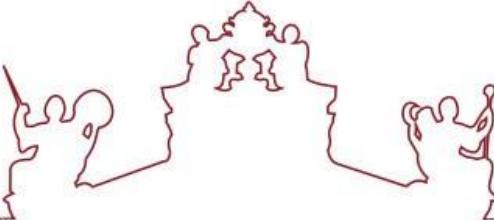
- a) A menor idade, maior probabilidade de períneo “Integro” ($OR < 1$).
- b) A multiparidade é um fator de risco para períneo “Integro” ($OR < 1$).
- c) Não usar epidural permite uma maior probabilidade de períneo “Integro”.
- d) Os partos rápidos ($< 10'$) tem maior probabilidade de períneo “Integro”.

4.- Análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências

Ao longo do ENP, mobilizamos competência de carácter intrínseco, centradas na nossa natureza pessoal, e de carácter extrínseco, centradas na reflexão, no pensamento crítico, na observação e na evidência científica. De modo a monitorizar regularmente o desenvolvimento de competências, em cada campo clínico foi utilizada uma grelha conforme anteriormente mencionado onde estavam descritas as competências a adquirir, competências de diagnóstico e apreciação, de planeamento, de execução, de avaliação, de gestão dos cuidados e de responsabilidade profissional e prática segundo a Ética. Grelha de recolha de dados no [Anexo 4](#).

4.1 – Competências comuns dos enfermeiros especialistas

Segundo o Regulamento nº 140/2019 publicado no Diário da República do dia 6 de fevereiro de 2019, “a enfermeira especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”. Estas Competências Comuns “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e



levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem" (Ordem dos Enfermeiros, 2019, pág. 4744).

Ao longo do estágio foi desenvolvido o autoconhecimento que permitiu uma praxis clínica especializada baseada na evidência científica. Os conhecimentos adquiridos, as situações na prática clínica, a partilha com profissionais, as reflexões constantes sobre as aprendizagens feitas permitiram o desenvolvimento das competências.

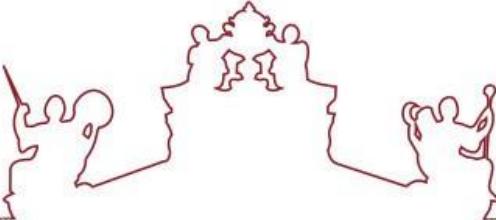
Além disso, a pesquisa e leituras constantes, fizeram ver outras maneiras de proceder, aprofundar as questões do dia-a-dia, ter ferramentas para responder às necessidades das mulheres/família e assim, pouco a pouco, começar a ter uma maior segurança nas capacidades e atitudes como enfermeira especialista através da mobilização de conhecimentos, atitudes e habilidades para garantir a melhoria contínua da qualidade. E para culminar, o aprofundamento do tema, visa trazer à comunidade especialista em obstetrícia novos conhecimentos na prática dos cuidados e, assim, poder contribuir para resultados positivos na saúde das mulheres, bem como para uma maior realização do profissional.

As atividades desenvolvidas em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, onde decorreu o ENP, permitiram desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista nas dimensões da educação da mulher inserida na família e na comunidade, do aconselhamento, e nos contributos para a melhoria contínua a prática da enfermagem.

4.2 – Competências específicas dos Enfermeiros Especialistas de Saúde

Materna e Obstétrica

De acordo com o Diário da República numa publicação da Ordem dos Enfermeiros do dia 3 de maio de 2019 no Regulamento nº 391/2019 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, durante a

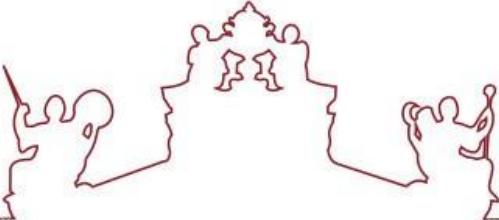


formação, serão adquiridas as competências específicas para lidar adequadamente com a complexidade da situação da mulher no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, assim como reconhecer os stressores com os quais ela se depara e também a ajudar a restabelecer o seu equilíbrio.

Foi assumida a responsabilidade de praticar intervenções autónomas nas situações de baixo risco, “entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher” (OE, 2019, pág. 13561) e também o papel da enfermeira especialista no trabalho em equipa para os cuidados dados às mulheres com processos disfuncionais. Em todos os locais de estágio foi considerada a visão holística e o bem-estar da mulher/família mas, cada local permitiu desenvolver mais umas competências do que outras. Por exemplo:

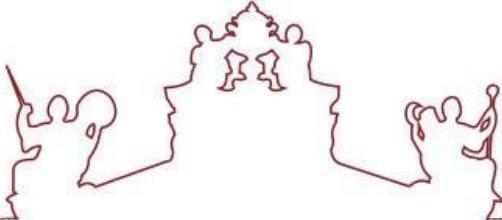
- Nas **Consultas Externas**, as atividades eram mais no sentido de promoção da saúde, informamos e orientamos sobre estilos de vida saudáveis na gravidez, planeamos e executamos intervenções no âmbito da educação sexual, da saúde pré-concepcional e de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade, informamos e orientamos sobre recursos disponíveis na comunidade, demos suporte emocional a mulheres numa interrupção voluntária da gravidez, informamos sobre contraceção no período pós-aborto, promovemos o plano de parto e a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, informamos e orientamos sobre programas de preparação completa para o parto e a parentalidade responsável, monitorizamos a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados, prescrevemos exames auxiliares de diagnósticos necessários à deteção de gravidez de risco, avaliamos a motivação para amamentação e informação que o casal tinha sobre os benefícios da amamentação.

- No **internamento de grávidas** os cuidados centravam-se mais no encaminhamento ao planeamento dos cuidados da mulher em função da patologia, planeamos as



nossas intervenções tendo uma atitude adequada e considerando as condições de saúde e desvios de saúde da grávida /feto/ família, monitorizamos desvios à gravidez fisiológica, avaliamos o bem-estar materno-fetal, cooperamos com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, planeamos, implementamos e avaliamos intervenções à mulher em situação de abortamento ou complicações pós-aborto. Também foi estabelecida com a mulher uma relação próxima que permitiu a expressão livre de medos e preocupações em relação à gravidez.

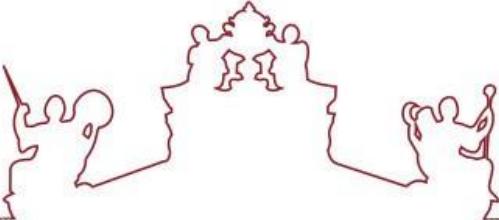
- No **bloco de partos** a atenção é dirigida a atenção da mulher e seu acompanhante, atuamos de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher e garantimos intervenções de qualidade e risco controlado, garantimos um ambiente seguro e íntimo durante o trabalho de parto e parto, participámos no diagnóstico precoce de complicações fetais com a monitorização do trabalho de parto e identificação dos desvios do normal, referenciando as situações que estavam para além da nossa área de atuação, oferecemos suporte emocional às famílias numa morte fetal intraútero. Atuamos de acordo com o plano de parto estabelecido pela mulher. Fui desenvolvendo habilidades na elaboração da entrevista diagnóstica em que eram recolhidos dados referentes aos antecedentes familiares e ao exame físico e obstétrico. A apreciação de enfermagem relativa à cervicometria e à estática fetal, foi melhorando progressivamente, assim como a avaliação do canal de parto e aplicação de técnicas de reparação. Avaliamos as condições de adaptação do recém-nascido à vida extrauterina e promovemos o vínculo precoce, a amamentação e evitamos separações desnecessárias assim como garantimos o contacto pele-a-pele e asseguramos a privacidade para o sucesso da tríade.
- No **puerpério** centramo-nos essencialmente na promoção da saúde e apoio/aconselhamento na amamentação, cuidamos da mulher/família inserida na



comunidade, identificamos áreas de atenção relevantes para a enfermagem no âmbito da saúde da mulher, determinamos intervenções para potenciar a saúde da diáde após o parto, considerando cada situação específica, promovemos ações de promoção do aleitamento materno, progressivamente, fomos capazes de identificar e monitorizar situações de complicações do período puerperal e de atuar a nível preventivo. Informamos e orientamos sobre o crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido, sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto, apoiamos a mãe no autocuidado. Identificamos e monitorizamos o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, assim como alterações na adaptação à parentalidade e complicações no pós-parto. Quando se tratava da amamentação, evitamos interferências de chupetas e mamadeiras, garantimos uma boa pega, ajudamos no posicionamento correto do bebê, informamos e esclarecemos qualquer dúvida.

- Na **ginecologia** os cuidados forma dados em função da doença assim como nas diferentes situações do climatério, informando e orientando a mulher sobre as alterações associadas a esta fase da vida e no âmbito da saúde ginecológica, concebemos a mulher pós-cirúrgica de afeções do aparelho geniturinário e/ou mama.

Sempre que possível, participamos em atividades de promoção da saúde e prevenção de doença com base em normas, protocolos e nas orientações da DGS, OMS e diretivas europeias; cuidamos da mulher/família com risco obstétrico, procuramos desenvolver intervenções de acordo com os diagnósticos de enfermagem elaborados, enfatizando uma prática baseada na evidência. Também demos cuidados que envolveram a utilização de tecnologias em saúde, tais como CTG, registos informáticos, interpretação de ultrassons.

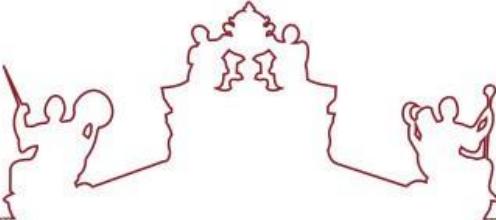


De modo a contribuir para o desenvolvimento de competências, durante dois anos, do curso frequentemos também diversas formações, além das formações integradas no serviço (amamentação no HGO, emergências obstétricas em Cascais, parto de *lotus* na Maternidade Alfredo da Costa), realizamos outras não integradas no plano curricular, relativos à nossa especialidade de enfermagem, que se somaram à nossa formação.

- Preparação ativa para o parto, verão 2019 ([Apêndice 18](#))
- Biomecânica do parto, fevereiro de 2020 ([Apêndice 19](#))
- Sutura perineal, fevereiro de 2020 ([Apêndice 20](#))
- Otimização das posições fetais, só completado o 75% (verão 2020)

Esses treinamentos contribuíram para nos oferecer novos conhecimentos e modos de apresentar às mulheres e seus parceiros uma forma criativa de "preparação" para o parto, ferramentas para a mobilização da gestante e parturiente que nos permite aliviar a dor e facilitar a descida do bebê pelo canal do parto, assim como técnicas de sutura baseadas nas evidências mais atualizadas.

Neste contexto global, e tendo em conta os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), sentimos a necessidade como profissionais comprometidos com a saúde da mulher e de sua família de zelar pela sua proteção. Estes ODS "constituem os pilares basilares de uma sociedade moderna e equilibrada, capaz de gerar emprego e riqueza, respeitando, em simultâneo, a natureza e os direitos humanos" (Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável, 2020). Nosso papel é contemplado na seção 3: Saúde de Qualidade – Garantir o acesso á saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, especificamente na redução da taxa de mortalidade materna, para acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos, através da educação da saúde sexual para acabar com o Sida e outras doenças de transmissão sexual, promover a saúde mental numa etapa tão frágil como é o puerpério, contribuir



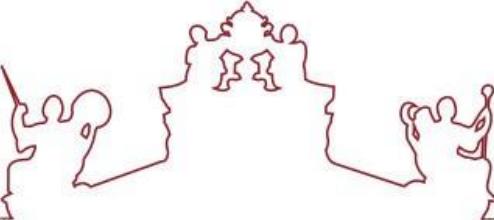
para o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva com o planeamento familiar, a informação e educação.

Todas essas atividades desenvolvidas no campo clínico, somadas ao estudo teórico, a ampliação do conhecimento individual, a partilha com os colegas, as pesquisas bibliográficas, permitiram o desenvolvimento duma enfermeira generalista com atitudes e habilidades para uma enfermeira especialista na saúde materna e obstétrica.

O uso do método científico para resolver problemas ou questões permite apoiar nossas decisões na melhor evidência. A pesquisa faz-nos desenvolver habilidades de busca do conhecimento já produzido, saber quais são as fontes de dados confiáveis e avaliar a qualidade de informação obtida. A revisão bibliográfica é a base que sustenta qualquer pesquisa científica. Desta forma, a revisão é indispensável para a delimitação do problema e para obter uma ideia sobre o estado atual dos conhecimentos sobre esse tema. O fato de ter sido elaborada uma revisão de literatura numa área que nos gerou curiosidade, fez-nos crescer como profissionais, e por vezes identificar a necessidade de mudar práticas obsoletas, ter ferramentas para propor mudanças no serviço em que trabalhamos. Permite-nos também, manter em constante atualização promovendo a melhoria contínua da qualidade.

5. Considerações finais

A obtenção do grau de Mestre na área da Saúde Materna e Obstétrica pela Universidade de Évora, só é possível com a resposta a exigências curriculares que permitem o desenvolvimento de competências. Verifica-se que ao longo dos dois anos do curso, o plano de estudos integra unidades curriculares teóricas, teórico-práticas, práticas laboratoriais e estágio que focam os conteúdos reconhecidas pela Diretiva Europeia.

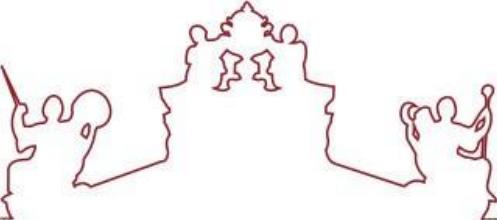


Este estágio com relatório constitui-se como sendo um instrumento através do qual são expostos os resultados das atividades desenvolvidas, as competências obtidas, as reflexões feitas com um pensamento crítico. Nele são detalhadas as vivências dum processo formativo que nos transforma em enfermeiras especialistas.

Na prestação de cuidados nos vários campos clínicos, que nos permitiu o desenvolvimento de competências, atendemos aos aspectos psicológicos, fisiológicos e socioculturais do desenvolvimento dos seres humanos tal como preconiza Betty Neuman, atuando nos 3 níveis de prevenção As competências são o conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que a enfermeira mobiliza em contexto de prática clínica e que permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar a fim de obter os melhores resultados na saúde e bem-estar de nossos usuários.

Ao longo do desenvolvimento do Mestrado houve um tema que motivou a leituras sistemáticas e estudo. Ter em consideração o períneo da mulher, não apenas como local anatómico, mas também como uma região do corpo feminino, fonte de prazer e intimidade que permite uma vivência plena da sexualidade. Estudar como protegê-lo e poder oferecer informações válidas, foi um aspeto que salientamos neste trabalho. E embora o resultado do estudo não tenha fornecido dados conclusivos e a revisão de literatura efetuada também confirme que são necessários mais estudos a este respeito, a nível pessoal, proporcionou um grande crescimento e desenvolvimento no que respeita ao aprofundamento deste tópico. Concluímos que, acima de tudo, as mulheres devem ser informadas e que suas decisões devem ser apoiadas e respeitadas, promovendo sempre que possível a fisiologia ou o que pode estar mais próximo dela.

Consideramos, portanto, que este trabalho pode dar contributos no sentido de promover práticas que permitam favorecer a fisiologia do TP, promover o respeito pelo direito da mulher/casal à decisão livre e esclarecida, bem como ao exercício da sua autonomia. É esta uma mudança a recomendar para o bem-estar da mulher, do recém-



nascido e da humanidade. Considerar o nascimento como um acontecimento transformador para a família, dando-lhe protagonismo, acompanhando-a com respeito e agindo apenas quando necessário.

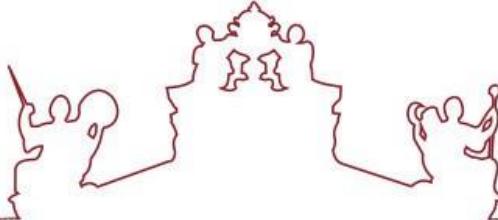
A mobilização da evidência científica no contexto da prática e o estímulo ao pensamento crítico dos profissionais, constitui na nossa opinião, uma das melhores formas de promover a alteração de condutas e a valorização da enfermagem. Sem dúvida, é uma ferramenta para continuar a prática baseada na evidência. Conhecer e compreender os resultados do que estudamos permitiu-nos entender os riscos e as dificuldades que podem estar associados ao dano perineal. Embora os resultados encontrados não permitem uma generalização, a experiência de procurar tanta informação, recolher os dados e analisar os resultados tem sido muito satisfatória, ao mesmo tempo que proporciona uma motivação para continuar a trabalhar em estudos como este.

Enquanto futuros EESMOG, e de acordo com os princípios éticos da profissão, temos o dever de zelar pelo exercício da liberdade da mulher e a sua família, respeitando as suas opiniões, capacitando-a para o exercício da tomada livre e esclarecida de decisões. A medicalização do parto desvalorizou os direitos da parturiente e sobrevalorizou o intervencionismo e a tecnologia. Neste contexto, as preferências da mulher relativamente à posição de parto devem ser respeitadas e englobadas no exercício do seu direito à autodeterminação.



6. Referências bibliográficas

- ACAI. (24 de 10 de 2019). *acaive.com*. Obtido de <https://www.acaive.com/la-ive-en-espana-esta-disminuyendo-y-se-realiza-en-las-primeras-semanas-de-gestacion/notas-de-prensa/>
- Alligood, M., & Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.
- Associação Portuguesa pelos direitos da Mulher na Gravidez en Parto. (2015). *Experiências de Parto em Portugal*. Lisboa.
- Bailit, J., Grobman, W., Murguia Rice, M., Wapner, R., Reddy, U., Varner, M., . . . Kennedy, E. (2015). Evaluation of delivery options for second-stage events. *American Journal of obstetrics and gynecology*, 638.e1-638.e10.
- Barros, H., Rodrigues, C., & Teixeira, C. (2018). *Meio Caminho Andado. Relatório Primavera 2018*. Observatório Portugués dos sistemas de Saúde, Lisboa.
- Conceito.de. (01 de 09 de 2020). Obtido de <https://conceito.de/metodologia>
- Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável. (06 de noviembre de 2020). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e o BCSD Portugal*. Obtido de <https://www.ods.pt/>
- De Jonge, A., Van Diem, M., Scheepers, P., Buitendijk, S., & Lagro-Janssen, A. (April de 2010). Risk if perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis. *The International Journal of Clinical Practice*, 65(5), pp. 611-618.
- Direção-Geral da Saúde. (27 de 10 de 2020). *Orientação da Direção-Geral da Saúde*. Obtido de Trabalho de parto estacionário: <https://www.dgs.pt/directrizes-dags/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>
- Edqvist, M., Blix, E., Hedaard, H., Ólafsdottir, O., Hildingsson, I., Ingversen, K., . . . Lindgren, H. (2016). Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
- FAME. (2008). *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. Madrid.
- Gobierno de Canarias. (24 de 07 de 2020). *Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias*. Obtido de <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=f28614c6-7aca-11df-b998-6ff93f31e00f&idCarpeta=04d48f0a-541c-11de-9665-998e1388f7ed>
- Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde. (27 de 10 de 2020). *SNS*. Obtido de <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&q=casais>
- Grupo José de Mello. (22 de Marzo de 2020). *José de Mello*. Obtido de <https://www.josudemello.pt/presidente-da-republica-presidiu-inauguracao-do>



hospital-cuf-descobertas/

Harper, L., Shanks, A., Tuuli, M., Roehl, K., & Cahill, A. (2013). The risk an benefits of internal monitors in laboring patients. *American journal of obstetrics and gynecology*, 38.e1-6.

Hospital Garcia de Orta, EPE. (21 de 10 de 2019). *hgo.pt*. Obtido de <http://www.hgo.pt/Hospital/Historia.aspx>

Hsieh, W.-C., Liang, C.-C., Wu, D., Chang, S.-D., Chueh, H.-Y., & Chao, A.-S. (2014). Prevalence and contributing factors of severe perineal damage following episiotomy-assisted vaginal delivery. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 481-485.

Hsieh, W.-C., Liang, C.-C., Wu, D., Chang, S.-D., Chueh, H.-Y., & Chao, A.-S. (2014). Prevalence and contributing factors of severe perineal damage following episiotomy-assisted vaginal delivery. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 481-485.

Instituto Nacional de Estatística. (10 de 09 de 2020). *Instituto Nacional de Estatística*. Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_tema&xpid=INE&tema_cod=1115

Lusíadas. (27 de 11 de 2019). *Hospital de Cascais*. Obtido de <https://www.hospitaldecascais.pt/pt/hospital/Paginas/dados.aspx>

Mattison, C., Dion, M., Lavis, J., Hutton, E., & Wilson, M. (2018). Midwifery and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Wiley Birth. Issues in perinatal care*.

McCoyd, J., Curran, L., & Munch, S. (2019). They say, "If you don't relax... you're going to make something bad happen": Women's emotion management during medically high-risk. *Psychology of Women Quarterly*.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). *Induction of labour*.

Neuman, B., & Fawcet, J. (2011). *The Neuman System Model*. 5^a Edição. Boston: Pearson Education, Inc.

OE. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário da República, Lisboa.

Olza, I., Leathy-Warren, P., & et al. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Diário da República.

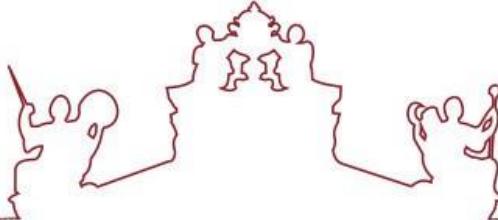
Organización Mundial de la Salud. (2016). *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. Ginebra.

Retrato de Saúde. Portugal. (2018). *Ministerio da Saúde*. Obtido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAÚDE_2018_compressed.pdf

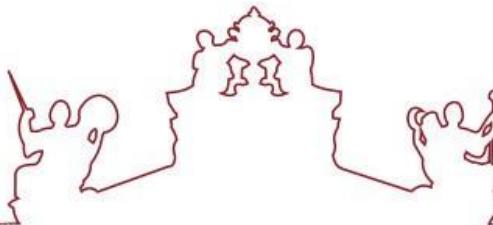
Sanchez, C. (18 de 11 de 2020). *Normas APA actualizadas*. 7^a edición. Obtido de <https://normas-apa.org/citas/>

Schön, D. (1983). *El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona: Paidós.

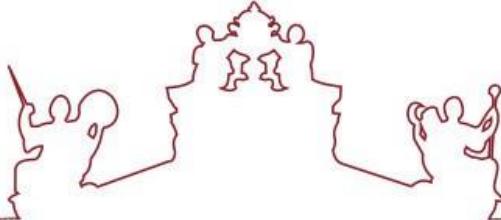
Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver



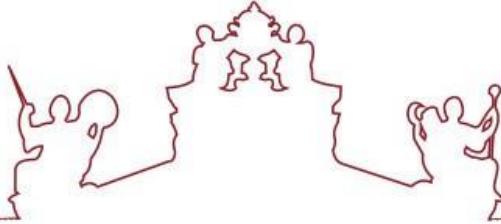
-
- a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3): 15-23.
- Servicio Andaluz de Salud. (2010). *Ambiente terapéutico en Salud Mental*. Sevilla: Área de Dirección de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Serviço Nacional de Saúde. (10 de 09 de 2020). *SNS. Serviço Nacional de Saúde*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>
- Serviço Nacional de Saúde. (23 de febrero de 2021). *Transparência SNS*. Obtido de <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refinetempo=2019>
- Simões, J. (2010). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - Um Percurso Comentado*. Coimbra: Almedina.
- Tunestveit, J., Baghestan, E., Natvig, G., Eide, G., & Vika Nilsen, A. (03 de Abril de 2018). Factors associated with obstetric anal sphincter injuries in midwife-led birth: A cross sectional study. *Midwifery*, pp. 264-272.
- Warmink-Perdijk, W., Koelewijn, J., de Jonge, A., Van Diem, M., & Lagro-Janssen, A. (January de 2016). Better perineal outcomes in sitting birthing position cannot be explained by changing from upright to supine position for performing an episiotomy. *Midwifery*, 34(1-6).
- WHO, World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for positive childbirth experience*. Génova.
- World Health Organization. (2011). *WHO recommendations for Induction of labour*.
- Zhao, Y., Flatley, C., & Kumar, S. (2017). Intrapartum interventions rates and perinatal outcomes following induction of labour compared to expectant management at term from an Australian perinatal centre. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40-48.
- ACAI. (24 de 10 de 2019). *acaive.com*. Obtenido de <https://www.acaive.com/la-ive-en-espana-esta-disminuyendo-y-se-realiza-en-las-primeras-semanas-de-gestacion/notas-de-prensa/>
- Alligood, M., & Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.
- Associação Portuguesa pelos direitos da Mulher na Gravidez en Parto. (2015). *Experiências de Parto em Portugal*. Lisboa.
- Bailit, J., Grobman, W., Murguia Rice, M., Wapner, R., Reddy, U., Varner, M., . . . Kennedy, E. (2015). Evaluation of delivery options for second-stage events. *American Journal of obstetrics and gynecology*, 638.e1-638.e10.
- Barros, H., Rodrigues, C., & Teixeira, C. (2018). *Meio Caminho Andado. Relatório Primavera 2018*. Observatório Portugués dos sistemas de Saúde, Lisboa.
- Conceito.de. (01 de 09 de 2020). Obtenido de <https://conceito.de/metodologia>
- Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável. (06 de noviembre de 2020). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e o BCSD Portugal*. Obtenido de <https://www.ods.pt/>
- De Jonge, A., Van Diem, M., Scheepers, P., Buitendijk, S., & Lagro-Janssen, A. (April de 2010). Risk if perineal damage is not a reason to discourage a sitting



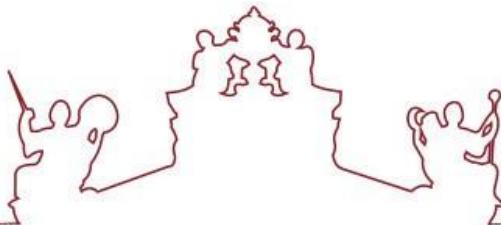
-
- birthing position: a secondary analysis. *The International Journal of Clinical Practice*, 65(5), págs. 611-618.
- Direção-Geral da Saúde. (27 de 10 de 2020). *Orientação da Direção-Geral da Saúde. Obtenido de Trabalho de parto estacionário:* <https://www.dgs.pt/directrizes-dags/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>
- Edqvist, M., Blix, E., Hedaard, H., Ólafsdottir, O., Hildingsson, I., Ingversen, K., . . . Lindgren, H. (2016). Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
- FAME. (2008). *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. Madrid.
- Gobierno de Canarias. (24 de 07 de 2020). *Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias*. Obtenido de <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=f28614c6-7aca-11df-b998-6ff93f31e00f&idCarpeta=04d48f0a-541c-11de-9665-998e1388f7ed>
- Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde. (27 de 10 de 2020). *SNS*. Obtenido de <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&q=casais>
- Grupo José de Mello. (22 de Marzo de 2020). *José de Mello*. Obtenido de <https://www.josedemello.pt/presidente-da-republica-presidiu-inauguracao-do-hospital-cuf-descobertas/>
- Harper, L., Shanks, A., Tuuli, M., Roehl, K., & Cahill, A. (2013). The risk and benefits of internal monitors in laboring patients. *American journal of obstetrics and gynecology*, 38.e1-6.
- Hospital Garcia de Orta, EPE. (21 de 10 de 2019). *hgo.pt*. Obtenido de <http://www.hgo.pt/Hospital/Historia.aspx>
- Hsieh, W.-C., Liang, C.-C., Wu, D., Chang, S.-D., Chueh, H.-Y., & Chao, A.-S. (2014). Prevalence and contributing factors of severe perineal damage following episiotomy-assisted vaginal delivery. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 481-485.
- Hsieh, W.-C., Liang, C.-C., Wu, D., Chang, S.-D., Chueh, H.-Y., & Chao, A.-S. (2014). Prevalence and contributing factors of severe perineal damage following episiotomy-assisted vaginal delivery. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 481-485.
- Instituto Nacional de Estatística. (10 de 09 de 2020). *Instituto Nacional de Estatística*. Obtenido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_tema&xpid=INE&tema_cod=1115
- Lusíadas. (27 de 11 de 2019). *Hospital de Cascais*. Obtenido de <https://www.hospitaldecascais.pt/pt/hospital/Paginas/dados.aspx>
- Mattison, C., Dion, M., Lavis, J., Hutton, E., & Wilson, M. (2018). Midwifery and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Wiley Birth. Issues in perinatal care*.



-
- McCoyd, J., Curran, L., & Munch, S. (2019). They say, "If you don't relax... you're going to make something bad happen": Women's emotion management during medically high-risk. *Psychology of Women Quarterly*.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). *Induction of labour*.
- Neuman, B., & Fawcet, J. (2011). *The Neuman System Model*. 5^a Edição. Boston: Pearson Education, Inc.
- OE. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário da República, Lisboa.
- Olza, I., Leathy-Warren, P., & et al. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Diário da República.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. Ginebra.
- Retrato de Saúde. Portugal. (2018). *Ministerio da Saúde*. Obtenido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAÚDE_2018_compressed.pdf
- Sanchez, C. (18 de 11 de 2020). *Normas APA actualizadas*. 7^a edición. Obtenido de <https://normas-apa.org/citas/>
- Schön, D. (1983). *El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona: Paidós.
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3): 15-23.
- Servicio Andaluz de Salud. (2010). *Ambiente terapéutico en Salud Mental*. Sevilla: Área de Dirección de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Serviço Nacional de Saúde. (10 de 09 de 2020). *SNS. Serviço Nacional de Saúde*. Obtenido de <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>
- Serviço Nacional de Saúde. (23 de febrero de 2021). *Transparência SNS*. Obtenido de <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refinetempo=2019>
- Simões, J. (2010). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - Um Percurso Comentado*. Coimbra: Almedina.
- Tunestveit, J., Baghestan, E., Natvig, G., Eide, G., & Vika Nilsen, A. (03 de Abril de 2018). Factors associated with obstetric anal sphincter injuries in midwife-led birth: A cross sectional study. *Midwifery*, págs. 264-272.
- Warmink-Perdijk, W., Koelewijn, J., de Jonge, A., Van Diem, M., & Lagro-Janssen, A. (January de 2016). Better perineal outcomes in sitting birthing position cannot be explained by changing from upright to supine position for performing an episiotomy. *Midwifery*, 34(1-6).
- WHO, World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for positive childbirth experience*. Génova.
- World Health Organization. (2011). *WHO recommendations for Induction of labour*.
- Zhao, Y., Flatley, C., & Kumar, S. (2017). Intrapartum interventions rates and perinatal



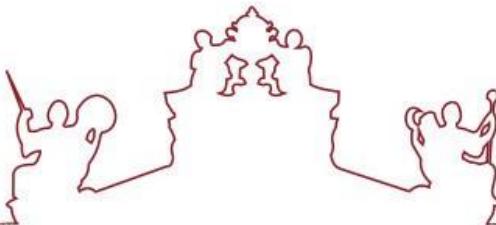
outcomes following induction of labour compared to expectant management at term from an Australian perinatal centre. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40-48.



7. Anexos

➤ Anexo 1

1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA <small>(A ser anexado apenas em GecDOC)</small>	2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO <small>(A ser anexado apenas em GecDOC)</small>
3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE	
Nome Completo: <u>TANIA ESTEFANIA MONTESDEOCA DIAZ</u> Número: <u>m41879</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado Curso: <u>MESTRADO SAÚDE MATERNA E OBSTETRICA</u> Especialidade/Plano Alternativo: <u>Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u>	
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE	
Telef.: <u>+34660315534</u> E-mail: <u>taniamd01@hotmail.com</u>	
5. PROPOSTA	
<input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto <small>Neste caso, marcar os quadros deste formulário em que propõe alterações (não deve preencher os respetivos quadros)</small> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.	
6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO <small>(A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)</small>	
<div style="height: 100px; background-color: #f0f0f0;"></div>	
7. TIPO DE TRABALHO <small>(de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</small>	8. LÍNGUA DE REDAÇÃO
<small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Teses Formato da Teses <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Comilação de artigos publicados <input type="checkbox"/> Outra ou conjunto de obras, ou redações, com carácter inovador (na opinião da orientadora)	<input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____
9. TÍTULO DO TRABALHO	
Título (na língua de redação): <u>Fatores relacionados ao trauma perineal no parto eutóxico</u> Título em Inglês: <u>Factors related to perineal trauma in eutocic delivery</u>	



10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(s) de aceitação)

Nome: **Maria da Luz Ferreira Barros**

Universidade/Instituição: **Universidade de Évora / Escola Superior de Enfermagem São João de Deus**

N.º Identificação Civil: **082579806** -**773** Tipo de Identificação: Ar cc Passaporte Outro:

Telef.: **917127477** E-mail: **mlb@uevora.pt** ID ORCID: **0000-0002-5620-0162**

Nome:

Universidade/Instituição:

N.º Identificação Civil: **_____** Tipo de Identificação: Ar cc Passaporte Outro:

Telef.: **_____** E-mail: **_____** ID ORCID: **_____**

Nome:

Universidade/Instituição:

N.º Identificação Civil: **_____** Tipo de Identificação: Ar cc Passaporte Outro:

Telef.: **_____** E-mail: **_____** ID ORCID: **_____**

11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO

Domínio Científico e Tecnológico (Área POS): **Ciências da Saúde**

Consulte a lista de Áreas POS em: <http://www.dgenc.mec.pt/pt/04/29>

Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): **Posicion de la mujer, daño perineal; spniotomia; expulsivo; parto**

12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA

Trauma perineal no parto autóctono

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este Impresso]

Anexo

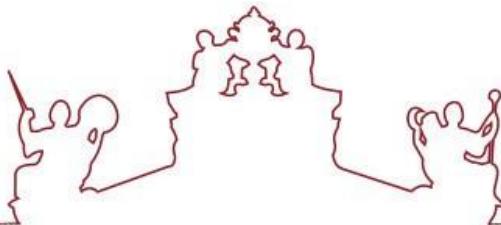
14. DOCUMENTOS ANEXOS

- Plano de Trabalho
- Cronograma
- Declaração de Orientador(es)
- Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (deve incluir o(s) orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se engajou e a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º ciclo.
- Outros: _____

15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE

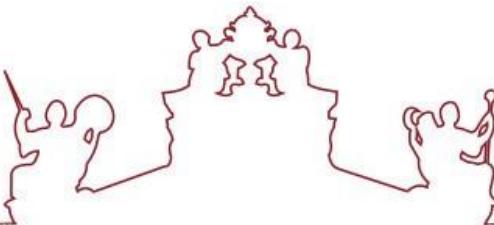
Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUE) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.

Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederá nos termos de referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/DE/TP.



➤ Anexo 2

 Serviços Académicos	<p>Projeto de Tese/Dissertação/Estágio/Trabalho de Projeto</p> <p>PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA</p> <p>Impresso a anexar ao T-005 no caso de projetos que contemplem experiências com seres vivos, com vista ao pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora</p>	MODELO T-013 Ano Letivo: 2019 / 2020
1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE <p>Nome Completo: TANIA ESTEFANÍA MONTESDEOCA DÍAZ</p> <p>Número: m41879 Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado</p> <p>Curso: Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</p> <p>Especialidade/Plano Alternativo: Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica</p>		
2. CONTACTOS DO ESTUDANTE <p>Telef.: +34660315534 E-mail: taniaemd01@hotmail.com</p>		
3. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO <p>Título do Projeto: Fatores relacionados ao trauma perineal no parto eutóxico.</p> <p>Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal: Maria Luz Ferreira Barros</p> <p>Responsáveis Académicos - Colaboradores:</p>		
4. RESUMO <p>O trauma perineal de diferentes graus constitui a forma mais frequente de lesão obstétrica (Warmink-Perdijk, Koelewijn, de Jonge, Van Diem, & Lagro-Janssen, 2016).</p> <p>À mudança de orientação na posição do parto de vertical para horizontal, que limita a mobilidade das mulheres, é adicionada uma intervenção e medicalização, que gerou ainda mais perda de intimidade e capacidade de tomada de decisão nas mulheres e/ou seu parceiro ou acompanhante durante o parto. Nos últimos anos, há alguma controvérsia em tudo o relacionado à posição materna durante o parto, questionando a posição da litotomia como adequada para esse processo e propondo que é a mulher quem decide a posição que deseja adotar (WHO, World Health Organization, 2018).</p> <p>De acordo com o debate do grupo de peritos, no sentido de consensualizar o conceito de parto normal, com base na definição utilizada pela OMS, entende-se Parto Normal por: Parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação céfálica de vértece, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição (I.eic, 2010).</p> <p>De acordo com os diferentes estudos consultados, a grande maioria concorda em estabelecer como fatores de risco para danos perineais: idade materna, paridade, etnia, duração da segunda etapa do trabalho de parto e peso do feto ao nascimento (De Jonge, Van Diem, Scheepers, Buitendijk, & Lagro-Janssen, 2010). Para a recolha de dados será utilizada uma grelha onde constam as variáveis consideradas para o estudo.</p>		



5. FUNDAMENTAÇÃO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO

As lesões perineais pós-parto podem estar relacionadas à prática de episiotomia ou ao aparecimento de lacerações. Podem ocorrer nos pequenos lábios, na uretra, no clítoris, na parede vaginal, nos músculos perineais, no esfíncter ou na mucosa anal. Diferentes estudos revelam que entre 30-40% e 84% das mulheres são afetadas por estas lesões. Essas diferenças devem-se a um método desigual de registo e a diferentes critérios para a definição de lesões (Edqvist, y otros, 2016).

De acordo com o Relatório de Primavera de Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018): "Outra prática particularmente mais frequente em Portugal comparativamente com os restantes países europeus é a da episiotomia. Usando dados recolhidos para 20 países em 2010 no âmbito do projeto Euro-Peristat (www.europeristat.com) e considerando os partos vaginais, observou-se uma variação na frequência de episiotomia de 3,7% na Dinamarca a 73% em Portugal, mostrando como é controverso o uso por rotina da episiotomia. Embora esses dados tenham melhorado um pouco (54,1% em 2015), é um número que ainda precisa melhorar (Barros, Rodrigues, & Teixeira, 2018).

No entanto, a relação entre a postura adotada no parto e o aparecimento de lesões perineais ainda é incerta, os estudos realizados são inconclusivos e não permitem recomendar uma postura sobre outro, apenas aconselhando a mãe a adotar a posição mais confortável para ela. A posição ao nacer está fortemente relacionada ao dano perineal, portanto, e de acordo com as recomendações da OMS, "recomenda-se incentivar a adoção de uma posição para dar à luz à sua escolha, incluindo posições verticais" (WHO, World Health Organization, 2018).

6. OBJETIVOS

O objetivo geral do trabalho é:

- Analisar os fatores relacionados com os danos perineais no parto eutóxico.

E os objetivos específicos são:

- Adquirir competências na prestação de cuidados de enfermagem em saúde materna e obstétrica.
- Identificar a incidência de dano perineal (episiotomias, lacerações).
- Conhecer as diferentes posições escolhidas pelas parturientes e/ou pelas enfermeiras especialistas para o período expulsivo.
- Identificar a influência dos fatores de risco nos danos perineais no parto eutóxico.

7. SELEÇÃO DA AMOSTRA

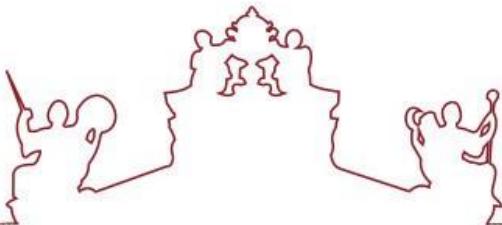
A população a ser analisada será composta por mulheres que tiverem parto nos hospitais em que os estígios são realizados. A amostra é constituída por mulheres que preencham os critérios de inclusão, no período de novembro de 2019 a junho de 2020.

Critérios de exclusão:

- Partos pré-termo
- Partos distóxicos.
- Mulheres com idade inferior a 18 anos.
- Indução de trabalho de parto.

Critérios de inclusão:

- Partos a termo.
- Partos eutóxicos.
- Mulheres com idade igual ou superior a 18 anos.



8. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este é um estudo de tipo descritivo, exploratório, quantitativo, com base na recolha sistemática das variáveis ou fatores de risco (idade materna, paridade, etnia, duração do 2º estádio do trabalho de parto, peso ao nascimento, posição ao nascimento, dano perineal), tornando como fonte de informação os registos dos partos.

À medida que a recolha de dados é realizada, serão introduzidos no programa estatístico SPSS.

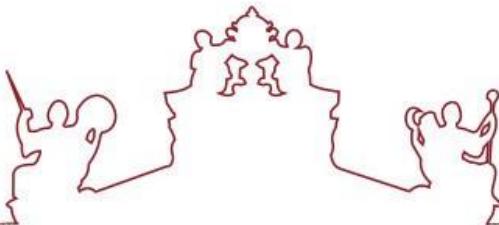
Terminado o período de permanência nos diferentes hospitais e serviços, serão analisados os dados obtidos através de programas informáticos.

9. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Anexo - Grelha de recolha de dados.

10. COMO SERÃO RECOLHIDOS OS DADOS

As mulheres serão escolhidas aleatoriamente nos diferentes blocos de partos onde desenvolverei o estágio levando em consideração os fatores de inclusão e exclusão.



11. COMO SERÁ MANTIDA A CONFIDENCIALIDADE NOS REGISTOS

Não serão recolhidos dados que possam revelar dados pessoais e de identificação das mulheres, apenas serão utilizados dados clínicos. Para a identificação de cada uma delas, utilizarei um número seguido pela abreviatura do hospital em que os dados foram recolhidos.

12. ESTUDOS PRÉVIOS EM QUE SE BASEIA ESTA INVESTIGAÇÃO

- o Barros, H., Rodrigues, C., & Teixeira, C. (2018). Meio Caminho Andado. Relatório Primavera 2018. Observatório Português dos sistemas de Saúde, Lisboa.
- o De Jonge, A., Van Diem, M., Scheepers, P., Buitendijk, S., & Lagro-Janssen, A. (April de 2010). Risk if perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis. *The International Journal of Clinical Practice*, 65(5), págs. 611-618.
- o Edqvist, M., Blix, E., Hedstrand, H., Ólafsdóttir, O., Hildingsson, I., Ingversen, K., ... Lindgren, H. (2016). Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
- o Leite, L. (2010). Documento de Consenso "Pelo Direito ao Parto Normal - Uma Visão Partilhada", acordado e assinado a 28 de janeiro de 2010. Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, Lisboa.
- o Warmink-Perdijk, W., Koolewijn, J., de Jonge, A., Van Diem, M., & Lagro-Janssen, A. (January de 2016). Better perineal outcomes in sitting birthing position cannot be explained by changing from upright to supine position for performing an episiotomy. *Midwifery*, 34(1-6).
- o WHO, World Health Organization. (2018). Intrapartum care for positive childbirth experience. Génova.

13. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO UTILIZADO NO ESTUDO

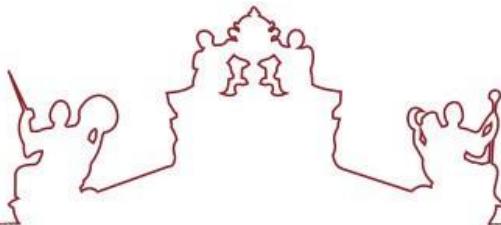
Será pedida autorização aos hospitais para a consulta dos dados dos partos.

14. DOCUMENTOS ANEXOS

- Grelha de recolha de dados
- Cronograma
-
-

15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsinqui, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos.



➤ Anexo 3



Documento 2 0 0 3 8

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros,

Profº. Doutora Margarida Amoedo
Prof. Doutor Paulo Infante
Profº. Doutora Sandra Leandro

deliberaram dar

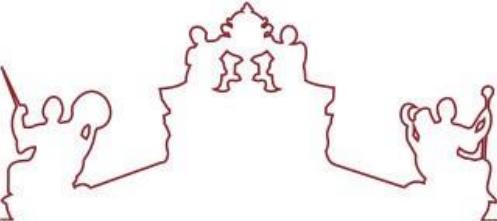
Parecer Positivo

para a realização do Projeto: "Fatores relacionados ao trauma perineal no parto eutóxico." pela mestrandra **TANIA ESTEFANÍA MONTESDEOCA DÍAZ**, sob a supervisão da Profº. Doutora Maria da Luz Ferreira Barros (responsável académica).

Universidade de Évora, 27 de fevereiro de 2020

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)



➤ Anexo 4

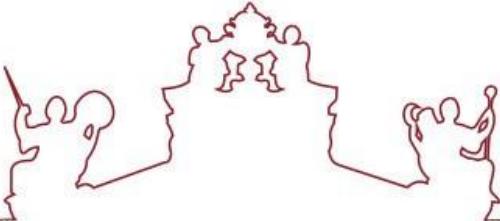
uevora
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
Largo Júlio de Barros

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Estágio Final
Ano Lectivo 20__ /20__

Nome do Aluno Tânia ESTEFÂNIA MONTEIRO COCA BI01 _____ Nº m. 41879

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	114
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente • Partos eutópicos (40) • Participação activa em partos pélvicos • Participação activa em partos gemelares • Participação activa noutrous partos • Episiotomia • Episiorrafia / perineorrafia	51 1 14 1 42
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40) • Gravidez • Trabalho de parto • Puerpério	298 17 35
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	108
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	108
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	50
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	17

Rubrica Professor
Maria da Luz Barreiro



8. Apêndices

➤ **Apêndice 1**

BLOCO DE PARTOS Nº 8, LAS PALMAS DE GC



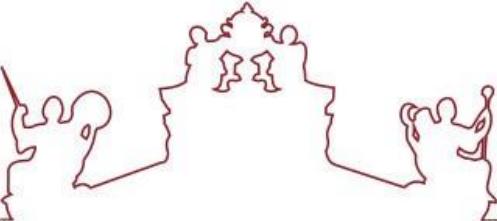
➤ **Apêndice 2**

Reflexões críticas dos estágios

- Consultas Externas de Obstetricia do Hospital Garcia da Orta

Nos dias nesta consulta, tive algumas dúvidas sobre "porque induzir antes de 42 semanas quando há bem-estar materno-fetal?", "Porque não informar a mãe sobre a possibilidade de atitude expectante?".

Um estudo realizado na Austrália, com uma amostra de mais de 44.000 mulheres, concluiu que "a indução do trabalho de parto em comparação ao tratamento expectante está associada a taxas mais baixas de parto vaginal e aumenta o risco de comprometimento intra-parto fetal com cesariana de emergência" (Zhao, Flatley, & Kumar, 2017). Embora haja

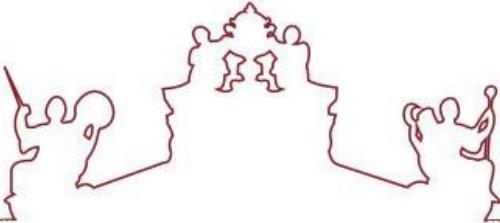


controvérsia na literatura sobre a idade gestacional na qual iniciar a indução, é necessário estudar rigorosamente cada caso individualmente, pois a OMS (2015) alerta que riscos e benefícios sempre devem ser avaliados em qualquer intervenção no parto.

Na consulta de Materno-fetal duas mulheres são atendidas pela enfermeira com a única separação de um biombo. Às vezes, elas também são acompanhadas pelo parceiro ou por outra pessoa. As duas áreas de avaliação das enfermeiras estão localizadas a lo longo da sala; portanto, a segunda enfermeira, quando termina, passa ela e a mulher no meio de onde a outra mulher e a outra enfermeira estão na consulta.

Embora exista pouca evidência científica a esse respeito, numa localidade espanhola, em sua análise de situação e recomendações para unidades de hospitalização e comunidades terapêuticas, afirma que “o espaço físico é uma parte básica do ambiente terapêutico e tem um efeito importante sobre as pessoas que vivem nele: pacientes e profissionais. Para que o espaço físico seja terapêutico, é essencial encontrar um equilíbrio entre aspectos como segurança, privacidade e dignidade, levando em consideração a perspetiva de gênero e as diferenças culturais” (Servicio Andaluz de Salud, 2010). A Ordem dos Enfermeiros no seu Regulamento nº 140/2019 publicado no Diario da República do dia 6 de fevereiro de 2019 sobre as Competências Comuns do Enfermeiro Espacialista no Domínio B da Melhora Continua da Qualidade diz que o Enfermeiro especialista deve “Garantir um ambiente terapêutico e seguro e promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos individuos/grupo” (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

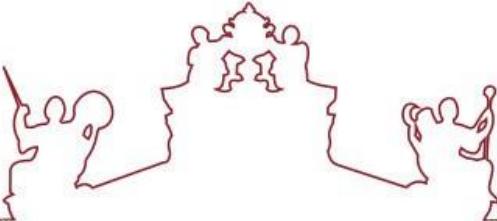
Na consulta de Interrupções da gravidez, fui informada de que o hospital possui um alto índice de objetores de consciência no nível profissional, sendo realizado por um número limitado de técnicos. Esse assunto foi refletido no momento em que uma mulher solicitou a prática cirúrgica da interrupção, e a enfermeira informou-a da falta de acesso a esse método devido à objeção dos próprios profissionais. Segundo a Asociación de Clínicas Acreditadas para la interrupción del Aborto (ACAI), em relação à objeção de consciência, “não responde,



principalmente, a valores morais, mas a razões de prestígio profissional. Realizar abortos é uma prática estigmatizada e, portanto, a reflexão geral é que, como médico, não me adiciona, mas subtrai a projeção profissional e, consequentemente, evito sua prática” e que “o método farmacológico, sendo este um método seguro, se realizado com supervisão e acompanhamento, está-se tornando um aliado inesperado da objeção de consciência, uma vez que a técnica farmacológica pode envolver um envolvimento mínimo do pessoal médico e de saúde no processo de aborto, uma vez que é a mulher a que com esta técnica praticamente realiza sua interrupção por si só. Isso permite que os profissionais que não desejam realizar abortos permaneçam à margem, simplesmente fornecendo as doses correspondentes de mifepristone e misoprostol. Portanto, a generalização do método farmacológico encontra aliados entre o pessoal médico que se opõe ao aborto ou entre aqueles que não desejam cruzar sua carreira profissional com a prática médica do aborto”; “Impor, limitar, generalizar um dos dois métodos sobre o outro, não são mecanismos que reduzam o empoderamento das mulheres; desrespeitoso de sua legítima liberdade de escolha. A mulher deve decidir não apenas se interrompe ou não a gravidez, mas o método com o qual deseja fazê-lo de acordo com sua situação médica e pessoal” (ACAI, 2019).

Toda essa informação me faz pensar que, dentro do direito profissional de ser objeto de consciência, como posso me recusar a acompanhar as mulheres que precisam de nós e cuja atenção também é contemplada na lei como um direito?

Em geral, posso dizer que este estágio foi muito enriquecedor para mim. Desenvolvi competências, iniciei meu contato com mulheres, conheci a funcionamento do serviço, pude compartilhar com os profissionais que o integram, apreciei a alta carga de trabalho que existe e o profissionalismo da equipe com quem estive, que merecem todo o meu respeito e admiração.



- Bloco de Partos Hospital de Cascais

À medida que o estágio se desenvolvia neste serviço, apercebia-me do cumprimento de diferentes procedimentos que me fizeram questionar sobre a sua real indicação e se estariam baseados em evidências atualizadas. Para uma análise reflexiva mais detalhada dessas práticas, decidi tomar como guia as recomendações da OMS de 2018 (WHO, World Health Organization, 2018):

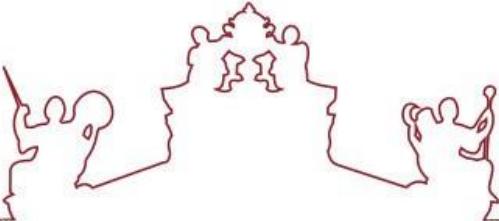
- Na chegada ao SUO, a todas as mulheres em trabalho de parto é feita uma monotorização cardiotocográfica.

De acordo com as recomendações 12 (“A cardiotocografia de rotina não é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal no trabalho de parto espontâneo”) e 13 (“Na admissão ao parto, recomenda-se a auscultação com aparelho de ultrassom Doppler ou estetoscópio fetal Pinard”) da OMS.

“A evidência foi derivada de uma Revisão Sistemática de Cochrane que incluiu quatro ensaios clínicos randomizados realizado na Irlanda (1) e em Reino Unido (3). Mais de 13000 mulheres consideradas de baixo risco de complicações durante o parto foram randomizados para CTG (duração de 15 minutos [1 ensaio] ou 20 minutos [3 ensaios]) ou auscultação com estetoscópio fetal de Pinard ou um Doppler. Os resultados mostram que o CTG na admissão provavelmente está associado a um aumento de cesarianas (estimado em mais 7 por 1000) com pouco ou nenhuma diferença para encefalopatia hipóxico-isquêmica fetal”.

- No internamento no Bloco de Partos, as mulheres recebem a recomendação de fazer um enema.

“O uso rotineiro de enema também não reduz a duração de trabalho nem confere outros benefícios clínicos. É considerado invasivo e associado ao desconforto para as mulheres” (Recomendação 15).



-
- Os exames vaginais são realizados na chegada e, se as mulheres fazem a peridural, são tocadas toda vez que solicitam repicagem analgésica, e isto acontece cada 1-2h.

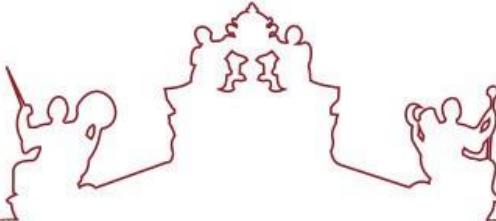
“O exame vaginal digital em intervalos de quatro horas é recomendado para avaliação de rotina das primeira etapa do trabalho de parto em mulheres de baixo risco” (Recomendação 16).

- É realizada rotineiramente cardiotocografia contínua com fio a partir do momento em que as mulheres entram no bloco de parto, mesmo que ainda não estejam em trabalho de parto.

“A cardiotocografia contínua não é recomendada para avaliação do bem-estar fetal em gestantes saudáveis em trabalho de parto espontâneo. O CTG contínuo aumenta o risco de cesariana e outras intervenções médicas, sem ser custo-efetivo. O CTG contínuo pode restringir outras intervenções benéficas durante o trabalho de parto, como a livre escolha de posições, poder andar livremente, e isto pode ser estressante para as mulheres” (Recomendação 17).

“Auscultação intermitente dos batimentos cardíacos fetais com um aparelho de ultra-som Doppler ou um estetoscópio de Pinard é recomendado para mulheres grávidas saudáveis em trabalho de parto. Durante o primer estadío do trabalho de parto cada 15-20 minutos e durante o segundo estadío cada 5 minutos. A duração de cada auscultação deve ser de pelo menos 1 minuto; se a FCF não estiver no normal (110-160 bpm), a ausculta deve ser prolongada para cobrir pelo menos três contrações. Tempo: auscute durante uma contração uterina e continue por pelo menos 30 segundos depois da contração” (Recomendação 18).

- Não é oferecido às mulheres nenhum método de alívio do dor que não seja farmacológico.



“Técnicas de relaxamento, incluindo relaxamento muscular progressivo, respiração, música, atenção e outras técnicas, são recomendadas para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o parto, dependendo das preferências da mulher. A maioria das mulheres desejam algum tipo de alívio da dor durante o parto, e evidências qualitativas indicam que técnicas de relaxamento podem reduzir o desconforto do parto, aliviar a dor e melhorar a experiência materna do parto” (Recomendação 21).

“Os profissionais da saúde devem comunicar às mulheres as opções disponíveis para o alívio da dor em seus partos e discutir as vantagens e desvantagens dessas opções como parte do período pré-natal” (Recomendação 22).

- Todas as mulheres que entram no bloco de partos, a menos que já seja em expulsivo, recebem algum tipo de tratamento para acelerar o processo, seja buscopan, soro, misoprostol ou oxitocina.

“Um pacote de cuidados para a gestão ativa do trabalho de parto para evitar atrasos no trabalho de parto não é recomendado” (Recomendação 27).

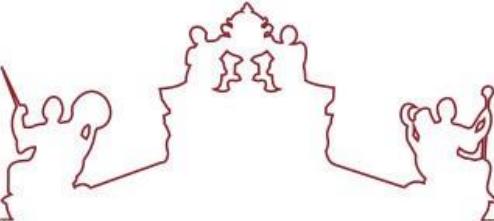
“O uso de amniotomia isoladamente para prevenção de atraso no trabalho de parto não é recomendado” (Recomendação 28).

“O uso de amniotomia precoce com aumento precoce de oxitocina para prevenção de atraso no trabalho de parto não é recomendado” (Recomendação 29).

“O uso de oxitocina para prevenção de atraso no trabalho de parto em mulheres que recebem analgesia peridural não é recomendado” (Recomendação 30).

“O uso de agentes antiespasmódicos para prevenção de atraso no trabalho de parto não é recomendado” (Recomendação 31).

“O uso de fluidos intravenosos com o objetivo de reduzir a duração do trabalho de parto não é recomendado” (Recomendação 32).



-
- As mulheres foram levadas a parir em litotomia ou posição semi-sentada, mesmo para aquelas que tinham desejo anterior de parir em outra posição.

“Para mulheres sem e com analgesia peridural, incentivar a adoção de uma posição para o nascimento a escolha da mulher, incluindo as posições verticais” (Recomendação 34 e 35).

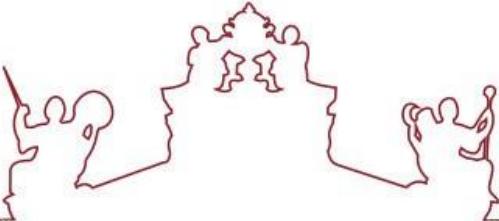
Sobre uma situação de cuidados, no Bloco de Partos de Cascais:

Mulher de 38 anos que entra no bloco de partos devido a uma rotura prematura de membranas com saída de líquido claro há 2 horas, com um índice obstétrico de 1001 e uma idade gestacional de 39 semanas + 3 dias. No serviço de urgência, é feito um CTG que mostra um estado fetal tranquilizador e com uma dinâmica uterina irregular de média amplitude e um toque vaginal para um colo grosso permeável a 2 dedos.

Ao chegar, a mulher expressou seu desejo de não receber analgesia peridural, porque ela nem sabia o que era. Após avaliação médica, a mulher recebe administração oral de misoprostol. Logo começa a expressar muito dor, o monitor reflete uma taquisístolia, bem como desacelerações tardias isoladas. Diante de tanta dor, a mulher é incentivada a receber a epidural e aceita.

Imediatamente após realizar a técnica de analgesia peridural, enquanto eu estava acomodando a senhora na cama, observei uma desaceleração prolongada do batimento cardíaco fetal, alertando meu tutora, que estava a fazer a visita com as ginecologistas. Todos eles vêm para a sala. Dilatação completa e realização de uma ventosa para remoção imediata do bebê.

Entre a chegada da mulher ao hospital e o nascimento, passaram 3-4 horas. Após o nascimento, pude ver no monitor que a desaceleração durou quase 7 minutos, apesar disso o bebê nasceu em boas condições.



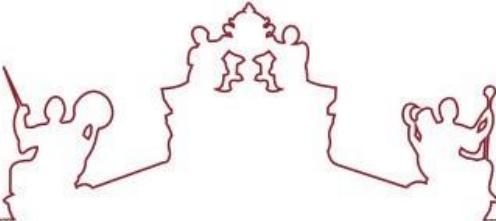
A reflexão é: É realmente necessário fazer uma gestão intervencionista do nascimento? Os riscos são avaliados? Conhecemos os desejos das mulheres pelo nascimento ou tomamos as decisões por elas? Que bem-vinda estamos dando a um bebê quando o apressamos a nascer, fazendo seu corpo mostrar sofrimento?

“Os participantes da consulta técnica da OMS observaram que, nos ensaios incluídos na revisão da Cochrane, a indução do trabalho de parto deve ser iniciada dentro de 24 horas após a ruptura das membranas. A indução do trabalho de parto deve ser realizada apenas quando houver uma indicação médica clara e os benefícios esperados superam seus possíveis danos” (World Health Organization, 2011).

“A indução do trabalho de parto é apropriada aproximadamente 24 horas após a ruptura das membranas. Os cuidados a ter em conta som: não fazer toques vaginais, controlar a FCF após a rotura da bolsa e cada 24h, controlar movimentos fetais, não é necessário controlar a infecção com análises de sangue, controlar a temperatura a cada 4h e valorar o altere da cor ou o cheiro do líquido amniótico, a ducha e os banhos não se evidenciaram que aumentaram o risco de infecção, evitar relações sexuais com penetração” (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008).

Para concluir o que foi aprendido e refletido, gostaria de me referir a esta frase de um artigo de meta-síntese da psiquiatra infantil e ativista Ibone Olza:

“Dar à luz fisiologicamente e com o apoio de cuidadores empáticos, é um trabalho psicológico que parece gerar um senso de empoderamento na transição para a maternidade. Os benefícios desse processo podem ser maximizados por meio de apoio físico, emocional e social para as mulheres, aumentando sua crença na capacidade de parir sem perturbar a fisiologia, a menos que haja uma necessidade convincente. Os profissionais de saúde precisam entender os efeitos fortalecedores da experiência psicológica de um parto fisiológico” (Olza, Leathy-Warren, & et al, 2018).



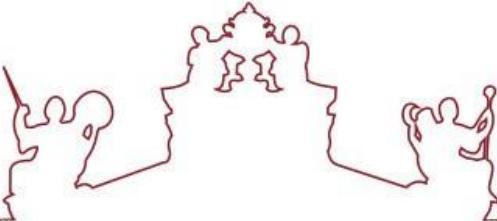
- Internamento grávidas do Hospital Garcia da Orta

O desenvolvimento deste estágio foi muito enriquecedor para mim, pude aprender muito e acompanhar as mulheres de uma maneira holística, conhecê-las individualmente e sentir envolvimento e curiosidade sobre a evolução de seu processo.

O mais enriquecedor da experiência neste serviço foi poder acompanhar as mulheres nos seus processos, algumas com longos internamentos, com seus medos. Querendo voltar ao serviço no próximo turno, para saber da sua situação clínica, visitá-las após o parto. Acompanhar as emoções, dar apoio, compreensão, empatia, ser alguém com quem elas querer conversar.

“Um estudo publicado na revista Psychology of Women Quarterly mostrou que, embora seja importante manter a ansiedade e o estresse ao mínimo durante a gravidez, no caso de gestações de alto risco isso é fundamental, pois pode aumentar o risco de parto prematuro. Os pesquisadores entrevistaram 16 mulheres hospitalizadas por gestações de alto risco e descobriram que tentar controlar suas emoções por conta própria acrescentou um “fardo adicional pesado” a uma experiência já stressante. Os pesquisadores sugerem que a intervenção profissional com visualização, atenção plena, trabalho cognitivo-comportamental e/ou terapia de aceitação e comprometimento (um tipo de psicoterapia que ajuda a aceitar as dificuldades) podem ser intervenções úteis para lidar com esse grupo populacional em situação vulnerável. O atendimento psicológico não é algo que as mulheres com gestações complicadas possam oferecer a si mesmas, mas idealmente deve ser considerado como mais um aspecto de atenção à saúde em prevenção” (McCoyd, Curran, & Munch, 2019).

Senti um bom ambiente de trabalho, onde as funções são realizadas em equipa, e os profissionais conhecem todas as mulheres internadas. O trabalho foi realizado num ambiente de empatia e assertividade.

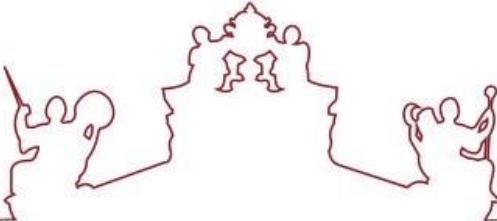


- Puerpério CUF Descobertas

Em relação a todas as informações apresentadas sobre este serviço, torna-se essencial fazer uma reflexão crítica sobre o que foi aprendido e vivido em um hospital de gestão privada, com esse índice de cesarianas e onde até os partos normais são atendidos por médicas obstétricas.

Durante o estágio neste serviço de puerpério, tive que responder a perguntas relacionadas principalmente com amamentação, mas também em relação aos hábitos intestinais do bebé e ao sono. O mais complexo foi o relacionado com a amamentação: bebés muito sonolentos com dificuldades para fazer uma boa pega e mamada, mães cansadas, com pouca autoconfiança e perdas. Profissionais que aconselham reforço de leite artificial, na minha opinião, sem uma necessidade real e também sem usar as técnicas recomendadas para favorecer uma boa pega na mama (uso de copo ou seringa). Não tenho dados exatos, mas posso dizer que 70-80% dos bebés e mães que acompanhei usavam leite artificial. Não sei dizer se isso é devido à falta de tempo para se dedicar às mães ao lado da cama ou devido à falta de valorização da amamentação e aos desejos das mulheres. O acompanhamento dessas mulheres requer o esforço de ter ferramentas para facilitar a amamentação, mas também a sensibilidade para captar como elas estão emocionalmente e reforçar suas capacidades como mamíferas para amamentar seus bebés. Suporte na autoconfiança como base para fazer o que se deseja.

No desenvolvimento das competências como enfermeira especialista tive que fazer pesquisas e revisão da teoria estudada em tópicos como: involução uterina ao longo do tempo, valores normais e anormais de glicose no sangue neonatal, características e modificações das fezes do recém-nascido, alterações na mama e na composição do leite ao longo da mamada, características dos lóquios no puerpério imediato, precoce e tardio. Esta revisão também foi muito útil para esclarecer dúvidas antes da alta, momento em que é dedicado um tempo suficiente ao casal e muitas informações são reforçadas.



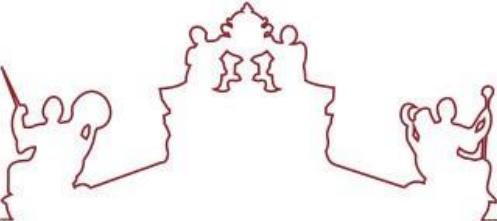
Em relação ao tipo de profissionais que atendem os partos eutócicos em mulheres de baixo risco, quero contribuir com o resultado obtido no seguinte estudo:

- ✓ É um estudo realizado em Ontario (Canadá) com uma amostra de 1900 mulheres. Eles usam a satisfação das mulheres como uma das chaves para avaliar a experiência do cuidado recebido. A satisfação materna e a experiência do paciente estão relacionadas a melhores resultados de saúde do recém-nascido. O objetivo do estudo foram examinar se existe uma diferença na satisfação da experiência do parto entre mulheres que receberam atendimento de enfermeiras em comparação com médicos. O estudo constatou que as mulheres cuidadas por enfermeiras em Ontário tiveram três vezes mais *chances* de ficarem altamente satisfeitas com os cuidados em comparação com as mulheres cuidadas pelos médicos (Mattison, Dion, Lavis, Hutton, & Wilson, 2018).

Quanto às taxas de cesariana:

- ✓ A OMS diz “desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Nos últimos anos, governos e profissionais de saúde têm manifestado crescente preocupação com o aumento no número de cesarianas e suas possíveis consequências negativas sobre a saúde materna e infantil. A cesariana é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebés, porém apenas quando indicada por motivos médicos. Ao nível populacional, taxas de cesarianas maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal. A cesariana pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte” (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Concluindo, embora considere que no hospital aqui exposto, não são realizadas práticas saudáveis ou apoiadas por organizações internacionais, sobre a formação, foi desenvolvido muito aprendizagem sobre o puerpério imediato e precoce, vimos de perto as dificuldades das mulheres nas primeiras horas de vida de seus bebés para conseguir uma

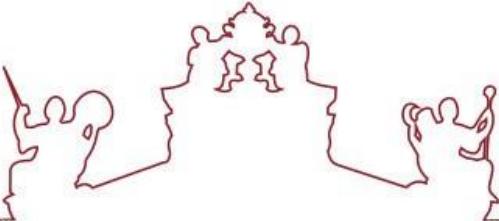


amamentação eficaz, apesar da alta disposição para amamentar. Considero que é um serviço que requer, acima de tudo, profissionais que estejam conscientes da amamentação e queiram oferecer um apoio mais abrangente às mães.

- Bloco de Partos Hospital de Gran Canaria

A prática mais comum de fórceps vs ventosa me chamou a atenção, considerando o hospital "escola de fórceps". Na pesquisa para saber o efeito entre o uso de um ou outro, encontrei o seguinte: Numa amostra de 2531 mulheres analisou os efeitos entre o uso de fórceps, ventosa e cesariana. Os resultados obtidos dizem que a extração por vácuo foi associada à menor frequência de complicações maternas (infecções maternas 0,2% vs 0,9% em fórceps; hemorragia pos-parto 1,4% vs 2,8% em fórceps, lacerações severas 19,1% vs 33,8% em fórceps) (Bailit, y otros, 2015).

Outra prática muito comum neste hospital é a monitorização interna da dinâmica uterina e dos batimentos cardio-fetais. É utilizada mesmo que haja um bom foco externo, para maior precisão da dinâmica uterina, nos casos de necessidade de administração de oxitocina, e para maior controle dos BCF. Num estudo com 1456 mulheres das quais com tocodynamometria interna (734) e monitorização externa (722). A taxa de parto instrumental foi de 31,3% no grupo de tocodynamometria interna e 29,6% no grupo de monitorização externa. Os resultados secundários não diferiram significativamente entre os dois grupos. A taxa de resultados neonatais adversos foi de 14,3% com monitorização interna e 15,0% com externa. Como resultados eles obtêm que, a tocodynamometria interna durante o trabalho de parto induzido ou aumentado, em comparação com a monitorização externa, não reduziu significativamente a taxa de partos cirúrgicos ou de resultados neonatais adversos. Outro estudo mostrou que, “mulheres com monitores internos eram mais propensas a ter febre do que mulheres sem monitores internos” (Harper, Shanks, Tuuli, Roehl, & Cahill, 2013).



➤ Apêndice 3

13.

RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Universidade de Évora (UE), permite atingir conhecimentos e competências para cuidar da mulher em todas as etapas da saúde reprodutiva. As competências da enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica estão definidas em documento legal de Ordem dos Enfermeiros no Regulamento de 2019. Neste, “*define -se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar -se — a Mulher, como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter -relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspetiva coletiva como grupo -alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns*” (OE, 2019).

No contexto da minha formação como Mestranda nesta área, a elaboração do relatório de estágio de natureza profissional assume-se como uma oportunidade de reflexão crítica do processo de aquisição e desenvolvimento de competências clínicas e de investigação. No âmbito da investigação, decidi escolher como tema de pesquisa e estudo a “Relação entre a posição da mulher durante o período expulsivo de um parto eutóxico e o dano perineal”, fruto da minha preocupação de acompanhar as mulheres com respeito e com base em evidências científicas nos seus processos sexuais e de maternidade.

As lesões perineais causadas pelo parto, estão associadas a morbilidade a curto e a longo prazo, além de dor perineal, a dispareunia e a incontinência anal. Os sintomas de curto e longo prazo têm impacto no quotidiano das mulheres e na qualidade de vida daquelas em que os efeitos persistem. A prevalência de lesões perineais de qualquer tipo é de 77% a 86%, das quais 60% precisam ser suturadas (Edqvist, y otros, 2016).

Com foco em Portugal, o país onde irei realizar o trabalho de pesquisa e de acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde, entre outras, são obtidas as seguintes informações: “Outra prática particularmente mais frequente em Portugal do que em os demais países europeus são a episiotomia. Enquanto na Dinamarca eles têm uma frequência de 3,7%, em Portugal (em 2015) estávamos nos 73% (Barros, Rodrigues, & Teixeira, 2018).

A APEO (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras), em colaboração com a Federación de Asociaciones de Matronas de Espanha (FAME), em 2008, elaboraram um documento de consenso, baseado em evidência científica e de acordo com as recomendações da OMS, onde é afirmado que a mobilidade é facilitadora da evolução positiva do Trabalho de Parto e proporciona conforto à parturiente; a deambulação e a liberdade de movimentos ajudam a mulher a lidar com a sensação dolorosa; a posição supina está contraindicada, pois exerce pressão na aorta-cava podendo comprometer o bem-estar materno e fetal; está ainda associada à diminuição da dinâmica uterina e a evidência sugere que quando a mulher alterna posições e adota posições verticais durante a dilatação sofre menos dor, tem menos necessidade de analgesia epidural, ocorrem menos alterações da Frequência Cardíaca Fetal e há tendência para o encurtamento do tempo do 1º estádio do TP. (FAME, 2008).

Após a realização de uma revisão da literatura, refleti sobre os fatores de risco de trauma perineal tendo considerado as variáveis mais mencionadas. As razões pelas quais as variáveis consideradas serão por mim estudadas estão detalhadas abaixo:

- Paridade: “*A multiparidade foi associada a um risco 3,6 vezes menor de lacerações perineais graves, em comparação com nuliparidade. O possível mecanismo responsável pela diferença de risco é a falta de elasticidade do períneo entre as mulheres nulíparas*” (Hsieh, y otros, Prevalence and contributing factors of severe perineal damage following episiotomy-assisted vaginal delivery, 2014).
- Etnia: “*Vários relatórios demonstraram que as mulheres chinesas e outras asiáticas têm maior incidência de laceração perineal grave em comparação com outros grupos étnicos. Isso pode ser por causa do fato que as mulheres asiáticas têm um períneo relativamente mais curto, daí menor grau de alongamento e maior risco de alterações*



fetais-maternas desproporção” (Hsieh, y otros, Prevalence and contributing factors of severe perineal damage following episiotomy-assisted vaginal delivery, 2014).

- Duração do trabalho de parto: “*Vários estudos sugeriram que a duração prolongada do segundo estágio do trabalho de parto está associado a um risco aumentado de lacerações perineais e vaginais*” (Hsieh, y otros, Prevalence and contributing factors of severe perineal damage following episiotomy-assisted vaginal delivery, 2014).
- Peso do recém nascido: “*A macrossomia foi associada com um risco de 2 a 3 vezes maior de lacerações de terceiro e quarto graus versus que com pesos normais ao nascimento*” (Hsieh, y otros, Prevalence and contributing factors of severe perineal damage following episiotomy-assisted vaginal delivery, 2014).
- Posição durante o expulsivo: “*O efeito das posições ao nascimento no resultado perineal não é claro. Diferentes revisões sistemáticas encontraram uma diminuição na taxa de episiotomia em posições verticais, que foi parcialmente ou totalmente compensado por um aumento lacerações de segundo grau. Alguns estudos não encontraram diferença na taxa de períneo intacto entre os grupos de posições; outros estudos encontraram uma maior taxa de períneo intacto em posição vertical; e alguns estudos encontrou mais lacerações labiais na posição vertical*” (Warmink-Perdijk, Koelewijn, de Jonge, Van Diem, & Lagro-Janssen, 2016).
- Dano perineal: “*O dano perineal, principalmente a episiotomia, causa dor e desconforto e pode ser imobilizador para as mulheres. Além disso, é um fator de risco para perda de sangue e infecção*” (Warmink-Perdijk, Koelewijn, de Jonge, Van Diem, & Lagro-Janssen, 2016). O trauma perineal durante o período expulsivo pode estar associado com uma significativa e complexa morbidade da mulher e os seus efeitos na qualidade de vida a curto e a longo prazo podem trazer alterações físicas e psicológicas.

Este é um estudo descritivo exploratório quantitativo, com base na recolha sistemática das variáveis ou fatores de risco (idade materna, paridade, etnia, duração do 2º estádio do trabalho de parto, peso ao nascimento, posição ao nascimento, dano perineal), tomando como fonte de informação os registos dos partos e pelas informações obtidas pelas colegas de trabalho.

O objetivo geral do trabalho é:

- Analisar os fatores relacionados com os danos perineais no parto eutóxico.

E os objetivos específicos são:

- Adquirir competências na prestação de cuidados de enfermagem em saúde materna e obstétrica.
- Identificar a incidência de dano perineal (episiotomias, lacerações).
- Conhecer as diferentes posições escolhidas pelas parturientes e/ou pelas enfermeiras especialistas para o período expulsivo.
- Identificar a influência dos fatores de risco nos danos perineais no parto eutóxico.

A população a ser analisada será composta por mulheres que tiverem parto nos hospitais em que os estágios são realizados. A amostra é constituída por mulheres que tiveram parto eutóxico de termo, com idade igual ou superior a 18 anos no período de novembro de 2019 a junho de 2020.

PLANO DO TRABALHO

Tabela 1: Grávidas

AMOSTRA	Objetivo geral	Objetivos específicos	Atividades
Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré -natal		- Informar e orientar sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.	- Promover a participação nas aulas de preparação para o nascimento - Promover a elaboração do plano de parto - Oferecer informações sobre massagem perineal



Tabela 2: Bloco do Parto

Objetivo geral	Objetivos específicos	Atividades
Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho do parto	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista diagnóstica sobre a apreciação de enfermagem (idade, paridade, etnia) - Actuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado - Promoção do conforto e bemestar da mulher e conviventes significativos 	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer apresentações - Fazer a entrevista de avaliação inicial - Respeitar as escolhas das mulheres - Promover a liberdade de movimento - Propor estratégias não farmacológicas de alívio da dor - Apoio emocional - Esclarecer dúvidas sobre o processo com informações claras e verdadeiras - Favorecer a participação da pessoa que acompanha a mulher

Tabela 3: Maternidade

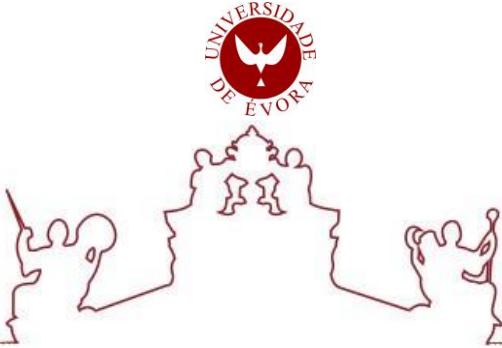
Objetivo geral	Objetivos específicos	Atividades
Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pos-natal	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher durante o período pós-natal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da dor na região perineal - Avaliação do perineo - Recomendação de cuidados para manutenção e cicatrização da área perineal - Referenciar as situações que estão para além da sua área de atuação.

Tabela 4 Cronograma

Ano	2019										2020									
	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Pesquisa bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X											
Proposta de Projeto de Estágio		X																		
Pedido para comparecer à comissão de ética		X																		
Desenvolvimento da ferramenta		X																		
Obtenção de dados por consulta de histórico médico		X	X	X																
Despejo de informações no programa estatístico		X	X	X																
Análise dos dados obtidos																				
Realização do trabalho	X	X	X	X	X	X	X	X	X									X	X	
Preparação da apresentação																		X	X	
Apresentação do trabalho na universidade																				X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACAI. (24 de 10 de 2019). *acaive.com*. Obtenido de <https://www.acaive.com/la-ive-en-espana-está-disminuyendo-y-se-realiza-en-las-primeras-semanas-de-gestación/notas-de-prensa/>
- Alligood, M., & Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.
- Associação Portuguesa pelos direitos da Mulher na Gravidez en Parto. (2015). *Experiências de Parto em Portugal*. Lisboa.
- Bailit, J., Grobman, W., Murguia Rice, M., Wapner, R., Reddy, U., Varner, M., . . . Kennedy, E. (2015).



Evaluation of delivery options for second-stage events. *American Journal of obstetrics and gynecology*, 638.e1-638.e10.

Barros, H., Rodrigues, C., & Teixeira, C. (2018). *Meio Caminho Andado. Relatório Primavera 2018*. Observatório Português dos sistemas de Saúde, Lisboa.

Conceito.de. (01 de 09 de 2020). Obtenido de <https://conceito.de/metodologia>

Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável. (06 de noviembre de 2020). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e o BCSD Portugal*. Obtenido de <https://www.ods.pt/>

De Jonge, A., Van Diem, M., Scheepers, P., Buitendijk, S., & Lagro-Janssen, A. (April de 2010). Risk if perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis. *The International Journal of Clinical Practice*, 65(5), págs. 611-618.

Direção-Geral da Saúde. (27 de 10 de 2020). *Orientação da Direção-Geral da Saúde*. Obtenido de Trabalho de parto estacionário: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>

Edqvist, M., Blix, E., Hedaard, H., Ólafsdottir, O., Hildingsson, I., Ingversen, K., . . . Lindgren, H. (2016). Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*.

FAME. (2008). *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. Madrid.

Gobierno de Canarias. (24 de 07 de 2020). *Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias*. Obtenido de <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=f28614c6-7aca-11df-b998-6ff93f31e00f&idCarpeta=04d48f0a-541c-11de-9665-998e1388f7ed>

Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde. (27 de 10 de 2020). *SNS*. Obtenido de <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&q=cascais>

Grupo José de Mello. (22 de Marzo de 2020). *José de Mello*. Obtenido de <https://www.josedemello.pt/presidente-da-republica-presidiu-inauguracao-do-hospital-cuf-descobertas/>

Harper, L., Shanks, A., Tuuli, M., Roehl, K., & Cahill, A. (2013). The risk and benefits of internal monitors in laboring patients. *American journal of obstetrics and gynecology*, 38.e1-6.

Hospital Garcia de Orta, EPE. (21 de 10 de 2019). *hgo.pt*. Obtenido de <http://www.hgo.pt/Hospital/Historia.aspx>

Hsieh, W.-C., Liang, C.-C., Wu, D., Chang, S.-D., Chueh, H.-Y., & Chao, A.-S. (2014). Prevalence and contributing factors of severe perineal damage following episiotomy-assisted vaginal delivery. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 481-485.

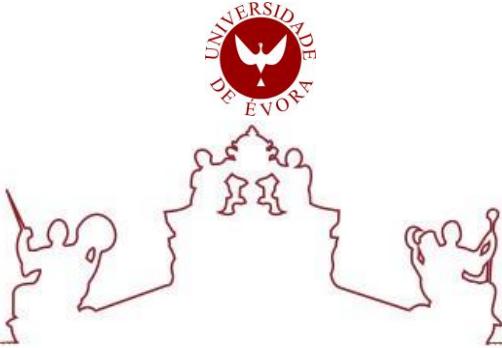
Hsieh, W.-C., Liang, C.-C., Wu, D., Chang, S.-D., Chueh, H.-Y., & Chao, A.-S. (2014). Prevalence and contributing factors of severe perineal damage following episiotomy-assisted vaginal delivery. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 481-485.

Instituto Nacional de Estatística. (10 de 09 de 2020). *Instituto Nacional de Estatística*. Obtenido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_tema&xpid=INE&tema_cod=1115

Lusíadas. (27 de 11 de 2019). *Hospital de Cascais*. Obtenido de <https://www.hospitaldecascais.pt/pt/hospital/Paginas/dados.aspx>

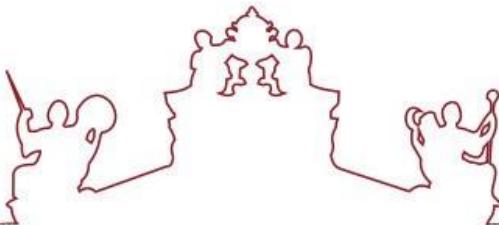
Mattison, C., Dion, M., Lavis, J., Hutton, E., & Wilson, M. (2018). Midwifery and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Wiley Birth. Issues in perinatal care*.

McCoyd, J., Curran, L., & Munch, S. (2019). They say, "If you don't relax... you're going to make something bad happen": Women's emotion management during medically high-risk. *Psychology of*



Women Quarterly.

- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). *Induction of labour*.
- Neuman, B., & Fawcet, J. (2011). *The Neuman System Model. 5ª Edição*. Boston: Pearson Education, Inc.
- OE. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diario da República, Lisboa.
- Olza, I., Leathy-Warren, P., & et al. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Diário da República.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. Ginebra.
- Retrato de Saúde. Portugal. (2018). *Ministerio da Saúde*. Obtenido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAÚDE_2018_compressed.pdf
- Sanchez, C. (18 de 11 de 2020). *Normas APA actualizadas. 7ª edición*. Obtenido de <https://normas-apa.org/citas/>
- Schön, D. (1983). *El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona: Paidós.
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3): 15-23.
- Servicio Andaluz de Salud. (2010). *Ambiente terapéutico en Salud Mental*. Sevilla: Área de Dirección de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Serviço Nacional de Saúde. (10 de 09 de 2020). *SNS. Serviço Nacional de Saúde*. Obtenido de <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>
- Serviço Nacional de Saúde. (23 de febrero de 2021). *Transparéncia SNS*. Obtenido de <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refinetempo=2019>
- Simões, J. (2010). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - Um Percurso Comentado*. Coimbra: Almedina.
- Tunestveit, J., Baghestan, E., Natvig, G., Eide, G., & Vika Nilsen, A. (03 de Abril de 2018). Factors associated with obstetric anal sphincter injuries in midwife-led birth: A cross sectional study. *Midwifery*, págs. 264-272.
- Warmink-Perdijk, W., Koelewijn, J., de Jonge, A., Van Diem, M., & Lagro-Janssen, A. (January de 2016). Better perineal outcomes in sitting birthing position cannot be explained by changing from upright to supine position for performing an episiotomy. *Midwifery*, 34(1-6).
- WHO, World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for positive childbirth experience*. Génova.
- World Health Organization. (2011). *WHO recommendations for Induction of labour*.
- Zhao, Y., Flatley, C., & Kumar, S. (2017). Intrapartum interventions rates and perinatal outcomes following induction of labour compared to expectant management at term from an Australian perinatal centre. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40-48.



➤ Apêndice 4

Formulário de consentimento informado

Investigação no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia

Eu, Tania Estefânia Montesdeoca Díaz, Enfermeira mestrandra da especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia na Universidade de Évora e sob a orientação da Sr.^a Professora Maria da Luz Ferreira Barros, encontro-me presentemente a desenvolver o Relatório final da formação com estudo de investigação cujo tema é “Fatores relacionados ao trauma perineal no parto eutóxico”.

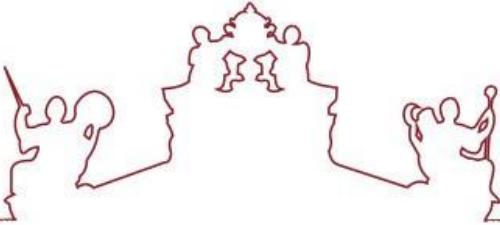
Tem como finalidade compreender a influência dos fatores de risco (Hsieh, e outros, 2014; Warmink-Perdijk, Koelewijn, de Jonge, Van Diem, & Lagro-Janssen, 2016) relacionados ao trauma perineal no parto eutóxico. Para a análise das variáveis é preciso uma colheita de dados no momento imediato após o parto, contendo as seguintes informações:

- Idade materna
- Etnia
- Paridade
- Duração do segundo estádio do trabalho de parto
- Posição da mulher no período expulsivo
- Dano perineal
- Peso do recém-nascido

O trabalho supracitado tem apenas finalidades académicas, pelo que será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Depois de ler as explicações acima referidas e de esclarecer qualquer dúvida, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura: _____ Data: _____



➤ Apêndice 5

Instrumento de recolha de dados

Identificação e local de estágio: _____

Data: _____

Datos sociodemográficos

Idade	18 – 30 anos	>30anos	Etnia	Branca	Preta	Cigana	Asiática
--------------	--------------	---------	--------------	--------	-------	--------	----------

Antecedentes obstétricos

Paridade  Primípara  Multípara

Parto

Duração do 2º estádio do trabalho de parto

 < 10 min  11 – 60 min  > 60 min

Posição da mulher no período expulsivo

 Supina	 Semi-sentada	 Sentada	 Joelhos	 Cócoras
 Lateral	 Mãos-Joelhos	 De pé	Outra:	

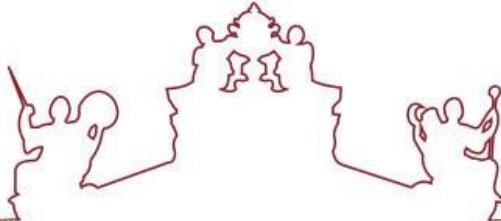
Dano perineal

 Íntegro	 Laceração labial	 Grau 1	 Grau 2
 Grau 3	 Grau 4	 Episiotomía	



Peso do recém nascido

 < 2999 gr  3000 – 3999 gr  > 4000 gr



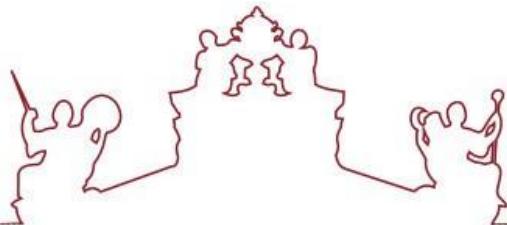
➤ **Apêndice 6: Estatística descritiva das variáveis quantitativas**

Idade	
N	108
Media	30,86
Desvio Padrão	5,59
Mínima	19
Percentil 25	26,75
Percentil 50 – Mediana	31
Percentil 75	35
Maxima	44

➤ **Apêndice 7: Estatística descritiva das variáveis quanlitativas**

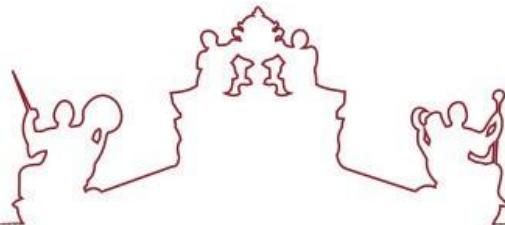
Paridade	Frequencia	Porcentagem
Primípara	44	40,74%
Multípara	64	59,26%
Total	108	100%

Etnia	Frequencia	Porcentagem
Branca	105	97,22%
Preta	2	1,85%
Cigana	0	0%
Asiatica	1	0,93%
Total	108	100%



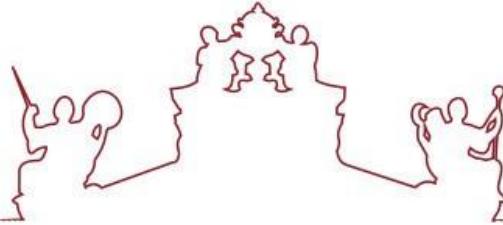
Duração do expulsivo	Frequencia	Porcentagem
<10 minutos	24	22,22%
11 – 60 minutos	73	67,59%
>60 minutos	11	10,19%
Total	108	100%

Posição da mulher no expulsivo	Frequencia	Porcentagem
Supina	19	17,59%
Sentada	4	3,7%
Semi-sentada	74	68,52%
Joelhos	0	0%
Cocoras	0	0%
Lateral	7	6,48%
Mãos-joelhos	0	0%
De pé	4	3,7%
Total	108	100%



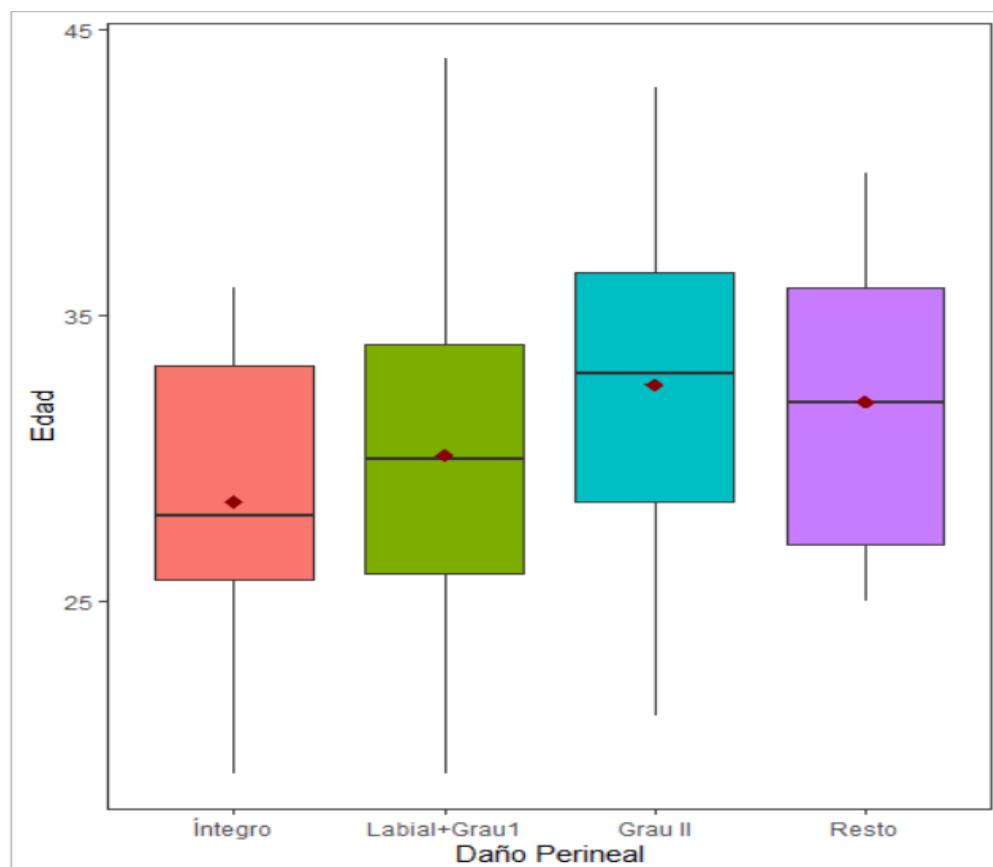
Dano perineal	Frequencia	Porcentagem
Integro	24	22,22%
Laceração labial	4	3,7%
Grau I	28	25,93%
Grau II	35	32,41%
Grau III	2	1,85%
Grau IV	0	0%
Episiotomía	15	13,89%
Total	108	100%

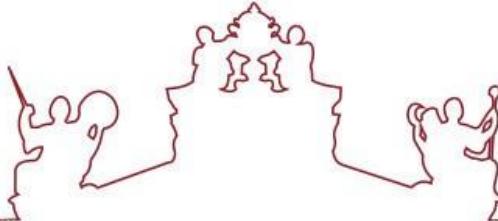
Peso do recém nascido	Frequencia	Porcentagem
<2999gr	15	13,89%
3000 – 399	87	80,56%
>4000gr	6	5,56%
Total	108	100%



Analgesia Epidural	Frequencia	Porcentagem
Não	34	31,48%
Sim	74	38,52%
Total	108	100%

➤ Apêndice 8





➤ Apêndice 9

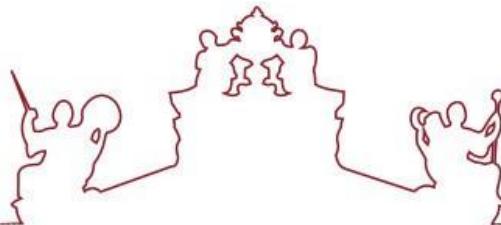
Posição	Dano Perineal				Total
	Íntegro	Labial+Grau I	Grau II	Outros	
Semi-sentada	18 23.1%	22 28.2%	26 33.3%	12 15.4%	78 72.2%
Outras	6 20.0%	10 33.3%	9 30.0%	5 16.7%	30 27.8%
Total	24 22.2%	32 29.6%	35 32.4%	17 15	108

➤ Apêndice 10

Peso	Dano Perineal				Total
	Íntegro	Labial+Grau I	Grau II	Outros	
< 4000 gr	24 23.5%	30 29.4%	32 31.4%	16 15.7%	102 94.4%
> 4000 gr	0 0.0%	2 33.3%	3 50.0%	1 16.7%	6 5.6%
Total	24 22.2%	32 29.6%	35 32.4%	17 15.7%	108

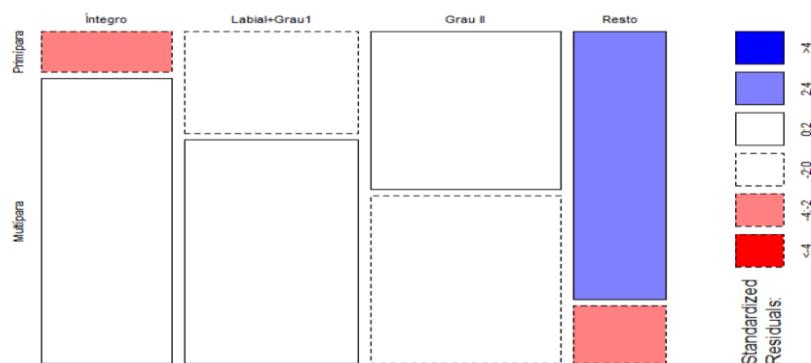
➤ Apêndice 11

Paridade	Dano Perineal				Total
	Íntegro	Labial+Grau I	Grau II	Outros	
Primípara	3 6.8%	10 22.7%	17 38.6%	14 31.8%	44 40.7%
Multípara	21 32.8%	22 34.4%	18 28.1%	3 4.7%	64 59.3%
Total	24 22.2%	32 29.6%	35 32.4%	17 15.7%	108



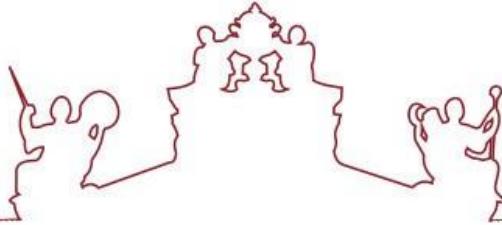
➤ Apêndice 12

Relación entre Daño Perineal y Paridaje

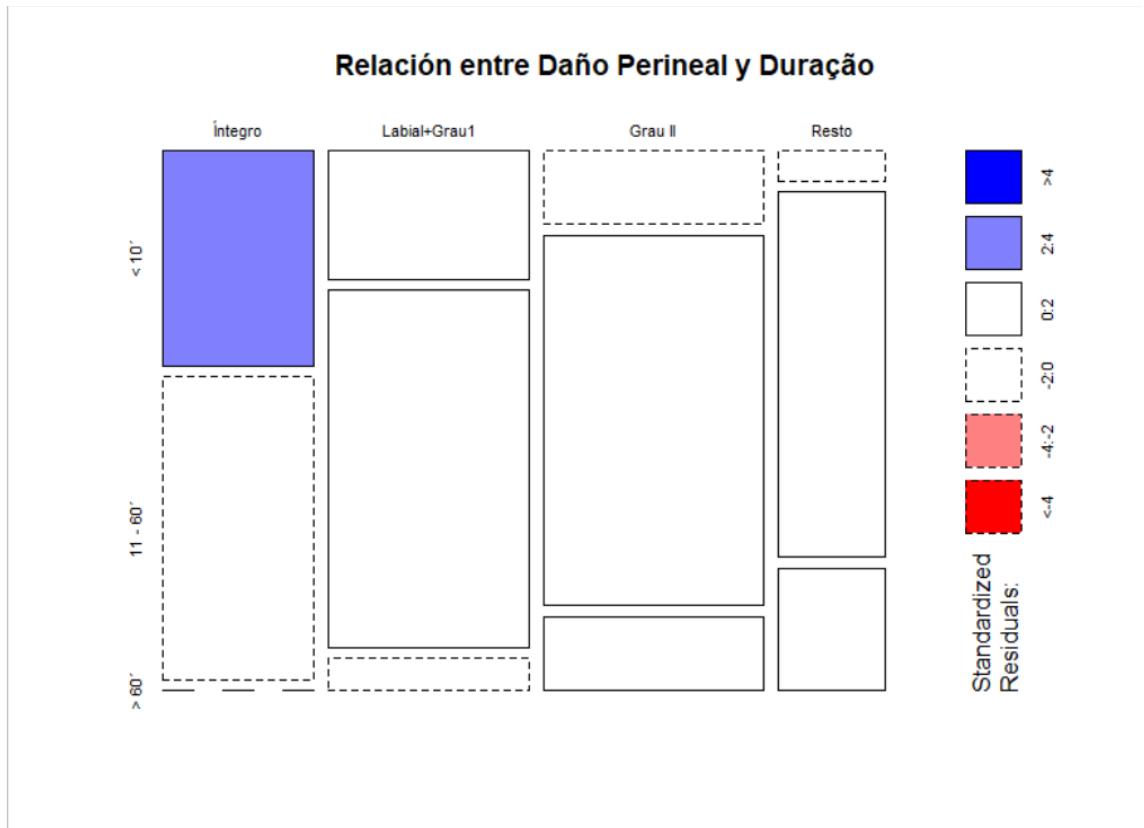


➤ Apêndice 13

Duração	Dano Perineal					Total
	Íntegro	Labial+Grau I	Grau II	Outros		
< 10'	10 41.7%	8 33.3%	5 20.8%	1 4.2%	24	22.2%
11 - 60'	14 19.2%	22 30.1%	25 34.2%	12 16.4%	73	67.6%
> 60'	0 0.0%	2 18.2%	5 45.5%	4 36.4%	11	10.2%
Total	24 22.2%	32 29.6%	35 32.4%	17 15.7%	108	

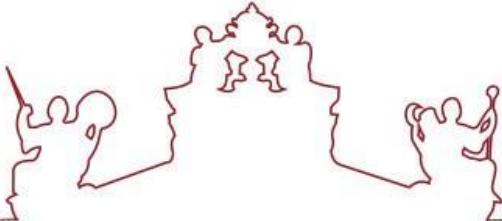


➤ Apêndice 14

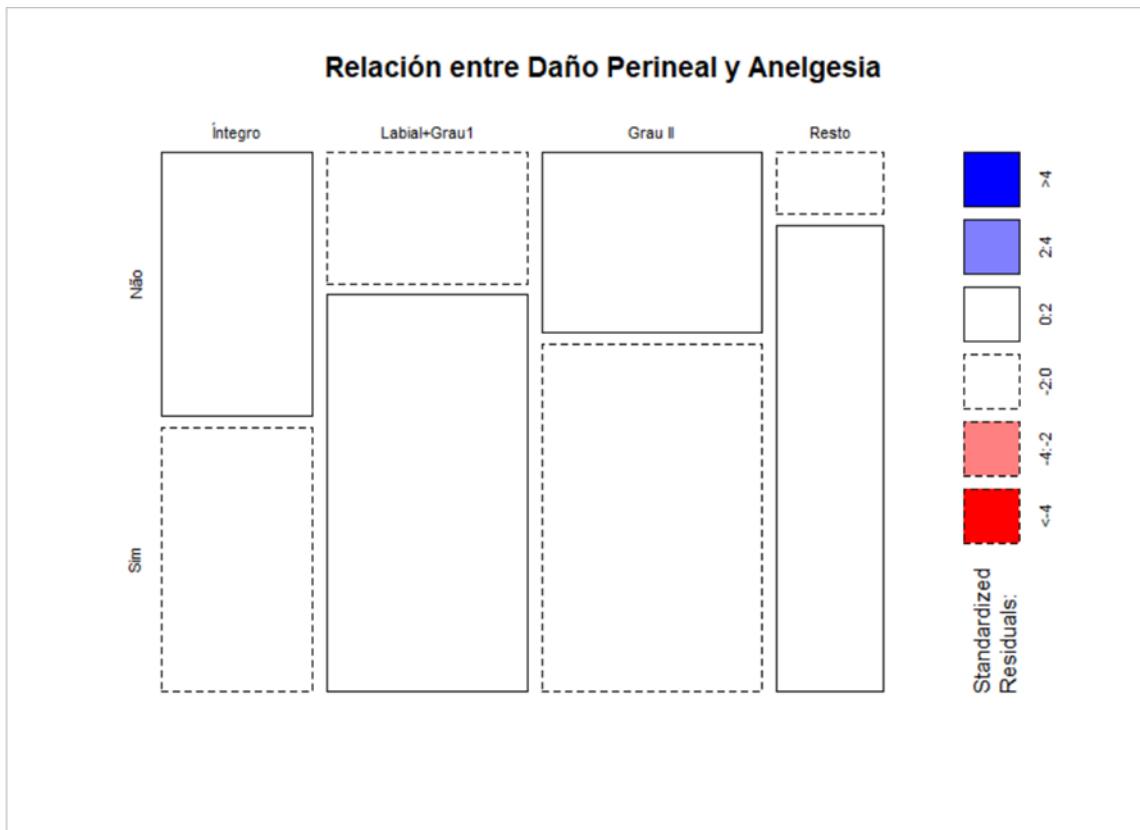


➤ Apêndice 15

Anelgesia	Dano Perineal				Total
	Íntegro	Labial+Grau1	Grau II	Outros	
Não	12 35.3%	8 23.5%	12 35.3%	2 5.9%	34 31.5%
Sim	12 16.2%	24 32.4%	23 31.1%	15 20.3%	74 68.5%
Total	24 22.2%	32 29.6%	35 32.4%	17 15.7%	108



➤ Apêndice 16



➤ Apêndice 17

Revisão da literatura

Resumo: Nos últimos anos, assistimos a um aumento significativo na aplicação de várias práticas de trabalho para melhorar os resultados de saúde materna e neonatal.

Objetivos: Rever as evidências atuais sobre a relação da posição do parto e a redução das lesões perineais em mulheres no puerpério imediato. **Métodos:** Revisão bibliográfica rápida baseada em artigos publicados desde 2016. A busca foi realizada nas bases de dados Medline e CINAHL. **Resultados:** Não houve diferenças significativas claras entre as posições na redução do trauma no canal de parto que exigiu sutura. Alguns estudos favorecem a postura ereta, mas outros afirmam que pode aumentar levemente a taxa de hemorragia pós-parto e que



pode estar associada a rotura perineal de grau I. No entanto, as evidências dos estudos citados eram de baixa qualidade devido ao tipo de desenho dos estudos incluídos e ao alto risco de sesgo. **Conclusão:** As características clínicas maternas e as preferências de cada mulher devem ser consideradas na escolha da posição materna. São necessários mais estudos com protocolos bem desenhados para determinar os verdadeiros benefícios e riscos, com uma população representativa e descrições operacionais claras da posição de parto e com detalhes suficientes sobre seus métodos e intervenções. **Palavras-chave:** Posição de parto, trabalho de parto, trauma perineal, laceração perineal, saúde materna.

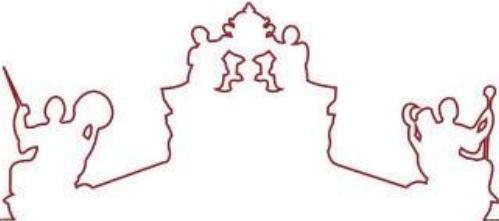
Introdução:

CONTEXTO ATUAL

O parto pode ser considerado, em termos gerais, um acontecimento importante e marcante na vida da mulher. Essa experiência tem efeitos de curto e longo prazo em sua saúde e bem-estar. (Healy, Nyman, Spence, Otten, & Verhoeven, 2020). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o principal resultado para todas as gestantes é ter uma experiência de parto positiva (“OMS | Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva,” 2019).

Em todo o mundo, a maioria dos partos são de mulheres que não apresentam fatores de risco para complicações para elas ou seus bebês; no entanto, esse desafio fisiológico e psicológico é crítico para a sobrevivência materna e neonatal, uma vez que o risco de morbimortalidade pode aumentar consideravelmente se surgirem complicações. (Melzack, 1984; “OMS | Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva,” 2019).

O trauma perineal é resultado do atendimento obstétrico e é definido como a perda da integridade do períneo ou qualquer outro dano na região genital durante o parto e pode ser espontâneo ou decorrente de episiotomia. Essa laceração pode variar do primeiro ao

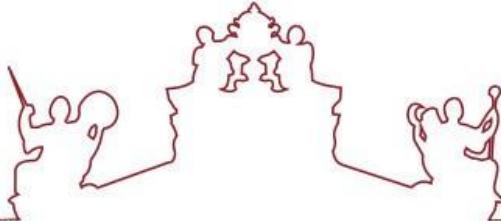


quarto grau e dependendo da gravidade pode aumentar o risco de infecção puerperal (Lodge & Haith-Cooper, 2016; Rodrigues et al., 2019). Além disso, pode ser uma experiência muito complicada para a mãe, com consequências de dores frequentes, estresse e dispareunia pós-parto. (Dunn, Paul, Ware, & Corwin, 2015). Quando as lacerações são em maior grau, podem ter implicações a longo prazo, como incontinência fecal e flatulência, redução da qualidade de vida e depressão. (Wilson & Homer, 2020).

Há evidências de que as causas e o aumento da incidência de trauma perineal estão relacionados à primiparidade, parto instrumental, etnia, peso do bebê, idade materna e índice de massa corporal (Lodge & Haith-Cooper, 2016). Da mesma forma, foram encontrados fatores controláveis, como técnicas de parto e diferentes posições de nascimento (Pergialiotis, Bellos, Fanaki, Vrachnis, & Doumouchtsis, 2020).

A posição da mãe durante o trabalho de parto é um fator significativo que afeta diretamente a saúde materna e fetal. A mobilidade e as mudanças de posição podem ser usadas como métodos não farmacológicos de alívio da dor. Isso tem um importante componente cultural e, apesar da polêmica entre as posições verticais e mais horizontais, as mulheres não devem se limitar a mudar de posição se não quiserem (Deliktaş & Kukulu, 2018; “The Effect of Maternal Position on Maternal, Fetal and Neonatal Outcomes: A...: EBSCOhost,” n.d.).

Nos últimos anos, tem havido um aumento considerável na aplicação de várias práticas no trabalho de parto que permitem iniciar, acelerar, terminar, regular ou monitorar o processo fisiológico do trabalho de parto a fim de melhorar os resultados para mulheres e bebês (“OMS | Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva,” 2019). No entanto, o impacto da posição materna no trauma perineal permanece controverso.



DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

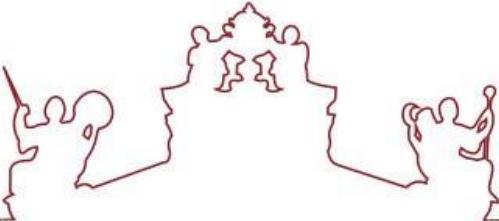
A assistência ao parto deve garantir à mulher um ambiente seguro com uma prática clínica de qualidade, que busque os melhores resultados e reduza os danos à mãe e ao recém-nascido. A posição materna é um dos cuidados obstétricos em salas de parto e de acordo com a consideração dos direitos maternos o cuidador deve oferecer as opções de posição de parto quando possível e este deve ter evidências para informar mais a mulher sobre a posição adequada às suas características.

Nesse sentido, são necessárias evidências atualizadas para propor um plano de cuidado seguro e introduzir um programa materno integral que considere fatores associados à posição de parto para melhores resultados intraparto e pós-parto.

QUESTÃO DE PESQUISA

Qual é o estado atual das evidências sobre a relação da posição de parto e a redução do dano perineal em mulheres no puerpério imediato?

PICO Framework	
População	Mulheres no puerpério imediato
Intervenção	Posição de parto
Comparador	Outras posições
Outcome	Dano perineal



Métodos

O presente estudo é uma revisão bibliográfica rápida que resume o estado atual das evidências publicadas em bases de dados científicas.

PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

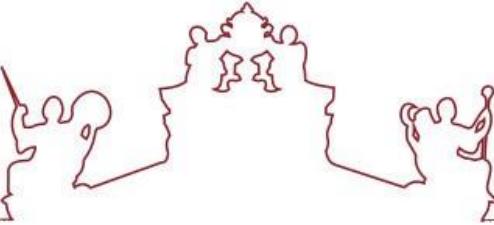
A busca foi realizada nas bases de dados MEDLINE (Pubmed) e CINAHL de 2016 até o presente, e apenas estudos publicados em inglês foram incluídos. Os termos de busca foram desenvolvidos em Medical Subject Headings (MeSH) para Pubmed e adaptados para CINAHL. Os termos da linguagem natural eram: (“maternal position” OR “mother position” OR “delivery position” OR “birthing position” OR “obstetric labour” OR “midwifery assessment” OR “delivery”) AND (“perineal laceration” OR “perineal rupture” OR “perineal trauma” OR “perineal tear” OR “severe perineal tear” OR “episiotomy” OR “obstetric injuries” OR “obstetric perineal tear” OR “anal canal injuries” OR “obstetric anal sphincter injuries” OR “episiotomy”). As listas de referência dos estudos incluídos também foram selecionados para identificar outros estudos elegíveis.

A pesquisa bibliográfica, seleção de estudos e extração de dados dos estudos incluídos foi realizada por apenas um revisor.

Resultados

O processo de seleção de estudos é descrito na Figura 1. Devido ao vasto número de evidência sobre o assunto, foram incluídas revisões e alguns ensaios clínicos atuais que não foram abrangidos pelas análises selecionadas. Foram incluídos 4 revisões e 6 estudos primários (estudos observacionais e ensaios clínicos).

O quadro 1 resume as conclusões das revisões selecionadas. Uma das análises sistemáticas concluiu que as posições flexíveis do sacro, tais como estar de pé, ficar com as



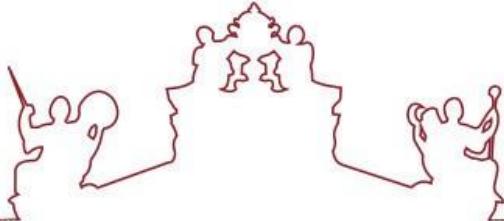
mãos e os joelhos (em quatro), agachamento, sentar-se na vertical, ajoelhar-se e posição lateral, na segunda fase do parto, poderia reduzir a incidência de parto cirúrgico, parto vaginal instrumental, cesariana, episiotomia, trauma perineal grave, dor severa e encurtar a duração da fase ativa de puxos na segunda fase do trabalho. No entanto, posições de sacro flexíveis podem aumentar a incidência de um trauma perineal leve e não houve diferenças significativas na satisfação materna (Zang et al., 2020).

Outra revisão sistemática comparando a posição vertical e deitada de costas, em mulheres com analgesia epidural, concluiu que não havia diferenças claras entre estas posições para reduzir o trauma no canal de nascimento que exigia sutura. Além disso, numa meta-análise realizada, foi determinado que o efeito da posição vertical não era significativo respeito à continuidade da integridade perineal, mas sim tinha um efeito de redução respeito à incidência da episiotomia. Embora também se tenha verificado que a posição vertical pode aumentar ligeiramente a proporção de hemorragia pós-parto (Deliktas & Kukulu, 2018; Kibuka & Thornton, 2017).

Por outro lado, verificou-se que de joelhos e a posição de quatro patas durante o parto são mais propensos a manter um períneo intacto, e que o parto em água aumenta o risco de trauma perineal, mas pode proteger um períneo intacto para as mulheres multiparas (Lodge & Haith-Cooper, 2016). No entanto, a evidência dos estudos acima referidos foi de baixa qualidade devido ao tipo de conceção dos estudos incluídos e alto risco de sesgo.

Existem estudos que associam a posição de parto à duração. Para um estudo recente afirma que a duração da segunda fase do parto foi reduzida quando a posição da mãe era flexível do sacro (Berta, Lindgren, Christensson, Mekonnen, & Adefris, 2019), embora a evidência não é sólidas.

O resumo dos resultados dos estudos primários é descrito no quadro 2. Entre os resultados mais relevantes, verificou-se que posições alternativas (mãos e joelhos, laterais, semi-sentados ou agachados) durante a segunda fase do trabalho de parto, duplicaram as



hipóteses de manter um períneo intacto, ou seja, posições supinas estão correlacionadas com taxas mais elevadas de episiotomias (Rodrigues et al., 2019; Serati et al., 2016). Também foram encontradas, outras características associadas a lacerações perineais, como mulheres brancas e nulíparas, (Peppe et al., 2018).

Além disso, um outro estudo afirma que as mulheres devem ter a opção de tomar uma posição deitada na segunda fase até que se prove o contrário (Bick et al., 2017). Além disso, a consideração de partos anteriores, a fase do trabalho de parto e outras características maternas são essenciais para a decisão do tipo de posição (Bick et al., 2017).

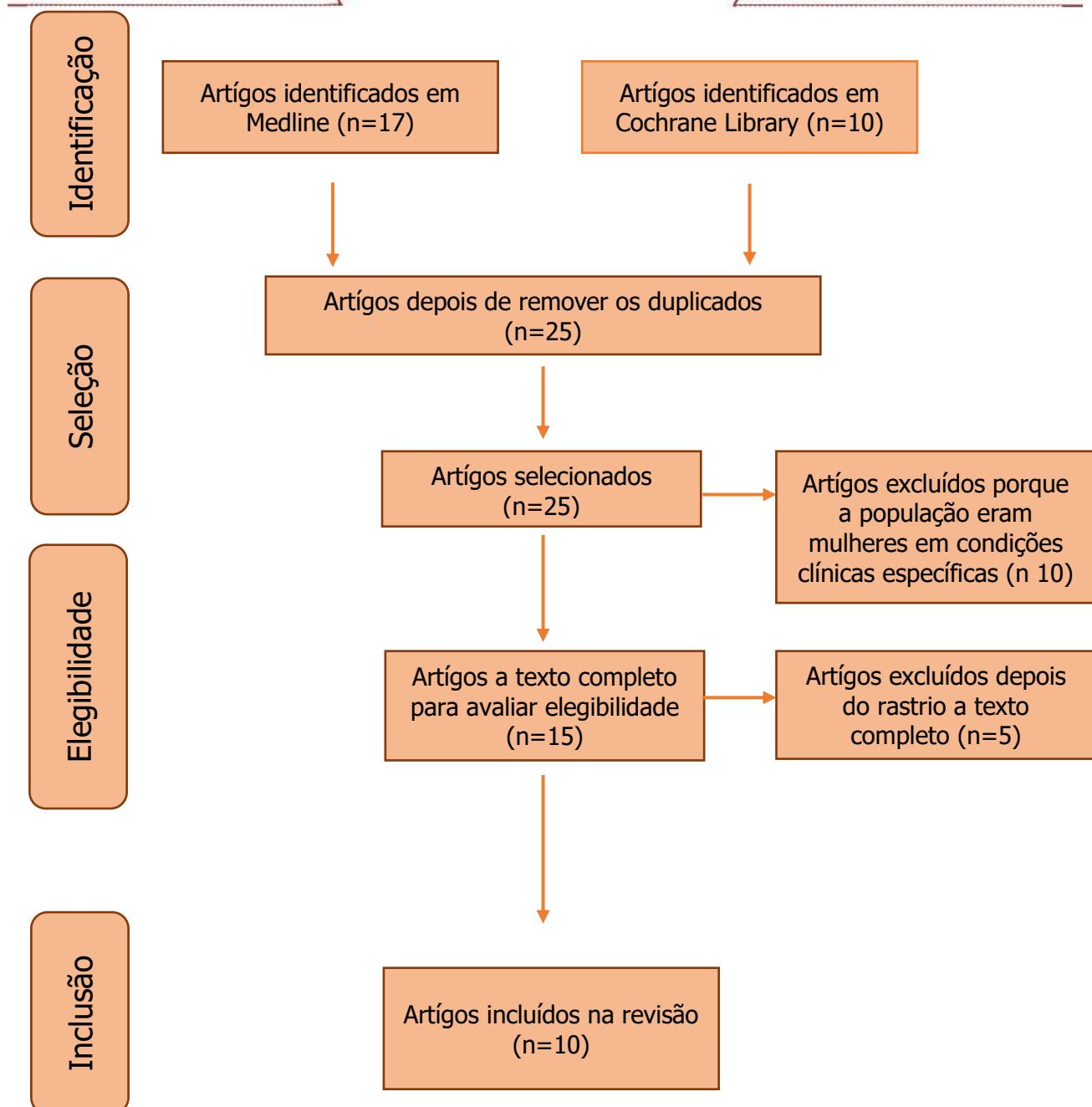
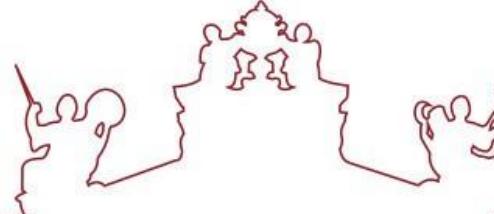


Figura 1. Fluxo de informação das diferentes fases de revisão de acordo com o modelo PRISMA (Moher et al., 2009)



Tab 1. Resumo das características das revisões sistemáticas

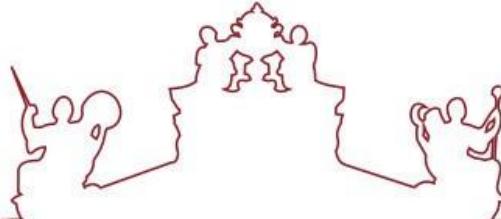
Título	Autor - Ano	Tipo de estudo	População	Intervenção	Comparação	Principais descobertas
Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis(Zang et al., 2020)	Zang - 2020	Revisão sistemática e meta-análise	Mulheres na segunda etapa do trabalho de parto	Posição sacra flexível	Posição não flexible do sacro	Intervalos de previsão de 95% mostraram que, na maioria dos ambientes, posições de sacrum flexíveis serão eficazes contra traumatismos perineais graves. Quanto à episiotomia, a intervenção será ineficaz na maioria dos cenários. Estes resultados requerem uma interpretação cuidadosa.
Position in the second stage of labour for women without epidural	Kibuka - 2017	Revisão sistemática	Mulheres na segunda etapa do trabalho de parto sem	Posição vertical: Posição sentada (cadeira/banco obstétrico);	Posições supinas ou neutras: Posição lateral; dorsal (deitado)	Existem potenciais benefícios para a postura vertical nas mulheres sem anestesia epidural, como a redução das taxas de episiotomía e partos assistidos.



Título	Autor - Ano	Tipo de estudo	População	Intervenção	Comparação	Principais descobertas
anaesthesia(Kibuka & Thornton, 2017)			anestesia epidural	ajoelhamento; agachamento (com ou sem barras, ou ajudado com uma almofada de parto).	nas costas); semi-reclinado; litotomía e trendelenburg.	No entanto, existe um risco acrescido de perda de sangue superior a 500 ml e pode haver um maior risco de lacerações de segundo grau, embora não possamos ter a certeza disso. Tendo em conta o risco variável de distorção dos ensaios incluídos.



Título	Autor - Ano	Tipo de estudo	População	Intervenção	Comparação	Principais descobertas
A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the second stage of labour, without routine epidural analgesia(Delikta & Kukulu, 2018)	Delikta- 2017	Metanalisis de ensaios clínicos aleatórios e não aleatórios	Mulheres sem analgesia epidural de rotina durante a segunda etapa do trabalho de parto	Posição vertical	Posição deitada	Foi determinado que o efeito da posição vertical não era significativo respeito à continuidade da integridade perineal. O efeito da posição vertical não foi significativo respeito à incidência de lacerações perineais de primeiro, segundo e terceiro grau. A posição vertical pode diminuir ligeiramente a proporção de parto instrumental/episiotomia e aumentar ligeiramente a proporção de hemorragia pós-parto.
The effect of maternal position at birth on perineal trauma: a systematic review (Lodge & Haith-Cooper, 2016)	Lodge - 2016	Revisão sistemática	Mulheres de parto vaginal natural.	Posição vertical: Posição de pé; mãos e joelhos; ajoelhamento; agachamento; na água; cadeira de	Posição vertical: Posição de pé; mãos e joelhos; ajoelhamento; agachamento; na água; cadeira de	As posições do joelhos e de quatro patas para dar à luz parecem estar mais intimamente associadas a um períneo intacto em comparação com sentada, agachada e usar um banco de parto. A diminuição das taxas de traumatismo perineal nas posições do joelho e das quatro patas pode



Título	Autor - Ano	Tipo de estudo	População	Intervenção	Comparação	Principais descobertas
				nascimento; posição semi-reclinável.	nascimento; posição semi-reclinável.	dever-se a estas posições geralmente permitem um parto mais lento da cabeça do bebé devido a um impulso menos vigoroso.

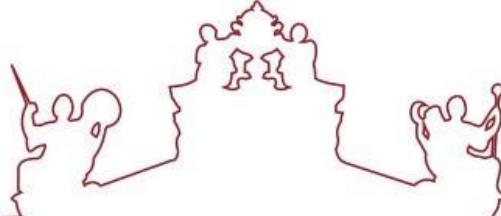
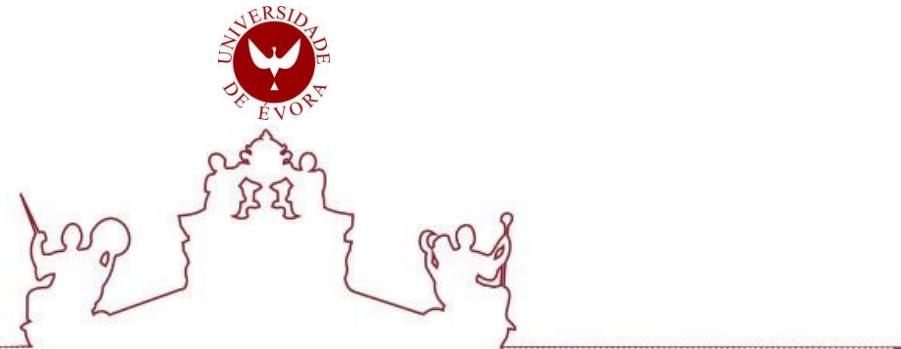
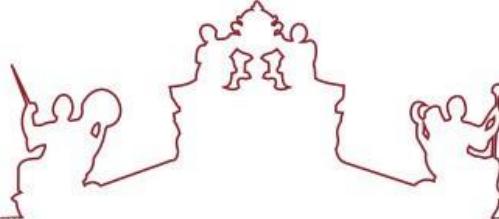


Tabela 2. Resumo das características dos estudos primários

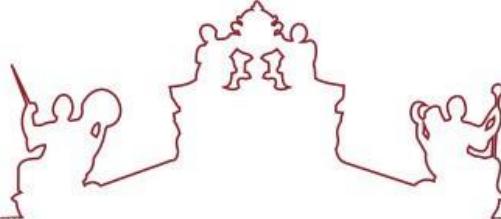
Título	Autor - Ano	País	Tipo de estudo	População	Intervenção	Comparação	Principais descobertas
Intact Perineum: What are the Predictive Factors in Spontaneous Vaginal Birth?(Rodrigues et al., 2019)	Rodrigues -2019	Portugal	Transversal y retrospectivo	Mulheres que tiveram partos vaginais espontâneos	Posição de litotomía	Posições alternativas (mãos e joelhos, lado, semi-sentado ou agachamento)	Os resultados mostram que as posições alternativas durante a segunda fase do trabalho duplicaram as hipóteses de manter um períneo intacto (OU 2.665; CI 95% 2.022-3.513; p <0.001).
Birthing position and its influence on perineal trauma in primiparous	O Connor - 2019	Australia	Estudo retrospectivo	Mulheres primíparas com partos vaginais de apresentação cefálica	Posição supina	Posição vertical	A associação das taxas de trauma perineal com o parto em supina ou ereto é incerta. Portanto, deve ser considerada a escolha da posição de parto informada para as mulheres.



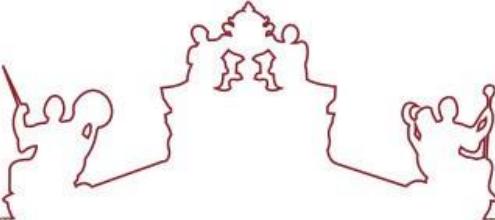
Título	Autor - Ano	País	Tipo de estudo	População	Intervenção	Comparação	Principais descobertas
women(O'Connor, 2019)							
Perineal Trauma in a Low-risk Maternity with High Prevalence of Upright Position during the Second Stage of Labor(Peppe et al., 2018)	Peppe MV - 2018	Brasil	Cohorte retrospectiva	Gravidezes únicas de baixo risco	Posição vertical	Litotomía	A posição vertical não foi associada a um trauma perineal grave. Não se observaram diferenças significativas em graves lacerações perineais no grupo da litotomia em comparação com a posição vertical.
Upright versus lying down position in second stage of labour in nulliparous women with low dose epidural: BUMPES randomised	Epidural and Position Trial Collaborative Group - 2017	Reino Unido	Ensaio Clínico Aleatorizado	Mulheres nulíparas a termo com apresentação cefálica única e na segunda fase do trabalho de	Posição vertical (ereta)	Posição deitada	Não foram encontradas diferenças significativas entre as duas posições em relação à prevalência de lesões do esfíncter obstétrico (OASI). No entanto, as mulheres podem mudar a sua posição de parto durante a segunda fase sempre que quisessem,



Título	Autor - Ano	País	Tipo de estudo	População	Intervenção	Comparação	Principais descobertas
controlled trial(Bick et al., 2017)				parto com analgesia epidural			o que poderia incluir alguma sesgo nos resultados.
Better perineal outcomes in sitting birthing position cannot be explained by changing from upright to supine position for performing an episiotomy(Warmink-Perdijk, Koelewijn, de Jonge, van Diem, & Lagro-Janssen, 2016)	Warmink-2016	Países Bajos	Cohorte prospectiva	Mulheres de baixo risco nos Cuidados Primaria	Posição decúbito supina	Posição sentada	É incerto que as mulheres em decúbito supino sejam mais propensas a ter uma episiotomia do que numa posição sentada, porque as mulheres de pé são convidadas a ir para a cama se for necessária uma episiotomia.
Position in the second stage of labour and	Serati - 2016	Italia	Estudo prospectivo	Mulheres com uma gravidez	Posição vertical	Posição supina	As posições verticais no parto estão relacionadas com uma taxa de



Título	Autor - Ano	País	Tipo de estudo	População	Intervenção	Comparação	Principais descobertas
de novo onset of post-partum urinary incontinence (Serati et al., 2016)				única que foi submetida a um parto vaginal			episiotomia mais baixa e uma taxa mais elevada de lacerações perineais superior ao segundo grau.



DISCUSSÃO

A posição da mãe durante o parto afeta diretamente a saúde materna e fetal. São conhecidas diferentes posições e possibilidades de movimentos das mulheres durante o parto; no entanto, na prática, não se reflete atualmente. É importante prevenir os danos perineais durante o parto porque o seu impacto nos resultados subsequentes da gravidez é elevado.

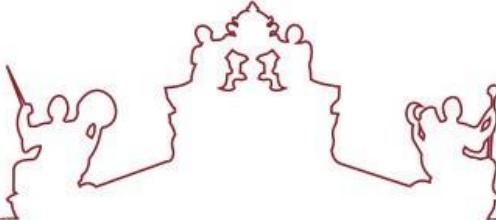
As análises sistemáticas mais atuais não demonstraram que os melhores resultados na integridade perineal estão intimamente associados à posição do parto. Assim, foi determinado que o efeito da posição vertical não era significativo no que diz respeito à continuidade da integridade perineal (Deliktas & Kukulu, 2018).

No entanto, outra revisão apoia especificamente a posição do joelho e a de quatro apoios para aumentar as possibilidades dum períneo intacto (Lodge & Haith-Cooper, 2016), mas outra revisão focada no parto de cócoras, descobriu que não há evidências de que esta posição é benéfica (Dokmak, Michalek, Boulvain, & Desseauve, 2020).

Por outro lado, numa análise, verificou-se que as mulheres com posições sacrais flexíveis tinham uma maior probabilidade de períneo intacto (Zang et al., 2020). Embora um estudo indique que as taxas mais elevadas de trauma perineal foram observadas na litotomia e agachamento (Rodrigues et al., 2019); outro estudo retrospectivo descobriu que ambas posições, supina e vertical, havia probabilidades de trauma perineal (O'Connor, 2019). Um outro estudo também descobriu que não há associação da posição vertical com graves lacerações perineais, mas talvez com as lacerações mais leves (PEPPE), mas estes resultados não nos permitem ter uma resposta direta.

Além disso, na posição vertical verificou-se que poderia aumentar ligeiramente a proporção de hemorragia pós-parto (Deliktas & Kukulu, 2018); no entanto, outro estudo retrospectivo atribui um períneo intacto como resultado de posições alternativas diferente a supina (Rodrigues et al., 2019).

Não foram encontrados indícios de diferenças entre grupos em posição supina e vertical



em termos de incidência ou gravidade da incontinência urinária, incontinência fecal, obstipação, hemorroidas ou dispareunia, bem-estar geral ou qualidade de vida relacionada com a saúde; no entanto, são necessários estudos a mais longo prazo (Bick et al., 2017).

Um dos fatores não é mencionado em todos os estudos é que as mulheres mudam frequentemente de posição durante o trabalho de parto. Esta pode ser uma escolha própria da mulher, mas também é possível para um profissional de saúde pedir às mulheres de pé para se deitarem quando uma episiotomia é indicada (Warmink-Perdijk et al., 2016). Isto pode resultar em sobre representação de mulheres com uma indicação de uma episiotomia no grupo em decúbito supina e, em parte, explicar a taxa mais baixa de episiotomia em posição sentada em comparação com a posição supina.

Ao longo deste estudo, foram encontrados diferentes fatores associados à saúde materna relacionados com a posição de parto para obter melhores resultados; mas também encontramos variabilidade em diferentes contextos, provavelmente num esforço de adaptação às suas próprias culturas e sistemas de saúde.

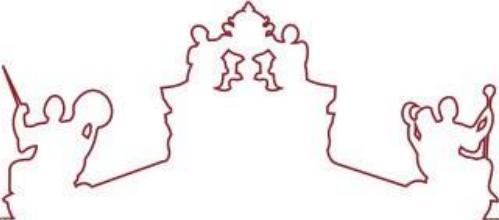
LIMITAÇÕES

Este estudo teve algumas limitações, uma vez que os estudos incluídos encontraram variação nas definições de posições de parto. Alguns utilizaram termos mais gerais e outros foram mais específicos, e para efeitos da análise do estudo estas definições foram agrupadas tendo em conta que existem dois grandes grupos de posições: vertical e supina.

Além disso, o estudo foi concebido para incluir apenas artigos em inglês, que podem ter excluído evidência noutras línguas que possam ser representativas de conclusões em países onde a língua inglesa não é predominante e, provavelmente, por contexto cultural as posições de parto têm algum efeito sobre a saúde materna destes contextos.

CONCLUSÕES

A prevenção do trauma perineal é essencial, uma vez que têm um efeito a curto e a longo prazo na percepção do parto para as mulheres e na qualidade dos cuidados de saúde. São



necessários ensaios adicionais utilizando protocolos bem concebidos para determinar os verdadeiros benefícios e riscos das várias posições de parto. Estes estudos devem ser controlados, com uma população representativa e descrições operacionais claras da posição de parto e com pormenores suficientes sobre os seus métodos e intervenções, a fim de obter melhores evidências não só estatisticamente significativas, mas também clinicamente significativas e sólidas sobre o efeito da posição no parto. Embora os estudos tenham demonstrado alguns benefícios na integridade perineal relacionados com o parto vertical, a evidência não é concluinte e alem disso foram encontradas fraquezas metodológicas nos estudos incluídos.

As características clínicas maternas, os fatores de risco e as preferências de cada mulher devem ser consideradas para a escolha da posição materna. As mulheres precisam de tomar decisões informadas com o apoio dos seus prestadores de cuidados de parto sobre a sua posição no parto, como um exercício pleno dos seus direitos de saúde e garantia de cuidados de qualidade.

Por outro lado, as políticas institucionais, e em diferentes níveis de cuidados, devem centrar-se na redução das possibilidades ou na limitação das episiotomias para minimizar o risco de danos perineais graves e investir na implementação de práticas baseadas em evidências que garantam o parto humanizado e com os melhores resultados na saúde geral da mãe e do recém-nascido.

IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

- É essencial que a prática do EESMO se concentre na redução e minimização do trauma perineal.
- Reconhecer os fatores acima referidos poderia suportar uma gestão espontânea do parto vaginal para ajudar a manter um períneo intacto e prevenir a morbilidade a curto e longo prazo.
- Podem ser estabelecidos planos preventivos a partir da evidência que ajudem a prevenir lacerações perineais graves.



-
- As percepções e a decisão informada das mulheres devem ser tidas em conta para a decisão do tipo de posição no parto.
 - As EESMO devem reconhecer a sua posição privilegiada, uma vez que no seu ramo de trabalho desempenham um papel fundamental na informação e educação dos casais, proporcionando assim o apoio necessário durante a experiência de parto para facilitar e garantir o melhor resultado para cada mulher.
 - O rastreio pós-parto a médio e longo prazo pode ser uma intervenção que ajude a recolher informações ao longo do tempo, sobre os efeitos da posição na saúde materna e infantil.
 - São as EESMO as que fornecem os cuidados e conhecem de perto as necessidades da mulher em trabalho de parto. Por conseguinte, dispõem de informação em primeira mão para liderar estudos objetivos e estudos específicos futuros para atenuar lacunas nos cuidados maternos.

BIBLIOGRAFIA

- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., & Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: Systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 466. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>
- Bick, D., Briley, A., Brocklehurst, P., Hardy, P., Juszczak, E., Lynch, L., ... Wilson, M. (2017). Upright versus lying down position in second stage of labour in nulliparous women with low dose epidural: BUMPES randomised controlled trial. *BMJ (Online)*, 359. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4471>
- Deliktaş, A., & Kukulu, K. (2018, February 1). A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the second stage of labour, without routine epidural analgesia. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 74, pp. 263–278. <https://doi.org/10.1111/jan.13447>
- Dokmak, F., Michalek, I. M., Boulvain, M., & Desseauve, D. (2020, November 1). Squatting position in the second stage of labor: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, Vol. 254, pp. 147–152. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.09.015>
- Dunn, A. B., Paul, S., Ware, L. Z., & Corwin, E. J. (2015). Perineal Injury During Childbirth Increases



Risk of Postpartum Depressive Symptoms and Inflammatory Markers. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 60(4), 428–436. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12294>

Healy, M., Nyman, V., Spence, D., Otten, R. H. J., & Verhoeven, C. J. (2020). How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic review. *PLOS ONE*, 15(7), e0226502. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226502>

Kibuka, M., & Thornton, J. G. (2017, February 24). Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008070.pub3>

Lodge, F., & Haith-Cooper, M. (2016, March 1). The effect of maternal position at birth on perineal trauma: A systematic review. *British Journal of Midwifery*, Vol. 24, pp. 172–180. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.3.172>

Melzack, R. (1984). The myth of painless childbirth (The John J. Bonica Lecture). *Pain*, 19(4), 321–337. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(84\)90079-4](https://doi.org/10.1016/0304-3959(84)90079-4)

O'Connor, E. (2019). Birthing position and its influence on perineal trauma in primiparous women. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 55(S1), 125–125. https://doi.org/10.1111/jpc.14407_26

OMS | Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. (2019). WHO. Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>

Peppe, M. V., Stefanello, J., Infante, B. F., Kobayashi, M. T., De Oliveira Baraldi, C., & Brito, L. G. O. (2018). Perineal trauma in a low-risk maternity with high prevalence of upright position during the second stage of labor. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 40(7), 379–383. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1666810>

Pergialiotis, V., Bellos, I., Fanaki, M., Vrachnis, N., & Doumouchtsis, S. K. (2020, April 1). Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, Vol. 247, pp. 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.02.025>

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

Serati, M., Di Dedda, M. C., Bogani, G., Sorice, P., Cromi, A., Uccella, S., ... Ghezzi, F. (2016). Position



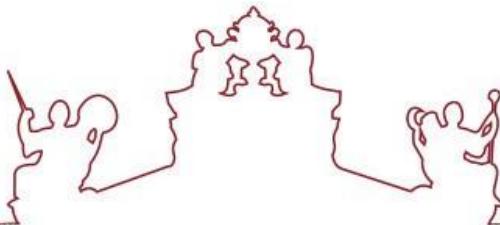
in the second stage of labour and de novo onset of post-partum urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 27(2), 281–286. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2829-z>

The Effect of Maternal Position on Maternal, Fetal and Neonatal Outcomes: A....: EBSCOhost. (n.d.). Retrieved October 7, 2020, from <http://web.a.ebscohost.com.are.uab.cat/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=39682707-2457-47da-8d6f-7943671e23da%40sessionmgr4007>

Warmink-Perdijk, W. D. B., Koelewijn, J. M., de Jonge, A., van Diem, M. T., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2016). Better perineal outcomes in sitting birthing position cannot be explained by changing from upright to supine position for performing an episiotomy. *Midwifery*, 34, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.010>

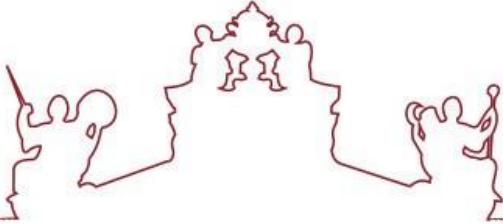
Wilson, A. N., & Homer, C. S. E. (2020, April 1). Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 60, pp. 175–182. <https://doi.org/10.1111/ajo.13127>

Zang, Y., Lu, H., Zhao, Y., Huang, J., Ren, L., & Li, X. (2020, September 1). Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 29, pp. 3154–3169. <https://doi.org/10.1111/jocn.15376>



➤ Apêndice 18





➤ Apêndice 19



➤ Apêndice 20



