



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

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

Relatório de Estágio

**Períneo Obstétrico: proteger e prevenir o trauma**

Sara Filipa Martinho de Oliveira

Orientador(es) | M. Sim-Sim

Évora 2024

---

---

---

---

---



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**Períneo Obstétrico: proteger e prevenir o trauma**

Sara Filipa Martinho de Oliveira

Orientador(es) | M. Sim-Sim

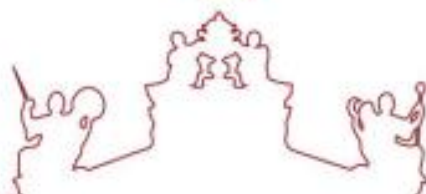
Évora 2024

---

---

---

---



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

Presidente | Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora)

Vogais | M. Sim-Sim (Universidade de Évora) (Orientador)  
Maria Otilia Brites Zangão (Universidade de Évora) (Arguente)

Évora 2024

---

---

---

---

## **AGRADECIMENTOS**

O presente Relatório resulta do equilíbrio que foi possível encontrar entre a ânsia de mais saber, a vontade de afirmar-se para a profissão, e a dinâmica familiar que foi necessário re(criar).

Gostaria de agradecer ao meu marido, pai dos meus filhos que foi incansável no apoio que me prestou. Aos meus filhos, os grandes amores da minha vida que decidiram aparecer na minha vida durante o presente mestrado. Aos meus pais que acreditaram sempre em mim. À Professora Margarida Sim-Sim, pela enorme disponibilidade e paciência, por me ter apoiado e motivado a não desistir. Não posso deixar de agradecer à minha Chefe de coração, Enf<sup>a</sup> Teresa Guerra que sempre me incentivou e ajudou na gestão da carreira profissional e à minha amiga e colega Enf<sup>a</sup> Cristina Paz por me motivar a ser melhor e estar sempre presente. Agradeço também a todas as Enfermeiras Supervisoras que me guiaram neste caminho da Saúde da Mulher.

Foram dois anos, transformados em cinco, duros, difíceis, nos quais a vontade de desistir, se escondia no ímpeto de “vá lá... é só mais um esforço” ...venciam-se os quilómetros, os turnos, o cansaço.

É gratificante terminar. Emerge uma sensação de empoderamento, porque fui capaz de tanto e tanto. Logo a seguir, uma sensação de humildade, porque quero ser capaz de mais e mais. Estudar, faz bem! Ter mais educação profissional, é bom! Mas cada vez mais me dou conta, de que ainda há tanto que aprender!

## RESUMO

**TÍTULO:** Períneo Obstétrico: proteger e prevenir o trauma

**Introdução.** O Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica e consequente Estágio de Natureza Profissional, levam a aquisição de conhecimentos e competências conforme orientações Nacionais/Internacionais. Atinge-se desenvolvimento teórico-prático, enraizado em experiências clínicas, evidência científica e pesquisa. **Objetivo.** Descrever aprendizagens realizadas nos campos clínicos através de experiências vividas e contributos para seu aprofundamento. **Metodologia.** Descrevem-se os espaços clínicos, assim como os atos, supervisionados por peritos e sustentados por modelo com ênfase na relação mestranda-mulher. Através de estratégias para o pensamento crítico concretizaram-se jornais de aprendizagem. O foco sobre o trauma do períneo levou a revisão temática apoiada em fontes bibliográficas, com consequente paralelo na análise dos casos cuidados. **Resultados.** A aquisição de competências teve sucesso, revelado nas avaliações periódicas. O aprofundamento da temática sublinhou a importância dos cuidados à parturiente. **Conclusões.** Adquirir competências permite exercício profissional de qualidade. Estudar o trauma perineal confirmou a necessária atenção aos fatores de risco das parturientes.

**Descritores (DeCS):** Períneo; Ferimentos e Lesões; Lacerações; Episiotomia; Parto; Fatores de Risco

## **ABSTRACT**

**Title:** Obstetric Perineum: protect and prevent trauma

**Introduction:** The Master's Degree in Maternal and Obstetric Health requires the acquisition of knowledge and skills, which, based on National and International guidelines, provide theoretical-practical development, manifested in supervised acts, reinforced with scientific evidence and foray into research. **Objective:** Document the learning that occurred in practical fields and the entire association of care skills and progress in the use of research tools. **Methods:** Description of the clinical contexts, of the experiences that occurred, complemented with an in-depth discussion of the topic "Obstetric perineal trauma". Reflection on clinical situations was based on daily life supervised by experts, the creation of learning journals and thematic review of the literature on risk factors for obstetric perineum trauma. **Results:** There was success in clinical learning, expressed in periodic positive evaluations in each field. The investment in the theme contributed to the knowledge of risk factors for obstetric perineal trauma and confirms its importance in providing adequate care during labor. **Conclusion:** The acquisition of skills allows for excellent professional practice. The study of Obstetric Perineal Trauma confirms its importance in clinical practice during the monitoring of women in labor.

**Descriptors:** Perineum; Wounds and Injuries; Lacerations; Episiotomy; Parturition; Risk Factors

## Índice

<b>1.</b>	<b><i>INTRODUÇÃO</i></b> .....	<b>11</b>
<b>2.</b>	<b><i>CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL</i></b> ..	<b>13</b>
<b>2.1.</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO</b> .....	<b>13</b>
2.1.1.	Cuidados de Saúde Diferenciados – Campo Clínico A: Consulta Externa de Obstetrícia e Ginecologia .....	14
2.1.2.	Cuidados de Saúde Diferenciados – Campo Clínico B e C .....	15
2.1.3.	Cuidados de Saúde Diferenciados – Campo Clínico D: Serviço de Puerpério .....	19
2.1.4.	Cuidados de Saúde Diferenciados – Campo Clínico E: Bloco de Partos .....	21
<b>2.2.</b>	<b>METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL</b> .....	<b>24</b>
2.2.1.	Objetivos do Estágio de Natureza Profissional .....	24
2.2.2.	Abordagem Metodológica das Práticas Clínicas do Estágio de Natureza Profissional .....	24
<b>3.</b>	<b><i>CONTRIBUTO PARA A ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA</i></b> .....	<b>31</b>
<b>3.1.</b>	<b>CONCETUALIZAÇÃO – REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>31</b>
3.1.1.	Metodologia da Revisão de Literatura.....	32
3.1.2.	Análise dos Resultados da Revisão Como Contributo para o Desenvolvimento da Temática .....	34
<b>3.2.</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS ASSISTIDOS NO ESTÁGIO E SUA ANALOGIA COM A REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>37</b>
<b>4.</b>	<b><i>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS</i></b> .....	<b>48</b>
<b>4.1.</b>	<b>COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b> .....	<b>48</b>
A -	Responsabilidade profissional, ética e legal .....	48
B -	Melhoria Contínua da Qualidade.....	51
C -	Gestão dos Cuidados .....	55
D -	Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais .....	57
<b>4.2.</b>	<b>COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA</b> .....	<b>58</b>
Competência 1 -	Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional. ....	58
Competência 2 –	Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal. ....	60
Competência 3 –	Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP. ....	62
Competência 4 –	Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal. ....	63
Competência 5 –	Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.....	65
Competência 6 –	Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica. ....	66
Competência 7 –	Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade. ....	67
<b>5.</b>	<b><i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i></b> .....	<b>68</b>
<b>6.</b>	<b><i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i></b> .....	<b>70</b>
APÊNDICES	.....	80
Apêndice A:	Proposta de Projeto .....	81
Apêndice B:	Registo de Experiências Clínicas .....	87
Apêndice C:	Jornais de Aprendizagem .....	101

Apêndice D: Folheto “Fototerapia” .....	132
Apêndice E: Exemplo de Folha de registo de Intervenções / Partograma Campo Clínico B .....	133
Apêndice F: Folha registos de Enfermagem/ Partograma Campo Clínico D .....	135
Apêndice G: Descritores/Palavras-Chave/Percurso da Busca nas Bases de Dados.....	137
Apêndice H: Diagrama PRISMA .....	139
Apêndice I: Referências Exportadas do Software Rayyan para o Ficheiro Excel .....	140
Apêndice J: Análise dos Artigos selecionados para a Revisão da Literatura .....	141
Apêndice K: Temas emergentes da Revisão Temática.....	148



## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> <i>Etnia das Participantes</i> .....	39
<b>Tabela 2.</b> <i>Descritivas da Idade das Mulheres</i> .....	39
<b>Tabela 3.</b> <i>Tipo de Parto</i> .....	40
<b>Tabela 4.</b> <i>Posição da Mulher no Momento Expulsivo</i> .....	40
<b>Tabela 5</b> <i>Ocorrência de Laceração em Mulheres Sujeitas a Episiotomia</i> .....	41
<b>Tabela 6.</b> <i>Ocorrência de Episiotomia/episiorrafia</i> .....	41
<b>Tabela 7.</b> <i>Trauma do Périneo</i> .....	42
<b>Tabela 8.</b> <i>Taxa de Episiotomia de Acordo com a Idade Materna</i> .....	43
<b>Tabela 9.</b> <i>Taxa de Lacerações de acordo com aplicação de Massagem Perineal durante TP</i> .....	44
<b>Tabela 10.</b> <i>Taxa de Episiotomia/Espisiorrafia de Acordo com Massagem Perineal Durante o TP</i> .....	45
<b>Tabela 11.</b> <i>Taxa de Lacerações de Acordo com o Peso do RN</i> .....	46
<b>Tabela 12.</b> <i>Taxa de Episiotomia/Episiorrafia de acordo com paridade</i> .....	46
<b>Tabela 13.</b> <i>Taxa de Lacerações de acordo com paridade</i> .....	47

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Campos Clínicos do 1º Semestre - 2º Ano.....	13
<b>Figura 2.</b> Campos Clínicos do 2º Semestre - 2º Ano.....	14
<b>Figura 3.</b> Casuística dos Nascimento no Campo Clínico B .....	17
<b>Figura 4.</b> Casuística dos Nascimento no Campo Clínico D.....	19
<b>Figura 5.</b> Casuística dos Nascimento no Campo Clínico E .....	22
<b>Figura 6.</b> Modelo Teórico "Primazy of The Midwife" de Halldorsdottir, 2011.....	27
<b>Figura 7.</b> Exemplo de Interface do Software Rayyan .....	28
<b>Figura 8.</b> Localização Geográfica da Produção Científica.....	33
<b>Figura 9.</b> Resumo dos Estudos Seleccionados.....	35
<b>Figura 10.</b> Mapa dos Termos Emergentes .....	37
<b>Figura 11.</b> Descritivas do Tempo Decorrido entre o Parto e a Recolha de Dados .....	38
<b>Figura 12.</b> Representação da Idade Materna .....	39
<b>Figura 13.</b> Representação da Idade Gestacional.....	40
<b>Figura 14.</b> Execução da Manobra de Ritgen .....	41
<b>Figura 15.</b> Ocorrência de laceração em Mulheres Sujeitas a Manobra de Ritgen .....	41
<b>Figura 16.</b> Representação da ocorrência de lacerações perineais.....	42
<b>Figura 17.</b> Representação do Peso do RN Organizado em Grupos.....	42
<b>Figura 18.</b> Resultados Melhorados pela Educação e Cuidados Obstétricos de Qualidade .....	53
<b>Figura 19.</b> Manual de Padrões de Qualidade em Saúde Materna – OMS .....	54
<b>Figura 20.</b> Parecer da OE nº 274/2010 .....	60
<b>Figura 21.</b> Nivel de evidência classificado conforme JBI Levels of Evidence - Obstetric anal sphincter injury (OASIS).....	141
<b>Figura 22.</b> Temas Emergentes na Revisão Temática .....	148

## 1. INTRODUÇÃO

O curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) ministrado na Universidade de Évora encontra-se registado na Direção Geral do Ensino Superior (DGES), com o nºR/A-Ef 1783/2011/AL03 de 26 de julho de 2019. É uma formação reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros (OE), possibilitando em processo posterior, a atribuição do título de Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). O plano de estudos do MESMO está publicado sob o aviso nº 15812/2019 de 7 de outubro de 2019. Possui objetivos, conteúdos e horas de formação, que refletem o teor dos regulamentos nº 140/2019 de 6 de fevereiro e nº391/2019 de 3 de maio, referentes a Competências Comuns do Especialista e Competências Específicas dos Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia.

O MESMO, constituído por quatro semestres com um total de 120 ECTS, contempla nos dois semestres do último ano, a UC Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF). O ENPR tem como objetivos: a) Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade nos períodos pré-concepcional, pré-natal, no trabalho de parto no período puerperal e no período pós-concepcional, a vivenciar processos de saúde/doença, b) Adquirir conhecimentos nas vertentes teórico-práticas dos cuidados especializados com base na prática baseada na evidência científica, c) Defender em provas públicas o Relatório do Estágio. Por outro lado, são enunciadas as competências que o mestrando/a deve atingir, com a seguinte formulação: 1) Evidencie conhecimento nas vertentes de cuidados especializados com base na evidência científica, 2) Demonstre capacidade de reflexão crítica sobre práticas, 3) Saiba aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas, 4) Demonstre capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos, 5) Demonstre capacidade de comunicar conclusões e raciocínios, a especialistas e não especialistas e 6) Demonstre ter desenvolvido habilidades para aprendizagem ao longo da vida.

Estes objetivos e competências, enquadram-se num total de 60 ECTS (1560 horas), que no caso da redatora do atual documento, se atingiram entre 13 de setembro de 2021 e 25 de junho de 2022, cumprindo as experiências clínicas designadas na formação. Os campos clínicos onde decorreram as experiências foram variados, tais como, a) Consultas Externas de Saúde Materna/Planeamento Familiar/Ginecologia, b) Serviço de Obstetrícia,

c) Bloco de Partos, d) Serviço de Puerpério e d) Serviço de Neonatologia. Na prática clínica, a mestranda procurou orientar-se pelo modelo teórico de “Primacy of the good midwife”(Eri et al., 2020; Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Tal modelo defende que a teoria, sustenta a metodologia, a construção da identidade profissional e o desenvolvimento do conhecimento. É uma teoria recente, ainda em evolução, que se pretende aplicada a agentes de saúde “parteiras”, cuja atividade profissional é coincidente com a atividade do EESMO. Considera este modelo, o profissionalismo da parteira, em cinco aspetos primordiais que adiante se apresentam. Simultaneamente, no entrosar da teoria e prática clínica, estratégias como o pensamento crítico, concretizadas nos jornais de aprendizagem mostram utilidade na promoção de maior competência (i.e., *critical thinking skills*) (Carter et al., 2017).

Conforme orientação pedagógica, desenvolveu-se uma temática, que dando título ao Projeto e posteriormente ao Relatório, se reportou aos fatores de risco associados ao trauma perineal obstétrico, permitindo o treino de conhecimentos, de métodos, programas e ferramentas de pesquisa. Sugere ser importante a temática dos fatores de risco para o trauma perineal obstétrico, pois recomenda a OMS (WHO, 2018), a adoção de técnicas que visem prevenir o traumatismo perineal durante o período expulsivo. Tal favorece experiências positivas à mulher no trabalho de parto (TP) e garante melhor recuperação pós-parto, além de evitar a exposição a outros problemas futuros na sua saúde. O objetivo da exploração da temática concretizou-se na realização de uma revisão temática sobre os fatores de risco relacionados com o trauma perineal obstétrico. Esta atividade promoveu e facilitou a reflexão da mestranda, na associação entre os achados da evidência e a análise dos casos na sua própria experiência clínica.

O presente Relatório Final de Natureza Profissional (RFNP), resulta do desenvolvimento do disposto no pré-projeto submetido aos Serviços Académicos (GD/35935/2021; Apêndice A). Tem por objetivo: descrever as aprendizagens realizadas nos campos clínicos através de experiências vividas e contributos para seu aprofundamento. O RFNP organiza-se em secções, conforme orientações pedagógicas. Aplica o acordo ortográfico de 2009, conforme circular n.º 4 de 2011 da Universidade de Évora.

A redação do atual RFNP realiza-se de acordo com a 7ª Edição do Manual de Publicação da American Psychological Association [APA] (APA, 2020) e adequação constante na Ordem de Serviço n.º 01/2023.

## 2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O contexto clínico, ou ambiente clínico de aprendizagem proporciona uma aprendizagem ativa que envolve diferentes cenários de casos reais, permitindo identificar necessidades e adquirir competências específicas e habilidades futuras, proporcionando a ligação entre as dimensões teóricas e práticas (Rebelo et al.,2020).

A realização do ENPRF exigiu a apresentação e submissão de um projeto (Apêndice A) no qual foi identificado um problema central que, dando título ao presente relatório, ofereceu a oportunidade de aprofundar o conhecimento nessa área e conseqüentemente adquirir competências ao longo dos diversos campos de estágio.

Além dos objetivos curriculares formais, para a sequência dos campos de estágios, definiram-se objetivos pessoais, nomeadamente a) realizar revisão temática sobre fatores de risco relacionados com o trauma perineal, b) identificar a casuística da prática de episiotomia, c) contabilizar o número de episiotomias realizadas durante a passagem nos diferentes campos de estágio, d) descrever as técnicas utilizadas para prevenção do trauma.

### 2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

O ENPRF ocorreu em diversos campos clínicos. Durante o primeiro semestre, que decorreu entre 13 de setembro de 2021 e 21 de janeiro de 2022 foram frequentados três campos clínicos como apresenta a figura 1.

**Figura 1.** Campos Clínicos do 1º Semestre - 2º Ano

1º Semestre – 2º Ano		
Período	Semanas	Campo Clínico
13/09/2021 a 21/10/2021	6	Campo Clínico A- Consulta Externa de Obstetrícia e Ginecologia
25/10/2021 a 03/12/2021	6	Campo Clínico B- Serviço de Obstetrícia e Grávidas
06/12/2021 a 21/01/2022	6	Campo Clínico C- Bloco de Partos

No 2º semestre que decorreu de 7 de fevereiro de 2022 a 25 de junho de 2022, cumpriram-se 18 semanas, conforme apresenta a figura 2.

**Figura 2.** Campos Clínicos do 2º Semestre - 2º Ano

1º Semestre – 2º Ano		
Período	Semanas	Campo Clínico
7/03/2022 a 20/03/2022	6	Campo Clínico D- Serviço de Puerpério
21/03/2022 a 24/04/2022	6	Campo Clínico E- Bloco de partos
26/04/2022 a 19/06/2022	8	Campo Clínico E- Bloco de Partos

Segue-se nas secções posteriores, a caracterização do contexto e uma descrição pormenorizada dos recursos disponíveis nos diferentes campos.

### **2.1.1. Cuidados de Saúde Diferenciados – Campo Clínico A: Consulta Externa de Obstetrícia e Ginecologia**

A Unidade Local de Saúde (ULS) onde se cumpriu o campo clínico A, criada em 2012 ao abrigo do Decreto-Lei nº238/2012, integra a gestão do Hospital X, o Agrupamento de Centros de Saúde Y e ainda a Unidade de Saúde Pública Z. A ULS responde às necessidades de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados da região abrangendo uma população de cerca de 100 mil habitantes com um acréscimo de cerca de 20 mil em época estival. A instituição tem como missão promover e prestar cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, desenvolver atividades de saúde pública, investigação, formação e ensino, assegurando o acesso da população através da ação conjugada de utentes, profissionais e comunidade.

#### **2.1.1.1. Campo Clínico A – Caracterização dos Recursos Materiais na Área de Obstetrícia**

O serviço de consulta externa do Hospital X engloba, entre outras, a consulta de Obstetrícia, consulta de Ginecologia, consulta de Patologia Cervical, consulta de Diagnóstico Pré-natal e a consulta de Enfermagem de Cardiocotografia (CTG) localizadas no piso 1 com acesso exterior efetuado pela entrada principal ou pela entrada da consulta externa.

A admissão para as diferentes especialidades médicas, bem como para a área de saúde da Mulher, é efetuada na sala de admissão/balcão de atendimento. Após efetivada a admissão existem 2 salas de espera, uma para a área de Obstetrícia/Ginecologia e outra para as restantes especialidades. A consulta externa de Obstetrícia é constituída por:

- 2 gabinetes médicos (ambos equipados com ecógrafos, marquesa ginecológica, mesas com computadores, lavatório e armários com material clínico)

- 1 gabinete de enfermagem (equipado com mesa e computador, balança, monitor para avaliação de sinais vitais, doppler fetal e armário com material de apoio à consulta)
- 1 gabinete com marquesa e cardiotocógrafo
- 1 copa
- 1 WC para utentes/Profissionais
- 1 sala equipada com cacifos para os profissionais
- 1 gabinete de arrumos no qual consta também um colposcópio

#### 2.1.1.2. Campo Clínico A – Caracterização dos Recursos Humanos na Área de Obstetrícia

A equipa multidisciplinar integra médicos, enfermeiros, administrativos e assistentes operacionais. O serviço de consulta externa é constituído por 4 administrativas, 28 médicos (2 Especialistas em Obstetrícia e Ginecologia), 2 Psicólogas, 2 Nutricionistas, 8 Enfermeiros (1 EESMO) e 4 Assistentes Operacionais.

Na área de Obstetrícia está distribuída 1 EESMO que normalmente não é substituído na sua ausência e quando o é a substituição é feita por 1 Enfermeiro generalista. O método de trabalho praticado é o método individual onde a enfermeira realiza consultas de enfermagem na área da Obstetrícia, CTG e presta apoio à consulta médica de Patologia Cervical e DPN. Os registos informáticos são realizados no programa Sclínico.

O serviço funciona de segunda a sexta das 8:00h às 20:00h e excepcionalmente aos sábados durante o período da manhã para consulta médica de DPN.

#### **2.1.2. Cuidados de Saúde Diferenciados – Campo Clínico B e C**

O campo clínico B e C decorreu no Centro Hospitalar B, o qual foi fundado em 2009 através do Decreto-lei nº 280/2009. O Centro Hospitalar B compreende um total de cerca de 215.921 habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2017). Tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos.

O Centro Hospitalar B foi acreditado, em 2012, como Hospital Amigo dos Bebés e recertificado em 2019. O Hospital respeita os direitos das grávidas/puérperas e seus filhos e abraça um conjunto de projetos com essa mesma visão: Cursos de preparação para o parto e parentalidade pelo método psicoprofilático, sessões temáticas de empoderamento da grávida/casal, Projeto Maternidade com Qualidade implementados no BP, Pulseira de

segurança anti rapto para proteção dos recém-nascidos, rastreios neonatais, Projeto nascer cidadão e linha de apoio à Puérpera (destinado a todas as puérperas após a alta e até às 6 semanas de pós-parto, com vista a esclarecer dúvidas ou questões sobre puerpério ou cuidados ao recém-nascido).

#### 2.1.2.1. Campo Clínico B e C – Caracterização dos Recursos Materiais na Área de Obstetrícia

Os campos clínicos B e C ocorreram na mesma instituição. Nesta circunstância faz-se a descrição contextualizada nos dois serviços diferentes, Bloco de Parto e Serviço de Internamento de Obstetrícia.

#### **Campo Clínico B - Bloco de Partos**

O SUOG e o BP do Hospital do B situam-se no piso 1 e é composto por:

- Sala de espera
- Sala de admissão/Triagem
- 1 gabinete para realização de CTG
- 1 Gabinete de Ecografia
- 1 Gabinete médico
- 6 Boxes individuais equipadas para o TP e cuidados imediatos ao RN
- 1 Sala de Trabalho da equipa de enfermagem no centro as boxes;
- 1 gabinete da Enfermeira-Chefe
- 1 Copa
- 1 WC equipada com cacifos para uso dos profissionais
- 1 Sala de sujos
- 1 Sala de limpos
- 2 salas de bloco operatório
- Recobro com 3 camas

Devido ao contexto pandémico foi ainda construído um módulo com 2 gabinetes para atendimento e possível internamento de grávidas positivas para Covid-19, com respetivos sanitários.

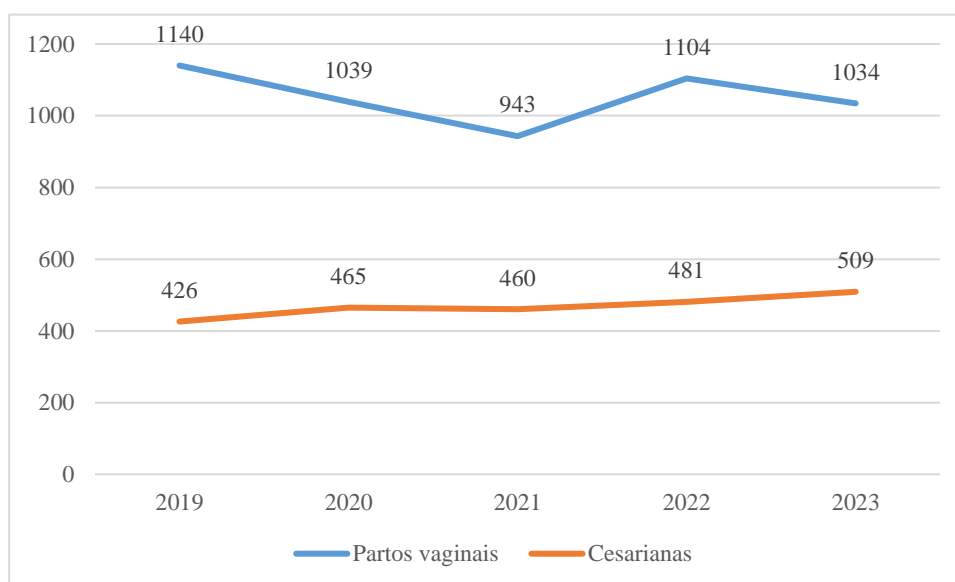
Todas as grávidas na admissão ao serviço eram testadas para a covid-19. Quando obtinham um resultado negativo para o vírus, era-lhes permitido ter um acompanhante durante o TP. Este acompanhante, escolhido pela parturiente, era previamente testado para o vírus e poderia permanecer com a parturiente na sala de partos quando testava



negativo para o vírus SARS-Cov-2. A grávida pode ainda durante o TP usufruir, de diferentes métodos não farmacológicos de alívio da dor, deambulação/alternância de posição, bola de pilates, musicoterapia, cromoterapia, massagem shiatsu, massagem de relaxamento. Estes métodos são sugeridos ou solicitados pela parturiente durante o TP. A equipa de enfermagem regista essa informação em tabela de registo de intervenções (Apêndice E) enquadradas no projeto “Maternidade com Qualidade”. Pretende assim documentar as boas práticas de atenção no parto e nascimento, emanadas pela OMS (WHO, 2018).

Na presente instituição, ocorreram nos últimos 5 anos 9773 nascimentos, dos quais 7468 partos vaginais e 2305 cesarianas, conforme figura nº3.

**Figura 3.** Casuística dos Nascimentos no Campo Clínico B



Fonte: Construído com dados de <https://transparencia.sns.gov.pt>

No piso 5 situa-se o serviço de Obstetrícia, constituído pelo internamento de Puérperas/Grávidas, consultas de DPN, HTA na gravidez, grávidas adolescentes, diabetes gestacional, obstetrícia geral, avaliação do bem-estar materno-fetal, consulta peri-parto, consulta de preparação para o parto, Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), consulta de enfermagem de IVG e consulta de enfermagem de Obstetrícia.

### **Campo Clínico C- Internamento de Obstetrícia**

- Gabinete do “Cantinho da Amamentação”, disponível para as puérperas internadas ou para receber puérperas vinda do exterior que necessitem de auxílio na amamentação
- 25 camas e 25 berços
- 3 quartos individuais com WC privado destinados maioritariamente a grávidas ou mulheres submetidas a IVG
- 1 sala de Trabalho de Enfermagem
- 1 gabinete de chefia de Enfermagem
- 1 Sala de tratamentos
- 1 sala de cuidados ao RN
- 1 wc para uso dos profissionais
- 1 sala de arrumos

Na enfermaria é realizado o internamento conjunto entre puérpera e recém-nascido. Os cuidados aos recém-nascidos são realizados sempre no quarto com a presença da mãe, salvo raras exceções em que sejam necessários cuidados mais invasivos, por exemplo aspirar secreções, em que o recém-nascido é levado para a sala de cuidados ao RN.

#### 2.1.2.2. Campo Clínico B – Caracterização dos Recursos Humanos na Área de Obstetrícia

A equipa de enfermagem do SUOG e BP do Hospital do B é constituída por 22 EESMO, três médicos especialistas da área de Obstetrícia, um médico Anestesiologista e um médico Pediatra, dez Assistentes Operacionais e uma administrativa no turno da manhã de segunda a sexta-feira. No turno da manhã estão distribuídos quatro EESMO e nos turnos da tarde e noite três EESMO que prestam cuidados na triagem do SUOG, vigiam grávidas em TP, assistem aos partos e prestam cuidados de bem-estar materno-fetal. Todos os registos são efetuados no programa informático SClínico.

Na enfermaria de Obstetrícia a equipa é constituída por 22 Enfermeiros (dez EESMO e um Enfermeiro-Chefe).

O método de trabalho utilizado em ambos os serviços, assenta no método individual de trabalho (Costa, 1999) em que as puérperas são distribuídas equitativamente pelos Enfermeiros e as grávidas são atribuídas ao EESMO escalado para cada turno.

### 2.1.3. Cuidados de Saúde Diferenciados – Campo Clínico D: Serviço de Puerpério

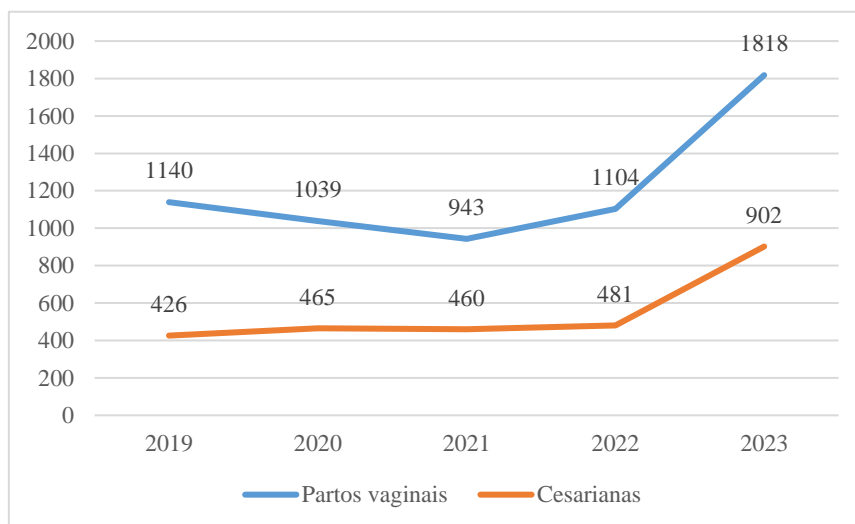
O campo Clínico D decorreu no serviço de puerpério do Hospital D, que iniciou a sua atividade em 1991 em substituição de um antigo Hospital que, entretanto, deixara de funcionar por não conseguir dar resposta à população cada vez mais crescente. Em 2003 foi classificado como Hospital Central, passando a pertencer ao setor empresarial do Estado. Atualmente serve uma população de cerca de 350 mil habitantes e tem capacidade de cerca de 590 camas distribuídas por várias especialidades.

A prestação de cuidados de saúde diferenciados e de excelência, assente em práticas de qualidade e segurança, num ambiente de humanização e respeito pelos direitos das pessoas doentes caracteriza a principal missão da instituição.

A área de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital D dispõe de internamento de Ginecologia, que responde ao plano cirúrgico e serviço de urgência; Internamento de medicina materno-fetal; Internamento de puerpério; Consulta Externa; Urgência Ginecológica-Obstétrica; Bloco de Partos; Bloco Operatório e Exames.

Na presente instituição, nos últimos 5 anos, ocorreram 17137 nascimentos, dos quais 13146 ocorreram por via vaginal e 3991 através de cesariana (figura 4).

**Figura 4.** Casuística dos Nascimentos no Campo Clínico D



Fonte: Construído com dados de <https://transparencia.sns.gov.pt>

### 2.1.3.1. Campo Clínico D – Caracterização dos Recursos Materiais na Área de Obstetrícia

O estágio decorreu no serviço de Puerpério do campo clínico D que se localiza no 5º piso do Hospital e é constituído por:

- 1 copa
- 1 Berçário (onde a equipa de Pediatras observa os RN e são realizadas intervenções de enfermagem invasivas [aspirar secreções e recolha de sangue])
- 1 WC de pessoal
- 1 WC de puérperas
- 1 WC de grávidas
- Sala de sujos
- Gabinete de Chefia de Enfermagem
- Balcão com sala de trabalho/ medicação (dispõe de computador na zona do balcão onde é possível vigiar o traçado do CTG nas grávidas internadas)
- 2 quartos duplos com wc privada (reservado para grávidas)
- Sala de Arrumos
- 2 Salas para médicos
- 8 Quartos constituídos por 3 camas de alojamento conjunto
- 1 sala de reuniões com processos clínicos

Durante o tempo de estágio, devido à situação pandémica (Covid-19) que o país atravessava, os serviços de diversos hospitais tiveram de ser reajustados. O presente campo clínico foi improvisado no anterior serviço de Ginecologia.

### 2.1.3.2. Campo Clínico D – Caracterização dos Recursos Humanos na Área de Obstetrícia

A área de Obstetrícia do presente campo clínico caracteriza-se pela existência de Especialistas tanto na área de Enfermagem como Médica. O serviço de Puerpério é constituído por 20 Enfermeiros (12 EESMO e 1 Enfermeiro-Chefe), 32 Médicos (compreendendo Obstetras e Pediatras), 21 Assistentes Operacionais e 6 assistentes administrativas afetas à área Materno-Infantil.

O método de trabalho utilizado neste serviço assenta no método individual de trabalho (Costa, 1999) em que ficam ao cuidado de cada enfermeiro um determinado número de

puérperas. Os cuidados são assim individualizados e personalizados para cada puérpera e recém-nascido, tendo por base as necessidades que lhe são inerentes em cada momento. Apesar deste ser o método de trabalho principal neste serviço, em cada turno um enfermeiro fica responsável por preparar toda a medicação a administrar nesse mesmo turno, a todas as puérperas internadas. Esta organização permite que o enfermeiro responsável por tratar da terapêutica esteja plenamente focado nesse procedimento sem distrações. Todos os registos de diagnósticos, intervenções, plano de cuidados e notas de alta são efetuados no software Sclinico.

Este Serviço dispõe de um sistema de segurança rigoroso para o Recém-Nascido designado *Baby-Match*, que consiste numa solução anti-rapto, através de uma pulseira eletrónica colocada em todos os bebés, para proteção, segurança e monitorização com base num sistema de localização em tempo real.

O Hospital onde este serviço de Puerpério se insere apresenta uma política de promoção de aleitamento materno, tendo sido o primeiro em Portugal a obter o desígnio de “Hospital Amigo dos Bebés”.

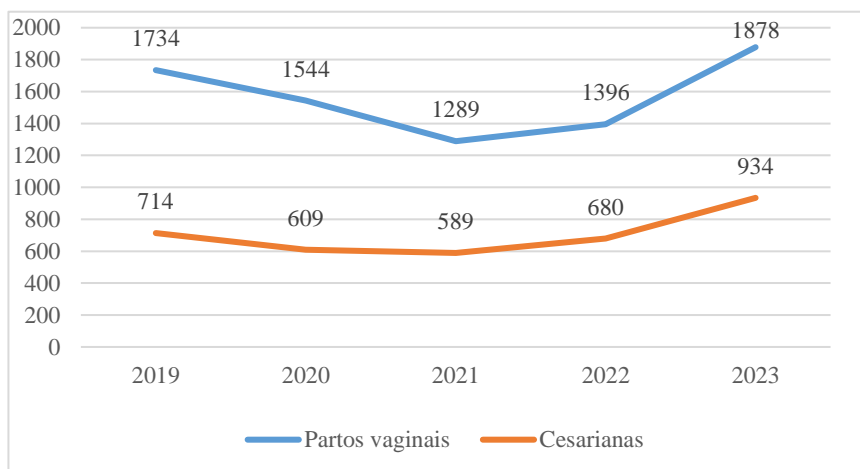
#### **2.1.4. Cuidados de Saúde Diferenciados – Campo Clínico E: Bloco de Partos**

O serviço de Bloco de Partos do Campo Clínico E encontra-se integrado no Centro Hospitalar E, composto por 3 Hospitais que dispõe de diferentes valências de cuidados de saúde diferenciados. Inaugurado em 1987, o Hospital E é considerado m Hospital Geral, central, onde estão sediadas a Urgência Geral Grau 4, Urgência Pediátrica e Urgência Obstétrica, abrangendo cerca de 1 milhão de habitantes.

Pauta-se pela prestação de cuidados humanizados e de qualidade e desenvolve ainda atividades complementares no âmbito do ensino pré e pós-graduado, investigação e formação.

O serviço de Bloco de Partos faz parte do Departamento de Saúde da Mulher e da criança, localizado no Edifício Materno-Infantil, constituído também pelos seguintes serviços: Urgência Obstétrica e Ginecológica, Consulta Externa de Ginecologia e Obstetrícia, Internamento de Obstetrícia, Medicina Materno-Fetal, Ginecologia e DPN. Nos últimos 5 anos ocorreram 14484 nascimentos no Hospital do Campo Clínico E, dos quais 11064 por via vaginal e 3420 por cesariana (figura 5).

**Figura 5.** Casuística dos Nascimento no Campo Clínico E



Fonte: Construído com dados de <https://transparencia.sns.gov.pt>

#### 2.1.4.1. Cuidados de Saúde Diferenciados - Caracterização dos Recursos Materiais do Campo Clínico E: Bloco de Partos

O Bloco de Partos, juntamente com o serviço de urgência obstétrica/ginecológica, constitui um serviço único que funciona em articulação. A área reservada ao BP compreende 7 quartos individuais, disposto em “U” devidamente equipados com todo o material necessário para prestar cuidados à grávida/ puérpera e RN. No centro do “U” existe um balcão central informatizado e ligado aos CTG de todos os quartos, permitindo aos profissionais de enfermagem ter uma visão global e vigilância adequada do bem-estar fetal. O serviço dispõe ainda de 2 wc para as grávidas, 1 wc de pessoal, 1 copa, 1 Gabinete da Enfermeira-Chefe, 1 Sala de sujos, 1 Sala de limpos, 1 sala de reuniões, 2 salas de armazém, 3 Blocos operatórios e uma sala de Recobro constituída por 3 camas.

A admissão das grávidas no serviço é efetuada pelo SUO onde são primeiramente triadas por um EESMO, com recurso ao sistema de triagem de Manchester, o qual permite atribuir prioridade clínica, de acordo com o grau de gravidade de cada situação. Todas as grávidas admitidas no SUO após as 34 semanas de gestação realizam CTG e após a avaliação médica pela equipa de Obstetras, podem ser internadas no BP, Serviço de Obstetrícia, Ginecologia, Medicina Materno-Fetal ou transferidas para outros serviços caso necessitem.

O serviço de BP dispõe de recursos para alívio da dor através de métodos não farmacológicos durante o TP, nomeadamente: apoio emocional; distração; imagens mentais; musicoterapia; aromaterapia; aplicação de calor e/ou frio; hidroterapia

(utilização do duche de água quente ou tépida - de acordo com a preferência da parturiente); deambulação / posicionamentos; bola de pilates; massagem; técnicas de relaxamento/respiração.

É um serviço que vai de encontro dos anseios e solicitações de uma população-alvo cada vez mais informada que se preocupa em prestar cuidados de acordo com as diretrizes emanadas pela OMS (2018) e dispõe de um consentimento informado para o parto, disponível no site da instituição, que visa informar previamente as grávidas daquilo que são as boas práticas em Obstetrícia.

#### 2.1.4.2. Cuidados de Saúde Diferenciados - Caracterização dos Recursos Humanos do Campo Clínico E: Bloco de Partos

Para assegurar uma assistência de qualidade a equipa é constituída por 23 médicos, 52 enfermeiros (37 EESMO, dos quais 1 em Chefia e 2 gestores), 27 Assistentes Operacionais e 8 Assistentes Técnicos.

O método de trabalho utilizado em ambos os serviços assenta no método individual de trabalho em que as grávidas são distribuídas equitativamente pelos Enfermeiros. Por cada turno existem 2 EESMO distribuídos no SUOG e os restantes permanecem no BP onde lhes são atribuídos os quartos/grávidas. Em cada turno, um EESMO é designado como “chefe de equipa” e a este cabe a função de distribuir as grávidas/parturientes a cada Enfermeiro e tomar decisões de gestão/organização do serviço na ausência da Enfermeira Gestora. Para além de desempenhar essa função, o Enfermeiro designado com “chefe de equipa” também presta cuidados e também lhe são atribuídas mulheres.

Neste Serviço, o horário de trabalho da equipa de enfermagem está dividido em 2 turnos (8:00-20:00h e 20:00-8:00h). A concretização de turnos de 12 horas diárias possibilita aos enfermeiros do serviço fazer menos turnos por semana para atingir as 35h semanais às quais estão imperiosos. De acordo com a Circular Normativa 18/92 de 30/07/1992, da Direção Geral dos Hospitais, que estabelece os regimes de horários nos Hospitais, aconselha a que os horários de trabalho diário não excedam as 10h diárias, preservando assim a qualidade dos cuidados e a prevenção de riscos. No entanto, no serviço de BP por unanimidade da equipa de enfermagem a realização desta tipologia de horário parece acarretar benefícios, proporcionando maior disponibilidade para a vida pessoal e familiar e menos deslocações.

## 2.2. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A metodologia de trabalho é fundamental para melhor compreensão de todas as etapas percorridas bem como para avaliação da sua evolução. Nesta secção pretende-se descrever as metodologias que foram aplicadas com vista à obtenção de competências de Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica. Foram também tidos em conta e salvaguardados os princípios gerais do Código Deontológico de Enfermagem durante a prática clínica e na elaboração do presente Relatório.

### 2.2.1. Objetivos do Estágio de Natureza Profissional

Definem-se para o ENPRF os seguintes objetivos:

- Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família/comunidade nos períodos pré-concepcional, pré-natal, no trabalho de parto no período puerperal e no período pós-concepcional, a vivenciar processos de saúde/doença.
- Adquirir conhecimentos nas vertentes teórico-práticas dos cuidados especializados com base na prática baseada na evidência científica
- Defender em provas públicas o Relatório do Estágio

Pretende-se com o alcance destes objetivos que a mestranda adquira competências que:

- Evidenciem conhecimento nas vertentes de cuidados especializados com base na evidência científica
- Demonstrem capacidade de reflexão crítica sobre práticas.
- Permitam aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas.
- Demonstrem capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos.
- Demonstrem capacidade de comunicar conclusões e raciocínios, a especialistas e não especialistas.
- Demonstrem ter desenvolvido habilidades para aprendizagem ao longo da vida.

### 2.2.2. Abordagem Metodológica das Práticas Clínicas do Estágio de Natureza Profissional

O estágio decorreu sob a supervisão clínica com peritos da área (EESMO) e orientação pedagógica de docente da Universidade de Évora.



Foram aplicadas diferentes estratégias de aprendizagem tais como: a) observação de cuidados, b) treino clínico, c) reflexões temáticas, d) pesquisa bibliográfica para revisão temática, além de outras atividades de oportunidade. Em cada campo clínico, ocorreram reuniões de avaliação intermédia e final, assim como reuniões semanais com a orientadora docente, conforme está preconizado na educação para EEESMO/Midwives (WHO, 2008, 2014). A avaliação foi guiada por instrumentos, cujos itens se reportavam ao contexto do campo

#### 2.2.2.1. Estratégias de Observação e Treino Clínico

De forma a desenvolver competências presentes no Regulamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas (CCE) e no Regulamento das Competências de EEESMO, ao longo do ENP, foram realizadas reuniões com as supervisoras clínicas, dando oportunidade à mestranda, para refletir sobre a sua aprendizagem. Foram encontradas oportunidades nas diferentes instituições que contribuíram para um aumento progressivo da autonomia. As estratégias consideradas nesta secção dizem respeito aos cuidados diários no contacto com utentes. No Apêndice B, encontram-se detalhados os registos dos casos clínicos contactados durante o estágio.

Nos cuidados diários, no contacto com as utentes, a mestranda adotou o modelo teórico “primacy of the good midwife” (Eri et al., 2020; Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). É uma teoria recente, que reflete a evolução do profissionalismo. Considera este modelo teórico o profissionalismo da parteira, em cinco características ou aspetos primordiais. Se, ao ler estes aspetos primordiais, se substituir a palavra “parteira” por ESMO, será possível reconhecer a maioria das competências específicas que em Portugal definem o perfil desta enfermeira especializada:

1) A parteira cuida da parturiente e de sua família. Veja-se a analogia com as unidades de competência das competências específicas 3, 4, 5, 6 e 7

(i.e., 3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; 4 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós -natal; 5 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; 6 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 7 — Cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade)

2) A parteira é profissionalmente competente, sendo esta competência profissional a primazia que impera, em favor da segurança da mulher e seu filho/a. Veja-se a similaridade com as unidades de competência das competências específicas 1 e 2:

(i.e., 1 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional; 2 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal)

E também a competência comum B3:

(i.e., B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro).

3) A parteira possui sabedoria profissional e aplica-a. De facto, “sabedoria profissional” constitui um conceito relativamente recente, que sublinha a interação entre conhecimento-experiência. Tal, remete para a aplicação da evidência na prática clínica, conforme se prevê nas unidades de competências da competência D2:

(i.e., D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica).

4) A parteira possui competência interpessoal, na medida em que potencializa a comunicação e a parceria positiva com a mulher e sua família. Vejam-se as unidades de competência nas competências comuns B2, C1 e C2

(i.e., B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

5) A parteira desenvolve-se tanto pessoal como profissionalmente, considerando tal harmonia pessoal-profissional, como pré-requisito para o profissionalismo. Vejam-se nas Competências Comuns as Unidades de competência de D1:

(i.e., D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade)

A figura 6 transmite a ideia presente no modelo teórico de Halldorsdottir em 2011 (Eri et al., 2020).

**Figura 6.** Modelo Teórico "Primazy of The Midwife" de Halldorsdottir, 2011



#### 2.2.2.2. Estratégias de Reflexões Temáticas

A Prática reflexiva adquire um profundo reconhecimento na prática clínica, tornando-se indispensável no processo de aprendizagem clínico. Durante a reflexão o aluno tem a possibilidade de problematizar e adquirir novos conhecimentos, habilidades e atitudes que a própria prática obriga. Permite que os alunos se envolvam na exploração das suas experiências com o objetivo de concretizar uma nova compreensão (Peixoto e Peixoto, 2016).

Ao longo do ENP, a mestranda teve a oportunidade de elaborar diversas reflexões temáticas sob a forma de jornais de aprendizagem. Cada jornal de aprendizagem reflete uma temática que suscitou a curiosidade da mestranda, reconhecendo a necessidade de aprofundar o conhecimento sob a aplicação de revisão de literatura. As reflexões constam no Apêndice C e destacam 14 temas distribuídos pelos diferentes campos de estágio. De facto, para proporcionar cuidados seguros em obstetrícia é necessário adquirir e desenvolver competências de pensamento crítico. Tais competências podem ser avaliadas através de instrumentos, tanto para os *midwifery students*, como para os seus professores (Carter et al., 2017). Seria talvez interessante estudar como os mestrandos e seus

professores aplicam e desenvolvem estas competências. A todo o momento, tanto no papel de docente e/ou supervisor, como no de estudante em estágio, ocorrem tomadas de decisão, que trazem independência intelectual, na defesa e justificativas das opções, no discernir sobre as respostas mais adequadas ao caso específico que se está a cuidar.

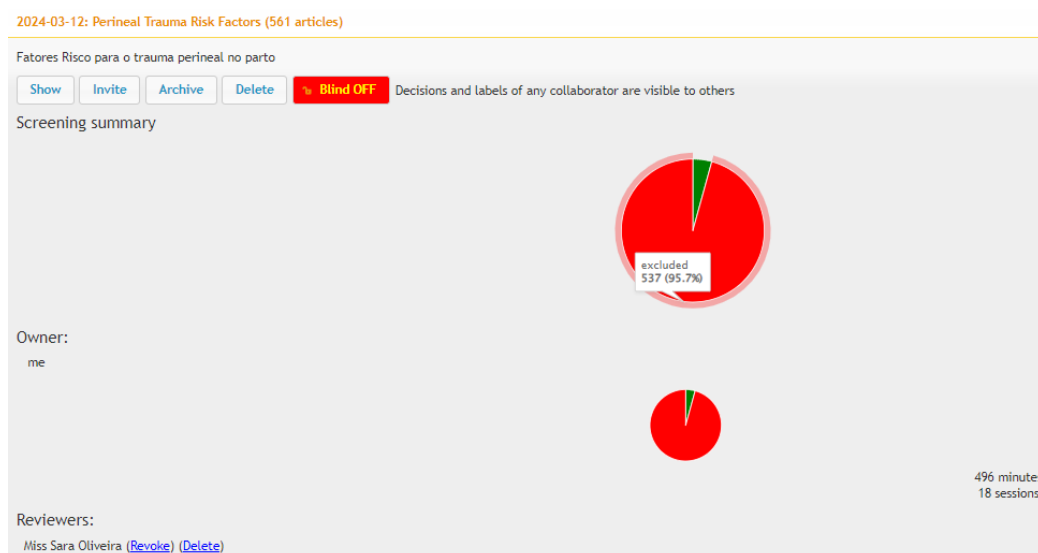
### 2.2.2.3. Estratégias de Pesquisa Bibliográfica para Revisão Temática

Ao longo do ENP, o trauma do períneo obstétrico evocou o interesse da mestranda. Desta forma, a revisão temática da literatura recaiu sobre os fatores de risco para o trauma perineal obstétrico.

De forma a dar início à revisão da literatura houve a necessidade de escolha dos descritores. Para tal foi utilizada a plataforma “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS)” e os descritores escolhidos foram: *perineum*; *wound and injuries*; *lacerations*, *episiotomy*; *trauma severity indices*; *parturition* e *risk factors*.

Foram realizadas pesquisas em várias bases científicas, nomeadamente a PubMed; Web of Science, Ebsco e B-ON. Treinou-se também, com o apoio da orientadora pedagógica, a utilização de um software, gestor de referências (i.e., EndNote na versão free), o gestor de revisão de artigos (i.e., Rayyan). Em 18 sessões, realizou-se a recolha e seleção de artigos para a revisão temática, conforme documenta a figura 7.

**Figura 7.** Exemplo de Interface do Software Rayyan



#### 2.2.2.4. Estratégias de aprofundamento Clínico com utilização de Medidas Não-farmacológicas no Alívio da Dor

A dor durante o TP é ancestral, resultando das modificações fisiológicas da evolução da espécie (Rosenberg & Trevathan, 2002). Nas décadas de 30 e 60 acreditava-se que a dor tinha uma função biológica importante e que não deveria ser aliviada, no entanto, mais tarde, na década de 80, foram realizados estudos que concluíram que apesar da dor ter uma função biológica importante, precisava ser aliviada, pois a sua persistência e intensidade associada ao stress tinha efeitos prejudiciais para a mãe e para o feto (Mamede et al, 2007).

Cada mulher sente a dor do TP de forma única sendo influenciada por diversos fatores como o medo, ansiedade, experiências de partos anteriores, existência de preparação para o parto e até do próprio suporte oferecido durante todo o processo. De facto, o parto natural e espontâneo é da responsabilidade da EESMO pois envolve conhecimentos a mobilizar em contexto de ação e implica a tomada de decisões em situações de maior complexidade (OE, 2019). A OMS (2007) salienta que uma das intervenções prioritárias do EESMO é ajudar a mulher a suportar a dor do TP, recorrendo a métodos não farmacológicos para alívio da mesma. Idealmente a mulher deve ser familiarizada com estes métodos ainda durante a gestação.

A literatura descreve avanços notáveis no conhecimento sobre o recurso aos métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o TP, proporcionando uma evolução favorável do parto como reflexo de maior conforto da parturiente (Aveiro e Velosa, 2017). Tal foi possível de acompanhar no âmbito da experiência clínica, com oportunidade de assistir mulheres em TP e de acordo com as suas preferências foram implementados métodos não farmacológicos para alívio da dor, nomeadamente, musicoterapia, cromoterapia, hidroterapia, massagem, utilização de bola de pilates e deambulação /alteração de posição. Para além da implementação de métodos não farmacológicos para alívio da dor, o EESMO deve transmitir confiança, empatia, tranquilidade respeitando e ouvindo a parturiente de forma a proporcionar uma experiência o mais positiva possível.

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor, apresentam diversas vantagens que vão além da satisfação da parturiente. A sua implementação reduz a necessidade de partos instrumentalizados e consequentemente redução de custos. Torna-se importante entender que estes métodos proporcionam melhor apoio e respeito ao parto humanizado, base para desenvolvimento de diretrizes clínicas e protocolos de assistência ao parto melhorados,

diminuição do uso de medicamento durante o trabalho de parto, evitando potenciais efeitos colaterais e complicações (Ribeiro et al, 2023).

No desenvolvimento de maior conhecimento sobre esta temática, observe-se o registo das atividades assistenciais implementadas encontra-se descrita no Apêndice B.

#### 2.2.2.5. Outras Estratégias para o Desenvolvimento de Competências

No campo clínico “Puerpério” do hospital D, a mestranda constatou que a prática de fototerapia em RN era uma situação frequente, causando muita ansiedade nas puérperas. Foi possível identificar a ausência de documentos/informações, que pudessem aumentar o conhecimento das mães sobre a necessidade deste tratamento. Por este motivo, a mestranda teve a iniciativa de propor à equipa a elaboração de um folheto a ser dispensado a todas as puérperas sempre que existisse necessidade do seu filho ser submetido a Fototerapia.

Com a supervisão das EESMO, a mestranda elaborou o folheto e posteriormente apresentou à equipa, deixando-o disponível no serviço para necessidades futuras.

Apesar de ter sido um trabalho modesto, foi mais uma oportunidade de aprendizagem para a mestranda (Apêndice D)

### **3. CONTRIBUTO PARA A ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

A formação contínua ao longo do exercício da profissão de Enfermagem é uma necessidade e um dever de cada enfermeiro. A excelência dos cuidados deve ser um objetivo permanente ao longo desta caminhada que é ser Enfermeiro, fazendo face à constante evolução da ciência. Este foi o interesse da mestranda ao designar como temática de interesse, que dá o título ao seu Relatório o Trauma Perineal Obstétrico.

#### **3.1. CONCEPTUALIZAÇÃO – REVISÃO DE LITERATURA**

O 2º estágio do TP é caracterizado como um processo fisiológico natural. O corpo da mulher, em resposta fisiológica, manifesta-se perante os estímulos provocados pelas contrações, libertando hormonas e preparando o canal de parto para a passagem do bebé (Santos et al 2018). Durante todo este processo é de evitar a implementação de intervenções desnecessárias tanto para a parturiente como para o feto. Será útil que se proporcione um ambiente que fortaleça o estado alterado de consciência (EAC), um estado psicofísico característico do parto natural não perturbado, induzido pela dor e associado à hipofrontalidade transitória (Dahan, 2020). Em fase posterior, no 2º estágio do TP, ou seja no momento expulsivo, dois tipos de reflexos neuroendócrinos entram em ação: 1) o reflexo de ejeção fetal e 2) o Reflexo de Ferguson. O reflexo de Ferguson, resulta das condições biomecânicas, devido à pressão da apresentação fetal sobre os músculos perineais (Dahan & Odent, 2023). O reflexo de ejeção fetal, que está relacionado com o anterior EAC, acontece pela diminuição do controlo cortical (Dahan & Odent, 2023; Odent, 2003). De acordo com Odent, conservar um processo de TP no modelo fisiológico, ou seja, rodear a mulher de privacidade, silêncio, luz obscurecida e outros cuidados que diminuam interação e evitem estado de alerta, no sentido de manter o EAC, é a melhor forma de evitar lacerações graves do períneo e anular razões para fazer episiotomia (Odent, 2003). Estes fatores criam as condições para que ocorra um reflexo de ejeção fetal.

Contudo, grande parte das mulheres, senão mesmo a maioria, sofre algum tipo de trauma perineal durante o 2º Estágio de TP, causadas por lacerações espontâneas ou devido à prática de episiotomia (Zukoff et al, 2019). Uma metanálise de 2019, refere que em países de baixo e médio rendimento, cerca de 46% de episiotomias, 24% lacerações de 2º grau e 1.4% de 4º grau com afeção do esfíncter (Aguiar et al., 2019). Considerando todo o tipo

de lesões perineais por trauma obstétrico, a casuística é muitíssimo elevada, referindo alguns autores 9 em cada 10 mulheres, mas pode prevenir-se (Okeahialam et al., 2024). Referem outros autores que entre 53-89% das mulheres sofrem algum tipo de laceração no parto, sendo a maioria de 1º e 2º grau. Do grande conjunto de lacerações, 60-70% necessitam ser suturadas, sendo 4-11% de 4º grau atingindo o esfíncter anal (Ramar & Grimes, 2024)

Vários estudos mostram que a prevalência de trauma perineal está associada a fatores como primiparidade, peso do recém-nascido, uso de indutores, uso de analgesia, posição durante o trabalho de parto (Santos, 2018), o uso de fórceps (Santos et al 2018) e puxo dirigido (Scarbotto et Riesco, 2006). Em 2018, a OMS recomenda uma taxa de episiotomia de apenas 15% e a mesma deve ser somente aplicada em casos como sofrimento fetal, progressão insuficiente do trabalho de parto, ameaça de lacerações de alto grau e casos com antecedentes de laceração de 3º grau. O seu uso acarreta consequências para a mulher como dor, o risco do aumento de lesão perineal de 3º e 4º grau, a diminuição da força muscular do assoalho pélvico, podendo contribuir para incontinência urinária e fecal, dispareunia e risco aumentado de hemorragia (Santos et al 2018). O impacto do trauma perineal na saúde materna pode gerar consideráveis problemas físicos, psicológicos e emocionais, contribuindo para uma experiência negativa do parto. A promoção da integridade perineal por parte de quem assiste a mulher deve ser um objetivo do cuidado durante o trabalho de parto (Zukoff et al, 2019). O conhecimento dos fatores de risco associados ao trauma perineal suscitaram na mestranda um interesse que despoletou a elaboração de uma revisão temática sobre o tema.

### **3.1.1. Metodologia da Revisão de Literatura**

Na sequência do ENP foram definidos objetivos relacionados com a temática abordada: a) realizar revisão temática sobre fatores de risco relacionados com o trauma perineal, b) identificar a casuística da prática de episiotomia, c) contabilizar o número de episiotomias realizadas durante a passagem nos diferentes campos de estágio, d) descrever as técnicas utilizadas para prevenção do trauma. Com foco nestes, a pesquisa ordenou-se a partir da seguinte sequência

1: Definição da questão norteadora da revisão temática (Apêndice G)

Questão: O que diz a evidência sobre os fatores de risco associados ao trauma perineal obstétrico no espaço europeu?





### 3.1.2. Análise dos Resultados da Revisão Como Contributo para o Desenvolvimento da Temática

Ao longo do ENP, a ocorrência de lacerações espontâneas durante o momento do parto despertou a curiosidade da mestrandia no sentido de compreender quais os fatores de risco que estavam associados a tal evento. Tornou-se fundamental proceder a uma revisão da literatura durante o estágio. Para a seleção, considerando a literatura branca, definiram-se os seguintes critérios de inclusão: 1) artigos realizados no espaço europeu, 2) publicados a partir do ano de 2018, 3) maioria, considerada nos Estados-Membros, aos 18 anos, excetuando-se a Escócia, onde a capacidade jurídica se atinge aos 16 anos (i.e., <https://fra.europa.eu/en/publication/2017/mapping-minimum-age-requirements/age-majority> , 4) redigidos em português, inglês ou francês. As justificativas dos dois primeiros critérios são as seguintes:

Critério 1: Espaço Europeu: considerou-se apropriado, no sentido de obter estudos, cujos cuidadores/Enfermeiras/parteiros/obstetras, tivessem uma formação que assenta em semelhanças e permite a circulação profissional no espaço Europeu

Critério 2: O ano 2018, constitui-se como um ano de referência na Saúde Materna, pois coincide com a data de divulgação das novas recomendações da OMS (2018) que estabelecem padrões globais de cuidados nas mulheres grávidas saudáveis com vista a reduzir o número de intervenções desnecessárias.

Estando o parto vaginal associado a ruturas perineais espontâneas, torna-se importante descrever uma das classificações mais utilizadas: o sistema de classificação *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG):

- Laceração Grau I- Ao nível da pele do períneo/ mucosa vaginal
- Laceração Grau II- Envolve músculos perineais mas não atinge esfíncter anal
- Laceração Grau III- Envolve esfíncter anal e subdivide-se em:
  - 3a) Atinge menos de 50% do esfíncter anal externo
  - 3b) Atinge mais de 50% do esfíncter anal externo
  - 3c) Atinge o esfíncter anal externo e interno
- Laceração Grau IV- Envolve esfíncter anal externo e interno e mucosa retal

Dos artigos analisados, destaca-se na localização geográfica, a Noruega com quatro estudos, seguindo com três estudos cada, a Espanha e Suécia. Foram também incluídos artigos realizados na Polónia, Dinamarca, Itália, Turquia e Eslovénia (figura 9).

**Figura 9.** Resumo dos Estudos Seleccionados

Autor	Pais	Mulheres (n)	Classificação
Marschalek et al, 2018.	Austria	168137	Sutan
Simek et al, 2018	Austria	14739	NI
Tunestveit et al, 2018.	Noruega	757	RCOG
Sorbye et al, 2022	Noruega	188658	Sutan
Klokk et al, 2022	Noruega	842	ICD
Macedo et al, 2024	Noruega	808	RCOG
Garcia- Lausin et al, 2019	Espanha	5497	RCOG
Barca et al, 2021	Espanha	33026	NI
Gomez-Cedillo et al, 2020	Espanha	269	NI
Jansson et al, 2020	Suécia	644	RCOG
André et al, 2024	Suécia	988804	ICD
André et al, 2022	Suécia	988988	NI
Frigerio et al, 2018.	Italia	10133	RCOG
Gebuza et al, 2018	Polónia	4493	NI
Nolan et al, 2021	Irlanda	23887	RCOG
Oncu et al, 2021	Turquia	73	NI
Rasmussen et al, 2021	Dinamarca	10383	NI
Schrot-Sanyan et al, 2021	França	334	NI
Bukovec et al, 2022	Eslovénia	186	NI
Gommessen et al, 2019	Dinamarca	603	RCOG
Total		2441261	

Nota: NI não identificado

Os resultados abrangem uma amostra de 2441261 mulheres adultas, em 12 países europeus.

Nos diferentes artigos analisados, para além da classificação de RCOG (Gommessen et al, 2019; Macedo et al, 2024; Nolan et al, 2021; Garcia-Lausin, 2019 e Frigerio et al, 2018), são utilizadas a classificação Sutan (Sorbye et al, 2022; Marschalek et al, 2018) e a classificação ICD (Klokk et al, 2022; André et al, 2024), para classificar o grau de laceração perineal.

Após a apreciação dos artigos seleccionados, foi realizada uma análise descritiva, onde emergiram os principais fatores de risco e fatores de proteção para o trauma perineal obstétrico (Apêndice J). A grande maioria dos estudos encontrados e incluídos na presente revisão, definiram como objetivo a identificação de fatores de risco para o trauma perineal obstétrico de lacerações de 3º e 4º Grau (Frigerio et al, 2018; Marschalek et al, 2018; Simek et al, 2018; Tunestveit et al, 2018; Garcia- Lausin et al, 2019; Jansson et al, 2020; Nolan et al, 2021; Sorbye et al, 2022; Oncu et al, 2021; Rasmussen et al, 2021; Barca et al, 2021; Schrot-Sanyan et al, 2021; Klokk et al, 2022; André et al, 2024; Gomez-Cedillo et al, 2020 e André et al, 2022).

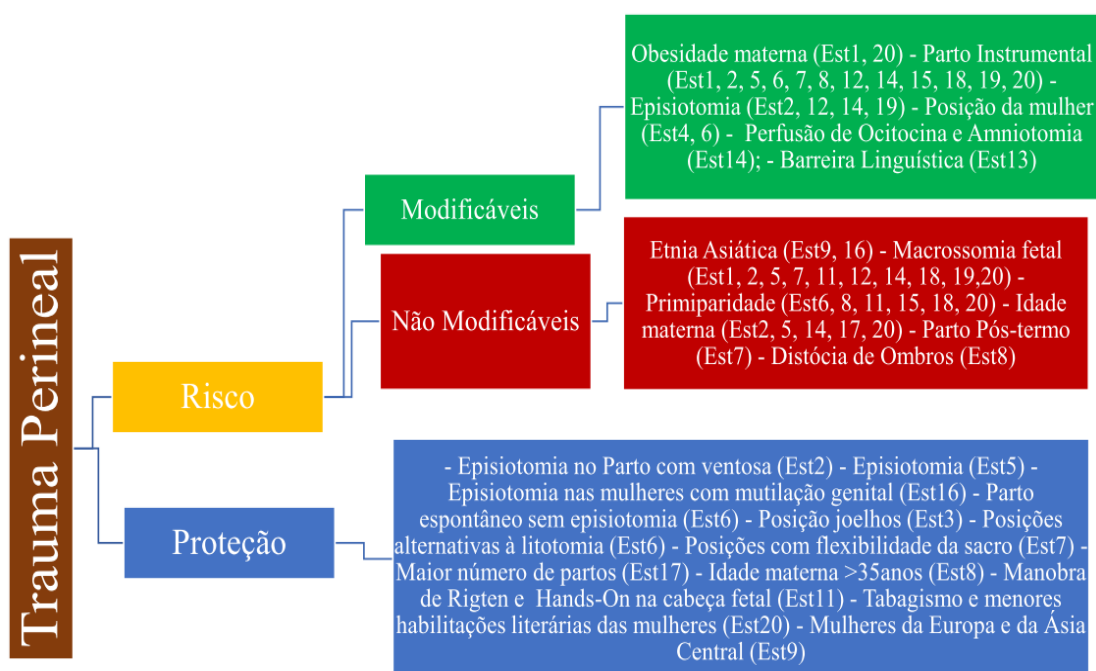
Seguidamente serão descritos os fatores de risco emergentes dos artigos analisados.

**Fator Paridade:** A maioria das mulheres sofre um trauma perineal durante o parto vaginal, que poderá provocar consequências a curto ou longo prazo. A primiparidade é um fator enunciado em estudos realizados em Espanha, Noruega, Dinamarca e Suécia.

(Nolan et al, 2021; Rasmussen et al, 2021; Barca et al, 2021; Klokk et al 2022; Macedo et al, 2024; Gommez-Cedillo et al, 2020; André et al, 2022). **Fator Parto Instrumentalizado:** Esta primiparidade está muitas vezes presente nas amostras de mulheres submetidas a partos instrumentalizados (Gommez-Cedillo et al, 2020; Gommessen et al, 2019; André et al, 2022; Macedo et al, 2024; Klokk et al, 2022; Barca et al, 2021, Nola net al, 2021; Jansson et al, 2020; Garcia-Lausin et al, 2019; Gebuza et al, 2018; Marschalek et al, 2018 e Frigerio, et al, 2018). **Fator Episiotomia:** Contudo, o parto instrumentalizado nem sempre está associado ao uso rotineiro de episiotomia como fator de risco, apenas 4 estudos descrevem esta prática como um fator de risco associado ao trauma perineal (Marschalek et al, 2018; Barca et al, 2021; Klokk et al, 2022 e Gommessen et al, 2019). Contradizendo este achado, André et al (2022), Gebuza et al (2018) descrevem a episiotomia como fator de proteção para o trauma perineal obstétrico nas mulheres com mutilação genital feminina e fator protetor para lacerações de 3º e 4º grau, respetivamente. **Fator Peso Fetal:** A prática desta intervenção está na maioria das vezes associada à macrossomia fetal (André et al, 2022; Gommessen et al, 2019; Gommez-Cedillo et al, 2020; Klokk et al, 2022; Barca et al, 2021 e Rasmussen et al, 2021), que por sua vez parece estar associada a idade materna mais avançada, superior a 35 anos, para alguns autores (Gebuza et al, 2018; Klokk et al, 2022 e André et al, 2022) e superior aos 19 anos para Marschalek et al (2018). **Fator Uso Ocitocina:** Emergem ainda dos artigos analisados, fatores de risco associados ao recurso da perfusão de ocitocina (Klokk et al, 2022; Tunestveit et al, 2018), indução do trabalho de parto (Garcia-Lausin et al, 2029), puxo na coroação associado a lacerações de 3º e 4º grau (Tunestveit et al, 2018), parto pós-termo (Jansson et al, 2020), posição no momento do parto (Tunestveit et al, 2018 e Garcia-Lausin et al, 2019). **Fator Etnia:** Irlanda, Noruega e Suécia realizaram estudos nos quais foi identificada a etnia asiática como fator de risco para o trauma perineal (Nolan et al, 2021; Sorbye at al, 2022 e André et al, 2024). **Fator barreira linguística:** Num período em que o nosso país atravessa um aumento considerável de população imigrante e em que a barreira linguística muitas vezes dificulta a prestação de cuidados adequados, parece importante referir um estudo realizado por Schrot-Sanyan et al (2021) no qual a própria barreira linguística aparece definida como fator de risco para o trauma perineal de 3º e 4º grau. **Outros fatores:** O comprimento do corpo perineal, o comprimento do hiato genital mais curto, maior duração do 2º Estádio do TP e a apresentação fetal não-occipital são fatores descritos como sendo de risco num dos artigos analisado (Macedo et al, 2024).

O períneo desempenha um papel importante na estética genital, na função reprodutiva, na continência vesical e anal, nas relações sexuais e na mecânica obstétrica. O parto vaginal é uma condição fisiológica aguda que perturba as estruturas envolvidas na região perineal e como consequência dessa perturbação, a mulher pode sofrer de disfunções que interfiram com a sua vida íntima, social e psicológica (Jansson et al, 2020). Um resumo das ideias encontra-se na figura 10.

**Figura 10.** Mapa dos Termos Emergentes



### 3.2. CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS ASSISTIDOS NO ESTÁGIO E SUA ANALOGIA COM A REVISÃO DE LITERATURA

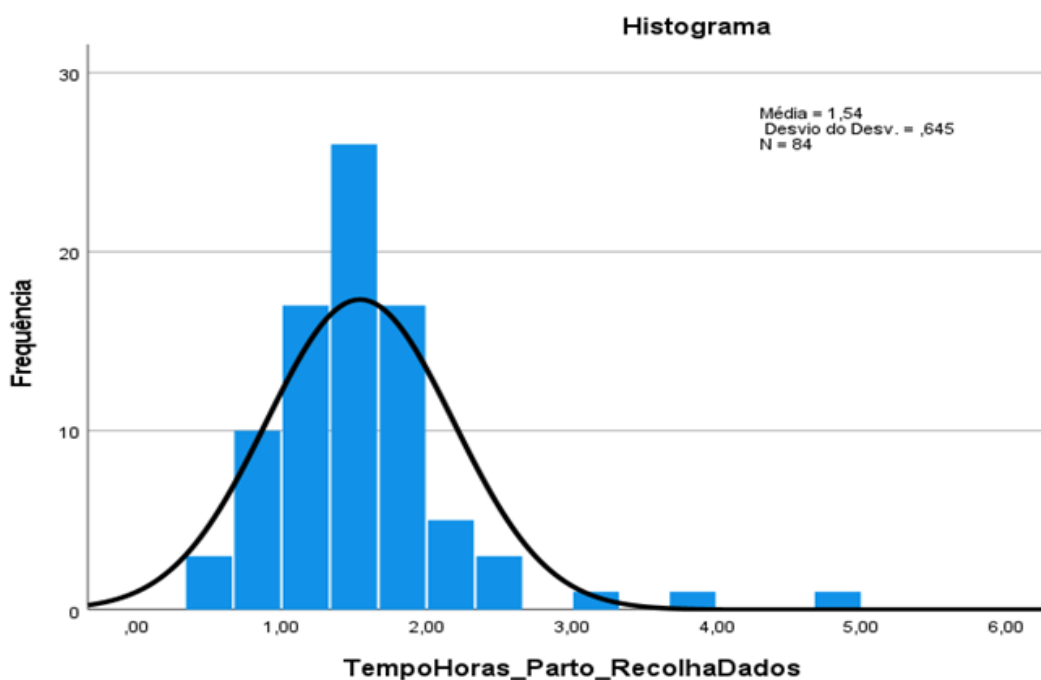
Os casos clínicos assistidos encontram-se enunciados, detalhadamente, no Apêndice B correspondendo ao quotidiano de cuidados oferecidos pela mestrand. Na secção atual, a caracterização dos casos assistidos na clínica, explora a temática que dá o nome ao projeto e assim, está contextualizada no campo clínico de BP. Para a recolha de dados foi utilizado, em formato de papel e individualmente para cada parturiente, um documento utilizado no campo clinico C, onde consta uma tabela de registo de intervenções e Partograma- Apêndice E.

Como População-Alvo foram selecionadas todas as mulheres grávidas de feto único, com idade superior a 18 anos, internadas na sala de partos em fase latente ou fase ativa em TP. A todas as mulheres se pediu permissão para analisar o seu caso.

Recorrendo à técnica de análise estatística descritiva com utilização do IBM® SPSS® Statistics Versão 24, foram analisados os dados do estudo em causa.

Os dados foram recolhidos junto de 84 mulheres em fase pós-parto eutócico. A recolha de dados ocorreu entre aproximadamente 30 minutos (0,52 da hora) e 4,68 horas após o parto. Em média, tal recolha aconteceu 1,54 h (DP=.645) depois do nascimento, conforme figura 11.

*Figura 11.* Descritivas do Tempo Decorrido entre o Parto e a Recolha de Dados



### Caraterísticas sociodemográficas dos casos assistidos

**Grupo Étnico-racial:** As 84 parturientes possuíam diferentes proveniências familiares, pertencendo a maioria, nas caraterísticas étnico-raciais ao grupo “Europa” (n=63; 75%), seguindo-se as asiáticas (n=11; 13.1%), conforme tabela 1.

**Tabela 1.** Etnia das Participantes

	Frequency	Percent
Europa	63	75,0
África	4	4,8
Ásia	11	13,1
America-Latina	6	7,1
Total	84	100,0

Nota: grupo étnico-racial é a mais recente denominação utilizada pelo Instituto Nacional de Estatística em inquérito em curso conforme <https://www.dn.pt/sociedade/ine-vai-agora-perguntar-sobre-questoes-etnico-raciais-15606859.html>

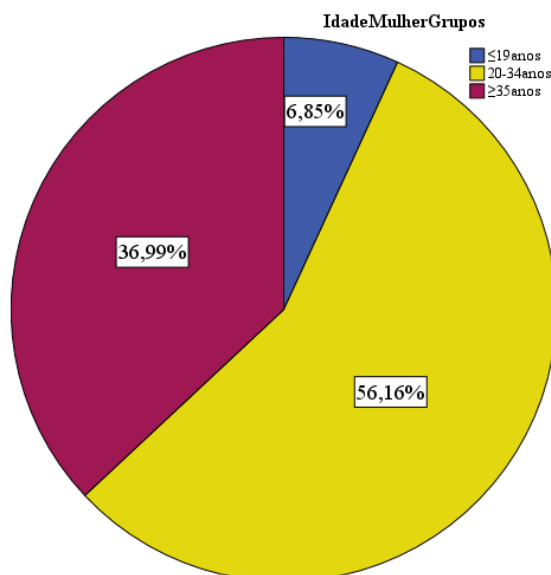
**Idade:** As 73 mulheres onde foi possível recolher a data de nascimento, situavam-se entre os 17 e os 43 anos. Tinham em média 31.6 anos (6.47), com moda 30 anos, conforme tabela 2.

**Tabela 2.** Descritivas da Idade das Mulheres

		Idade
N	Valid	73
	Missing	11
Mean		31,60
Median		32,00
Mode		30
Std. Deviation		6,47
Minimum		17
Maximum		43

Assim, de acordo com a figura 12 podemos inferir que 5 (6.85%) se encontram em idade adolescente, conforme conceito da OMS (WHO, 2019) e ainda 27 (36.99%) têm 35 ou mais anos e 41 (56.2%) estão na faixa etária 20-34 anos. Em particular, nas 34 primigestas, as oito que têm 35 ou mais anos, constituem-se como grupo de risco (Jolly et al., 2000).

**Figura 12.** Representação da Idade Materna

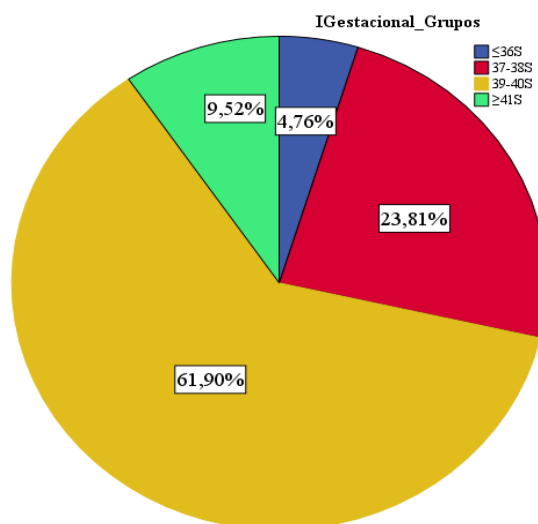


## Caraterísticas Obstétricas

A maior parte das mulheres foi gesta e para, pela 1ª (n=36; 42.9%) ou 2ª vez (n=35; 41.7%).

A maioria das participantes (n=52; 61.9%) atingiu a idade gestacional de 39-40 semanas. Em quatro casos (4.8%) o parto foi pré-termo (um caso de 28S, um caso de 35S e dois casos de 36S). Com 37 e 38 semanas registaram-se seis e catorze casos respetivamente. Em detalhe os dados encontram-se na figura 13.

**Figura 13.** Representação da Idade Gestacional



## Caraterísticas do TP

A maioria dos partos foi eutócico (n=70; 83,3%), registando-se na forma instrumental, onze por ventosa (13.1%) e três (3.6%) por fórceps, conforme tabela 3.

**Tabela 3.** Tipo de Parto

Parto	Frequency
Eutocico	70
Ventosa	11
Forceps	3
Total	84

## Caraterísticas da Experiência de Parto

### Posição durante o 2º Estádio do

**TP:** a maior parte das mulheres referem que a expulsão fetal, ocorreu na posição supina (n=45; 53.6%), seguindo-se a posição de sentada (n=28; 33.3%), conforme tabela 4.

**Tabela 4.** Posição da Mulher no Momento Expulsivo

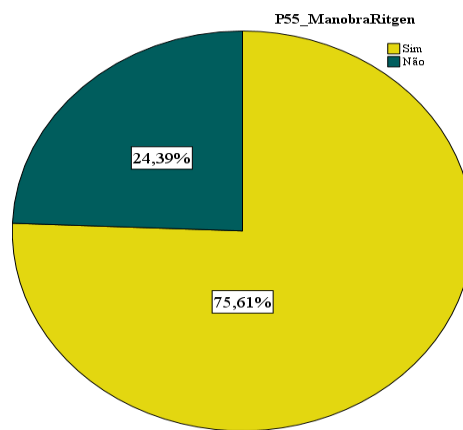
Posição	Frequency	Percent
Supina	45	53,6
Sentada	28	33,3
Lateral	8	9,5
Cócoras/banco	2	2,4
Quadrupedia	1	1,2
Total	84	100,0



### Aplicação da Manobra de

**Ritgen:** retirando da amostra dois casos missing, na maior parte dos casos (n=62; 75.6%), durante o período expulsivo, foi aplicada à parturiente a manobra e Ritgen, conforme figura 14.

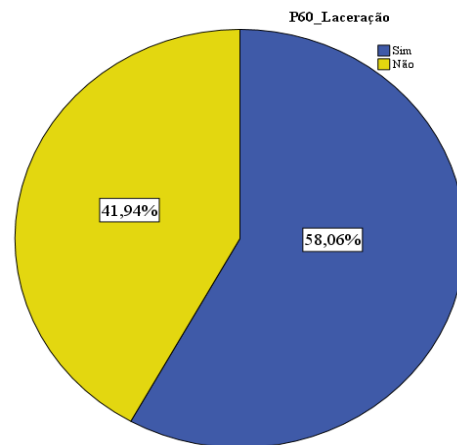
Figura 14. Execução da Manobra de Ritgen



### Laceração nas mulheres sujeitas a

**manobra de Ritgen:** em 36 mulheres (58.1%), cujo períneo foi protegido com manobra de Ritgen, ocorreram lacerações, sem especificação de grau, na maior parte, conforme figura 15.

Figura 15. Ocorrência de laceração em Mulheres Sujeitas a Manobra de Ritgen



### Episiotomia/Episiorrafia nas

### mulheres sujeitas a manobra de

**Ritgen:** em 49 mulheres (79.0%), cujo períneo foi protegido com manobra de Ritgen, não foi necessário realizar episiotomia, conforme tabela 5.

Tabela 5 Ocorrência de Laceração em Mulheres Sujeitas a Episiotomia

	Frequency	Percent
Sim	13	21,0
Não	49	79,0
Total	62	100,0

### Episiotomia/Episiorrafia:

a a resolução para episiotomia foi tomada em 23 casos (27.4%), levando nas mesmas mulheres à consequente episiorrafia, conforme tabela 6.

Tabela 6. Ocorrência de Episiotomia/Episiorrafia

	Frequency	Percent
Sim	23	27,4
Não	61	72,6
Total	84	100,0

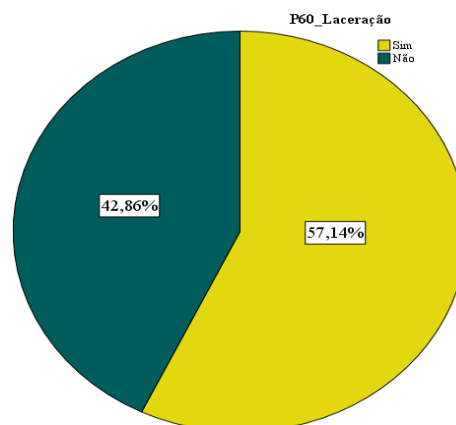
**Trauma do períneo:** O trauma no períneo foi observado em 69 casos (82.1%), conforme tabela 7.

**Tabela 7.** Trauma do Períneo

	Frequency	Percent
Sim	69	82,1
Não	15	17,9
Total	84	100,0

**Ocorrência de laceração:** nas 84 parturientes, ocorreram lacerações em 48 casos (57.1%), conforme figura 16.

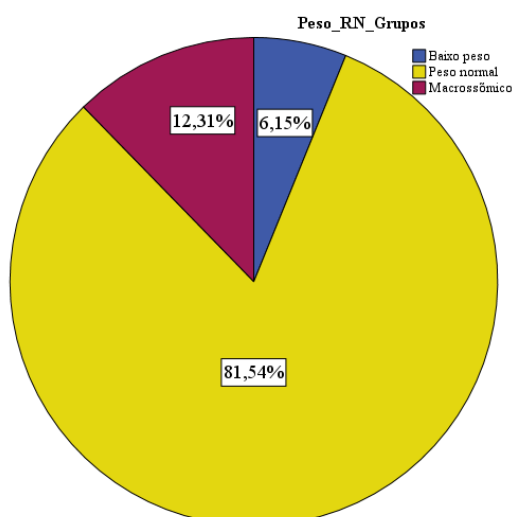
**Figura 16.** Representação da Ocorrência de Lacerações Perineais



### Caraterísticas do Recém-nascido

**Peso dos RN:** O peso dos recém-nascidos (dados recolhidos em 65 casos) variou entre 2.195 e 4.982 Kg (Média=3.336 Kg; DP=.542) conforme figura 17.

**Figura 17.** Representação do Peso do RN Organizado em Grupos



## Análise do subconjunto dos casos assistidos pela Mestranda

A mestranda teve a oportunidade de assistir e colher dados de um total de 84 mulheres incluídas na população-alvo, dos quais pode realizar 43 partos. Segue-se a apresentação de alguns aspetos mais curiosos que se relacionam com os achados encontrados nos artigos analisados sobre os fatores de risco para o trauma perineal.

Embora sem diferenças significativas entre os grupos, observa-se que nas 11 mulheres asiáticas (11=100%), a percentagem das que tiveram laceração (n=8; 72.7%) é superior às que não tiveram laceração (n=3; 27.3%), conforme o referem alguns autores (Nolan et al, 2021; Sorbye et al, 2022 e André et al, 2024). Segundo Sorbye et al (2022) tal fator parece ser devido a diferenças anatómicas, nomeadamente comprimento do corpo perineal mais curto. No entanto, sugere ainda que a escassez de casos nos estudos encontrados torna esta teoria inconclusiva. Na realidade, o número de migrantes provenientes da Ásia tem aumentado nos últimos anos e compreender os fatores de risco para o trauma perineal nestas mulheres deve ser também prioridade para os ESMO de forma a diminuir este risco.

Ajustando para a idade materna, a taxa mais baixa de lacerações ocorreu nas mulheres com idade igual ou inferior a 19 anos (5=100%) com 40% de lacerações nesta amostra, enquanto que nas mulheres com mais de 35 anos de idade (27= 100%), a percentagem das que tiveram laceração foi de 66,7% %, resultados que se encontram em consonância com alguns autores (Marschalek et al, 2018; Gebuza et al, 2018; Klokk et al, 2022; Baczek et al, 2022 e André et al, 2022). No entanto, a taxa de lacerações mais baixa em mulheres com faixa etária mais baixa, parece estar diretamente relacionada com o facto de nestas mulheres a taxa de episiotomia ser maior, de acordo com os casos assistidos, representado na tabela 8.

**Tabela 8.** Taxa de Episiotomia de Acordo com a Idade Materna

		Episiotomia		Total	
		Sim	Não		
IdadeMulherGrupos	≤19anos	Count	2	3	5
		% within IdadeMulherGrupos	40,0%	60,0%	100,0%
	20-34anos	Count	13	28	41
		% within IdadeMulherGrupos	31,7%	68,3%	100,0%
	≥35anos	Count	5	22	27
		% within IdadeMulherGrupos	18,5%	81,5%	100,0%
Total	Count	20	53	73	
	% within IdadeMulherGrupos	27,4%	72,6%	100,0%	

A episiotomia é considerada um fator de risco modificável para o trauma perineal, enquanto alguns autores consideram a sua prática efetivamente um fator de risco (Barca et al, 2021; Klokk et al, 2022 e Gommessen et al, 2019), outros identificam-na como fator protetor para o trauma (André et al, 2024 e Gebuza et al, 2018). Para Marschalek et al (2018).A prática de episiotomia pode ser simultaneamente um fator de risco (quando executada em partos eutócicos) mas ao mesmo tempo um fator de proteção (partos com recurso ao uso de ventosa). Nas orientações emanadas pela OMS (2018) a prática de episiotomia não é recomendada de forma rotineira. Apesar da prática de episiotomia médio-lateral de forma rotineira ainda estar presente em algumas maternidades em Portugal, a sua utilização é cada vez mais questionada pela mulher/ casal. Na prática clínica, a mestranda teve a oportunidade de estagiar num Bloco de Partos envolvido no “Projeto Maternidade com Qualidade” da Ordem dos Enfermeiros no qual se pretende reduzir o número de episiotomias praticadas pelos EESMO em todas as parturientes com parto eutócico. Foram realizadas intervenções preventivas como massagem perineal, aplicação de compressas quentes no períneo em TP, adequar a posição materna de acordo com as suas preferências e ajustada a posições mais favoráveis para o parto. A utilização da massagem perineal durante o TP, apesar das diferenças não serem significativas devido ao número reduzido da amostra, demonstrou que a sua utilização é contraditória conforme se pode verificar nas tabelas representadas em baixo. Repare-se na tabela 9 e 10.

**Tabela 9.** Taxa de Lacerações de acordo com aplicação de Massagem Perineal durante TP

			Laceração		Total
			Sim	Não	
MassagemPerineoTP	Sim	Count	28	22	50
		% within Laceração	59,6%	62,9%	61,0%
	Não	Count	19	13	32
		% within Laceração	40,4%	37,1%	39,0%
Total	Count	47	35	82	
	% within Laceração	100,0%	100,0%	100,0%	

Foi sempre preocupação da mestranda, nos partos que realizou, garantir a implementação destas intervenções, nomeadamente aplicação de massagem perineal e compressas quentes, estavam de acordo com a vontade da parturiente. Nos casos assistidos, de 43 partos realizados, apenas

foram executadas 6 episiotomias, todas elas com o devido esclarecimento e consentimento por parte da parturiente.

**Tabela 10.** Taxa de Episiotomia/Epsiorrafia de Acordo com Massagem Perineal Durante o TP

		EpisioTEpsiorrafia		Total	
		Sim	Não		
MassagemPerineoTP	Sim	Count	13	37	50
		% within EpisioTEpsiorrafia	59,1%	61,7%	61,0%
	Não	Count	9	23	32
		% within EpisioTEpsiorrafia	40,9%	38,3%	39,0%
Total		Count	22	60	82
		% within EpisioTEpsiorrafia	100,0%	100,0%	100,0%

Apenas um autor (Rasmussen et al, 2021) refere a aplicação da manobra de Rigten como fator protetor para a ocorrência de lacerações perineais de 3º e 4º grau. Nos casos assistidos, verificou-se que a não utilização da manobra está associada ao risco aumentado de episiotomia, enquanto que a sua utilização aumenta a taxa de lacerações espontâneas. Tal facto poderá ser justificado com a prática de episiotomia. No entanto, uma revisão mais profunda do tema poderá ser necessária.

Relativamente ao tipo de parto, o parto instrumentalizado encontra-se francamente associado ao trauma perineal obstétrico. Nos casos assistidos, partos com recurso a fórceps (n=3) a taxa de episiotomia foi 100%, em partos com ventosa (n=11) de 36,4% e partos eutócicos (n=70) de 22,9%. Tal fator é identificado na grande maioria dos estudos analisados (Frigerio et al, 2018; Marschalek et al, 2018; Gebuza et al, 2018; Garcia-Lausin et al, 2019; Jansson et al, 2020; Nolan et al, 2021; Barca et al, 2021; Klokk et al, 2022; Macedo et al 2024; Gommez-Cedillo et al, 2020; Gommessen et al, 2019 e André et al, 2022). Um estudo realizado na Polónia (Baczek et al, 2022) com o objetivo de analisar os fatores de risco para lesões perineais espontâneas durante o parto não instrumentalizado, demonstrou que o parto em unidades liderados por parteiras foi um fator na redução do risco de lesões perineais obstétricas durante o TP. Enfatiza ainda que a supervisão de partos de baixo risco por parteiras em unidades autónomas lideradas por parteiras pode trazer muitos benefícios, principalmente relacionados à menor medicalização, limitando intervenções médicas como aquelas realizadas no caso de partos em condições hospitalares. Em 2020, o documento “*Midwifery Units Standards*” foi traduzido e publicado em Portugal, refletindo a experiência de muitos países relativamente ao desempenho (quase em exclusivo) das equipas de Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO)/parteiras perante gravidezes de baixo risco e partos eutócicos. Tal documento pode ser um primeiro passo para a criação

e implementação destas Unidades em Portugal e tal progresso poderá ser um vislumbre para a diminuição do trauma perineal obstétrico durante o TP.

A macrosomia fetal está amplamente associada ao trauma perineal obstétrico possivelmente devido ao facto de os recém-nascido terem um perímetro cefálico aumentado e da pressão nos tecidos ao passar pelo canal de parto também ser maior. Dos 65 casos assistidos, foi possível constatar que 8 recém-nascido eram macrosômicos e que a taxa de laceração nos partos destes recém-nascidos maiores também estava consequentemente aumentada. O peso fetal maior foi também nomeado fator de risco nos artigos publicados por diversos autores (Frigerio et al, 2018; Rasmussen et al, 2021; Barca et al, 2021; Klokk et al, 2022; Baczek et al, 2022; Gommez-Cedillo et al, 2020; Gommessen et al, 2019 e André et al 2022). Veja-se a tabela 11.

**Tabela 11.** Taxa de Lacerações de Acordo com o Peso do RN

		Laceração		Total	
		Sim	Não		
Peso_RN_Grupos	Baixo peso	Count	2	2	4
		% within Peso_RN_Grupos	50,0%	50,0%	100,0%
	Peso normal	Count	29	24	53
		% within Peso_RN_Grupos	54,7%	45,3%	100,0%
	Macrossômico	Count	6	2	8
		% within Peso_RN_Grupos	75,0%	25,0%	100,0%
Total		Count	37	28	65
		% within Peso_RN_Grupos	56,9%	43,1%	100,0%

Comparativamente à paridade, nos casos assistidos pela mestrandade pode-se constatar que taxa de episiotomia em primíparas (n=36; 56,5%) é maior e foi totalmente nula em múltíparas com 3 ou mais filhos, conforme se pode verificar na tabela 12.

**Tabela 12.** Taxa de Episiotomia/Episiorrafia de acordo com paridade

		EpisioTEpsiorrafia		Total	
		Sim	Não		
Para	1	Count	13	23	36
		% within EpisioTEpsiorrafia	56,5%	37,7%	42,9%
	2	Count	10	25	35
		% within EpisioTEpsiorrafia	43,5%	41,0%	41,7%
	3	Count	0	9	9
		% within EpisioTEpsiorrafia	0,0%	14,8%	10,7%
	4	Count	0	3	3
		% within EpisioTEpsiorrafia	0,0%	4,9%	3,6%
	5	Count	0	1	1
		% within EpisioTEpsiorrafia	0,0%	1,6%	1,2%
Total		Count	23	61	84
		% within EpisioTEpsiorrafia	100,0%	100,0%	100,0%

Curiosamente, no caso de lacerações espontâneas, a taxa foi maior nas mulheres submetidas ao segundo parto (n=35; 100%) com taxa de 43,8%. Veja-se a tabela 13

**Tabela 13.** Taxa de Lacerações de acordo com paridade

			Laceração		Total
			Sim	Não	
Para	1	Count	18	18	36
		% within Laceração	37,5%	50,0%	42,9%
	2	Count	21	14	35
		% within Laceração	43,8%	38,9%	41,7%
	3	Count	6	3	9
		% within Laceração	12,5%	8,3%	10,7%
	4	Count	2	1	3
		% within Laceração	4,2%	2,8%	3,6%
	5	Count	1	0	1
		% within Laceração	2,1%	0,0%	1,2%
Total		Count	48	36	84
		% within Laceração	100,0%	100,0%	100,0%

A primiparidade foi um fator de risco enumerado por diversos autores (Garcia-Lausin et al, 2019; Nolan et al, 2021; Rasmussen et al, 2021; Barca et al, 2021; Klock et al, 2022; Macedo et al, 2024 e Gommez- Cedillo et al, 2020). Destacando-se o stress biomecânico do trabalho de parto, que pode produzir microrrugas ou rugas e que vai diminuindo com o aumento da paridade.

É inegável a importância do treinamento adequado dos EESMO e da equipa de Obstetras para o diagnóstico e a reparação adequada das lacerações perineais. Conhecer, identificar e aplicar intervenções para os fatores de risco modificáveis pode diminuir a prevalência e oferecer às mulheres um parto vaginal mais seguro.

#### 4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A proeficiência dos EESMO, no sentido do seu conhecimento, habilidade e/ou capacidade na área, abrange um conjunto de competências especializadas e de competências comuns. O conjunto de tais competências, garante e promove um enquadramento regulamentador das mesmas, assegurando prestação de cuidados de qualidade (i.e., Reg. nº 140/2019 de 6 de fevereiro; Reg. nº 391/2019 de 3 de maio). Neste sentido, é útil que a mestranda relembre algumas das situações de aprendizagem e reflita sobre a aquisição e desenvolvimento dessas competências.

##### 4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os mestrandos em ESMO, desenvolvem a sua formação, a partir das bases de conhecimento que adquiriram na licenciatura, prática clínica e iniciação à investigação. Unidos dessas bases, desenvolvem no mestrado outras competências generalistas/comuns. Assim, conforme o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 26, descrevem-se seguidamente as atividades realizadas para atingir as competências comuns dos especialistas, independentemente da área de especialização.

##### **A - Responsabilidade profissional, ética e legal**

*Competência A1: Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.*

**Descritivo:** O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente

A ética e os valores onde assenta, constituem-se como essenciais para a enfermagem. Os valores éticos, supõem princípios morais que orientam os comportamentos do grupo profissional. A Ética na profissão de enfermagem remonta ao século XIX e o primeiro código foi redigido em 1950 (Haddad & Geiger, 2024). A ética na prática dos cuidados obstétricos, continua a ser um tema de interesse e de atualidade. De facto, os cuidados



que envolvem a maternidade são repletos de questões éticas. Com o evoluir do conhecimento, das técnicas, dos instrumentos, da tecnologia mantém-se a necessidade de aumentar junto dos profissionais a sensibilidade ética, de maneira a reforçar o relacionamento, o contexto, a atenção ao empoderamento, considerando a mulher como centro dos cuidados (Buchanan et al., 2022).

### **Atividades realizadas**

- Garante o sigilo no exercício académico;
- Aplica os princípios éticos;
- Consulta protocolos dos serviços nas diferentes unidades de saúde

### **Reflexão**

O sigilo profissional consiste na garantia de confidencialidade de informações recolhidas durante o exercício da profissão de enfermagem, protegendo os direitos das pessoas a quem se prestam cuidados. Tal, garante ao mesmo tempo a confiança dos indivíduos no profissional que cuida. Tanto no exercício clínico como na elaboração de registos académicos (jornais de aprendizagem, recolha de dados para a redação do presente relatório), a mestranda zelou pelo princípio do sigilo profissional, protegendo o anonimato de cada indivíduo.

Os quatro princípios éticos fundamentais que regem a profissão de enfermagem consistem na autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Na prática clínica, a mestranda priorizou a implementação dos mesmos ao prestar cuidados a cada mulher, de forma individualizada e justa, promovendo uma colaboração da própria no seu plano de cuidados. Na verdade, fomentou-se o empoderamento, a importância da autonomia da mulher em cada fase do período da vida em que se encontrava.

Ao começar o estágio nos diferentes campos clínicos, a mestranda iniciava com um período de integração. A integração foi fundamental, pois existia a real necessidade de conhecer os protocolos nos diferentes serviços bem como conhecer dinâmicas instituídas tanto a nível de prestação de cuidados como de funcionamento da equipa.

**Competência A2:** *Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.*

**Descritivo:** O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes

A OMS considera que existe a necessidade de reforçar os direitos das mulheres, no sentido da salvaguarda da sua saúde, além da promoção da sua saúde, aspetos que são extensíveis à família. Os direitos humanos fundamentam-se nos princípios éticos universais. Contemplam a equidade, o respeito pelo ser no sentido da dignidade humana. Assim, ética e direitos humanos são conceitos profundamente relacionados. Esta ligação torna o comportamento moral de cada profissional, numa exigência para que ocorra o respeito e o cuidar significativo numa lógica culturalmente congruente (Shields et al., 1998; Thompson, 2004)

#### **Atividades realizadas**

- Garantir a privacidade, dignidade e segurança;
- Proteger os direitos humanos

#### **Reflexão**

O respeito e a promoção dos direitos humanos estão vinculados à profissão de enfermagem. As intervenções do Enfermeiro visam responder às necessidades específicas da pessoa, promovendo a saúde e prevenindo complicações. Acolher o outro, respeitando-o é incluir a dignidade humana e os direitos humanos numa ética de cuidado, respeito e compaixão. (OE, 2020)

Nos diversos campos de estágio verificou-se uma afluência cada vez mais significativa de mulheres provenientes de países maioritariamente de leste, situação que desencadeou necessidades de otimização comunicação de forma individualizada pois na maioria das vezes as mulheres comunicavam utilizando o acompanhante como tradutor. De forma a tentar comunicar diretamente com a mulher, a mestranda recorreu algumas vezes a outras ferramentas, nomeadamente aplicações no telemóvel, de forma a comunicar na sua língua de origem. No estágio de consulta externa diariamente eram acompanhadas grávidas com diabetes gestacional e nestas situações de maior risco tanto para a mãe como para o feto tornava-se imprescindível uma boa comunicação para transmitir os cuidados a ter e sinais de alerta para prevenção de complicações. A mestranda durante a prestação de cuidados prezou por uma assistência que protegia os direitos humanos de cada mulher, tendo em

conta a diversidade cultural com que se cruzou, garantido sempre a máxima privacidade, dignidade e segurança.

## **B - Melhoria Continua da Qualidade**

**Competência B1:** *Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.*

**Descritivo B1:** O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Em 2016, num documento que publicou estatísticas de morbi-mortalidade materna, a OMS considera que a prática obstétrica é subutilizada, pois de entre alguns/outros problemas organizacionais, não existe valorização do exercício clínico da parteira, da sua governança clínica. Nos cuidados obstétricos, a governação clínica considera vários componentes que se interligam, nomeadamente o centro de cuidados, na pessoa da mulher, as parteiras/enfermeiras, o ambiente, além do envolvente organizacional que determina as políticas de saúde e formas de liderança da equipa (Ferguson et al., 2022). Neste sentido, numa perspetiva de parto natural e espontâneo, há que equilibrar as suas vantagens e os seus riscos. É habitual ver parteiras mais experientes concentradas sobre a mulher e as menos experientes orientadas para o cumprimento de protocolos (Ferguson et al., 2022). No papel de mestrande SMO, ocorreram atividades que contribuíram para a aquisição desta competência no sentido de melhores cuidados para as mulheres, mães e família.

### **Atividades realizadas**

- Articulação de cuidados entre consulta externa e hospitais onde se realizam IVG.

A organização dos cuidados de saúde, das equipas de prestação de cuidados, é fundamental na qualidade de cuidados. Estar integrado, como estudante, numa equipa onde o relacionamento socio-profissional funciona de forma positiva, traz oportunidades de desenvolvimento e maior aprendizagem. No Campo Clínico E, a mestrande teve oportunidade de enquadrar-se numa equipa dinâmica, na qual a sua supervisora foi dominante na oferta de experiências.

Nesta unidade, no contexto da governança, o método de trabalho consiste no método individual (Costa, 2004) em que cada enfermeiro fica responsável por determinado número de grávidas, avaliando e coordenando os cuidados de forma individualizada. Existe alguma discussão sobre a metodologia de trabalho na profissão de enfermagem, sabendo-se que o método de tarefa é o mais usado, mas o menos centrado no utente/doente/paciente. No Campo Clínico E podemos considerar que para além de o método principal de trabalho estar focado no individual, nesta unidade os profissionais trabalham por equipas. Assim, em cada turno, um EESMO é nomeado responsável da mesma podemos então considerar que se aplica também o método de trabalho em equipa. Neste método a assistência é centrada no indivíduo, garantindo o melhor atendimento possível, de acordo com as necessidades da pessoa. Cabe ao responsável da equipa planificar a distribuição de cuidados e cada enfermeiro pode trazer os casos dos seus utentes para discutir com a restante equipa. (Costa,1999).

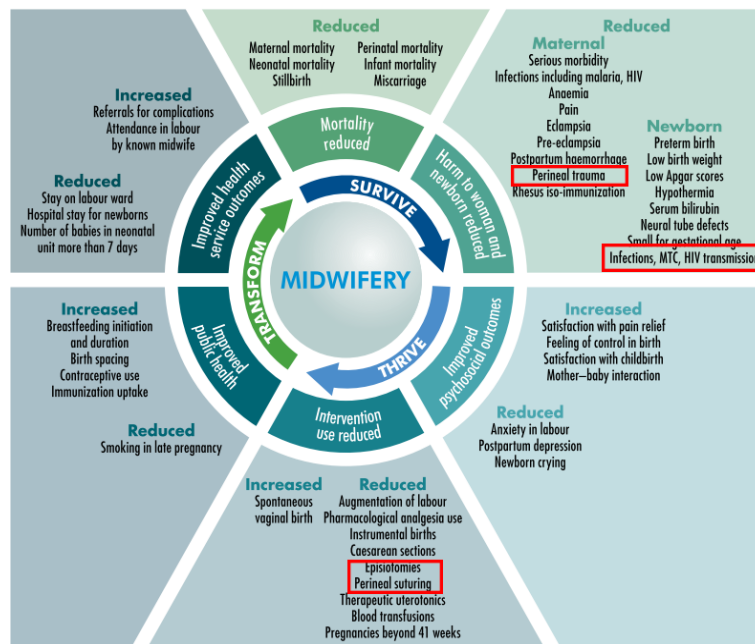
Para além da oportunidade de se enquadrar nesta equipa dinâmica, a mestranda demonstrou interesse e busca ativa para consultar normas, protocolos e procedimentos específicos de cada instituição de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados. Teve também oportunidade de informar e encaminhar as mulheres com intenção de realizar uma IVG, uma vez que na Instituição onde decorreu o estágio não se realizava a consulta. Realizou ensinamentos sobre prevenção de gravidez indesejada e planeamento familiar.

**Competências B2:** *Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua*

**Descritivo B2:** O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua

Em contextos humanos frágeis, como são a iniciação sexual, a adolescência, a fase pré-concepcional existe muitas vezes uma necessidade urgente de acesso ao tratamento para infeções sexualmente transmissíveis (IST) (WHO, 2019). São utentes/clientes que precisam de atenção e a atuação do EESMO, deve pautar-se pela atenção às necessidades dessa população de maneira a conseguir desenvolver práticas e programas para melhorar os cuidados. A OMS, propõe a implementação de programas para a melhoria contínua e defende áreas de investimento até 2030, conforme se ilustra na figura 18 (WHO, 2019), sendo sublinhado nosso, para exemplo, as IST e o trauma perineal.

**Figura 18.** Resultados Melhorados pela Educação e Cuidados Obstétricos de Qualidade



Fonte: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/324738/9789241515849-eng.pdf>

### Atividades realizadas

- Colaboração em projeto institucional
- Colaboração na execução de RCCU

### Reflexão

Para exemplo de aquisição desta competência ilustra-se a experiência seguinte.

O HPV é considerado o responsável pela infecção sexualmente transmissível (IST) heterossexual e homossexual mais comum em todo o mundo (Ntanasis-Stathopoulos et al , 2020). De acordo estes autores, os subtipos de HPV de baixo risco estão associados a verrugas genitais enquanto os de alto risco, nomeadamente o 16 e 18, estão altamente associados a lesões pré-malignas e invasivas.

Em Portugal, as IST estão em crescendo nos últimos anos principalmente entre os mais jovens, tornando-se necessária a adoção de medidas preventivas, promovendo consciencialização e educação para proteger a saúde pública (ECDC,2021).

Constatando tal ocorrência, no Campo Clínico A, foi possível desenvolver atividades, em colaboração com a Responsável de serviço na área de saúde materna, que contribuíram para o desenvolvimento de conhecimento e enquadramento de num estudo local de Auto-Teste de HPV. As mulheres seguidas em Consulta de Patologia Cervical no Campo Clínico A, de acordo com o seu diagnóstico repetiam colpocitologia a cada 3, 6 ou

12 meses. Na consulta após colpocitologia era aplicada uma tira de teste no colo do útero das mulheres a fim de testar a presença ou não de HPV. O estudo decorreu em parceria com um laboratório e os resultados à data da elaboração do presente relatório não foram revelados.

**Competência B3:** *Garante um ambiente terapêutico e seguro.*

**Descritivo B3:** O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco

Um ambiente terapêutico e seguro constitui a base de relacionamento entre a enfermeira/parteira e as suas utentes. As más experiências maternas, têm elevados riscos no bem-estar fisiológico e psicológico da mulher, com repercussões na sua recuperação propriamente dita, nos seus papéis cuidativos aos filhos, e/ou à família (Almorbaty et al., 2023). Mostram alguns estudos, que as enfermeiras/parteiras tinham consciência, durante a fase de Pandemia, que as restrições aplicadas às mulheres poderiam afetar a sua capacidade em prestar cuidados, sentindo as próprias ansiedade e stress (Bradfield et al., 2022).

Na época de crise, houve que seguir orientações relacionadas com a proteção da utente e dos profissionais, mas simultaneamente, preservar a qualidade dos cuidados através dos padrões da OMS. Para exemplo, reportando-nos aos padrões de qualidade da OMS, enuncia-se a Declaração de qualidade 1.8: Todas as mulheres e recém-nascidos recebem cuidados que incluem precauções padrão para prevenir infeções (WHO, 2016), conforme figura 19.

**Figura 19.** Manual de Padrões de Qualidade em Saúde Materna – OMS



Fonte: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>

### **Atividades realizadas**

- Promoção de ambiente seguro
- Participação na gestão de risco

### **Reflexão**

Ao longo do ENP, uma vez que o país atravessava uma situação pandémica devido à SARS-Cov2, o contacto físico com a mulher padecia de alguns cuidados de forma a evitar o contágio. A OMS classificou as grávidas como grupo de risco elevado para a Covid-19, podendo apresentar sintomas mais graves da doença, nomeadamente síndrome respiratória aguda grave (SARS). Associado a este fator, o receio e incerteza dos malefícios do vírus para o feto e/ou recém-nascido, aumentam os níveis de ansiedade na grávida. No estágio de BP a situação tornava-se mais difícil de gerir uma vez que as parturientes em TP retiravam a máscara de forma a facilitar a respiração.

Mesmo diante de um cenário adverso, os direitos das grávidas devem ser respeitados, mas algumas maternidades e hospitais, como forma de prevenir a Covid-19, adotaram o isolamento no momento do parto e antes. No Estágio em BP, situações em que as mulheres testavam positivo para covid, as mesmas necessitavam de ficar em boxes isoladas e sempre que fosse necessário prestar cuidados, a mestranda assegurava a devida utilização de EPI de acordo com protocolo de prevenção de infeção. Poder optar por ter um acompanhante é essencial para fornecer um apoio para as mulheres, principalmente as mães de primeira viagem. Segundo Estrela et. al (2020) a presença de uma pessoa conhecida pela grávida no parto é capaz de amenizar a dor, promover segurança, bem-estar emocional e física. Nos 2 BP em que a mestranda teve a possibilidade de prestar cuidados, apenas as grávidas que testavam positivo para a covid não poderiam ter uma pessoa significativa com elas e nestes casos, a mestranda tentava prestar apoio emocional, mantendo uma relação de extrema empatia para com as parturientes. De ressaltar que foram muito escassos os casos em que a mestranda prestou cuidados a puérperas infetadas.

Houve sempre por parte da mestranda o cuidado de prestar cuidados seguros, cumprindo indicações do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções.

### **C - Gestão dos Cuidados**

**Competência C1** - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

**Competência C2** - *Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.*

**Descritivo C1:** O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

**Descritivo C2:** O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados

**Descritivo B3:** O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco

A gestão dos cuidados exige um nível de experiência e proficiência que se adquire e aprimora cumulativamente ao longo do exercício profissional. A socialização nas várias equipas dos campos clínicos, na condição de mestrando, necessita ser rápida e efetiva, para que se consigam recolher, ganhar aprendizagens (Stoffels et al., 2022). Se bem que a gestão de cuidados em enfermagem desempenha, mais do que nunca, um papel preponderante para o alcance de metas com qualidade, eficiência e eficácia (Ribeiro, 2012), no papel de estudante, a aquisição desta competência, ocorre numa certa panorâmica de observação e colaboração. Assim, ocorreu empenho em acompanhar os supervisores, procurando entender a orgânica da gestão de cuidados

### **Atividades realizadas**

- Colaboração nas decisões da equipa de saúde.
- Melhoria da informação para a tomada de decisão no processo de cuidar.
- Reconhecimento da necessidade de referenciar para outros profissionais
- Utilização dos recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

### **Reflexão**

Durante o estágio nos diferentes serviços, a mestranda teve a possibilidade trabalhar com diferentes equipas em que a cooperação interprofissional se tornou fundamental. Antes de iniciar a prestação de cuidados, a mestranda identificava prioridades, atuando de forma



a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Sempre que necessário discutia os casos com EESMOS ou restantes membros da equipa multidisciplinar, delegando tarefas sempre que se justificasse e referenciado para outros profissionais sempre que necessário.

#### **D- Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

*Competência D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.*

*Competência D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.*

**Descritivo D1:** O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

**Descritivo D2:** O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo--se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação

A aprendizagem profissional é simultaneamente um processo solitário de pesquisa e integração de conhecimento, como um processo partilhado de discussão de matérias, de confronto de perspetivas entre e com os pares. O processo de formação é exigente, os desafios são grandes, já que em Portugal, o/a mestrando/a em SMO é geralmente um enfermeiro que exerce profissionalmente (Sim-Sim et al., 2022), tendo que gerir várias dimensões da sua vida pessoal/familiar/profissional. É necessário manter, ao longo da formação, perseverança e consciência clara da necessidade de aprendizagens, ou como referem alguns autores, importância do desenvolvimento profissional contínuo (Embo & Valcke, 2017)

#### **Atividades realizadas**

- Otimização do auto-conhecimento
- Reconhecimento dos seus limites tanto pessoais como profissionais
- Identificação de necessidades formativas

#### **Reflexão**

A formação especializada visa capacitar os profissionais para atuar na área da especialização a que se propõem. Como qualquer outra profissão, a Enfermagem

necessita de produção e de renovação contínua do seu próprio corpo de conhecimentos, sendo o contributo da investigação essencial para o seu desenvolvimento (Santos, 2021). Ao Enfermeiro Especialista é exigido que desenvolva uma prática baseada na evidência científica. No percurso académico da mestranda, o facto de ter interrompido um ano entre a formação teórica e a formação prática, levou a que a mesma sentisse uma necessidade redobrada de otimizar o auto-conhecimento. Tornou-se necessário investir na revisão de literatura através da utilização de bases de dados disponíveis através da Universidade de Évora. A elaboração semanal de Jornais de Aprendizagem possibilitou a prática de utilização destas bases, enquanto contribuía para recapitular temáticas que poderiam estar mais esquecidas.

#### 4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Conforme Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, publicado em Diário da República, 2ª Serie, nº 85, de 3 de maio de 2019, o EESMO é responsável pelos cuidados prestados durante o planeamento familiar, período pré-concepcional, gravidez, parto, puerpério, assim como pela assistência ginecológica e no climatério.

Nas competências específicas da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica descritas abaixo serão relatadas as atividades/intervenções realizadas ao longo do ENP nas diferentes instituições.

##### **Competência 1 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional.**

*Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade*

##### **Exemplo de atividades/Reflexão**

A Saúde Reprodutiva é definida pela OMS como um estado de bem-estar físico, mental e social em relação à reprodução e implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura, tomando a decisão de ter ou não filhos e em que momento (OMS, 2006).

Considerado componente fundamental na prestação de cuidados em Saúde Reprodutiva, o Planeamento Familiar (PF) refere-se a um conjunto variado de serviços, medicamentos e produtos que através de educação sexual contribuem para o controlo da fertilidade e a prevenção das IST. O PF possui consequências positivas na sexualidade, fertilidade, gravidez, vigilância pré-concepcional e pré-natal, segurança no parto e qualidade de vida de todos os elementos da família (Marques, 2022).

A escolha do método contraceutivo é uma decisão de cada mulher/casal e deve ser tomada de maneira informada e esclarecida, assegurando o EESMO a correta transmissão de informação e disponibilidade para auxiliar na tomada de decisão.

O período de aprendizagem clínico decorreu em Consulta Externa de Hospital (CEH), onde foi possível, assistir à colocação de um DIU. A mestrande pôde transmitir a informação à utente acerca do método contraceutivo, esclarecer dúvidas sobre os métodos existentes e discutir com a equipa a importância do consentimento informado neste tipo de procedimentos.

A mestranda demonstrou interesse na colocação do DIU e também do implante contraceutivo, consciente de que se trata de uma intervenção interdependente (necessita de prescrição médica prévia) mas de acordo com o Parecer nº37/2018 emitido pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pode-se confirmar que o EESMO está habilitado para assumir a responsabilidade pela implementação da colocação do implante contraceutivo e também segundo o Parecer nº274/2010 (Ordem dos Enfermeiros, 2010 p.4), pode ler-se o seguinte (figura 20):

**Figura 20.** Parecer da OE nº 274/2010

<b>PARECER N.º 274 / 2010</b>
<b>ASSUNTO: APLICAÇÃO E REMOÇÃO DE IMPLANTES SUBCUTÂNEOS E DISPOSITIVOS INTRA-UTERINOS POR ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA</b>
<b>O CE ADOPTA NA ÍNTEGRA O PARECER Nº 53 / 2010 / CEESMO</b>
<p><b>1. A questão colocada</b></p> <p>«Será que o enfermeiro EESMO, após receber formação, pode aplicar / colocar o implante subcutâneo (Implanon®) na mulher que o solicita e que vem acompanhado por uma prescrição médica? Tenho conhecimento que alguns colegas já o fazem, mas com a supervisão de um médico (ginecologista ou médico de família). Será que é necessária essa supervisão ou o enfermeiro EESMO fica habilitado, após receber formação, a colocar o implante de forma autónoma? A colocação do implante é considerada como uma administração de um medicamento ou “uma pequena cirurgia”? Será que a colocação do implante é apenas um acto médico ou pode ser também praticado pelo enfermeiro EESMO treinado?</p> <p>As mesmas questões colocam-se para a colocação de um dispositivo intra-uterino. Será que é um acto exclusivamente médico ou pode ser feito por um enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica treinado? Por não querer ser acusada de “usurpação do acto médico” (...) será que os enfermeiros EESMO podem, de uma forma autónoma e segundo uma prescrição médica, colocar implantes e DIU's nas mulheres que o desejam e que são clinicamente referenciadas?».</p> <p>(...)</p> <p>Se o enfermeiro EESMO adquiriu formação e treino em contexto académico ou em contexto de formação contínua sobre a aplicação destes métodos contraceptivos, pode aplicar o implante subcutâneo ou o DIU.</p> <p>Os enfermeiros EESMO, pela natureza da especificidade da sua preparação científica e técnica no domínio da Obstetria e Ginecologia, estão habilitados para assumir a responsabilidade pela implementação destas intervenções, no âmbito do Planeamento Familiar, inseridas no projecto de saúde de cada mulher.</p>

Fonte:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE\\_Parecer274\\_11032010\\_Aplicacao\\_RemocaoImplantesSubcutaneos\\_Ceesmo\\_VFinal\\_protég.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer274_11032010_Aplicacao_RemocaoImplantesSubcutaneos_Ceesmo_VFinal_protég.pdf)

Neste serviço, para além de não se realizar a consulta de IVG, houve a oportunidade de informar e encaminhar uma mulher para a instituição de referência onde ser efetuam as consultas. Houve ainda a possibilidade de informar e aconselhar uma puérpera na consulta de revisão do puerpério sobre os métodos contraceptivos gratuitos existentes no SNS, assim como esclarecer sobre eficácia e critérios de elegibilidade.

## **Competência 2 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.**

*Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.*

A gravidez é um processo fisiológico que se traduz na adaptação a uma nova situação (ser mãe e pai), que culmina com o nascimento de uma ou mais crianças (DGS, 2015). A

forma como cada mulher vive cada gravidez é única e por isso os profissionais que fazem a sua vigilância devem estar devidamente capacitados. Segundo a OMS (2016), todas as mulheres e recém-nascidos devem receber cuidados de qualidade durante todo o período pré-natal, parto e pós-parto, constituindo os cuidados pré-natais uma plataforma para importantes cuidados de saúde (nomeadamente, rastreio, diagnóstico e prevenção de doença).

O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, emanado pela DGS (DGS, 2015), orienta a atuação do EEESMO. Por outro lado, a legalização da IVG até às 10 semanas de gestação (lei nº 16/2007 de 17 de abril. Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez) possibilitou o acesso ao nível dos CSP bem como de CEH de mulheres ou casais que passam pelo processo de gravidezes não desejadas.

Durante o processo de aprendizagem clínica, na CEH, concretamente na consulta DPN, houve a possibilidade da mestranda desenvolver competências tais como 1) Monitorização da gravidez; 2) Informação e orientação sobre estilos de vida saudáveis na gravidez; 3) Promoção do plano de parto, assim como aconselhamento e apoio à mulher na decisão; 4) Informação e orientação da grávida sobre os sinais e sintomas de risco; 5) Identificação e monitorização da saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados; 6) Prescrição de exames auxiliares de diagnósticos necessários à deteção de gravidez de risco (i.e., teste Combur); 7) Informação e orientação sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez, 8) Colaboração no Rastreio Combinado do 1º Trimestre e 2º Trimestre.

**Destaque:** Na sequência do Rastreio combinado do 2º Trimestre ocorreu uma situação de rastreio positivo onde foi necessário comunicar a notícia. O facto de um filho desejado e sonhado apresentar malformações provoca na grávida/casal sentimentos de angústia e sofrimento, acompanhado da necessidade de se fazer um luto ainda que o feto não tenha morrido. (Borges e Petean, 2018). Nos profissionais de saúde, a transmissão de más notícias acarreta emoções semelhantes gerando sentimentos de dor, ansiedade, medo angústia, de inutilidade e desconforto (Vogel et al, 2018). São momentos difíceis no enquadramento das práticas assistenciais.

### **Competência 3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP.**

*Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.*

#### **Exemplo de atividades/Reflexão**

A experiência da gravidez, trabalho de parto e parto são eventos únicos para a mulher, envolvendo fortes sentimentos e emoções que marcam a memória da parturiente. Os EESMO desempenham um papel fundamental na assistência obstétrica pela sua capacidade de lidar com situações complexas. A formação em enfermagem preconiza uma assistência humanizada e principalmente, pauta pelo respeito à fisiologia do parto e nascimento. A assistência pelos EESMO durante o TP está associada a menores taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, menor número de intervenções obstétricas e maior satisfação das mulheres diante da experiência que vivenciam (Junior et al, 2023). As responsabilidades do enfermeiro no trabalho de parto e parto evidenciam-se pelo cuidado integral à mulher e ao recém-nascido, acolhimento e avaliação, a promoção de um modelo de assistência centrado na mulher, no parto e nascimento com evidência científica, oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, promover a liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal no momento da expulsão do feto, promover o contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido, apoiar ao aleitamento logo após o nascimento, entre outras (PILER et al., 2019).

Para monitorizar com segurança o TP torna-se imprescindível definir o que constitui o início e o progresso do mesmo. Neste sentido, a OMS emitiu em 2018 um documento, “Positive Birth”, onde define o conceito de Fase Ativa por contrações regulares, dolorosas e com dilatação cervical iniciada aos 5 cm. Na mesma recomendação sobre nascimentos e partos, a OMS, solicitou a eliminação da referência à dilatação cervical de um centímetro por hora durante o TP e enfatizou que uma taxa de dilatação cervical mais lenta por si só, não deve servir de indicação para acelerar o parto ou o nascimento (WHO, 2018b).

De forma a adquirir a presente competência, nos 43 partos realizados, a mestranda pode treinar os registros no Partograma da Instituição B (Apêndice E) e Instituição E (Apêndice F). As informações retiradas do Partograma permitem uma observação geral do partear, levando o EESMO e equipa médica tomar decisões dos passos a seguir, tendo em conta evolução da dilatação, descida fetal, posição, variedade de posição, frequência cardíaca

fetal, contrações uterinas, perda líquida, infusão de líquidos e analgesia (Medeiros et al, 2020).

Foi também possível experienciar partos em diferentes posições da grávida: 1) em quatro apoios, 2) litotomia, 3) lateralizada com flexão de um dos membros inferiores, 4) sentada no banco de partos e 5) cócoras. A possibilidade de escolha da posição por parte da mulher traduz-se num período expulsivo mais facilitador em que a mulher é detentora de um maior controlo. É essencial respeitar a sua decisão e colaborar para um desfecho positivo. Ao longo da aprendizagem clínica foram também implementadas, pela mestranda, técnicas não farmacológicas para o alívio da dor: musicoterapia, massagem, duche, deambulação e utilização de bola de pilates. O uso destas técnicas está preconizado pela OMS que as reconhece como uma conduta claramente útil e que deve ser encorajada (WHO, 2022). Os EESMO devem preparar o melhor possível cada mulher para o seu trabalho de parto o que inclui informá-la de todas as opções que existem para aliviar a sua dor, para que ela possa decidir livre e esclarecidamente quais os métodos que deseja usar e criar condições para a utilização desses métodos o que por sua vez irá contribuir para o empoderamento da mulher, a sua autonomia e uma experiência de parto mais humanizada, natural e positiva (Santos, 2014). Para além destas técnicas foi também possível colaborar na administração de técnicas farmacológicas, nomeadamente no procedimento de analgesia epidural.

#### **Competência 4 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.**

*Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade*

#### **Exemplo de atividades/Reflexão**

O puerpério está definido como o período pós-parto, com uma duração aproximada de 6 semanas nas quais a mulher vivencia uma série de adaptações físicas e emocionais. O puerpério, relativamente ao tempo e fases, não tem total consenso entre os autores. Consideram alguns autores que o puerpério se divide em três fases arbitrárias: 1) fase aguda, correspondendo às primeiras 24 horas após a expulsão da placenta, 2) fase precoce,

que corresponde ao espaço de tempo até 7 dias após o parto e 3) fase tardia, que se toma entre as 6 semanas até aos 6 meses (Chauhan & Tadi, 2024). Outros autores consideram também três períodos, mas organizados de outra forma: 1) imediato, ocupando as primeiras 2h após parto, 2) precoce, até ao final da primeira semana e 3) tardio, até ao final da sexta semana (Graça, 2005). É também nesse período que a mulher se confronta entre as expectativas construídas durante a gravidez e a realidade trazida pela chegada do bebé (Souza et al., 2013).

No puerpério, mulheres, recém-nascidos e famílias apresentam necessidades de saúde. Apesar de se esperar que seja um período de vivências saudáveis, podem surgir problemas de ordem física, relacional e social. As transformações vivenciadas durante este período podem expor as mulheres ao aumento de morbimortalidade materna (Costa & Azevedo, 2021). O papel do EESMO no puerpério torna-se fundamental acarretando benefícios para o binómio mãe-filho, uma vez que reconhecem as necessidades da mulher durante este período e oferecem assistência qualificada para o tratamento precoce de eventuais patologias específicas do puerpério.

No contexto de BP, a mestranda teve oportunidade de prestar cuidados no puerpério imediato, altura em que se privilegia o contacto pele-a-pele e a amamentação. Nas puérperas que apresentavam essa intenção, houve a possibilidade de informar sobre os seus benefícios, auxiliar na correta pega do bebé, identificando necessidades fundamentais e imediatas para o sucesso da amamentação. É também neste período que o risco de hemorragia é superior e pressupõe uma vigilância mais apertada. Nos casos de cesariana, a mestranda pode prestar cuidados imediatos ao RN bem como nos partos distócicos a que pode assistir. No estágio em BP da Instituição E, ocorreu um caso de hemorragia pós-parto numa puérpera que não estava distribuída à mestranda e consequente EESMO supervisora, mas a mestranda demonstrou interesse e colaborou com a equipa no sentido de solucionar o problema.

No decorrer da aprendizagem, a mestranda foi adquirindo esta competência realizando educação para a saúde sobre a adaptação à parentalidade, amamentação, sinais de alarme e complicações no período do pós-parto, sinais e sintomas de alarme para o recém-nascido, medidas de segurança, contraceção, retorno à sexualidade e contraceção. No internamento do serviço de Puerpério a fototerapia ao RN é algo muito comum de ocorrer. A icterícia neonatal é uma condição clínica em que ocorre um aumento da molécula de bilirrubina na corrente sanguínea. Acomete cerca de 60% dos RNs, especialmente os prematuros com incidência de 80% (Sales et al., 2018). O tratamento com fototerapia,



consiste na exposição do RN (no berço, despido e com proteção ocular) à irradiação de luz que tem a função de converter a bilirrubina presente na pele e mucosas, em uma molécula que possa ser excretada pelo organismo do RN, evitando que essa substância se acumule no tecido nervoso (Oliveira et al., 2011)

Durante o estágio no Puerpério da Instituição D, a mestranda pode realizar 3 turnos no serviço de Neonatologia onde pode perceber a adaptação do RN em situações mais complexas. Esta foi uma experiência extremamente importante uma vez que possibilitou compreender como funciona esta área, o tipo de cuidados prestados e desta forma enriquecer também os cuidados que são prestados durante o período pré-natal e pós-parto orientado as mulheres em situações de risco de parto prematuro.

### **Competência 5 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.**

*Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.*

#### **Exemplo de atividades/Reflexão**

O climatério é caracterizado como um período de mudança entre a fase reprodutiva e não reprodutiva do ciclo de vida da mulher e evidenciado por alterações hormonais que podem acarretar implicações em diversos aspetos na vida da mulher, como biológicas, psicológicas, sociais e culturais (Alvarenga et al., 2021). Sendo um marco importante na vida da mulher, desencadeia uma série de sinais e sintomas que necessitam de avaliação e controlo para garantir qualidade de vida no processo de envelhecimento feminino. Durante este período de mudança, é também experienciada pela mulher uma crise pessoal com consequente necessidade de reorganização sobre si mesma (Selbac et al., 2018)

Segundo Duarte (2010), o climatério é o período de transição que corresponde ao declínio da função ovárica e caracteriza-se por um progressivo estado de hipoestrogenismo, ao qual está associado um conjunto de manifestações multiorgânicas que, a curto, médio ou longo prazo, interferem na vida e saúde da mulher. Este período é constituído pela pré-menopausa, menopausa e pós-menopausa. Destas fases destaca-se a menopausa, caracterizada pela ausência de menstruação, por doze meses consecutivos, em decorrências da diminuição das hormonas estrogénios e progesterona (Oliveira et al, 2022).

Na consulta externa do Hospital A, foi possível contactar com mulheres durante este período que eram acompanhadas na consulta por algum tipo de patologia cervical. A mestranda teve oportunidade de colocar pessários uterinos por prolapso, executar rastreios do cancro do colo do útero, colaborar na realização de colposcopias e aconselhar mulheres durante este período com desconfortos ao nível da relação sexual.

### **Competência 6 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.**

*Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde*

#### **Exemplo de atividades/Reflexão**

O EESMO cuida da mulher de forma a potenciar a sua saúde, durante o processo de saúde/doença ginecológica (OE, 2015).

A responsabilidade do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica é crucial em todos os enunciados descritivos do regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica (OE, 2018), de que se destacam a satisfação do cliente, a promoção da saúde e do bem-estar e o autocuidado (Coutinho et al, 2021). A saúde da mulher merece um olhar atento e privilegiado tendo em conta os desafios e tendências das práticas de cuidados, tornando-se importante refletir numa perspetiva de prática baseada na evidência.

O EESMO desempenha um papel de acompanhamento contínuo auxiliando a mulher no seu autocuidado, fornecendo informações e métodos de promotores de saúde compreendendo as variadas vivências envolvidas (Frazão et al, 2022).

De forma a atingir a presente competência, durante o estágio na consulta de Ginecologia, houve oportunidade de contactar com mulher com afeções do foro ginecológico, nomeadamente vaginoses, lesões do colo uterino detetadas durante a realização de RCCU. Cuidou-se também de uma utente com metrorragia associada a nódulo intramural sugestivo de leiomioma e uma utente com recidiva de carcinoma pavimento celular. Para além destes casos, existiram inúmeras mulheres com vírus HPV positivo de alto e baixo risco, nos quais a mestranda pode realizar educação para a saúde sobre cuidados preventivos e tratamentos existentes (Vacina e aplicação de Gel Vaginal Papilocare).

## **Competência 7 – Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.**

*Descritivo: Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.*

### **Exemplo de atividades/Reflexão**

O EESMO presta cuidados à mulher atuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, promovendo a saúde sexual e reprodutiva e prevenindo situações de doença (OE, 2015).

Atualmente, os países apresentam maior diversidade cultural com as suas singularidades que colocam grandes desafios aos profissionais de saúde, porque não só é difícil compreender os valores, as crenças, as tradições e as práticas de saúde das pessoas de quem cuidam, mas acresce a preocupação com o pouco êxito na adesão aos tratamentos ou até a rejeição a procedimentos que envolvem práticas de higiene, normas sociais ou atitudes que promovam estilos de vida mais saudáveis em populações migrantes (Sousa, 2022). Neste sentido, durante o ENP foram promovidas partilhas de conhecimento sobre comportamentos seguros, estilos de vida saudáveis e promoção de saúde sexual, respeitando as crenças de cada mulher bem como a sua cultura. O maior desafio para a mestrandia na aquisição desta competência denotou-se na barreira linguística durante a promoção de saúde junto de mulher de nacionalidades indianas e nepalesas. Barreira esta que pôde ser facilmente ultrapassada com o auxílio a tradutores e pesquisa por parte da mestrandia sobre as diferentes culturas com que contactou.

O EESMO deve ser sensível à forma como as pessoas compreendem e enfrentam os processos de saúde/doença e o impacto dos mesmos nos indicadores de saúde, construindo assim, propostas de cuidados de saúde assentes nas crenças e valores das pessoas, as potencialidades que demonstram, recriando cuidados de saúde com significado e aceitação por parte dessas mesmas pessoas (Sousa, 2022).

Encontra-se descrito na Lei de bases da saúde; Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro. (base II, ponto 2): “a política de saúde tem carácter evolutivo, adaptando-se permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e aos seus recursos “, desta forma, os profissionais de saúde devem também adaptar a forma como prestam cuidados de saúde às novas características populacionais.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca pela excelência do cuidar, a aquisição de competências pessoais e profissionais, delineiam o percurso para construção da identidade profissional enquanto Mestre na área da Saúde Materna e Obstétrica. A elaboração do presente Relatório, permitiu à mestranda, refletir sobre os ganhos de desenvolvimento, adquiridos com a exploração da temática.

Ao longo do estágio nos diferentes campos clínicos, foi possível aprender como futura EESMO, com uma visão e profissionalismo baseados nas mais recentes evidências, privilegiando sempre o bem-estar e preferências da mulher. Promover uma prestação holística de cuidados, fundamentada na defesa da mulher, na promoção do parto normal e da experiência positiva de parto, foram as metas da mestranda.

O trauma perineal obstétrico sempre despertou o interesse ao longo da formação e naturalmente do estágio. Identificar os fatores de risco que estão subjacentes, permitir direcionar os cuidados e promover segurança e bem-estar, são valores sublinhados pela OMS, de acordo com modelos individualizados. Preparar a mulher/casal para uma participação mais ativa no TP, nomeadamente das intervenções que podem ser aplicadas com vista a diminuir as probabilidades do trauma perineal (por exemplo: massagem perineal, aplicação de compressas quentes, adoção de posições facilitadoras do período expulsivo, entre outras), tem implicações positivas na prevenção do trauma perineal.

O estudo da temática dos fatores de risco permitiu, identificar os fatores modificáveis, os não modificáveis e os fatores protetores para o trauma perineal. Com a sinalização atempada dos fatores modificáveis, é possível minimizá-los, seja o exemplo da obesidade materna, da posição da parturiente no TP, da amniotomia e perfusão de ocitocina ou da realização de episiotomia. No caso do parto instrumentado, mesmo sendo um fator modificável, nem sempre é possível evitá-lo, embora algumas correntes apelem para a facilitação que o parto espontâneo e fisiológico podem oferecer. Relativamente aos fatores protetores foi curioso perceber que alguns autores descrevem o tabagismo como fator protetor de trauma perineal, uma vez que os conhecidos efeitos do seu consumo, como envelhecimento prematuro da pele, redução do fluxo sanguíneo e danos oxidativos são sugestivos de maior probabilidade de trauma.

Sendo o princípio da não maleficência uma das principais referências da profissão de enfermagem, é essencial o exercício da arte e ciência do cuidar, com atenção à mulher e à sua vontade, aos seus fatores de risco e ao desenrolar do TP.

Ao EESMO, é exigido que desenvolva competências com foco na defesa da mulher e do parto fisiológico, com recurso a mínimas intervenções num ambiente seguro e com base nas preferências e necessidades da mulher, de forma a potenciar e maximizar a sua saúde e bem-estar, assim como a do seu filho / família.

Foi gratificante poder contactar com diferentes peritos na área da Obstetrícia e cada um contribuiu para este processo de crescimento e aquisição de aprendizagens. A participação, vigilância e execução de trabalhos de parto, foram o momento ideal para colocar em prática os conhecimentos durante este percurso, com base nas evidências científicas mais recentes. Foi um privilégio poder estagiar em unidades de saúde onde se respeita a mulher/casal/família e onde se verifica a execução das orientações emanadas pela OMS em 2018, que visam proporcionar às grávidas uma experiência positiva na hora do parto reduzindo as intervenções médicas desnecessárias. Enfatizar também a importância da possibilidade de utilizar um instrumento de aplicação universal, o Partograma. Com recurso a esta ferramenta foi possível prestar cuidados de excelência uma vez que a sua utilização permite identificar desvios da normalidade do bem-estar materno-fetal.

Os objetivos delineados, relativos à prestação de cuidados especializados, foram atingidos e contribuíram para o desenvolvimento das competências enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Apesar de algumas limitações, nomeadamente o adiamento da realização dos estágios e consequentemente a entrega do presente documento, por ter sido mãe, a vontade de terminar prevaleceu e a experiência é inteiramente gratificante.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, M., Farley, A., Hope, L., Amin, A., Shah, P., & Manaseki-Holland, S. (2019). Birth-Related Perineal Trauma in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *Matern Child Health J*, 23(8), 1048-1070. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02732-5>
- Almorbaty, H., Ebert, L., Dowse, E., & Wai-Chi Chan, S. (2023). An Integrative Review of Supportive Relationships between child-bearing Women and Midwives. *ProQuest*, 10(3), 1327–1339. <https://doi.org/10.1002/nop2.1447>
- Alvarenga, A. N., Visgueira, C. L., & Araújo, R. V. (2021). A vivência da mulher no período do climatério: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(13), e184101321093. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21093>
- André, K., Stuart, A., & Källén, K. (2024). Maternal origin matters: Country of birth as a risk factor for obstetric anal sphincter injuries. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15427>
- André, K., Stuart, A., & Källén, K. (2022). Obstetric anal sphincter injuries—Maternal, fetal and sociodemographic risk factors: A retrospective register-based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 101(11), 1262–1268. <https://doi.org/10.1111/aogs.14425>
- APA. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style* (7th ed.). American Psychological Association.
- Bączek, G., Rzońca, E., Sys, D., Rychlewicz, S., Durka, A., Rzońca, P., & Bień, A. (2022). Spontaneous Perineal Trauma during Non-Operative Childbirth—Retrospective Analysis of Perineal Laceration Risk Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7653. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137653>
- Barca, J. A., Bravo, C., Pintado-Recarte, M. P., Cueto-Hernández, I., Ruiz-Labarta, J., Cuñarro, Y., Buján, J., Alvarez-Mon, M., Ortega, M. A., & De León-Luis, J. A. (2021). Risk Factors in Third and Fourth Degree Perineal Tears in Women in a Tertiary Centre: An Observational Ambispective Cohort Study. *Journal of Personalized Medicine*, 11(8), 685. <https://doi.org/10.3390/jpm11080685>

- Blanc-Petitjean, P., Meunier, G., Sibiude, J., & Mandelbrot, L. (2020). Evaluation of a policy of restrictive episiotomy on the incidence of perineal tears among women with spontaneous vaginal delivery: A ten-year retrospective study. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 101870. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101870>
- Borges, M., & Lopes, B. (2018). Malformação fetal: enfrentamento materno, apego e indicadores de ansiedade e depressão. *Revista Da SPAGESP*, 19(2), 137–148.
- Bradfield, Z., Hauck, Y., Homer, C. S. E., Sweet, L., Wilson, A. N., Szabo, R. A., Wynter, K., Vasilevski, V., & Kuliukas, L. (2021). Midwives' experiences of providing maternity care during the COVID-19 pandemic in Australia. *Women and Birth*, 35(3). <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.02.007>
- Buchanan, K., Newnham, E., Ireson, D., Davison, C., & Geraghty, S. (2022). Care ethics framework for midwifery practice: A scoping review. *Nursing Ethics*, 29(5), 096973302210739. <https://doi.org/10.1177/09697330221073996>
- Bukovec, P., Šturm, B., Hodnik, J. J., & Drusany Starič, K. (2022). The influence of the fundal pressure manoeuvre at delivery on the anal sphincter injury diagnosed with endoanal ultrasonography. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 273, 65–68. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.04.01>
- Carter, A. G., Creedy, D. K., & Sidebotham, M. (2017). Critical thinking skills in midwifery practice: Development of a self-assessment tool for students. *Midwifery*, 50, 184-192. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.010>
- Chauhan, G., & Tadi, P. (2024). Physiology, Postpartum Changes. (2024) *StatPearls Publishing*
- Coutinho, E., Dias, H., Santos, M. J. (2021). *Promoção de saúde da mulher: Desafios e tendências*. Escola Superior de Saúde de Viseu. <https://doi.org/10.34633/978-989-54712-6-3>
- Costa, J. (1999) *Método e Percepção de Cuidar em Enfermagem*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem) Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Costa, A. L. V. da, & Azevedo, F. H. C. (2021). O puerpério e os cuidados de enfermagem: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 10(14), e574101422365. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22365>

- Dahan, O. (2020). Birthing Consciousness as a Case of Adaptive Altered State of Consciousness Associated With Transient Hypofrontality. *Perspect Psychol Sci*, 15(3), 794-808. <https://doi.org/10.1177/1745691620901546>
- Dahan, O., & Odent, M. (2023). Not Just Mechanical Birthing Bodies: Birthing Consciousness and Birth Reflexes. *J Perinat Educ*, 32(3). <https://doi.org/10.1891/JPE-2022-0007>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa.
- Duarte, A. (2010). *Climatério: o impacto sobre a condição feminina*. (Dissertação de Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Durnea, C. M., Jaffery, A. E., Gauthaman, N., & Doumouchtsis, S. K. (2017). Effect of body mass index on the incidence of perineal trauma. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 141(2), 166–170. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12403>
- Embo, M., & Valcke, M. (2017). Continuing midwifery education beyond graduation: Student midwives' awareness of continuous professional development. *Nurse Education in Practice*, 24, 118–122. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.08.013>
- Eri, T. S., Berg, M., Dahl, B., Gottfreðsdóttir, H., Sommerseth, E., & Prinds, C. (2020). Models for midwifery care: A mapping review. *Eur J Midwifery*, 4, 30. <https://doi.org/10.18332/ejm/124110>
- Ferguson, B., Baldwin, A., Henderson, A., & Harvey, C. (2022). The grounded theory of Coalescence of Perceptions, Practice and Power: An understanding of governance in midwifery practice. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1111/jonm.13892>
- Frazão, M. G. de O., Lopes, E. T., Couto, S. I. da S., Silva, L. G. F. e, Mousinho, M. G. C. P., Araújo, M. C. S., Silva, D. D. da, Melo, A. N. L. de, Silva, D. R. da R., Silva, D. W. da, & Lopes, L. G. F. (2022). Assistência de enfermagem à saúde da mulher na Atenção Básica: uma revisão da literatura. *Research, Society and Development*, 11(2), e25211225655. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25655>
- Frigerio, M., Manodoro, S., Bernasconi, D. P., Verri, D., Milani, R., & Vergani, P. (2018). Incidence and risk factors of third- and fourth-degree perineal tears in a single Italian scenario. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 221, 139–143. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.12.042>



- Garcia-Lausin, L., Perez-Botella, M., Duran, X., Rodríguez-Pradera, S., Gutierrez-Martí, M. J., & Escuriel, R. (2019). Relation between Epidural Analgesia and severe perineal laceration in childbearing women in Catalonia. *Midwifery*, *70*, 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.007>
- Gebuza, G., Kaźmierczak, M., Gdaniec, A., Mieczkowska, E., Gierszewska, M., Dombrowska-Pali, A., Banaszekiewicz, M., & Maleńczyk, M. (2018). Episiotomy and perineal tear risk factors in a group of 4493 women. *Health Care for Women International*, *39*(6), 663–683. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1464004>
- Gommesen, D., Nohr, E. A., Drue, H. C., Qvist, N., & Rasch, V. (2019). Obstetric perineal tears: risk factors, wound infection and dehiscence: a prospective cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *300*(1), 67–77. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05165-1>
- Gómez-Cedillo, A., Nieto, S., Isla, R., Villegas, Y., & E. Muñoz. (2020). Obstetric anal sphincter injury in a Spanish hospital. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology/European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *255*, 242–246. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.08.032>
- Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5ª edição) Lisboa: Lidel
- Haddad LM, Geiger RA. Nursing Ethical Considerations. (2023) *StatPearls* PMID: 30252310
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *25*(4), 806-817. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>
- Hu, Y., Lu, H., Ren, L., Yang, M., Shen, M., Huang, J., Huang, Q., & Fu, L. (2023). Prediction models for perineal lacerations during childbirth: A systematic review and critical appraisal. *International Journal of Nursing Studies*, *145*, 104546–104546. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104546>
- Jansson, M. H., Franzén, K., Hiyoshi, A., Tegerstedt, G., Dahlgren, H., & Nilsson, K. (2020). Risk factors for perineal and vaginal tears in primiparous women – the prospective POPRACT-cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03447-0>

- Jolly, M., Sebire, N., Harris, J., Robinson, S., & Regan, L. (2000). The risks associated with regnancy in women aged 35 years or older. *Hum Reprod*, 15(11), 2433-2437. <https://doi.org/10.1093/humrep/15.11.2433>
- Klokk, R., Bakken, K. S., Markestad, T., & Holten-Andersen, M. N. (2022). Modifiable and non-modifiable risk factors for obstetric anal sphincter injury in a Norwegian Region: a case–control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04621-2>
- Macedo, M. D., Risløkken, J., Halle, T., Ellström Engh, M., & Franziska Siafarikas. (2024). Occurrence and risk factors for second-degree perineal tears: A prospective cohort study using a detailed classification system. *Birth: Issues in Perinatal Care*. <https://doi.org/10.1111/birt.12817>
- Mamede, F. V., Almeida, A. M. de, Souza, L. de, & Mamede, M. V. (2007). A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421879016>
- Marschalek, M.-L., Worda, C., Kuessel, L., Koelbl, H., Oberaigner, W., Leitner, H., Marschalek, J., & Husslein, H. (2018). Risk and protective factors for obstetric anal sphincter injuries: A retrospective nationwide study. *Birth*, 45(4), 409–415. <https://doi.org/10.1111/birt.12346>
- Medeiros, A; Freire, I; Santos, F; Silva, B, batista, G., Menezes, M. (2020). Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. *Revista Cuidarte* 11(3) 1046. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1046>
- Moreira, B., Flores, S., & Trindade, R. (2013). O puerpério e a mulher contemporânea: uma investigação sobre a vivência e os impactos da perda da autonomia. *Revista Da SBPH*, 16(1), 166–184.
- Ntanasis-Stathopoulos I, Kyriazoglou A, Lontos M, A Dimopoulos M, Gavriatopoulou M. (2020) Current trends in the management and prevention of human papillomavirus (HPV) infection. *J BUON*.25(3):1281-1285. PMID: 32862567
- Nolan, C. E., O’Leary, B. D., & Ciprike, V. (2020). Is the older perineum a safer perineum? Risk factors for obstetric anal sphincter injury. *Irish Journal of Medical Science (1971 -)*. <https://doi.org/10.1007/s11845-020-02358-5>
- Odent, M. (2003). Champagne and the fetus ejection reflex. *Midwifery Today Int Midwife*(65), 9.

- Okeahialam, N. A., Sultan, A. H., & Thakar, R. (2024). The prevention of perineal trauma during vaginal birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3, Supplement), S991-S1004.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.021>
- Oliveira, L., Lima, V., Silva, A., Santos, D. & Padilha, D. (2023) Menopausa e seus efeitos comportamentais: Como proceder? Revisão de literatura. *Research, Society and Development*, v. 12, n.1 <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39479>
- Öncü, H. N., Serdar Aydın, & Çağrı Arıoğlu. (2021). Risk of obstetric anal sphincter injury with fundal pressure in second stage of labor: Transperineal ultrasound study. *Neurourology and Urodynamics*, 40(5), 1192–1199.  
<https://doi.org/10.1002/nau.24681>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). Parecer MCEESMO nº274/2010: Aplicação e remoção de implantes subcutâneos e dispositivos intra-uterinos por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE\\_Parecer274\\_11032010\\_AplicacaoRemocaoImplantesSubcutaneos\\_Ceesmo\\_VFinal\\_protegido.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer274_11032010_AplicacaoRemocaoImplantesSubcutaneos_Ceesmo_VFinal_protegido.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Livro de Bolso- Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso\\_eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf)
- Piler, A. A., Wall, M. L., Aldrighi, J. D., Souza, S. R. R. K., Trigueiro, T. H., & Peripolli, L. D. O. (2019). Fatores determinantes dos cuidados de enfermagem no processo de parturição. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 13(1), 189.  
<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i1a236515p189-205-2019>
- Ramar, C. N., & Grimes, W. R. (2024). Perineal Lacerations. In *StatPearls*. StatPearls Publishing Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.
- Rasmussen, O. B., Yding, A., Andersen, C. S., Boris, J., & Lauszus, F. F. (2021). Which elements were significant in reducing obstetric anal sphincter injury? A prospective follow-up study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12884-021-04260-z>
- Ribeiro, M., Leal, Y. & Oppenheimer, D. (2023). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o parto normal. *Research, Society and Development*, 12(11). <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i11.43819>

- Rosenberg, K., & Trevathan, W. (2002). Birth, obstetrics and human evolution. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(11), 1199–1206. <https://doi.org/10.1046/j.1471-0528.2002.00010.x>
- Santos, A. (2021). *Ser Enfermeiro Especialista: Conceção, implementação e avaliação*. (Relatório de Mestrado em Enfermagem). Universidade Católica de Lisboa.
- Santos, H. (2014). *Técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Selbac, M, Fernandes, C., Marrone, L., Vieira, A., Silveira, E. Morgan-Martins, M. (2018). Mudanças comportamentais e fisiológicas determinadas pelo ciclo biológico feminino: climatério à menopausa. *Aletheia* v.51, n.1-2, 177–190.
- Scarabotto, L. B., & Riesco, M. L. G. (2006). Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 40(3), 389–395. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342006000300011>
- Schmidt, P. C., & Fenner, D. E. (2023). Repair of episiotomy and obstetrical perineal lacerations (first–fourth). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.07.005>
- Schwertner-Tiepelmann, N., Lorenz, K., Schwab, F., Beilecke, K., Marschke, J., & Tunn, R. (2022). Berlin survey on obstetric anal sphincter injury (OASI). *Archives of Gynecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06627-9>
- Schrot-Sanyan, S., Kolanska, K., Haimeur, Y., Varlas, V., Parisot-Liance, L., Darai, E., & Bornes, M. (2021). Language barrier as a risk factor for obstetric anal sphincter injury - A case-control study. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 50(8), 102138. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2021.102138>
- Shields, G., Baer, J., Leininger, K., Marlow, J., & Dekeyser, P. (1998). Interdisciplinary Health Care and Female Victims of Domestic Violence. *Social Work in Health Care*, 27(2), 27–48. [https://doi.org/10.1300/j010v27n02\\_02](https://doi.org/10.1300/j010v27n02_02)
- Sim-Sim, M., Zangão, O., Barros, M., Frias, A., Dias, H., Santos, A., & Aaberg, V. (2022). Midwifery Now: Narratives about Motivations for Career Choice. *Education Sciences*, 12(4), 243. <https://doi.org/10.3390/educsci12040243>

- Silva, M. (2013). *Capacidade de Diagnóstico dos biomarcadores de rastreio Pré-natal* [ESTSP Politécnicino do Porto].  
[recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/4987/1/PTE\\_MariaSilva\\_2013.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/4987/1/PTE_MariaSilva_2013.pdf)
- Simek, I.-M., Pils, S., Stammeler-Safar, M., & Ott, J. (2018). Incidence of and risk factors for clitoral lacerations in a retrospective cohort of more than 14.000 vaginal singleton deliveries. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 224, 45–46. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.03.004>
- Sousa, J. (2022) *Cuidados de Saúde Culturalmente Competentes: Preconceito*. (Texto de apoio a unidade curricular Enfermagem) Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Stoffels, M., van der Burgt, S. M. E., Bronkhorst, L. H., Daelmans, H. E. M., Peerdeman, S. M., & Kusurkar, R. A. (2022). Learning in and across communities of practice: health professions education students' learning from boundary crossing. *Advances in Health Sciences Education*.  
<https://doi.org/10.1007/s10459-022-10135-5>
- Sørbye, I., Bains, S., Vangen, S., Sundby, J., Lindskog, B., & Owe, K. (2021). Obstetric anal sphincter injury by maternal origin and length of residence: a nationwide cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(3), 423–431. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16985>
- Thompson, J. B. (2004). A human rights framework for midwifery care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(3), 175–181.  
<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2003.12.011>
- Tunestveit, J. W., Baghestan, E., Natvig, G. K., Eide, G. E., & Nilsen, A. B. V. (2018). Factors associated with obstetric anal sphincter injuries in midwife-led birth: A cross sectional study. *Midwifery*, 62, 264–272.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.012>
- Velosa, T. (n.d). A dor em Obstetrícia. Acedido em Janeiro 24, 2024, from  
[https://ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/HospitalNelioMendonca\\_Dor\\_Obstetricia\\_Madeira.pdf](https://ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalNelioMendonca_Dor_Obstetricia_Madeira.pdf)
- Vogel, K. P., Silva, J. H. G. da, Ferreira, L. C., & Machado, L. C. (2019). Comunicação de Más Notícias: Ferramenta Essencial na Graduação Médica. *Revista Brasileira*

*de Educação Médica*, 43(1 suppl 1), 314–321. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180264>


- WHO. (2008). *Education material for teachers of midwifery : midwifery education modules*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44145>
- WHO. (2014). *Midwifery educator core competencies: building capacities of midwifery educators*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311691>
- WHO. (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. In. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience: web annex; evidence base CC BY-NC-SA 3.0 IGO). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260215>.
- WHO. (2019a). Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030.
- WHO. (2019b). *WHO and United Nations Definition of Adolescent*. World Health Organization. Retrieved 24th October from <https://www.publichealth.com.ng/who-and-united-nations-definition-of-adolescent/>
- WHO. (2020). *Adolescent health*. Wwww.who.int. [https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab_1)
- WHO. (2022). *WHO recommendations on maternal care for a positive postnatal experience*. World Health Organization.



## APÊNDICES



## Apêndice A: Proposta de Projeto

 <p>Serviços Académicos</p>	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado	<b>MODELO T-005</b>
	<b>PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO</b>	Ano Letivo: <u>2021</u> / <u>2022</u>
<b>1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA</b>	<b>2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO</b>	
(A ser emitido apenas em GesDOC)	(A ser emitido apenas em GesDOC)	
<b>3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE</b>		
Nome Completo: <u>Sara Filipa Martinho de Oliveira</u>		
Número: <u>44265</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 em Enfermagem de Saúde materna e obstétrica</u>		
Especialidade/Plano Alternativo: _____		
<b>4. CONTACTOS DO ESTUDANTE</b>		
Telef.: <u>918995877</u> E-mail: <u>sara.fmoliveira@gmail.com</u>		
<b>5. PROPOSTA</b>		
<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		
Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)		
<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.		
<b>6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO</b> (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)		
<b>7. TIPO DE TRABALHO</b> (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)		<b>8. LÍNGUA DE REDAÇÃO</b>
APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:		<input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês
<input type="checkbox"/> Tese <b>Formato da Tese:</b> <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação		<input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês
<input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados		<input type="checkbox"/> Outra: _____
<input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes)		
PARA Mestrado ou Mestrado Integrado:		
<input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto		
<b>9. TÍTULO DO TRABALHO</b>		
Título (na língua de redação):		
<u>Períneo Obstétrico: proteger e prevenir po trauma.</u>		
Título em Inglês:		
<u>Obstetric Perineum: protecting and preventing trauma</u>		

**10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)**

Nome: Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim  
Universidade/Instituição: Universidade de Évora  
N.º Identificação Civil: 04857663 - Tipo de Identificação:  BI  CC  Passaporte  Outro: \_\_\_\_\_  
Telef.: 936171517 E-mail: msimsim@uevora.pt ID ORCID: https://orcid.org/0000-000

Nome: \_\_\_\_\_  
Universidade/Instituição: \_\_\_\_\_  
N.º Identificação Civil: \_\_\_\_\_ - Tipo de Identificação:  BI  CC  Passaporte  Outro: \_\_\_\_\_  
Telef.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ ID ORCID: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
Universidade/Instituição: \_\_\_\_\_  
N.º Identificação Civil: \_\_\_\_\_ - Tipo de Identificação:  BI  CC  Passaporte  Outro: \_\_\_\_\_  
Telef.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ ID ORCID: \_\_\_\_\_

**11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO**

Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): Ciências da Saúde  
Consulte a lista de Áreas FOS em: <http://www.dgeec.mec.pt/np4/28>  
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): labor,obstetric; nurse, midwives; episiotomy

**12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA**

Prevenção do trauma perineal durante o Trabalho de Parto

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

(folha word)

**14. DOCUMENTOS ANEXOS**

- Plano do 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 enquadra 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 (RAUÉ) 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.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/D/E/TP.**

O curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) ministrado na Universidade de Évora, registado na Direção Geral do Ensino Superior com o n.ºR/A-Ef 1783/2011/AL03 de 27 de Julho de 2019 é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) possibilitando a atribuição do título de Especialista. O plano de estudos do MESMO, possui objetivos, conteúdos e horas de formação, que refletem o teor dos regulamentos n.º 140/2019 de 6 de fevereiro e n.º391/2019 de 3 de maio, referentes a Competências Comuns do Especialista e Competências Específicas dos Especialistas em Saúde Materna. O curso, constituído por quatro semestres com um total de 120 ECTS, contempla no último ano, nos dois semestres, a UC Estágio de Natureza Profissional com Relatório (ENPR). Assim, conforme o Plano de Estudos, o atual documento tem por objetivo apresentar a proposta de Projeto do ENPR, antevendo as experiências clínicas, das quais se lavrará um Relatório com defesa pública, terminado o período e estágio. O ENPR, realizado em diferentes campos clínicos tem como objetivos: a) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade, b) demonstrar aquisição de conhecimentos visando uma melhoria de cuidados considerando a teoria e a prática baseada na evidência, c) defender através de um relatório apresentado em provas públicas, a aquisição de competências ao longo do estágio de natureza profissional. O ENPR ao prever a construção de um projeto, orienta simultaneamente para a identificação de um tema central, que dando o título, oferece a oportunidade de aprofundar o conhecimento nessa área. Assim, considerando a assistência que a mulher necessita durante o trabalho de parto, emerge uma temática, que pela controvérsia nas práticas clínicas e pela repercussão que pode ter na vida da mulher, importa aprofundar. É o caso da decisão para episiotomia *versus* a intervenção expectante (WHO, 2018). A prática da episiotomia consiste numa incisão controlada do períneo que permite, originalmente, reduzir o trauma perineal durante o trabalho de parto (TP). Foi introduzida por Ould em 1741, tendo como objetivo aumentar a abertura vaginal durante o trabalho de parto (Bettencourt Borges et. al 2003). Existem diferentes tipos de incisões que incluem a linha média, a mediana modificada, a medio-lateral, a lateral, anterior e radical (Barjon & Mahdy, 2021). Durante décadas a episiotomia foi utilizada rotineiramente de forma a prevenir traumas perineais de maior gravidade, tentando prevenir a disfunção sexual pós-parto, incontinência urinária e fecal e proteger o recém-nascido (Bettencourt Borges et al., 2003). Tanto na episiotomia como em grande parte das lacerações espontâneas o profissional de saúde necessita suturar, conseqüentemente, aumenta o risco de infeção e a dor sentida pela mulher. O procedimento é na maioria das vezes executado na imediatez da atitude profissional, sem entrar em conta com parecer ou consentimento da mulher, considerando o juízo clínico de maior benefício. Contudo alguns autores sublinham a ausência de explicação de riscos *versus* benefícios ou possíveis complicações, desrespeitando a parturiente, enquanto integrante central do processo (Ferreira de Sá et al., 2018). A decisão de realizar ou não uma episiotomia torna-se essencial para o bem-estar e saúde da mulher (Jihang et al., 2017). Segundo Munoz et al., (2016), em Portugal nos últimos anos, a prevalência de episiotomia tem vindo a diminuir. Por outro lado, considera o autor que aumenta o número de lacerações perineais graves, tornando-se mais evidentes em mulheres sem fatores de risco associado. De acordo com a evidência torna-se fundamental perceber quais as estratégias que os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) têm adotado de forma a prevenir o trauma perineal. As novas recomendações da OMS (WHO, 2018) não recomendam o uso rotineiro de episiotomia em mulheres com parto vaginal espontâneo. Recomenda a OMS, a adoção de técnicas que visem prevenir o traumatismo perineal durante o período expulsivo, nomeadamente a aplicação de massagem perineal, compressas quentes e conduta de proteção ativa do períneo. A

realização de massagem perineal a partir das trinta e cinco semanas de gestação, o uso de gel obstétrico durante o primeiro estadio do trabalho de parto, os exercícios de kegel durante o período pré-natal, ajudam a manter a integridade e fortalecimento da zona perineal (Lésico, 2014). Tais considerações, levam à elaboração do presente projeto, que além das competências formalmente definidas no curriculum escolar, pretende documentar as práticas que irão decorrer na experiência clínica. De facto como mestranda, interessa treinar competências em aproximação às recomendações da OMS(WHO, 2018). Desta forma, definem-se os seguintes objetivos: a) realizar uma revisão temática sobre os fatores de risco relacionados com o trauma perineal, b) analisar a casuística da prática da episiotomia; c) contabilizar o número de episiotomias praticadas ao longo do estágio; e) descrever as técnicas utilizadas para prevenção de trauma perineal.

## PLANO DE ATIVIDADES- PREPARAÇÃO DO PROJETO

Campo	Objetivos	Atividades	Resultados Esperados	Processo de avaliação
Vertente clínica: com. instrumentais e relacionais na Consulta Externa	Objetivo 1: Cuidar da mulher/casal no período pré-natal	Orientação e assistência a mulheres e fase de diagnóstico Pré-Natal;  Atendimento e educação para a saúde à mulher no período pré-natal:	H.2.1- Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento; H.2.2- Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento; H.2.3- Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	Registos validados por perceptor: BSG SClinico Protocolos próprios Registos validados por professor: Jornal de Aprendizagem Exames Pré-natais (Diretiva 89/594/CEE)
	Objetivo 2: Cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	Orientação e assistência a mulheres com patologia ginecológica;  Atendimento e educação para a saúde à mulher com patologia ginecológica	H.6.1- Promove a saúde ginecológica da mulher; H.6.2- Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama; H.6.3- Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.	Registos validados por supervisor: SClinico BARCUU Protocolos próprios Registos validados por professor: Jornal de aprendizagem
Vertente clínica: comp. instrumentais e relacionais no Internamento de grávidas/ginecologia	Objetivo 3: Cuidar da mulher/casal no período pré-natal	Prestação de cuidados a mulheres grávidas com patologia;  Prestação de cuidados à mulher em situação de abortamento;	H.2.1- Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento; H.2.2- Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento; H.2.3- Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento. H.3.3- Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.	Registos validados por perceptor: BSG SClinico Protocolos próprios Registos validados por professor: Jornal de Aprendizagem Registos curriculares: Exame pré-natais (Diretiva 89/594/CEE)
	Objetivo 4: Cuidar da mulher a vivenciar processo de doença ginecológica	Prestação de cuidados a mulheres com patologia ginecológica.	H.6.1- Promove a saúde ginecológica da mulher; H.6.2- Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama; H.6.3- Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.	Registos validados por perceptor: SClinico Protocolos próprios Registos validados por professor: Jornal de Aprendizagem
Vertente clínica: comp. instrumentais e relacionais o período pós-natal: Serviço de Puerpério	Objetivo 5: Cuidar da mulher/casal durante o período pós-natal	Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas no período pós-natal imediato	H4.1- Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal; H4.2- Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal; H4.3- Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	Registos validados por perceptor: BSG BPF Partograma SClinico Protocolos próprios Registos validados por professora: Jornal de Aprendizagem
Vertente clínica: comp. instrumentais e relacionais no Bloco de Partos	Objetivo 6: Cuidar da mulher/casal durante o trabalho de parto	Prestação de cuidados de enfermagem à mulher grávida durante o trabalho de parto	H3.1- Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina. H3.2- Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido. H3.3- Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto.	Registos validados por perceptor: BSG Partograma SClinico Protocolos próprios Registos validados por professora: Jornal de Aprendizagem Registos curriculares: Número/tipo de partos (Diretiva 89/594/CEE) Recolha e análise de dados relacionados com trauma perineal (episiotomia/laceração) através do Partograma e BSG
	Objetivo 7: Cuidar da mulher/casal durante o período pós-natal.	Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas no período pós-natal imediato	H4.1- Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal; H4.2- Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal; H4.3- Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	Registos validados por perceptor: BSG Partograma SClinico Protocolos próprios Registos validados por professora: Jornal de Aprendizagem



## Apêndice B: Registo de Experiências Clínicas

### 1. Registos

Os registos são realizados de acordo com os itens referidos no Diário da República, 1.ª série, N.º 84, 2 de maio de 2014.



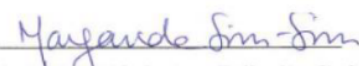
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final 2º Ano 2º Semestre Ano Lectivo 2021/2022
---

Nome do Aluno Sara Filipa Martinho de Oliveira

Nº 44265

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	118
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente  • Partos eutócicos (40) -----	43
• Participação activa em partos pélvicos -----	0
• Participação activa em partos gemelares -----	0
• Participação activa noutros partos -----	11
• Episiotomia -----	6
• Episiorrafia / perineorrafia-----	20
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)  • Gravidez -----	63
• Trabalho de parto -----	17
• Puerpério -----	6
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	108
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	105
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	3
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	79

Rubrica Professor

  
(Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim)

## 1.1 Registo Detalhado de Consultas de Grávidas

N	Local	Idade	Índice Obstétric	Idade Gesta/	Exame efetuado
1	Consulta de Gravidez patológica	34	0020	40	TA, peso, Temp., CTG, Avaliação de perfil glicémico; Ensinos sobre sinais de alarme.
2	Consulta de Gravidez patológica	34	0020	37+1	TA, peso, Temp., CTG, Ensinos sobre alimentação adequada devido a aumento de peso excessivo; Ensinos sobre sinais de alarme.
3	Consulta de Gravidez patológica	36	1011	28+2	TA, peso, Temp., Auscultação de BCF; Ensinos sobre Exames laboratoriais na gravidez; Ensinos sobre mala de maternidade; Ensinos sobre prevenção e melhoria de desconfortos
4	Consulta de Gravidez patológica	29	0000	30+4	TA, peso, Temp., Auscultação de BCF; Ensinos sobre controlo de diabetes gestacional; Entregue folha para controlo de perfil glicémico; Ensinos sobre alimentação.
5	Consulta de Gravidez patológica	21	0000	37+2	TA, peso, Temp, CTG; Ensinos sobre alimentação; ensinos sobre sinais de alerta; Ensino de cuidados à pele.
6	Consulta de Gravidez patológica	39	0000	25	TA, peso, Temp., Comunicação de más notícias (Rastreio Positivo 2º trimestre)
7	Consulta de Gravidez patológica	30	1001	31+3	TA, peso, Temp., Auscultação de BCF; Ensinos sobre alívio de desconfortos; Ensinos sobre exames laboratoriais na gravidez; Ensinos sobre alimentação.
8	Consulta de Gravidez patológica	43	1021	32+1	TA, peso, Temp, Auscultação de BCF; Ensinos sobre alimentação; ensinos sobre sinais de alerta; Ensino de cuidados à pele.
9	Consulta de Gravidez patológica	30	0000	29+2	TA, peso, Temp, Auscultação de BCF; Ensinos sobre avaliação de TA no domicílio; Avaliação de adesão ao regime medicamentoso; Ensinos sobre sinais de alerta.
10	Consulta de Gravidez patológica	18	0000	16	TA, peso, Temp.; Colheita de Dados para avaliação inicial; Ensinos sobre vigilância da gravidez;
11	Consulta de Gravidez patológica	33	1001	36+4	TA, peso, Temp., CTG, Avaliação de perfil glicémico; Ensinos sobre sinais de alarme.
12	Consulta de Gravidez patológica	29	0010	18+3	TA, peso, Temp., Auscultação de BCF, Colheita de dados para Avaliação Inicial Ensinos sobre vigilância da gravidez
13	Consulta de Gravidez patológica	27	0000	28	TA, peso, Temp., Auscultação de BCF, Ensinos sobre sinais de alarme.
14	Consulta de Gravidez patológica	33	0000	32+3	TA, peso, Temp., CTG, Avaliação de perfil glicémico; Ensinos sobre sinais de alarme.
15	Consulta de Gravidez patológica	26	1001	Revisão do Parto	TA, peso, Temp., Colheita de dados para avaliação inicial, Ensinos sobre uso de métodos contraceptivos; Ensinos sobre vigilância de saúde da mulher (RCCU)
16	Consulta de DPN	33	1001	12+4	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; preenchimento de documento para rastreio bioquímico do 1º Trimestre.
17	Consulta de DPN	25	0000	22+2	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco morfológica 2º trimestre
18	Consulta de DPN	24	0000	32+1	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco morfológica 3º trimestre; Agendamento de CTG
19	Consulta de DPN	23	1001	14+2	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Preenchimento de documento para rastreio bioquímico do 1º trimestre; Incentivada cessação tabágica e realizados ensinos
20	Consulta de DPN	31	1001	32+2	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco morfológica 3º trimestre; Agendamento de CTG
21	Consulta de Gravidez patológica	45	1001	17+3	TA, peso, Temp., Teste rápido de urina; Esclarecimento de duvidas.
22	Consulta de DPN	29	0000	11	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; preenchimento de documento para rastreio bioquímico do 1º Trimestre.
23	Consulta de Gravidez patológica	21	0000	36	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; vem para eco para vigilância por RCIU.
24	Consulta de Gravidez patológica	36	1001	30+3	TA, peso, Temp., CTG, Avaliação de perfil glicémico; Ensinos sobre sinais de alarme.
25	Consulta de Gravidez patológica	30	0000	33+3	TA, peso, Temp., combur, Avaliação de BCF, ensinos sobre hidratação adequada
26	Consulta de Gravidez patológica	37	0000	20+2	TA, peso, Temp., CTG, Colheita de dados para Avaliação inicial, Ensinos sobre controlo e vigilância de DG; Ensinos sobre alimentação.
27	Consulta de Gravidez patológica	29	1011	32+4	TA, peso, Temp., CTG, Avaliação de perfil glicémico; Ensinos sobre sinais de alarme. Agendamento de CTG.
28	Consulta de DPN	34	0000	12+5	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; preenchimento de documento para rastreio bioquímico do 1º Trimestre.
29	Consulta de Gravidez patológica	33	2002	38+4	TA, peso, Temp., CTG, Avaliação de perfil glicémico; Ensinos sobre sinais de alarme. CTG.
30	Consulta de DPN	39	0010	33	TA, peso, Temp., CTG, Avaliação de perfil glicémico; Ensinos sobre sinais de alarme. CTG. Eco 3º trimestre.
31	Consulta de DPN	22	0000	10+4	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; preenchimento de documento para rastreio bioquímico do 1º Trimestre.
32	Consulta de DPN	20	0000	31	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 3º trimestre
33	Consulta de Gravidez patológica		G1P1	Revisão Parto	TA, peso, Temp., Colheita de dados para avaliação inicial, Ensinos sobre uso de métodos contraceptivos; Ensinos sobre vigilância de saúde da mulher (RCCU)
34	Consulta de DPN	36	1011	24+4	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco morfológica 2º trimestre
35	Consulta de DPN	22	0000	31+5	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 3º trimestre. Agendamento de CTG.
36	Consulta de DPN	37	1001	21+3	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco morfológica 2º trimestre
37	Consulta de DPN	36	1001	21+4	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco morfológica 2º trimestre
38	Consulta de DPN	34	0000	31	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 3º trimestre



N	Local	Idade	Índice Obstétric	Idade Gesta/	Exame efetuado
39	Consulta de DPN	34	0000	31+1	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 3º trimestre
40	Consulta de DPN		0000	23+1	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco morfológica 2º trimestre
41	Consulta de DPN	30	0000	32+1	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco morfológica 3º trimestre. Agendamento de CTG
42	Consulta de Gravidez patológica	29	0000	12	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; preenchimento de documento para rastreio bioquímico do 1º Trimestre. Encaminhada pº labo.
43	Consulta de Gravidez patológica	35	1001	17+3	TA, peso, Temp., CTG, Colheita de dados para Avaliação inicial, Ensinos sobre controlo e vigilância de DG; Ensinos sobre alimentação.
44	Consulta de Gravidez patológica	31	1001	19+5	TA, peso, Temp., CTG, Colheita de dados para Avaliação inicial, Ensinos sobre vigilância gravidez. Gravidez gemelar.
45	Consulta de Gravidez patológica	30	1001	34+3	TA, peso, Temp., Auscultação de BCF, Combur. Pré-eclampsia gravidez anterior. Ensinos sobre sinais de alarme.
46	Consulta de DPN	32	0000	12	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 1º trimestre e rastreio bioquímico
47	Consulta de Gravidez patológica	33	0000	28+4	TA, peso, Temp., CTG, Avaliação de perfis glicémicos; Icentivar adesão ao regime medicamentoso.
48	Consulta de DPN	37	1001	13	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 1º trimestre e rastreio bioquímico
49	Consulta de DPN	30	0000	32+3	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 3º trimestre
50	Consulta de DPN	36	0000	31	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 3º trimestre
51	Consulta de DPN	37	2002	24+3	TA, Peso, Temp; Rastreio 2ºT positivo; realizados ensinos sobre exames invasivos (amniocentese)
52	Consulta de DPN	27	0000	33+2	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 3º trimestre
53	Consulta de DPN	29	1001	13+4	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 1º trimestre e rastreio bioquímico. Gravidez trigemelar.
54	Consulta de DPN	35	1001	38+4	TA, Peso, Temp; Eco por apresentação pélvica.
55	Consulta de DPN	31	0000	36	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 3º trimestre por gravidez não vigiada.
56	Consulta de DPN	36	0000	31+5	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 3º trimestre
57	Consulta de DPN	28	1011	21+5	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 2º trimestre
58	Consulta de DPN	30	0000	21	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 3º trimestre
59	Consulta de DPN	25	1001	12+2	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 1º trimestre e rastreio bioquímico
60	Consulta de Gravidez patológica	26	0000	31+2	TA, peso, Temp., Auscultação de BCF; Ensinos sobre sinais de alarme. Agendamento de CTG.
61	Consulta de Gravidez patológica	43	4024	23+2	TA, peso, Temp., Teste rápido de urina; Esclarecimento de duvidas.
62	Consulta de Gravidez patológica	35	0000	26+4	TA, peso, Temp., CTG, Colheita de dados para Avaliação inicial, Ensinos sobre controlo e vigilância de DG; Ensinos sobre alimentação.
63	Consulta de Gravidez patológica	21	0000	38	TA, peso, Temp., Combur, CTG. Perda de sangue. Ensinos sobre vigilância e sinais de alarme.
64	Consulta de Gravidez patológica	30	0000	37+4	TA, peso, Temp., CTG, Vigiar adesão ao regime medicamentoso. Médica obstetra realiza descolamento das membranas.
65	Consulta de Gravidez patológica	34	0010	20+1	TA, peso, Temp., CTG, Colheita de dados para Avaliação inicial, Ensinos sobre controlo e vigilância de DG; Ensinos sobre alimentação; Ensinos sobre administração de insulina.
66	Consulta de Gravidez patológica	34	0000	31	TA, peso, Temp., Auscultação de BCF, Colheita de dados para Avaliação inicial, Esclarecimentos de duvidas.
67	Consulta de Gravidez patológica	31	0000	26+2	TA, peso, Temp., Auscultação de BCF, Colheita de dados para Avaliação inicial, Esclarecimentos de duvidas.
68	Consulta de Gravidez patológica	30	1011	33+2	TA, peso, Temp., Auscultação de BCF, Colheita de dados para Avaliação inicial, Ensinos sobre controlo e vigilância de Tensão arterial.
69	Consulta de Gravidez patológica	46	0020	16+2	TA, peso, Temp., Combur, Colheita de dados para Avaliação inicial, Ensinos sobre vigilância de gravidez; Ensinos sobre sinais de alarme. Idade materna
70	Consulta de Gravidez patológica	25	0000	20	TA, peso, Temp., Combur, Auscultação de BCF, Ensinos sobre vigilância e sinais de alarme.
71	Consulta de Gravidez patológica	33	0000	37+4	TA, peso, Temp., CTG, Avaliação de perfil glicémico; Ensinos sobre sinais de alarme.
72	Consulta de Gravidez patológica	43	1010	17+2	TA, peso, Temp., Combur, Colheita de dados para Avaliação inicial, Ensinos sobre vigilância de gravidez; Ensinos sobre sinais de alarme. Idade materna
73	Consulta de Gravidez patológica	24	0000	25+6	TA, peso, Temp., CTG, Colheita de dados para Avaliação inicial, Ensinos sobre controlo e vigilância de DG; Ensinos sobre alimentação.
74	Consulta de Gravidez patológica	43	2012	7+3	TA, peso, Temp., CTG, Colheita de dados para Avaliação inicial, Ensinos sobre controlo e vigilância de DG; Ensinos sobre alimentação.
75	Consulta de DPN	24	0000	12+5	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 1º trimestre e rastreio bioquímico
76	Consulta de DPN	27	0000	33	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 3º trimestre. Gravidez não vigiada até as 26semanas.
77	Consulta de DPN	38	1001	16+2	TA, Peso, Temp; Rastreio do 1ºT positivo. Ensinos sobre exames diagnostico.
78	Consulta de DPN	29	0000		TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 1º trimestre e rastreio bioquímico
79	Consulta de DPN	19	0000	32+2	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 3º trimestre.
80	Consulta de DPN	27	0000	21+6	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 2º trimestre.
81	Consulta de DPN		1001	21+5	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 2º trimestre.
82	Consulta de DPN	22	0010	21+6	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 2º trimestre.
83	Consulta de DPN	28	0000	12+5	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 1º trimestre e rastreio bioquímico
84	Consulta de DPN	28	0000	31+2	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 3º trimestre

N	Local	Idade	Índice Obstétric	Idade Gesta/	Exame efetuado
85	Consulta de DPN	35	1001	30+3	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 3º trimestre
86	Consulta de DPN	32	0000	22	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 2º trimestre.
87	Consulta de DPN	42	1001	31+5	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 3º trimestre
88	Consulta de DPN	32	0020	22+2	TA, Peso, Temp; Colheita de dados para avaliação inicial; Eco 2º trimestre.
89	Consulta de Gravidez patológica	27	0000	28	TA, peso, Temp., Auscultação de BCF; Administração de Imunoglobulina Anti-D
90	Consulta de Gravidez patológica	25	0000	23	TA, Peso, Temp, Auscultação de BCF; Combur; Ensinos sobre importância da vigilância da gravidez; Ensinos sobre sinais de alarme; Ensinos sobre alívio de desconfortos.
91	Consulta de Gravidez patológica	28	0020	26	TA, Peso, Temp, Auscultação de BCF; Combur; Ensinos sobre importância da vigilância da TA;
92	Consulta de Gravidez patológica	32		Revisão do Parto	TA, peso, Temp., Colheita de dados para avaliação inicial, Ensinos sobre uso de métodos contraceptivos; Ensinos sobre vigilância de saúde da mulher (RCCU)
93	Consulta de Gravidez patológica	42	0000	18+3	TA, peso, Temp., Colheita de dados para avaliação inicial, Ensinos sobre alimentação na gravidez;
94	Consulta de Gravidez patológica	22	0000	17+4	TA, peso, Temp., Colheita de dados para avaliação inicial, Ensinos sobre gestão da ansiedade; encaminhamento para psicologia
95	Consulta de Gravidez patológica	43	2012	8	TA, peso, Temp., Eco para datação de gravidez.
96	Consulta de Gravidez patológica	29	1001	35	TA, peso, Temp., CTG, Colheita de dados para Avaliação inicial. Avaliação de perfis glicêmicos; Ensinos sobre alimentação. Agendamento de CTG
97	Consulta de Gravidez patológica	36	0000	28+3	TA, peso, Temp., CTG, Colheita de dados para Avaliação inicial. Avaliação de perfis glicêmicos; Ensinos sobre alimentação.
98	Consulta de Gravidez patológica	32		Revisão do parto	TA, peso, Temp., Colheita de dados para avaliação inicial, Ensinos sobre uso de métodos contraceptivos; Ensinos sobre vigilância de saúde da mulher (RCCU); Reclassificação da DG
99	Consulta de Gravidez patológica	39	0020	36	TA, peso, Temp., CTG, Colheita de dados para Avaliação inicial. Avaliação de perfis glicêmicos; Ensinos sobre alimentação. Agendamento de CTG
100	Consulta de Gravidez patológica	33	0000	28+4	TA, peso, Temp., Auscultação de BCF, Colheita de dados para Avaliação inicial. Avaliação de perfis glicêmicos; Ensinos sobre alimentação.
101	Consulta de Gravidez patológica	30	1001	34	TA, peso, Temp., Auscultação de BCF, Colheita de dados para Avaliação inicial. Avaliação de perfis glicêmicos; Ensinos sobre alimentação. Agendamento de CTG.

## 1.2 Registo Detalhado de Vigilância e Cuidados a Parturientes Saudáveis

Nº	Local	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	1º estadio	Monit CTG	Cervicometria	Observações
1	Hospital B- Bloco de Partos	31	1001	41s	N	Sim	Colo permeável 3cm; 80% apagamento	REBA LC 5h20. ITP 6/12/2021 com Prostringel
2	Hospital B- Bloco de Partos	33	1001	41s+2d	N	Sim	Colo fechado	ITP com Prostringel. Feto com S. Turner.
3	Hospital B- Bloco de Partos	20	0000	41	S	sim	Colo permeável a 4 cm	ITP 07/12 com Prostin Gel
4	Hospital B- Bloco de Partos	33	3013	40s+1d	S	Sim	Colo posterior grosso, permeável a 3 cm.	Colocado Soro glicosado por DG, de acordo com Protocolo. ITP com Prostringel
5	Hospital B- Bloco de Partos	35	2002	40	S	sim	Colo centrado, amolecido, permeável 4 cm	ITP com Prostringel. Colestase Gravídica
6	Hospital B- Bloco de Partos	22	0101	38+5d	N	sim	Colo permeável a 1 cm	CST por CTG não traquilizador
7	Hospital B- Bloco de Partos	31	0000	39+5	N	sim	Colo 2-3cm	REBA
8	Hospital B Adm Grávidas	22	0000	39+4d	N	sim	Colo 2cm	Recorre ao SU por perda hemática
9		23	1011	41s	S	sim	Colo grosso permeável 3 -4cm	Faz analgesia epidural
10	Hospital B- Bloco de Partos	36	0000	39+1d	S	sim	Colo fino, rijo, 3cm	REBA. Taquicardia fetalapós Epifedrina e Ondasetron
11	Hospital B- Bloco de Partos	27	0000	41+1d	S	sim	Colo permeável a 2 cm. grosso	ITP Pronstringel
12	Hospital B- Bloco de Partos	27	0000	41+1	S	sim	Colo com 6cm	
13	Hospital B- Bloco de Partos	34	2021	40	S	sim	Colo com 2-3 cm	Placenta com 1 lóbulo extra.
14	Hospital B- Bloco de Partos	19	0000	38+2d	S	sim	Colo 7cm	Indução com PO.
15	Hospital B- Bloco de Partos		1011	41	S	sim	Colo 4 cm, apresentação alta e móvel	STB+
16	Hospital B- Bloco de Partos		0000	39+1	S	s	Colo fino, rijo com 3cm	Fez Epidural
17	Hospital B- Bloco de Partos	37	2012	39	S	s	Colo posterior 3cm	DG
18	Hospital B- Bloco de Partos	31	0000	37+5d	S	s	Colo permeável 2cm. 80% apagamento	ITP c/ ProstinGel por ILA diminuído.
19	Hospital B- Bloco de Partos	35	1001	39+1d	Sim	sim	Colo permeável a 2cm	STB desconhecido
20	Hospital B- Bloco de Partos	29	1001	41+1	Sim	sim	Colo 5cm	Fez epidural
21	Hospital B- Bloco de Partos	26	1001	39	N	s	Colo 7cm	Analgesia epidural
22	Hospital B- Bloco de Partos		0010	39+5	S	s	Colo permeável 2cm	Covid+; RCIU
23	Hospital B- Adm Grávidas		0000	39+2	N	n	Colo posterior permeável 1 cm	Recorrer ao SU por perda de liquido
24	Hospital B- Bloco de Partos	33	1011	41	S	s	Colo 4cm	
25	Hospital E- Bloco de Partos	23	0010	40	N	s	Colo 5cm	REBA. Parto por ventosa.
26	Hospital E- Bloco de Partos	30	1001	39+1	N	s	Colo 7cm	Por desacelerações FCF segue para CST.
27	Hospital E- Bloco de Partos	32	0000	37+4	S	s	Colo permeável a 2 cm justos	
28	Hospital E- Bloco de Partos	19	0000	40+4	S	s	Colo 7cm	Febre intraparto. Fórceps por distócia de progressão
29	Hospital E- Bloco de Partos	17	0000	40+3	S	s	Colo 6cm	Episiotomia por tecidos "rijos"
30	Hospital E- Bloco de Partos	32	1001	39+5	N	s	Colo 7-8cm	Apresentação alta. Bolsa a "tufar"
31	Hospital E- Bloco de Partos	29	0000	38	S	s	Colo 3cm	Faz epidural
32	Hospital E- Bloco de Partos	41	1001	40+3	N	s	Colo 5cm	ITP com PO.
33	Hospital E- Bloco de Partos	40	2002	39	N	s	Colo 6cm	REBA. HBS +. Por desacelerações FCF, segue para CST.
34	Hospital E- Bloco de Partos	34	0010	39	N	s	Colo posterior permeável à polpa	RPM
35	Hospital E- Bloco de Partos	33	1011	39+4	S	s	Colo 8cm	Não fez analgesia.
36	Hospital E- Bloco de Partos	40	1001	40+5	S	s	Colo permeável 2cm com 60%apagamento	
37	Hospital E- Admissão Grávidas	33	0010	40	N	b	Colo posterior permeável 1 cm	Recorre por contratilidade.
38	Hospital E- Bloco de Partos	33	0000	37	S	s	Colo 8cm	CTG com desacelerações. Segue para CST
39	Hospital E- Bloco de Partos	23	0030	39+5	S	s	Colo 6cm	CST.
40	Hospital E- Admissão Grávidas	26	0020	33+6	N	s	Colo permeável 1cm	Recorre por vômitos. Internada por APPT. Inicia Dexametasona e Atosiban
41	Hospital E- Bloco de Partos	29	0000	40+5	N	s	Colo posterior permeável 1 cm	REBA- inicia ATB
42	Hospital E- Bloco de Partos	27	0000	40	N	s	Colo permeável 2cm	ITP com Propess

Nº	Local	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	1º estadio	Monit CTG	Cervicometria	Observações
43	Hospital E- Bloco de Partos	37	0000	37+6	S	s	Colo 7cm	Desacelerações FCF. Colocada 4 apoio/oxigenoterapia/ indicação médica para 3puff salbutamol.
44	Hospital E- Bloco de Partos	35	1001	40	S	s	Colo 4cm	DG
45	Hospital E- Bloco de Partos	40	0000	37+1	S	s	Colo 8cm	Recusa analgesia epidural
46	Hospital E- Bloco de Partos	37	1001	39+4	S	s	Colo 4cm	Episio por períneo rijo
47	Hospital E- Bloco de Partos	24	1021	36+3	S	s	Colo permeável 2cm	REBA. VDRL +
48	Hospital E- Bloco de Partos	23	0000	40+6	S	s	Colo 7cm	RABA
49	Hospital E- Bloco de Partos	26	0000	39	N	s	Colo posterior permeável 1 cm	
50	Hospital E- Bloco de Partos	31	1001	38+5	N	s	Colo posterior permeável 1 cm	
51	Hospital E- Bloco de Partos	30	0010	39+3	S	s	Colo 5cm	Colocada monitorização interna. Ventosa.
52	Hospital E- Bloco de Partos	18	0000	40+2	S	s	Colo 5-6cm	
53	Hospital E- Bloco de Partos	26	0000	40+3	S	s	Colo 3cm	REBA
54	Hospital E- Bloco de Partos	32	0000	37+5	S	s	Colo 4cm	ITP com miso jugal
55	Hospital E- Bloco de Partos	37	2002	39	S	s	Colo 6cm	ITP com miso jugal
56	Hospital E- Bloco de Partos	26	1001	39	S	s	Colo 3cm	Faz epidural
57	Hospital E- Bloco de Partos	39	0010	41+1	S	s	Colo 8cm	PE em banco
58	Hospital E- Bloco de Partos	25	0000	40+2	S	s	Colo 6cm	

### 1.3 Registo Detalhado da Realização de Partos

Nº	Local	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Tipo de parto	Episiotomia - Episiorrafia Perineorrafia	Acompanha 4º Estádio
1	Hospital B- Obstetrícia	35	2002	40	Eutócico	Períneo íntegro	Sim
2	Hospital B- Obstetrícia	31	4004	37	Eutócico	Laceração Grau I mucosa vaginal	Sim
3	Hospital B- Obstetrícia	27	0000	41+1	Eutócico	Laceração Grau I suturada até á fúrcula	Sim
4	Hospital B- BP	31	2012	39	Eutócico	Laceração Grau III suturada no BO	Não
5	Hospital B- BP	34	2021	40	Eutócico	Períneo íntegro	Sim
6	Hospital B- BP	19	0000	38+2	Eutócico	Laceração Grau I suturada	Sim
7	Hospital B- BP	18	0000	40+3	Eutócico	Períneo íntegro	Não
8	Hospital B- BP	28	0000	40+4		Laceração Grau I Lábios internos suturada	Não
9	Hospital B- BP	37	2113	39+2	Eutócico	Laceração Grau I e Laceração Grau II suturadas	Não
10	Hospital E- BP	28	1001	38+6	Eutócico	Laceração Grau II Sutada	Sim
11	Hospital E- BP	32	0000	36	Eutócico	Períneo íntegro	Sim
12	Hospital E- BP	39	2052	36+6	Eutócico	Períneo íntegro	Não
13	Hospital E- BP	28	0000	41+1	Eutócico	Laceração I não suturada	Sim
14	Hospital E- BP	17	0000	40+3	Eutócico	Episiotomia+ Episiorrafia	Sim
15	Hospital E- BP	33	1011	36+3	Eutócico	Laceração Grau II suturada	Sim
16	Hospital E- BP	34	3003	39+2	Eutócico	Períneo íntegro	Não
17	Hospital E- BP	29	0000	38	Eutócico	Episiotomia+Episiorrafia	Sim
18	Hospital E- BP	29	1021	40	Eutócico	Episiotomia + Episiorrafia	Sim
19	Hospital E- BP	31	1001	40+1	Eutócico	Laceração Grau I Lábio suturada	Sim
20	Hospital E- BP	42	1021	38	Eutócico	Períneo íntegro	Sim
21	Hospital E- BP	29	0000	40+3	Eutócico	Laceração Grau I não suturada	Não
22	Hospital E- BP	33	1011	39+4	Eutócico	Laceração Grau I Sutada	Sim
23	Hospital E- BP	27	1011	40+4	Eutócico	Períneo íntegro	Sim
24	Hospital E- BP	40	1001	40+5	Eutócico	Períneo íntegro	Não

Nº	Local	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Tipo de parto	Episiotomia - Episiorrafia Perineorrafia	Acompanha 4º Estádio
25	Hospital E- BP	23	0030	39+5	Eutócico	Laceração Grau I mucosa e fúrcula suturadas	Sim
26	Hospital E- BP	27	1011	40+2	Eutócico	Períneo íntegro	Sim
27	Hospital E- BP	38	1001	40	Eutócico	Períneo íntegro	Sim
28	Hospital E- BP	35	1011	40+6	Eutócico	Períneo íntegro	Sim
29	Hospital E- BP	29	1001	39	Eutócico	Laceração Grau II Sutura	Não
30	Hospital E- BP	27	0000	38+6	Eutócico	Laceração Grau I + Esfacelo no pequeno lábio	Sim
31	Hospital E- BP	37		37+6	Eutócico	Episiotomia+Episiorrafia	Sim
32	Hospital E- BP	37	1001	39+4	Eutócico	Episiotomia+Episiorrafia	Sim
33	Hospital E- BP	40	1001	40	Eutócico	Laceração Grau II Sutura	Não
34	Hospital E- BP	35	1001	39+4	Eutócico	Episiotomia+ Laceração Grau II	Sim
35	Hospital E- BP	23	0000	40+6	Eutócico	Episiotomia+ Episiorrafia	Não
36	Hospital E- BP	31	1001	38+5	Eutócico	Laceração Grau I	Sim
37	Hospital E- BP	30	0010	39+3	Eutócico	Laceração Grau II Sutura	Não
38	Hospital E- BP	18	0000	40+2	Eutócico	Laceração Grau I suturada	Sim
39	Hospital E- BP	34	1011	40+2	Eutócico	Laceração Grau II Sutura	Sim
40	Hospital E- BP	33	0000	37+3	Eutócico	Laceração Grau I	Não
41	Hospital E- BP	37	2002	39	Eutócico	Laceração Grau I	Sim
42	Hospital E- BP	26	1001	39	Eutócico	Laceração grau I	Sim
43	Hospital E- BP	39	0010	41+1	Eutócico	Laceração Grau II suturada	Sim

#### 1.4 Registo Detalhado da Participação em Partos

Nº	Local	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Tipo de parto	Episiotomia - Episiorrafia Perineorrafia	Acompanha 4º Estádio
1	Hospital B	17	1001	40	Eutócico	Não	Não
2	Hospital B	22	0101	38+5	Cesariana	Não	Sim
3	Hospital B	36	0000	39+1	Cesariana	Não	Sim
4	Hospital B	23	0000	40+1	Ventosa	Sim	Sim
5	Hospital E	23	0010	40	Ventosa	Sim	Sim
6	Hospital E	30	1001	39+1	Cesariana	Não	Sim
7	Hospital E	19	0000	40+4	Fórcex	Sim	Sim
8	Hospital E	39	1001	39+2	Cesariana	Não	Sim
9	Hospital E	41	1001	40+3	Eutócico	Sim	Não
10	Hospital E		2002	39	Cesariana	Não	Não
11	Hospital E	33	0000	40+2	Cesariana	Não	Não
12	Hospital E	40	1011	37+1	Ventosa	Sim	Sim
13	Hospital E	30	0010	39+3	Ventosa	sim	Não

#### 1.5 Registo Detalhado da Vigilância a Grávidas de Risco Durante o Parto

Nº	Local	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Situação de risco/Patologia
1	Hospital B- BP	33	1001	41+2	AP: Pré-eclâmpsia. Feto som Síndrome de Turner.
2	Hospital B- BP	36	0000	22+2	IMG por descolamento da placenta+ hemorragia + oligâmnios
3	Hospital B- BP	33	1013	40+1	DG controlado com dieta
4	Hospital B- BP	35	2002	40	Coletase Gravídica
5	Hospital B- BP	36	0000	39+1	DG medicada com antidiabéticos orais

Nº	Local	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Situação de risco/Patologia
6	Hospital B- BP	31	4004	37	HBS +
7	Hospital B- BP		2012	39	DG controlada com dieta
8	Hospital E- BP	28	0000	33+3	Gravidez gemelar+ DG controlada com dieta
9	Hospital E- BP	33	1011	36+3	RPM + Gripe A ativa
10	Hospital E- BP	28	0000		Gravidez Ectópica
11	Hospital E- BP		1001	30	Gravidez Gemelar
12	Hospital E- BP	41	2002	32+3	Hemorragia 3ºT/ Artéria umbilical única/RCIU
13	Hospital E- BP	36	0000	37+1	DG controlada com ADO/HTA
14	Hospital E- BP	33	0000	37	DG Controlada com dieta
15	Hospital E- BP	27	1011	40+2	Gravidez não vigiada
16	Hospital E- BP	26	0020	33+6	Gravidez gemelar bicoriônica
17	Hospital E- BP	27	0000	40	HTA
18	Hospital E- BP	35	1001	40	DG controlada com dieta e HTA pré-gravidez
19	Hospital E- BP	24	1021	36+3	VDRL +
20	Hospital E- BP	39	2052	36	Hidrâmnios

### 1.6 Registo Detalhado da Vigilância e cuidados a puerperas de risco no pós-parto

Nº	Local	Tipo de parto	Situação no Pós-parto
1	Hospital B- Obstetrícia	Ventosa	Episiorrafia com edema na região perianal
2	Hospital B- Obstetrícia	Eutócico	Laceração Grau II e Episiorrafia com edema; Lipotimia
3	Hospital B- Obstetrícia	Cesariana	Ansiedade/Ataques de pânico
4	Hospital B- Obstetrícia	Cesariana	Submetida a histerectomia por CIVD/ Ansiedade
5	Hospital B- Obstetrícia	Eutócico	HTA
6	Hospital B- Obstetrícia	Ventosa	Suspeita de Rubéola/ Episiorrafia com sinais inflamaórios
7	Hospital B- Obstetrícia	Eutócica	Alterações coagulação. AP:IVG com curetagem.
8	Hospital B- Obstetrícia	Cesariana	Gravidez não vigiada/ Cesariana emergente por IFP.
9	Hospital B- Obstetrícia	Cesariana	Gravidez gemelar/ Gravidez mal vigiada/TVP
10	Hospital B- Obstetrícia	Eutócico	Hipotiroidismo
11	Hospital B- Obstetrícia	Eutócico	Endometriose submetida a curetagem a 5/11.
12	Hospital B- Obstetrícia	Ventosa	Puérpera menor de idade- aguarda avaliação social.
13	Hospital B- Obstetrícia	Eutócico	HTA; Depressão (falecimento de filho com 8meses)
14	Hospital B- Obstetrícia	Ventosa	Febre intra-parto
15	Hospital B- Obstetrícia	Cesariana	Problemas cardíacos/ Depressão
16	Hospital B- Obstetrícia	Eutócico	Litíase Renal + ITU
17	Hospital B- Obstetrícia	Cesariana	Diabetes Gestacional controlada com ADO
18	Hospital B- Obstetrícia	Eutócico	Gravidez não vigiada
19	Hospital B- Obstetrícia	Cesariana	LTB/ Ex- toxicodependente
20	Hospital B- Obstetrícia	Eutócico	Covid +
21	Hospital B- Obstetrícia	Eutócico	Patologia tiroideia
22	Hospital B- Obstetrícia	Eutócico	Diabetes Gestacional insulinotratada
23	Hospital B- Obstetrícia	Eutócico	VDRL+
26	Hospital B- Obstetrícia	Eutócico	Consumo de Canabinoides

### 1.7 Registo Detalhado da Vigilância e cuidados a recém-nascidos saudáveis

Nº	Local	Idade	Observações
1	Hospital B- Obstetria	1 dia	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso, verificar a pega.
2	Hospital B- Obstetria	0	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso.; Realizados ensinios sobre amamentação à puérpera.
3	Hospital B- Obstetria	0	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso.; Realizados ensinios sobre amamentação à puérpera (uso de mamilos de silicone); Aspiradas secreções.
4	Hospital B- Obstetria	2 dias	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, realizar ensinios a puérpera; Bilicheck. Realizados ensino banho.
5	Hospital B- Obstetria	5dias	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, realizar ensinios a puérpera cuidados eritema anal.
6	Hospital B- Obstetria	1dias	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, realizar ensinios a puérpera.
7	Hospital B- Obstetria	2dias	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, realizar ensinios a puérpera; Bilicheck. Realizados ensino banho.
8	Hospital B- Obstetria	1dia	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, realizar ensinios a puérpera.
9	Hospital B- Obstetria	2dias	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso.; Realizados ensinios sobre amamentação à puérpera (uso de mamilos de silicone)
10	Hospital B- Obstetria	1	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso.; Realizados ensinios sobre amamentação à puérpera (uso de mamilos de silicone); Rastreo Cardiopatas congénitas.
11	Hospital B- Obstetria	3dias	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso.; Realizados para a alta.
12	Hospital B- Obstetria	0	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso.; Realizados ensinios sobre amamentação à puérpera (difícil adaptação à mama); aspiradas secreções.
13	Hospital B- Obstetria	2dias	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso.; Realizados para a alta.
14	Hospital B- Obstetria	1dias	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso.; Realizados ensinios sobre a amamentação (freio curto).
15	Hospital D- Puerério	1	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, realizar ensinios a puérpera.
16	Hospital D- Puerério	2	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso.; Realizados para a alta.
17	Hospital D- Puerério	1	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, realizar ensinios a puérpera.
17	Hospital D- Puerério	3	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso.; Realizados para a alta.
18	Hospital D- Puerério	1	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, realizar ensinios a puérpera
19	Hospital D- Puerério	2	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso.; Realizados para a alta.
20	Hospital D- Puerério	3	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso.; Realizados para a alta.

### 1.8 Registo Detalhado da Vigilância e Cuidados a Recém-nascidos Necessitados de Cuidados Especiais (pré-termo, pós-termo, baixo peso, doentes)

Nº	Local	Idade	Idade Gestacional	Situação clínica	Observações
1	Hospital D- Serviço Neonatologia	5 dias	31+3	1.285kg Apneia com necessidade de suporte artificial resp.	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigilância sinais vitais.
2	Hospital D- Serviço Neonatologia	11 dias	31+6	1.442kg PCR elevada, sob ATB; Respiração espontânea em ar ambiente	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, observar as dejeções, verificar a quantidade de LA
3	Hospital D- Serviço Neonatologia	5 dias	36+4d	1.940kg Tiragem	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigilância sinais vitais.
4	Hospital D- Puerpério	2	35+2	1, 815kg Eritema generalizado	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigilância sinais vitais.
5	Hospital D- Puerpério	4	36+6	ESBL +	
6	Hospital D- Puerpério	3	35+5	2.400kg Estudo genético	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigilância sinais vitais.
7	Hospital D- Puerpério	28	37+3	1.890kg Retorragias	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, observar as dejeções, verificar a quantidade de LA
8	Hospital B- Obstetria	0		Cm supra-numerário em ambas as mãos	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigiar dejeções e micções; avaliar adaptação à mama.
9	Hospital B- Obstetria	0		Filho de mãe com DG	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigiar dejeções e micções; avaliar adaptação à mama; Monitorização de glicémias de acordo com protocolo
10	Hospital B- Obstetria	1		Icterícia neonatal	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigiar dejeções e micções; avaliar adaptação à mama; Realizados ensinios à puérpera sobre fototerapia; Vigiar cumprimento de fototerapia.
11	Hospital B- Obstetria	1		Filho de mãe com suspeita de Rubéola	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigiar dejeções e micções; avaliar adaptação à mama; Colhido sangue para IgM que deu negativo.
12	Hospital B- Obstetria	1		Freio curto	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigiar dejeções e micções; avaliar adaptação à mama.
13	Hospital B- Obstetria	0		LIG (2,130Kg) Filho de mãe com DG	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigiar dejeções e micções; avaliar adaptação à mama; Monitorização de glicémias de acordo com protocolo

Nº	Local	Idade	Idade Gestacional	Situação clínica	Observações
14	Hospital B- Obstetrícia	2		GIG (4,570kg)	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigiar dejeções e micções; avaliar adaptação à mama; Monitorização de glicémias de acordo com protocolo
15	Hospital B- Obstetrícia	1		Febre materna intra-parto	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigiar dejeções e micções; avaliar adaptação à mama; Colhido sangue para PCR
16	Hospital B- Obstetrícia	1		GIG (4,320kg)	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigiar dejeções e micções; avaliar adaptação à mama; Monitorização de glicémias de acordo com protocolo
17	Hospital B- Obstetrícia	3		SDR (vindo da neonatologia)	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigiar dejeções e micções; avaliar adaptação à mama; Avalizar SpO2; Vigiar sinais de dificuldade respiratória.
18	Hospital B- Obstetrícia	2		GIG Filha de mãe com DG	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigiar dejeções e micções; avaliar adaptação à mama; Monitorização de glicémias de acordo com protocolo
19	Hospital B- Obstetrícia	2		Icterícia neonatal	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigiar dejeções e micções; avaliar adaptação à mama; Realizados ensinios à puérpera sobre fototerapia; Vigiar cumprimento de fototerapia.
19	Hospital B- Obstetrícia	1		Gemido no BP com necessidade de incubadora	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigiar dejeções e micções; avaliar adaptação à mama; Avalizar SpO2; Vigiar sinais de dificuldade respiratória; Aspiradas secreções.
20	Hospital B- Obstetrícia	1		Filha de mãe com DG	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigiar dejeções e micções; avaliar adaptação à mama; Monitorização de glicémias de acordo com protocolo
21	Hospital B- Obstetrícia	3		Icterícia neonatal/ Coto umbilical inflamado	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigiar dejeções e micções; avaliar adaptação à mama; Realizados ensinios à puérpera sobre fototerapia; Vigiar cumprimento de fototerapia; Realizados ensinios sobre cuidados ao coto umbilical.
22	Hospital B- Obstetrícia	1		Diminuição do tónus perna esquerda	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigiar dejeções e micções; avaliar adaptação à mama; avaliação de reflexos; Observação da colaboração da equipa de pediatria
23	Hospital B- Obstetrícia	1		GIG	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigiar dejeções e micções; avaliar adaptação à mama; Monitorização de glicémias de acordo com protocolo; Aspiradas secreções
24	Hospital B- Obstetrícia	1		Icterícia neonatal	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical; vigiar dejeções e micções; avaliar adaptação à mama; Realizados ensinios à puérpera sobre fototerapia; Vigiar cumprimento de fototerapia;

### 1.9 Registo Detalhado de Cuidados em Situação de Patologia Obstétrica

Nº	Local	Situação/Cuidados
1	Hospital B- Obstetrícia	IO: 1001 IG:36s+3d/ Hidrâmnios / TA; FC; Peso; CTG
2	Hospital B- Obstetrícia	IO: 0010/ IG: 34s+1d/ Hidrâmnios/ TA, FC; Peso; CTG
3	Hospital B- Obstetrícia	IO: 1011/ IG: 36s+6d/ Placenta prévia total
4	Hospital B- Obstetrícia	IO: 0000/ IG 18s/ Suspeita de Trissomia fetal; DM; Em processo de IMG.
5	Hospital B- Obstetrícia	IO: 0000/ 19s+3d/ Mioma uterino/ Lombalgias intensas
6	Hospital B- Obstetrícia	IO:0000 /16+2/Espondilite anquilosante/ IMG por Trissomia 21
7	Hospital B- Obstetrícia	IO:1102/ 35+2/ Colestase Gravídica
8	Hospital B- Obstetrícia	IO: 1001/ 32/ Colestase gravídica/ DG controlada com ADO+ dieta
9	Hospital B- Obstetrícia	IO: 1001/ 32+2/ RCIU
10	Hospital B- Obstetrícia	IO: 2012/ 30s/ Descolamento Placenta/ Contratilidade uterina
11	Hospital B- Obstetrícia	IO:0000/ 26+1/ DG insulino tratada
12	Hospital B- Bloco de Partos	IO:1001/ 40s/ Pré-eclâmpsia (?)/ Proteinúria +++/ TA borderline
13	Hospital B- Bloco de Partos	IO:3013/ 40+1/ DG controlada com dieta
14	Hospital B- Bloco de Partos	IO: 2002/40s/ Colestase Gravídica
15	Hospital B- Bloco de Partos	IO:0000/ 39+1/ DG controlada do ADO
16	Hospital B- Bloco de Partos	IO: 0000/ 41+1/ HBS+
17	Hospital B- Bloco de Partos	IO: 2012/ 38+5/ Hidrâmnios
18	Hospital B- Bloco de Partos	IO:2012/ 39/ DG controlada do ADO+dieta
19	Hospital B- Bloco de Partos	IO:2012/ 39/ DG controlada do ADO+dieta



Nº	Local	Situação/Cuidados
20	Hospital B- Bloco de Partos	IO: 0010/ 38+1/ Gravidez gemelar/ DG controlada com dieta
21	Hospital B- Bloco de Partos	IO: 1010/ 27/ Hemorragia 3ºT/ Placenta prévia total
22	Hospital E- Bloco de Partos	IO: 0000/ 37+1/ DG controlada com ADO/ HTA
23	Hospital E- Bloco de Partos	IO 0000/ 32+4/ APPT/ Oligoâmnios severo
24	Hospital E- Bloco de Partos	IO: 000/ 37+5/ DG controlada com dieta
25	Hospital E- Bloco de Partos	IO: 0000/ 40s/ ITP por pico tensional
26	Hospital E- Bloco de Partos	IO: 1001/ 40s/ DG controlada com ADO/ HTA
27	Hospital E- Bloco de Partos	IO: 0030/ 35/ DG controlada com ADO/ RPM
28	Hospital E- Bloco de Partos	IO: 1011/ 32+1/ APPT
29	Hospital E- Bloco de Partos	IO: 0000/ 41+2/ Pré-eclâmpsia
30	Hospital E- Bloco de Partos	IO: 0000/ 35+5/ Pré-eclâmpsia/ CTG não tranquilizador
31	Hospital E- Bloco de Partos	IO: 0000/ 39-3/ DG controlada com ADO e insulina
32	Hospital E- Bloco de Partos	IO: 0000/ 40+2/ Trombocitopenia e mioma uterino
33	Hospital E- Bloco de Partos	IO: 0000/ 39+2/ episiorragia com edema acentuado
34	Hospital E- Bloco de Partos	IO: 1001/ 37+4/ Hemorragia 3ºT
35	Hospital E- Bloco de Partos	IO: 2002/ 36+6/ DG descontrolada com ADO/
36	Hospital E- Bloco de Partos	IO: 0000/ 40+5/ Laceração Grau II com edema exacerbado
37	Hospital E- Bloco de Partos	IO: 0000/ 39+5/ Depressão
38	Hospital E- Bloco de Partos	IO: 1011/ 36+6/ placenta prévia total
39	Hospital E- Bloco de Partos	IO: 1011/ 38+6/ ITU por E. Coli

### 1.10 Registo Detalhado de Cuidados em Situação de Patologia Ginecológica

Nº	Local	Idade	Situação/Cuidados
1	HospitalA- Consulta Externa	69 anos	Colaboração na realização de biópsia a lesão cervical.
2	HospitalA- Consulta Externa	86anos	Colaboração na realização de biópsia cervical por suspeita de neoplasia; Efetuado esvaziamento vesical para despiste de hematúria.
3	HospitalA- Consulta Externa	79	Colocado pessário uterino por prolapso uterino de grau II
4	HospitalA- Consulta Externa	59	Colaboração em excisão de pólipos do endocolo.
5	HospitalA- Consulta Externa	86	Colocado pessário por retocelo.
6	HospitalA- Consulta Externa	76	Colocado pessário por prolapso uterino grau III
7	HospitalA- Consulta Externa	45	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinamentos sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
8	HospitalA- Consulta Externa	28	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinamentos sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
9	HospitalA- Consulta Externa	61	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinamentos sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
10	HospitalA- Consulta Externa	49	Colaboração nos ensinamentos sobre adesão ao regime medicamentoso por mioma submucoso com comprometimento endometrial com perdas de sangue intensas.
11	HospitalA- Consulta Externa	86	Observação de consulta médica de utente com AP de neoplasia do útero com provável recidiva.
12	HospitalA- Consulta Externa	48	Colaboração nos ensinamentos sobre utilização de pílula contraceptiva em utente com leiomioma.
13	HospitalA- Consulta Externa	26	Consulta de Patologia Cervical. Realizados ensinamentos sobre vacinação; Realizados ensinamentos sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinamentos sobre colposcopia; Realizados ensinamentos sobre Tratamento existente (Papilocare)
14	HospitalA- Consulta Externa	51	Trocado Pessário por Prolapso uterino grau II
15	HospitalA- Consulta Externa	28	Consulta de Patologia Cervical. Realizados ensinamentos sobre vacinação; Realizados ensinamentos sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinamentos sobre colposcopia; Realizados ensinamentos sobre Tratamento existente (Papilocare)
16	HospitalA- Consulta Externa	28	Colaboração em biópsia de lesão vulvar com suspeita de malignidade.
17	HospitalA- Consulta Externa	49	Efetuada Citologia Cervical; Realizados ensinamentos sobre tratamento de infeção por HPV.
18	HospitalA- Consulta Externa	34	Efetuada Citologia Cervical Pós-parto
19	HospitalA- Consulta Externa	45	Efetuada Citologia Cervical; Realizados ensinamentos sobre tratamento de infeção por HPV.
20	HospitalA- Consulta Externa	33	Realizados ensinamentos sobre vacinação; Realizados ensinamentos sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinamentos sobre colposcopia; Realizados ensinamentos sobre Tratamento existente (Papilocare); Realizados ensinamentos sobre métodos contraceptivos sem estrogénios.
21	HospitalA- Consulta Externa	27	Efetuada colheita de exsudado vaginal.

Nº	Local	Idade	Situação/Cuidados
22	HospitalA- Consulta Externa	31	Realizados ensinios sobre RCCU
23	HospitalA- Consulta Externa	33	Realizados ensinios sobre vacinação; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre colposcopia; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
24	HospitalA- Consulta Externa	65	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
25	HospitalA- Consulta Externa	26	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
26	HospitalA- Consulta Externa	41	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
27	HospitalA- Consulta Externa	39	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
28	HospitalA- Consulta Externa	39	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
29	HospitalA- Consulta Externa	48	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame. Ensinios sobre tratamento de infecção fúngica vaginal.
30	HospitalA- Consulta Externa	63	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
31	HospitalA- Consulta Externa	30	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
32	HospitalA- Consulta Externa	38	Colaboração na execução de colposcopia e biópsia cervical. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
33	HospitalA- Consulta Externa	32	Colaboração na execução de colposcopia e biópsia cervical. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
34	HospitalA- Consulta Externa	63	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
35	HospitalA- Consulta Externa	62	Colaboração na realização exames de diagnóstico: Ensinios sobre utilização de métodos contracetivos.
36	HospitalA- Consulta Externa	60	Colocado pessário por prolapso uterino grau II.
37	HospitalA- Consulta Externa	50	Efetuada citologia cervical.
38	HospitalA- Consulta Externa	59	Realizados ensinios sobre vacinação; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre colposcopia; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
39	HospitalA- Consulta Externa	33	Realizados ensinios sobre vacinação; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre colposcopia; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
40	HospitalA- Consulta Externa	37	Realizados ensinios sobre vacinação; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre colposcopia; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
41	HospitalA- Consulta Externa	28	Efetuada citologia cervical.
42	HospitalA- Consulta Externa	40	Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare); Realizados ensinios sobre vacinação
43	HospitalA- Consulta Externa	56	Realizados ensinios sobre vacinação; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre colposcopia; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
44	HospitalA- Consulta Externa	54	Realizados ensinios sobre vacinação; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre colposcopia; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
45	HospitalA- Consulta Externa	37	Realizados ensinios sobre vacinação; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre colposcopia; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
46	HospitalA- Consulta Externa	60	Realizados ensinios sobre vacinação; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre colposcopia; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
47	HospitalA- Consulta Externa	36	Realizados ensinios sobre vacinação; Realizados ensinios sobre preven50ção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre colposcopia; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
48	HospitalA- Consulta Externa	43	Realizados ensinios sobre vacinação; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre colposcopia; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
49	HospitalA- Consulta Externa	36	Realizados ensinios sobre vacinação; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre colposcopia; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
50	HospitalA- Consulta Externa	40	Realizados ensinios sobre vacinação; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre colposcopia; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
51	HospitalA- Consulta Externa	49	Realizados ensinios sobre vacinação; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre colposcopia; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
52	HospitalA- Consulta Externa	50	Colaboração na realização de biópsia de pólipo cervical.
53	HospitalA- Consulta Externa	26	Efetuada citologia cervical.
54	HospitalA- Consulta Externa	60	Colaboração na realização de biópsia.
55	HospitalA- Consulta Externa	60	Troca de pessário por prolapso uterino grau II
56	HospitalA- Consulta Externa	35	Colaboração na remoção de DIU e colocação de SIU. Realizados ensinios sobre método contracetivo.

Nº	Local	Idade	Situação/Cuidados
57	HospitalA- Consulta Externa	51	Realizados ensinios sobre vacinação; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre colposcopia; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
58	HospitalA- Consulta Externa	22	Realizados ensinios sobre vacinação; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre colposcopia; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare); Efetuada citologia cervical.
59	HospitalA- Consulta Externa	42	Realizados ensinios sobre vacinação; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre colposcopia; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
60	HospitalA- Consulta Externa	51	Realizados ensinios sobre vacinação; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre colposcopia; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
61	HospitalA- Consulta Externa	67	Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre colposcopia; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
62	HospitalA- Consulta Externa	58	Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
63	HospitalA- Consulta Externa	41	Realizados ensinios sobre RCCU e vigilância no centro de saúde
64	HospitalA- Consulta Externa	29	Efetuada citologia cervical
65	HospitalA- Consulta Externa	45	Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
66	HospitalA- Consulta Externa	58	Realizados ensinios sobre RCCU e vigilância no centro de saúde
67	HospitalA- Consulta Externa	42	Realizados ensinios sobre vigilância; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
68	HospitalA- Consulta Externa	34	Efetuada citologia cervical
69	HospitalA- Consulta Externa	46	Efetuada citologia cervical para tipagem de HPV e agendada colposcopia.
70	HospitalA- Consulta Externa	51	Realizados ensinios sobre vigilância; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
71	HospitalA- Consulta Externa	43	Realizados ensinios sobre vigilância; Realizados ensinios sobre prevenção de transmissão de vírus HPV; Realizados ensinios sobre Tratamento existente (Papilocare);
72	HospitalA- Consulta Externa	39	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
73	HospitalA- Consulta Externa	64	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
74	HospitalA- Consulta Externa	47	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
75	HospitalA- Consulta Externa	12	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
76	HospitalA- Consulta Externa	58	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
77	HospitalA- Consulta Externa	43	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
78	HospitalA- Consulta Externa	64	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.
79	HospitalA- Consulta Externa	26	Colaboração na execução de colposcopia. Realizados ensinios sobre procedimento e cuidados a ter após realização de exame.

### 1.11 Registo Detalhado de Prática Simulada

Nº	Local	Horas	Situação de Simulação	Docente
1	Admissão na maternidade	2h	Recolha de dados; Manobras de Leopold; Exame vaginal	Luz Barros (PhD); Margarida Sim-Sim (PhD)
2	Vigilância do TP e Parto	2h	Contractilidade uterina; CTG; Técnica do parto, dequitação;	Luz Barros (PhD); Margarida Sim-Sim (PhD)
3	Reanimação do RN	2h	Reanimação do RN	Luz Barros (PhD); Margarida Sim-Sim (PhD)
4	Reconstrução Perineal	2h	Episiorrafia & Perineorrafia	Luz Barros (PhD); Margarida Sim-Sim (PhD)
5	Urgências Obstétricas	2h	Distocia de ombros; Hemorragia pós-parto	Luz Barros (PhD); Margarida Sim-Sim (PhD)

### 1.12 Registo Detalhado de Situações Relevantes para a Aprendizagem

Nº	Local	Data	Situação de aprendizagem
1	Hospital A	13/09/2021 a 21/10/2021	Colocação de Pessário uterino
2	Hospital A	13/09/2021 a 21/10/2021	Participação "Auto-teste HPV"
3	Hospital A	13/09/2021 a 21/10/2021	Colaboração em remoção e colocação de DIU
4	Hospital B	06/12/2021 a 21/01/2022	Observação de Reanimação a RN
5	Hospital D	07/03/2022 a 20/03/2022	Colaboração em IMG às 20s
6	Hospital D	07/03/2022 a 20/03/2022	Elaboração Folheto "Fototerapia no RN"
7	Hospital E	21/03/2022 a 24/04/2022	Colocação de Monitorização interna fetal

### 1.13 Resumo de Orientação/Supervisão nos Campos Clínicos

Campo Clínico	Unidade de Saúde	Serviço	Nº de semanas & Horas	Supervisor	Docente
Consulta Grávidas/ Ginecologia/ DPN	Hospital A	Consultas Externas	6 semanas	ESMO SS	Margarida Sim-Sim PhD
Gravidas	Hospital B	Obstetrícia	6 semanas	ESMO CC	Margarida Sim-Sim PhD
Bloco de Partos	Hospital E	Urgência de Obstetrícia e Ginecologia	18 semanas	ESMO AR e LT	Margarida Sim-Sim PhD
Puérperas	Hospital D	Internamento de Puerpério	6 semanas	ESMO EM	Margarida Sim-Sim PhD
Neonatologia	Hospital D	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	1 semana	EESIP AR	Margarida Sim-Sim PhD

## Apêndice C: Jornais de Aprendizagem

Jornal	Data	Local	Campo	Tema
1	27/09/2021	Hospital A	Consulta externa de obstetrícia e ginecologia	Prolapso Pélvico
2	1/10/2021	Hospital A	Consulta externa de obstetrícia e ginecologia	Diabetes Gestacional
3	8/10/2021	Hospital A	Consulta externa de obstetrícia e ginecologia	RCCU
4	15/10/2021	Hospital A	Consulta externa de obstetrícia e ginecologia	Rastreio Pré-Natal Combinado do 1º Trimestre
5	22/10/2021	Hospital A	Consulta externa de obstetrícia e ginecologia	DIU
6	5/11/2021	Hospital B	Internamento de Obstetrícia	Interrupção médica da gravidez
7	12/11/2021	Hospital B	Internamento de Obstetrícia	Colestase Gravidica
8	19/11/2021	Hospital B	Internamento de Obstetrícia	APPT
9	10/12/2021	Hospital B	Bloco de Partos	Indução do TP
10	6/1/2022	Hospital B	Bloco de Partos	Trauma Perineal durante o TP
11	21/02/2022	Hospital C	Internamento Puerpério	Profilaxia isoimunização RH
12	28/02/2022	Hospital C	Internamento Puerpério	Banho do RN
13	11/03/2022	Hospital C	Internamento Puerpério	Icterícia no RN
14	16/04/2022	Hospital E	Bloco de Partos	Gravidez na Adolescência
15	24/04/2022	Hospital E	Bloco de Partos	Punção acidental da Dura-máter

Nome: Sara Filipa Martinho de Oliveira

Data: Semana de 27/09/2021 a 01/10/2021

Campo clínico: Consulta Externa; Local: Campo Clínico A, Semana: 3ª

## Editorial

**Tema:** Prolapso pélvico

O prolapso pélvico consiste na deslocação dos órgãos adjacentes à vagina (bexiga, reto, intestino e útero) devido à fraqueza ou flacidez dos tecidos de suporte do pavimento pélvico. (Associação Portuguesa de Neurologia e Uroginecologia, 2010)

É muito comum entre as mulheres multíparas com mais de 50 anos, afetando aproximadamente 50% das mulheres com mais de 50 anos. (Yoon & Gupta, 2021).

O prolapso tem como fatores de risco a gravidez, a menopausa, história de histerectomia, obesidade, atividade laboral pesada e alterações do tecido conjuntivo que podem ser hereditárias. Em termos de sintomatologia, casos ligeiros podem ser assintomáticos ou em caso mais avançados a mulher pode referir sensação de pressão na zona pélvica que melhora quando deitada, incontinência urinária ou dificuldade no início da micção, dispareunia e até mesmo problemas psicológicos (APNU, 2010)

De entre os vários tipos de prolapso do pavimento pélvico, o prolapso uterino consiste na herniação do útero para o canal vaginal ou introito vaginal. (Chen & Thomson, 2021).

Classificando-se em prolapso de grau I quando atinge aproximadamente metade da vagina; grau II quando se encontra ao nível do hímen; grau III ultrapassa o hímen; grau IV completamente exteriorizado da vagina.

## Atividades Semanais

Durante esta semana tive oportunidade de estar presente nas consultas de ginecologia e observado prolapsos uterinos, um de grau III e outro de grau IV. Foi-me dada a possibilidade de poder tocar estas mulheres e colocar o útero no interior do pavimento pélvico, isto permitiu que adquirisse uma perceção mais real dos órgãos/estruturas presentes no pavimento. Numa das senhoras apenas observei como se coloca o pessário, mas na segunda tive oportunidade de ser eu a colocar. Ambas as mulheres na menopausa, uma com 75 e outra com 86anos de idade. Tive oportunidade de conversar com as senhoras sobre o que sentiam e como o prolapso influenciava a sua vida diária e foi interessante perceber que mesmo com

alguma idade, a atividade sexual com o parceiro era um motivo de preocupação, bem como a incontinência urinária.

## Aquisição de Competências (OE, 2019)

6.1- Promove a saúde ginecológica da mulher;

6.2- Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afecções do aparelho genito-urinário;

6.3- Providencia cuidados à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.

## Fontes de Pesquisa

Chen, C.; Thompson, H. (2021). *Uterine Prolapse*. In StatPearls.

Yoon, I., & Gupta, N. (2019). Pelvic Prolapse Imaging. In StatPearls.

Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (2010) *Prolapso dos órgãos pélvicos*. Porto: Maternidade Júlio Dinis

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019;

Nome: Sara Filipa Martinho de Oliveira

Data: Semana de 28/09/2021 a 01/10/2021

Campo clínico: Consulta Externa ; Local: Campo Clínico A Semana: 4ª

## Editorial

**Tema:** Diabetes Gestacional

A diabetes gestacional caracteriza-se pelo aparecimento de níveis elevados de glicose no sangue, detetada pela primeira vez no decurso da gravidez e que geralmente normaliza após o parto (Brown et al, 2017). Diferencia-se da diabetes na gravidez por apresentar valores distintos da diabetes na população em geral e os valores normais na gravidez.

As hormonas produzidas na gravidez tornam o organismo da grávida mais resistente à insulina, bloqueando parcialmente a sua ação. Assim, o pâncreas começa a produzir mais insulina de forma a enfrentar esta resistência, mas nem sempre este aumento de produção é suficiente e por isso a glicose acumula-se na corrente sanguínea, surgindo a DG (Néné et al, 2018).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2017), o diagnóstico é feito da seguinte forma: um valor de glicémia plasmática em jejum (8 a 12h) igual ou superior a 92mg/dl (5,1mmol/l) mas inferior a 126mg/dl (7mmol/l); caso o valor de glicemia seja inferior a 92mg/dl, a grávida deverá realizar uma Prova de Tolerância à Glucose Oral (PTGO) entre as 24 e 28 semanas de gestação, após jejum de 8 a 12 horas, precedida de atividade física regular e dieta não restritiva contendo cerca de 150g de hidratos de carbono. É considerado DG se valor glicémia entre 92-125mg/dl (5,1-6,9mmol/l) no imediato; uma hora após ingestão de glucose valores superiores ou iguais a 180mg/dl (10mmol/l); ou 2 horas após ingestão de glucose, valores entre 153-199mg/dl (8,3-10,9mmol/l).

A DG continua a ser uma situação de risco tanto para a mãe como para o bebé. A sua prevalência em Portugal foi de 8,8% da população parturiente do SNS em 2018 (Raposo, 2020). No bebé a complicação mais comum é a macrosomia fetal, acarretando com ela outras complicações como distocia, fratura da clavícula e asfixia, por outro lado, a hipoglicemia do recém-nascido também poderá estar bem presente devido ao estímulo de insulina elevado a que esta sujeito na gestação. Na grávida, a instabilidade metabólica de uma diabetes mal controlada poderá levar a um maior aumento ponderal levando a um aumento de valores tensionais que inevitavelmente poderão gerar complicações como pré-eclâmpsia e eclâmpsia (Néné et al., 2018).



A mulher com o diagnóstico de DG necessita de cuidados multidisciplinares durante todo o período pré-natal, durante o parto e no puerpério, neste sentido os enfermeiros desempenham um papel fulcral planeando e executando cuidados de forma individualizada e promovendo educação para a saúde (Bonfim & Bezerra de Lima, 2017).

## Atividades Semanais

Durante esta semana tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a grávidas de risco, nomeadamente com patologia de DG. Tive oportunidade de conceber, planejar e avaliar intervenções vocacionadas para a grávida com DG. No geral foi fácil estabelecer relação terapêutica com as grávidas, no entanto, devido à migração existem cada vez mais grávidas vindas do continente asiático e com patologia associada devido principalmente à falta de vigilância de saúde bem como costumes alimentares relacionados com a sua cultura. Nestas grávidas tenho alguma dificuldade em realizar a consulta de enfermagem de forma totalmente eficaz pois a língua torna-se uma barreira um pouco difícil de ultrapassar. Fiquei com a consciência de que preciso aperfeiçoar o meu inglês, nomeadamente no que respeita a termos técnicos. Em termos de alimentação, como seguem uma dieta muito diferente da mediterrânica, torna-se também difícil executar um plano alimentar adaptado às suas preferências. A consulta de diabetes na grávida do Hospital do Litoral Alentejano funciona muito bem pois os profissionais trabalham muito bem em equipa. A consulta é constituída pela consulta de enfermagem, consulta médica (obstetrícia), consulta médica (endocrinologista) e consulta de nutrição. Desta forma, com um acompanhamento de excelência torna-se muito mais fácil controlar os perfis glicémicos das grávidas sem necessidade de recorrer a fármacos.

Como exerço em cuidados de saúde primários, consultas de diabetes à população geral são muitos frequentes, no entanto, nas grávidas os ensinamentos não são exatamente iguais e isso deixava-me insegura. Sinto que aprendi imenso esta semana na área da diabetes gestacional e isso contribui favoravelmente para a minha formação enquanto especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

## Aquisição de Competências (OE, 2019)

- 2.1- Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;
- 2.2- Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.
- 2.3- Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.

3.2- Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido;

3.3- Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto;

## Fontes de Pesquisa

Bonfim, J. D, & Bezerra De Lima, C. (2017). Diabetes mellitus gestacional: Contribuição do Enfermeiro no pré-natal gestacional. 17(4).

Brown J, Alwan NA, West J, Brown S, McKinlay CJD, Farrar D, Crowther CA. (2017) *Lifestyle interventions for the treatment of women with gestational diabetes*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 5. Art. No.: CD011970. DOI: 10.1002/14651858.CD011970.pub2

Néné, M.; Marques, R. & Batista. M.A. (2018). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (1ªed.). Lidel.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019;

Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2017). *Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017*.

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

Nome: Sara Filipa Martinho de Oliveira

Data: Semana de 04/10/2021 a 08/10/2021

Campo clínico: Consulta Externa; Local: Campo Clinico A, Semana: 4ª

## Editorial

**Tema:** Rastreio do Cancro do Cóló do útero

O cancro do cólo do útero representa o quarto tipo de cancro com maior taxa de mortalidade em todo o mundo, ocupando o segundo lugar na mortalidade por cancro na população jovem. (Amorim, 2017). O desenvolvimento do cancro do colo do útero abrange vários fatores de risco: tabagismo, o uso de contraceção hormonal, multiparidade e imunossupressão mas, a infeção de transmissibilidade por via sexual do vírus HPV é o fator mais determinante. (Teixeira et al, 2019)

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG, 2020) os principais carcinomas do colo do útero classificam-se em adenocarcinomas endocervicais associados ao HPV e adenocarcinomas não associados ao HPV, sendo a classificação histológica baseada na morfologia do tumor e utilizado o estadiamento clínico da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (Bathla et al, 2018).

Em Portugal, recomenda-se o rastreio do cancro do colo do útero a todas as mulheres com idade compreendida entre os 25 e os 60 anos de idade, através de citologia cervical que deve ser realizada a cada 2 ou 3 anos, a mulheres com antecedentes de cancro do colo do útero, com infeção por HIV ou em imunossupressão e mulheres com atividade sexual e cólo intacto, respetivamente. No entanto, esta periodicidade pode variar de acordo com as diferentes zonas do país. Na ARS do Alentejo o rastreio é feito por citologia em meio liquido com tipagem de HPV a cada 3 anos após duas citologias negativas consecutivas (Ferreira et al, 2017).

Compete ao Enfermeiro intervir na população de forma a promover a saúde e esclarecer as pessoas de forma a dotá-las dos conhecimentos necessários para que possam aderir aos programas de rastreio disponibilizados em Portugal, contribuindo assim para a diminuição da taxa de incidência deste tipo de patologia (Esteves, 2012).

## Atividades Semanais

Semanalmente, às terças-feiras decorre na consulta externa do HLA a consulta de Patologia Cervical. Durante estas consultas são realizadas citologias, observação ginecológica e

comunicados resultados de citologias ou colposcopias. Durante todas as semanas até à data, tive a oportunidade de enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica executar as citologias, realizar ensinamentos sobre tratamento e prevenção do cancro do colo do útero e tive ainda oportunidade de estar presente na comunicação de más notícias, nomeadamente de uma utente na qual foi diagnosticado carcinoma do colo do útero. A comunicação de más notícias é um tema sempre delicado, que enquanto futura especialista sinto necessidade de melhorar. Relativamente ao rastreio do cancro do colo do útero, as consultas de patologia cervical trazem-me semanalmente mais conhecimentos que serão essenciais para o exercício profissional no meu local de trabalho. Poder observar as diferentes alterações vulvares, vaginais e do colo do útero enriquecem os meus conhecimentos e permitem aliar a teoria à prática. O facto de ter uma Enfermeira Supervisora apaixonada pela área da patologia cervical também tem sido muito benéfico para mim.

### Aquisição de Competências (OE, 2019)

- 6.1- Promove a saúde ginecológica da mulher;
- 6.2- Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama;
- 6.3- providencia cuidados à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação

### Fontes de Pesquisa

- Amorim, L. (2017) *A mulher com cancro do cólo do útero: diagnóstico de necessidades de reabilitação sexual*. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo
- Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan, R, et al. (2018) *FIGO Cancer Reports: Cancer of the cervix uterin*. International Journal of Gynecology and Obstetrics 143 (S2):22–36, 2018. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12611>.
- Esteves, L. (2012). *Cancro do cólo do útero: educar para prevenir*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Ferreira, P; Lunet, N.; Silva, S. (2017). *A informação sobre a saúde dos portugueses: fontes, conhecimentos e comportamentos*. AIDFM
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019;
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2020). *Cancro Ginecológico: Consensos 2020*.

## Jornal de Aprendizagem

### Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Sara Filipa Martinho de Oliveira

Data: Semana de 11/10/2021 a 15/10/2021

Campo clínico: Consulta Externa; Local: Campo Clinico A, Semana: 5ª

### Editorial

**Tema:** Rastreio Pré-Natal Combinado do 1º Trimestre

O rastreio pré-natal combinado do 1º trimestre consiste num conjunto de marcadores bioquímicos e ecográficos que permitem calcular o risco de uma grávida ter um feto com determinadas alterações cromossómicas, nomeadamente Trissomia 21, Trissomia 18 e Trissomias 13 (Silva, 2013). Para a avaliação ecográfica são avaliados parâmetros como o comprimento crânio-caudal (CCC/CRC), medição do espaço subcutâneo localizado na nuca e denominado translucência da nuca (TN/NT) e a presença de osso nasal (ON/NB).

Relativamente aos marcadores bioquímicos são doseadas duas substâncias, a proteína plasmática associada à gravidez (PAPP-A) e a  $\beta$ -HCG Livre, ambas com alta sensibilidade para despiste das anomalias referidas anteriormente (Germano de Sousa, 2021). Cruzando os resultados obtidos em ambos os marcadores e associando ainda a idade materna, é possível uma deteção de 95-97% dos casos.

Idealmente o rastreio deve ser realizado entre as 11 semanas e as 13 semanas e 6 dias (CHMA, 2015).

### Atividades Semanais

Semanalmente tive oportunidade de prestar cuidados a mulheres grávidas que vinham realizar o rastreio combinado do 1º trimestre, no entanto, durante esta semana tive oportunidade de prestar estes cuidados a uma grávida tri-gemelar, tri-amniótica. Na consulta de Enfermagem, as atividades desenvolvidas mantiveram-se com a avaliação dos diferentes parâmetros maternos e fetais mas durante a realização da ecografia o médico constatou que existiam três fetos. Esta situação marcou-me particularmente porque nunca tinha assistido a uma ecografia gemelar e neste caso pude assistir a uma tri-gemelar. Tive ainda oportunidade de comunicar dois resultados positivos, um do 1º trimestre e outro do 2º trimestre. Nestas situações tive mais dificuldade pois nunca estamos preparados para comunicar más notícias, ainda assim fiz questão de reforçar junto do casal que o rastreio apresenta apenas uma probabilidade e que os

falsos positivos existem. Foi ainda possível explicar e expor as alternativas ao casal, amniocentese ou testes não invasivos (Harmony e Tomorrow).

## Aquisição de Competências (OE, 2019)

- 2.1- Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;
- 2.2- Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;
- 2.3- Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.

## Fontes de Pesquisa

- Centro Hospitalar do MEIO Ave (2015). Folheto “Diagnóstico Pré-Natal: Informação ao utente”. Disponível em [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/INF.OBGI\\_005.v1\\_FolhetoDiagn%C3%B3sticoPr%C3%A9Natal.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/INF.OBGI_005.v1_FolhetoDiagn%C3%B3sticoPr%C3%A9Natal.pdf) acessado a 21/10/2021;
- Germano de Sousa (2021). Perguntas e Respostas sobre Rastreio Pré-Natal. Disponível em <https://www.germanodesousa.com/areas-clinicas/perguntas-respostas-rastreio-pre-natal/> Acessado a 20/10/2021;
- Silva, M. (2013). *Capacidade de Diagnóstico dos biomarcadores de rastreio Pré-natal* [ESTSP Politécnicino do Porto]. [recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/4987/1/PTE\\_MariaSilva\\_2013.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/4987/1/PTE_MariaSilva_2013.pdf);
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

## JA 5: Dispositivo Intra-Uterino (DIU)

### Jornal de Aprendizagem

#### Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Sara Filipa Martinho de Oliveira

Data: Semana de 18/10/2021 a 22/10/2021

Campo clínico: Consulta Externa ; Local: campo Clínico A Semana: 6ª semana

### Editorial

**Tema:** Dispositivo Intra-Uterino

O Dispositivo Intra-Uterino é um método de contraceção que pode ser hormonal, conhecido por SIU (Sistema Intra-Uterino) que liberta a hormona Levonorgestrol, ou não hormonal, feito em cobre e funciona apenas como método barreira. (AFP, 2021)

Segundo a Sociedade Portuguesa de Contraceção (2020) os contraceptivos intra-uterinos dispõem de uma elevada eficácia de contraceção de longa duração, com efeitos secundários reduzidos e com uma taxa de reversão elevada após a sua remoção.

### Atividades Semanais

Na presente semana tive oportunidade de prestar cuidados a mulheres em idade fértil com alterações menstruais devido à contraceção. Pude assistir a médica na remoção de um DIU de cobre e colocação de um SIU Mirena. A senhora referia ter hemorragias abundantes praticamente todo o mês devido ao dispositivo. Com a aplicação do Sistema Intra-Uterino é esperado que a senhora deixe de ter menstruação, podendo apresentar perdas de cor acastanhada em pouca quantidade apenas durante os primeiros meses. O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica desempenha um papel fundamental junto desta população de forma a prevenir complicações e educando para a promoção da saúde. Para mim, esta experiência foi bastante enriquecedora pois consegui relacionar a teoria com a prática e adquirir mais competências no que concerne ao planeamento familiar.

### Fontes de Pesquisa

APF (2021). Dispositivo intra-uterino e Sistema intra-uterino. Disponível em <http://www.apf.pt/metodos-contracetivos/dispositivo-intrauterino-e-sistema-intrauterino> Acedido a 20/10/2021

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

Nome: Sara Filipa Martinho de Oliveira

Data: Semana de 1/11/2021 a 5/11/2021

Campo clínico: Serviço de Obstetrícia; Local: Campo Clínico B: 2ªsemana

## Editorial

**Tema:** Interrupção médica da gravidez (IMG)

Na Legislação Portuguesa a Interrupção médica da gravidez encontra-se enquadrada (artigo 142 do Código Penal, lei nº16,17 de abril de 2007) desde que seja realizada por um médico ou sob a sua orientação, em estabelecimentos reconhecidos e com o consentimento da mulher grávida quando, entre outros, existam motivos para prever que o feto virá a sofrer de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita e for realizada nas primeiras 24 semanas, exceto em casos de inviabilidade do feto, caso em que pode ser realizada em qualquer momento da gravidez (Bombas et al, 2017).

De acordo com a DGS (2007), o método farmacológico é o mais utilizado em todo o mundo para interrupção da gravidez, compreendendo uma associação de *Mifepristone* e *Misoprostol*. Em casos de falha do método referido, situações em que este método esteja contra-indicado ou situações de aborto retido, será sempre necessário recorrer ao método cirúrgico.

O diagnóstico de malformação fetal numa gravidez desejada pelo casal provoca uma enorme dor e tristeza levando à vivencia do luto de um bebé que nunca chegaram realmente a conhecer (Antunes e Patrocinio, 2007). Para apoiar e acompanhar todo este processo, os profissionais necessitam estar capacitados de conhecimentos e ferramentas que auxiliem para lidar com este tipo de situações.

## Atividades Semanais

Durante esta semana tive oportunidade de prestar cuidados a uma mulher grávida de 16semanas internada para procedimento de IMG por trissomia 21 fetal. Tive a possibilidade de adquirir conhecimentos práticos do protocolo farmacológico aplicado na instituição e perceber qual o percurso interno neste tipo de situações. A minha maior dificuldade está relacionada com a forma como se gerem as emoções da mulher nesta situação de perda e luto. Sendo a primeira vez que me deparei com tal situação, tive a possibilidade de acompanhar a minha Enfª Orientadora e de com ela



perceber quais as melhores estratégias para aliviar a dor psicológica da mulher. Consciente de que cada caso é um caso e que devo sempre adaptar a minha postura a cada situação, esta experiência permitiu perceber que o reforço positivo numa situação de dor profunda capacita a mulher a ultrapassar esta situação trágica com alguma tranquilidade.

### Aquisição de Competências - (OE, 2019)

- 2.1- Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;
- 2.2- Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;
- 2.3- Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.

### Fontes de Pesquisa

- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n° 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.o 85 — 3 de maio de 2019.
- Direção Geral da Saúde (2007). Circular Normativa nº9/SR- Interrupção Medicamentosa da Gravidez. Disponível em [https://www.spdc.pt/files/legix/11268\\_3.pdf](https://www.spdc.pt/files/legix/11268_3.pdf) acedido em 5 de Novembro de 2021.
- Bombas, T. et al (2017). Normas de orientação clínica: Recomendações clínicas na interrupção médica da gravidez no segundo e terceiro trimestre e na morte fetal. Disponível em <http://www.spdc.pt/spdc2017/images/13-guidelines.pdf> Acedido em 4 de Novembro de 2021.
- Antunes, M; Patrocínio, C (2007). A malformação do bebé. Vivências psicológicas do casal. Psicologia, Saúde e Doenças, Vol. 8 (2).

## Jornal de Aprendizagem

### Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Sara Filipa Martinho de Oliveira

Data: Semana de 8/11/2021 a 12/11/2021

Campo clínico: Serviço de Obstetrícia; Campo Clínico B, 2ª semana

#### Editorial

**Tema:** Colestase gravídica

A colestase gravídica consiste numa patologia em que ocorre um aumento dos níveis séricos dos ácidos biliares totais levando à ocorrência de prurido generalizado e, em alguns casos, icterícia. (Brites et al, 1994)

Ocorre geralmente a partir do segundo trimestre da gravidez, considerando-se para a grávida uma situação maioritariamente benigna com prognóstico favorável. Para o feto está associada alta incidência de prematuridade, sofrimento fetal, aspiração de mecónio e bradicardia fetal (Gonçalves,2011).

#### Atividades Semanais

Durante a referida semana tive oportunidade de prestar cuidados a uma grávida G3P1, com 32 semanas de gestação, com o diagnóstico de Colestase gravídica. Tendo esta patologia possíveis complicações fetais como morte fetal, prematuridade e síndrome de dificuldade respiratória neonatal, durante o internamento é fundamental uma vigilância apertada do bem-estar fetal. Tratando-se de uma gravidez gemelar, tive a possibilidade de pela primeira vez realizar e interpretar CTG neste tipo de gravidez. Senti alguma dificuldade ao colocar o transdutor num dos bebés devido à sua posição. De todas as vezes que prestei cuidados a esta grávida, o CTG estava normal de acordo com a classificação de FIGO. Cuidar diariamente da referida grávida possibilitou-me compreender melhor o prognóstico deste tipo de patologia e traçar e implementar os cuidados de enfermagem adequados à situação.

#### Aquisição de Competências (OE, 2019)

- 2.1- Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;
- 2.2- Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;

2.3- Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.

### Fontes de Pesquisa

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n° 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.o 85 — 3 de maio de 2019.

Brites, D.; Poeiras, J.; Rodrigues, C (1994). Colestase Intra-hepática da gravidez: Etiopatogénese, Prognóstico e Terapêutica. Acta médica Portuguesa n°7 (181-188)

Gonçalves, C. (2011) Patologias Hepáticas exclusivas a gravidez. Universidade do Porto.

Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66293/2/30697.pdf>

Acedido a 9 de Novembro de 2021.

Nome: Sara Filipa Martinho de Oliveira

Data: Semana de 15/11/2021 a 19/11/2021

Campo clínico: Serviço de Obstetrícia; Campo Clínico B; 2ª semana

## Editorial

**Tema:** Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT)

A Ameaça de Parto Pré-Termo caracteriza-se pela contratilidade uterina regular, rítmica e dolorosa antes das 37 semanas de gestação com distensão do segmento uterino inferior, sem dilatação cervical (Vieira, 2020)

Segundo Correira (2017), o Parto Pré-termo tem um grande impacto na morbidade e mortalidade perinatal como consequência de um aumento de nascimentos prematuros.

Em Portugal a prematuridade corresponde a 9% dos nascimentos e 50% destes bebés correm o risco de desenvolvimento de alterações de saúde graves, nomeadamente displasias broncopulmonares, paralisia cerebral, alterações sensoriais (cegueira, surdez) (Silva, 2021).

## Atividades Semanais

Durante esta semana prestei cuidados a uma grávida G3P2 com 30 semanas de gestação que recorreu ao SUO por contrações rítmicas dolorosas. Ainda no SUO cumpriu o protocolo de administração de tocolíticos bem como de maturação pulmonar fetal. Já no internamento, a grávida apresentou algumas situações de contratilidade que pude vigiar através de CTG e perceber junto da grávida se poderia estar alguma causa subjacente a despoletar aquela contratilidade irregular. Pude compreender através da relação estabelecida com a grávida que o stress a que estava sujeita também poderia ter influenciado algumas situações. Num determinado dia houve necessidade de contactar a equipa médica por apresentar contratilidade mais regular, mas através da administração de soroterapia e mantendo o repouso a situação acabou por reverter. Esta experiência permitiu-me adquirir competências para a vigilância deste tipo de situações garantindo o bem-estar materno e fetal.

## Aquisição de Competências (OE, 2019)

2.1- Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;

2.2- Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;

2.3- Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.

## Fontes de Pesquisa

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n° 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.o 85 — 3 de maio de 2019.

Correira (2017). A deambulação na primeira fase do trabalho de parto. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21840/1/Relatorio%20final%20est%C3%A1gio.pdf>

Silva, M. (2021) Prematuridade em Portugal. Atlas da Saúde. Disponível em <https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/prematuridade-em-portugal> Acedido a 17 de Novembro 2021.

Vieira, F (2020). Stress decorrente de um internamento por complicações da gravidez. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33487/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20mestrado\\_Filipa%20Vieira.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33487/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20mestrado_Filipa%20Vieira.pdf)

Nome: Sara Filipa Martinho de Oliveira

Data: Semana de 6/12/2022 a 10/12/2022

Campo clínico: Bloco de Partos; Local: Campo Clinico C: 2ªsemana

## Editorial

**Tema:** Indução do Trabalho de Parto

A indução do Trabalho de Parto consiste num conjunto de procedimentos artificiais que provocam o início do trabalho de parto, tendo como objetivo o parto vaginal. (Campos et al, 2019). Trata-se de um procedimento que gera bastante controvérsia e discussão em Obstetrícia, na tentativa de clarificar a sua aplicação nas grávidas tendo em conta o seu contexto gestacional. (Néné et al, 2018).

As causas para indicação de ITP podem ser maternas, fetais ou ambas. O valor preditivo de uma indução está diretamente relacionado com a avaliação do índice de Bishop, que relaciona dados através da avaliação cervical da grávida: consistência, posição, comprimento e dilatação do colo do útero e altura da apresentação face às espinhas isquiáticas. Considera-se um colo favorável à ITP, quando da avaliação do índice de Bishop se obtém um valor superior a 7. No caso de valores inferiores a 7 mas iguais ou superiores a 5, está indicada maturação artificial do colo, previamente à ITP. (Campos et al, 2019)

Os procedimentos para maturação cervical podem ser mecânicos (sonda de folley) ou farmacológicos (administração de prostaglandinas), assim como os procedimentos de ITP em que os mecânicos consistem na amniotomia e os farmacológicos consistem na administração de fármacos, nomeadamente a ocitocina.

## Atividades Semanais

Durante esta semana tive a possibilidade de prestar cuidados a grávidas internadas para ITP. Pude compreender melhor a avaliação do índice de Bishop e praticar a avaliação do mesmo através do toque vaginal. Estive presente durante a avaliação médica de cada grávida, auxiliei na aplicação vaginal de Prostaglandina endovaginal, nomeadamente Prostin Gel e pude preparar e iniciar a administração de Ocitocina para a ITP. Pude vigiar através da monitorização do CTG o bem-estar fetal. Consultei também os protocolos do serviço relativos à ITP. Como seria de esperar, senti mais dificuldades na avaliação das características cervicais da grávida pois nunca o tinha

feito anteriormente. Das grávidas que prestei cuidados durante esta semana, não se constatarem intercorrências relacionadas com as induções. Também nesta semana tive a possibilidade de fazer o 1º parto a uma grávida com idade gestacional de 40s+2dias, Índice Obstétrico 2002 à qual foi induzido o parto por diagnóstico de colestase gravídica. Nasceu um Recém-nascido do sexo feminino com Índice de Apgar 9/10/10. O períneo apresentou uma laceração de grau I suturada com 2 pontos e dequitação normal e aparentemente completa. Como foi o meu primeiro parto, não tive a possibilidade de suturar, mas assisti a minha orientadora a fazê-lo e pude compreender melhor todo o procedimento. Durante toda a semana senti bastante insegurança, típica do primeiro contacto com um serviço completamente diferente daquele que estou habituada a trabalhar, mas senti bastante apoio por parte de toda a equipa e principalmente da minha orientadora.

### Aquisição de Competências (OE, 2019)

- 3.1- Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.;
- 3.2- Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido;
- 3.3- Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.
- 4.1- Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal;
- 4.2- Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.

### Fontes de Pesquisa

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

Campos, A et al (2019). Protocolos de atuação da Maternidade Alfredo da Costa. 3ªed.

Néné, M; Marques, R; Amado Batista, M. (2018). Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica.

Nome: Sara Filipa Martinho de Oliveira

Data: Semanas de 13 a 22 de Dezembro 2021 e 3 a 6 de Janeiro de 2022

Campo clínico: Bloco de Partos; Local: Campo Clinico C: 3ª/4ªsemana

## Editorial

**Tema:** Trauma perineal durante o trabalho de parto

O trauma perineal consiste na perda de integridade dos tecidos da região perineal, que ocorre durante a fase ativa do trabalho de parto, provocando dano. Pode ser desencadeado por diversos fatores: rigidez dos tecidos, período expulsivo muito rápido, o tamanho fetal, a posição adotada pela mulher durante o parto e episiotomia rotineira (Beleza e Nakano, 2004) Segundo Campos et al (2019), as lacerações perineais podem ser classificadas como:

**Grau 1**, epitélio vaginal ou da pele do períneo;

**Grau 2**, envolve os músculos e fáscias perineais mas não o esfíncter anal;

**Grau 3**- envolve as fibras do esfíncter anal externo e/ou interno, subdividindo-se e, 3a (rotura de menos de 50% do esfíncter anal externo), 3b (rotura de mais de 50% do esfíncter anal externo), 3c (rotura de ambos os esfíncteres, externo e interno)

**Grau 4**, laceração de grau 3 associadas a laceração da mucosa anal, sem atingimento do complexo esfíncteriano.

De forma a reduzir o trauma perineal, têm sido propostas diversas intervenções, nomeadamente aplicação de compressas mornas durante o 2º estadio do TP, massagem perineal anteparto e no 2º estadio do TP, controlo da saída da cabeça fetal através das manobras de Ritgen, realização de episiotomia medio-lateral nos partos instrumentados. (Botelho, 2017).

Ao longo das duas semanas em questão tive a possibilidade de realizar 4 partos eutócicos e assistir a um outro. Dois partos foram realizados em posição de litotomia, em ambos foi efetuada massagem perineal e manobra de Ritgen e em ambos resultou uma laceração perineal Grau 1 uma suturada e outra não. Verifiquei que na que houve necessidade de suturar era uma grávida com IO 0000 e a que não houve necessidade era 4004. Os pesos dos RN eram idênticos. Outro parto ocorreu com a grávida em posição de litotomia e resultou uma laceração de Grau 3b, com necessidade de suturar no bloco operatório, pela equipa médica. A grávida tinha um IO de 2012 e estava de 39semans.O RN neste parto tinha 4,190kg e a expulsão foi tão rápida que não permitiu realizar manobras de Ritgen. Por último,



um parto eutócico a uma grávida de 40 semanas, IO 2021, pariu em posição sentada, um RN de 3,245kg, sem necessidade de episiotomia e com períneo íntegro. À medida que vou prestando cuidados às mulheres em trabalho de parto vou tomando mais consciência da importância do papel do EESMO na prevenção do trauma perineal e consequentemente da sua implicação na qualidade de vida da mulher. Este contacto com a realidade faz-me continuar numa busca de melhores atitudes/intervenções preventivas do trauma.

## Aquisição de Competências (OE, 2019)

3.1- Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.;

3.2- Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido;

3.3- Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.

4.1- Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal;

4.2- Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.

## Fontes de Pesquisa

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

Beleza, A; Nakano, A (2004)- O trauma perineal no parto. Disponível em:

<file:///C:/Users/Sara/Downloads/3190-Texto%20do%20Artigo-19660-1-10-20190810.pdf>

Botelho, C (2017)- A Influência da Massagem Perineal na Incidência de Trauma Perineal no Segundo Período de Trabalho de Parto. Disponível em

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18363/1/A%20Influ%C3%Aancia%20da%20Massagem%20Perineal%20na%20Incid%C3%Aancia%20de%20Trauma%20Perineal%20no%20Segundo%20Per%C3%ADodo%20de%20Trabalho%20de%20Parto.pdf>

## Jornal de Aprendizagem

### Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Sara Filipa Martinho de Oliveira

Data: Semana 21/02/2022 a 25/02/2022

Campo clínico: Puerpério Local: Campo Clinico D: 2ªsemana

#### Editorial

**Tema:** Profilaxia de Isoimunização Rh

A isoimunização Rh consiste no desenvolvimento de anticorpos maternos do grupo IgG contra o antigénio D dos eritrócitos fetais. Os anticorpos passam através da placenta revestindo os eritrócitos fetais, provocando hemólise e consequentemente aumentando a probabilidade do desenvolvimento no feto de uma patologia designada doença hemolítica perinatal. (Rosa, 2015)

Segundo a DGS (2007) “*Em Portugal, tal como verificado a nível mundial, cerca de 15% das grávidas são Rh -. Mesmo na ausência de intercorrências, cerca de 2% dessas grávidas vão sensibilizar para o Rh antes do parto, e cerca de 16% vão fazê-lo durante o parto, se não houver profilaxia.*”

De forma a prevenir o desenvolvimento de patologia no feto/recém-nascido, em Portugal, às 28 semanas de gestação deverá ser administrada Imunoglobulina anti-D (300mcg) após consentimento informado prévio, bem como nos seguintes casos: abortos, até 72h pós-parto após tipagem do grupo de sangue do recém-nascido; hemorragias da segunda metade da gravidez; técnicas invasivas de diagnóstico; cirurgias ou trauma abdominal; morte. (DGS, 2007)

#### Atividades Semanais

Durante esta semana tive oportunidade de prestar cuidados a puérperas e recém-nascidos com incompatibilidade Rh. Assim, pude administrar Imunoglobulinas Anti-D, realizar ensinamentos sobre a importância da sua administração, reforçar a importância da vigilância na gravidez, esclarecer dúvidas existentes sobre a incompatibilidade e os seus riscos, explicar possíveis efeitos da administração da Imunoglobulina.

Para além de administrar frequentemente este tipo de medicação no meu local de trabalho (Centro de saúde), durante o estágio no puerpério verifiquei que as puérperas ainda não estão totalmente esclarecidas do motivo pelo qual a devem receber. Muitas

já a receberam mais do que uma vez na gravidez e mesmo assim não compreendem o motivo pelo qual devem receber novamente. Por este motivo, enquanto futura EESMO considero extremamente importante informar e esclarecer as grávidas/puérperas das consequências de uma gravidez não vigiada e consequentemente dos riscos de não cumprir a profilaxia do fator Rh.

### Aquisição de Competências (OE, 2019)

- 4.1- Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal;
- 4.2- Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal,
- 4.3- Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal

### Fontes de Pesquisa

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019;

Rosa, S (2015)- Isoimunização Rh. Disponível em <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26126/1/SaraFGRosa.pdf>

Direção geral da Saúde (2007). Norma da Direção Geral da Saúde nº2/DSMIA “Profilaxia da isomunização Rh” Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-2dsmia-de-15012007-pdf.aspx> Acedido a [27/02/2022](#)

## Jornal de Aprendizagem

### Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Sara Filipa Martinho de Oliveira

Data: Semana 28/02/2022 a 4/02/2022

Campo clínico: Puerpério Local: Campo Clinico D: 2ª semana

### Editorial

**Tema:** Banho do recém-nascido

O primeiro banho do recém-nascido pode intervir na sua adaptação ao meio extrauterino, levando a alterações dos seus sinais vitais além de aumentar o risco de dermatites por irritação (Lima et al, 2020). De acordo com a OMS (2017) a prática do primeiro banho deverá ser realizada após as primeiras 24 horas de vida do recém-nascido, reforçando a importância dos benefícios que o vernix caseoso proporciona ao mesmo, facilitando a sua adaptação ao meio extrauterino. nomeadamente a função antimicrobiana, hidratação da pele, diminuição da descamação, redução do eritema tóxico neonatal e a prevenção da hipotermia neonatal.

O banho de imersão é o mais indicado, utilizando-se água morna para conforto do bebê, além disso, ele deve ser realizado por um profissional de saúde capacitado que vise um cuidado integral,

com tranquilidade e segurança (Cantoni e Moli, 2021)

Os cuidados que a família vai prestar ao recém-nascido começam no alojamento conjunto sob as orientações e demonstrações do enfermeiro. Esse sistema possibilita a educação em saúde, empoderando a família para executar cuidados cientificamente eficazes (Lima et al, 2020).

### Atividades Semanais

Durante esta semana tive oportunidade de realizar sessões de educação para a saúde relativamente ao banho do recém-nascido. No serviço de Puerpério, o primeiro banho é realizado durante os turnos da tarde, após as 24h de vida. As puérperas são questionadas se pretendem realizar o primeiro banho no serviço e de acordo com as suas escolhas adequam-se os ensinamentos a realizar. Habitualmente o primeiro banho é efetuado pela equipa de enfermagem, salvo se a puérpera já for detetora de conhecimentos (por não ser primeiro filho, por ter frequentado cursos de preparação para o parto ou outros). Verifiquei que algumas puérperas optam por realizar o

primeiro banho ainda no serviço e mesmo que não seja o primeiro filho, preferem que seja o enfermeiro a realizar o banho e aproveitam para colocar dúvidas, outras referem que algumas recomendações se alteraram desde o nascimento do último filho. O momento dos ensinamentos sobre o banho do recém-nascido é muito mais do que isso. É um momento que permite ao enfermeiro avaliar a relação mãe-bebê, permite avaliar o estado geral do bebê, é um momento em que se pode capacitar a puérpera para o seu novo papel parental, permite assim fortalecer a relação terapêutica e proporcionar melhores cuidados durante o puerpério.

### Aquisição de Competências - (OE, 2019)

- 4.1- Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal;
- 4.2- Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal,
- 4.3- Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal

### Fontes de Pesquisa

- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019;
- Cantoni, T; Molin, R. (2021). Benefícios do banho tardio no recém-nascido: implicações para a enfermagem. Revista Eletrônica Acervo Saúde; ISSN 2178-2091  
DOI <https://doi.org/10.25248/REAS.e6316.2021>
- Lima R; Estevam L, Leite F, Almeida M, Amorim M, Bringuento M, (2020). Intervenção de enfermagem-primeiro banho do recém-nascido: estudo randomizado sobre o comportamento neonatal. Acta Paul Enferm. 2020;33:e-APE20190031. DOI <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0031>
- WHO. World Health Organization. WHO recommendations on newborn health: Guidelines approved by the WHO guidelines review committee. 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259269>. Acesso em 4/03/2022

Nome: Sara Filipa Martinho de Oliveira

Data: Semana 07/03/2022 a 11/03/2022. Campo clínico D: Puerpério: 3ª semana

## Editorial

**Tema:** Icterícia no Recém-nascido

Os primeiros 28 dias de vida do recém-nascido são caracterizados por grandes alterações fisiológicas de adaptação ao meio extrauterino. É geralmente durante a primeira semana de vida que 60% dos recém-nascidos de termos e 80% dos recém-nascidos pré-termo desenvolvem um estado de icterícia fisiológica. (Romano, 2017)

A icterícia no recém-nascido é definida como a coloração amarelada da pele, mucosas e escleróticas do recém-nascido devido à deposição de bilirrubina livre, tornando-se visível com valores de bilirrubina total superiores a 5mg/dl. (Quintas e Silva, 2016).

Na maioria das vezes a hiperbilirrubinemia decorre de uma adaptação fisiológica do metabolismo da bilirrubina no recém-nascido, no entanto, em alguns casos os valores de bilirrubina total podem atingir valores extremamente elevados podendo provocar lesões cerebrais. Segundo Romano (2017), todos os recém-nascidos devem ser avaliados diariamente realizando pressão digital sobre a pele exposta à luz natural, quando sinal positivo para icterícia deve ser quantificado os valores de bilirrubina através de sangue venoso, capilar ou avaliação transcutânea.

A fototerapia é o tratamento de eleição para a hiperbilirrubinemia, reduzindo os níveis de bilirrubina elevados, convertendo-os em isómeros solúveis em água que serão excretados pelo rim ou fígado e eliminados pela urina e fezes. Por este motivo, a alimentação através de leite materno e/ou leite adaptado deverão ser mantidas para garantir uma diurese adequada. (Quintas e Silva, 2016). Uma outra abordagem terapêutica para a hiperbilirrubinemia consiste na extrasanguíneotransfusão (EST), indicada para casos refratários à fototerapia e é recomendada em casos emergentes em que o RN apresente sinais de encefalopatia bilirrubínica aguda (hipertonia, opsitótonus, hiperextensão cervical, febre, choro gritado) mesmo quando a bilirrubina total diminui (Almeida e Draque, 2012)

## Atividades Semanais

Durante esta semana tive oportunidade de prestar cuidados a um recém-nascido com icterícia neonatal submetido a fototerapia. Para além de ser uma situação frequente num serviço de Puerpério, para as puérperas é sempre uma situação que provoca ansiedade e sofrimento ao verem os seus filhos submetidos a este tratamento. Verifiquei que a equipa médica transmite a informação de forma demasiado completa e com terminologia científica, levando as puérperas a filtrar apenas a informação das possíveis consequências nefastas. Surgiu então desta realidade e após troca de pareceres com a minha enfermeira orientadora, a ideia de elaborar um folheto para o serviço sobre Fototerapia com informação clara e concisa que esclareça adequadamente a puérpera, o qual se encontra em anexo.

### Aquisição de Competências (OE, 2019)

- 4.1- Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal;
- 4.2- Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal,
- 4.3- Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.

### Fontes de Pesquisa

- Almeida, M; Draque, C (2012) Icterícia do recém-nascido com idade gestacional  $\geq 35$  semanas. Sociedade Brasileira de Pediatria- Departamento de Neonatologia. Acedido a 07/03/2022, Disponível em [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/pdfs/Ictericia sem-DeptoNeoSBP-11nov12.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Ictericia_sem-DeptoNeoSBP-11nov12.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019;
- Quintas, C; Silva, A (2016) Icterícia Neonatal. Acedido a 07/03/2022, Disponível em [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos\\_Nacionais\\_Neonatologia\\_2004/Ictericia\\_Neonatal.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos_Nacionais_Neonatologia_2004/Ictericia_Neonatal.pdf)
- Romano, D (2017) Icterícia Neonatal no recém-nascido de termo. Universidade do Porto. Acedido a 07/03/2022 Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/109126/2/233122.pdf>

## Jornal de Aprendizagem

### Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Sara Filipa Martinho de Oliveira

Data: Semana 11/04/2022 a 16/04/2022

Campo clínico: Bloco de Partos- Campo Clinico E: 3ª semana

### Editorial

**Tema:** Gravidez na adolescência

A adolescência caracteriza-se por uma fase de mudanças ao nível biopsicossocial, principalmente devido ao início da atividade sexual. (Neves e Nascimento, 2018)

Por ano, cerca de 14 milhões de adolescentes, entre os 15 e os 19 anos de idade, tornam-se mães, perfazendo um total de mais 10% dos nascimentos no mundo. (Dourado et al, 2019)

Componentes fisiológicas, comportamentais ou patológicas podem levar a uma gestação de risco durante a adolescência, das quais: pré-eclampsia, diabetes gestacional, descolamento da placenta e parto prematuro, cabendo ao enfermeiro acompanhar a gestante dando-lhe orientações e apoio criando um vínculo que transmita acolhimento da adolescente gestante. (Neves e Nascimento, 2018).

O parto na adolescência é tido como um momento crítico, marcado por uma série de mudanças significativas que envolvem diversos níveis de acordo com os medos que as adolescentes sentem (Vargas et al, 2014). Desta forma, a equipa de enfermagem possui um papel fundamental na construção do empoderamento da adolescente grávida, proporcionando um acesso fácil a informações e à oportunidade de participação nas decisões sobre o seu próprio corpo. (Dourado et al, 2019)

### Atividades Semanais

Durante esta semana tive oportunidade de fazer um parto a uma grávida 17 anos de idade, com 40 semanas e 3 dias de gestação e um índice obstétrico 0000. A grávida deu entrada no pelas 4h30 por REBA com saída de líquido claro. Fica internada para vigilância de trabalho de parto. Pelas 11h apresentava um colo permeável a 2cm, momento em que foi submetida a analgesia epidural, por vontade da própria. Às 19h do mesmo dia apresentava um colo com 9cm de dilatação e às 21h39 teve um parto eutócico com necessidade de episiotomia por apresentar um períneo pouco distensível devido à rigidez dos tecidos (de acordo com a idade da parturiente). Nasceu um recém-nascido do sexo masculino de 3115g, Apgar 9/10/10 com 1 circular cervical



larga. Este parto marcou o meu percurso por vários motivos, primeiro devido à idade da parturiente que apesar de ser bastante jovem colaborou da melhor forma no seu trabalho de parto; depois porque foi o primeiro parto em que efetuei uma episiotomia e consequentemente episiorrafia. A forma como a parturiente recebeu o seu recém-nascido também foi bastante marcante, foi um momento muito bonito e emocionante dada a idade do casal que apresentavam uma grande maturidade. A puérpera quis contacto pele a pele com o recém-nascido e amamentou na primeira hora de vida de acordo com o seu desejo.

### Aquisição de Competências - (OE, 2019)

3.1.Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina

3.2.Diagnostica precocemente e previne complicações para saúde da mulher e do recém-nascido

### Fontes de Pesquisa

- Dourado, J; Araújo, P; Aguiar, F (2019). Assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto de adolescentes. DOI 10.5205/1981-8963.2019.242387 Acedido a 20/04/2022 Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/242387/33483>
- Neves, B; Nascimento, A (2018). Adolescentes em Trabalho de Parto prematuro: principais fatores de risco e cuidados de enfermagem. Acedido a 20/04/2022 Disponível em <https://www.conic-semesp.org.br/anais/files/2018/trabalho-1000001284.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.o 85 — 3 de maio de 2019;
- Vargas, B. et al (2014) A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. DOI 10.9789/2175-5361.2014v6n3p1021 Acedido a 20/04/2022 Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750623016.pdf>

## Jornal de Aprendizagem

### Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Sara Filipa Martinho de Oliveira

Data: Semana 18/04/2022 a 24/04/2022

Campo clínico: Bloco de Partos- Campo Clínico E: 4ªsemana

### Editorial

**Tema:** Punção acidental da dura-máter

A punção acidental da dura-máter consiste numa complicação da anestesia do neuroeixo e a cefaleia intensa após punção é uma consequência frequente na população obstétrica e causa de morbilidade nas parturientes. (Antunes et al, 2016)

Esta situação determina a perda de Líquido Cefalo-raquidiano para o espaço epidural. Quando a perda excede a produção ocorre a diminuição do volume e pressão de LCR, fundamentalmente quando o utente se encontra em posição ortostática. (Vieira et al 2022)

Após a punção acidental devem ser tomadas medidas profiláticas com o objetivo de reduzir o aparecimento de cefaleia: reforço hídrico, repouso no leito, incentivo de bebidas com cafeína e administração de fármacos opióides e não opióides. (Antunes et al, 2016)

Quando os procedimentos conservadores referidos anteriormente não são eficazes para o tratamento da cefaleia, a técnica de *blood patch* pode ser o tratamento escolhido. Esta técnica consiste na “oclusão da perfuração localizada na dura-máter pelo sangue depositado no espaço peridural, impedindo a perda de LCR. Com o paciente posicionado em decúbito lateral, o espaço peridural é localizado em nível da punção da dura-máter ou no espaço intervertebral abaixo. Em torno de 20 mL de sangue autólogo retirados do braço do paciente são injetados lentamente pela agulha de peridural” (Vieira et al, 2022)

### Atividades Semanais

Durante esta semana tive oportunidade de prestar cuidados a uma grávida de 15 semanas que foi submetida a uma cerclage sob anestesia epidural durante a qual ocorreu punção acidental da dura-máter. A grávida deu entrada pelo SUO proveniente do seu domicílio onde iniciou um quadro de cefaleia intensa. Durante o turno pude acompanhar a grávida, administrar terapêutica analgésica com cafeína, soroterapia, reforçar ensinamentos sobre importância de manter posição horizontal, promover ambiente calmo e vigiar possíveis alterações. No final do turno a grávida foi novamente observada pela equipa médica que decide realizar a técnica de “blood patch” epidural

durante o turno da manhã. Não foi possível assistir a esta técnica por ter ocorrido no turno seguinte. Considero que este episódio contribuiu para a minha aprendizagem uma vez que a punção da dura-máter ocorre com alguma frequência na população das grávidas e como futura especialista, saber atuar de forma correta e estar alerta torna-se fundamental.

### Aquisição de Competências - (OE, 2019)

3.1.Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina

3.2.Diagnostica precocemente e previne complicações para saúde da mulher e do recém-nascido.

### Fontes de Pesquisa

Antunes, M; Moreira, A; Sampaio, C; Faria, A. (2016). Punção acidental da Dura e cefaleia pós-punção da Dura na população obstétrica: oito anos de experiência. Acedido a 22/04/2022. Disponível em

<https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6815/4655>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019;

Vieira, V; Macedo, M; Júnior, E (2022). Cefaleia Pós-punção da dura-máter em obstetria. Acedido a 22/04/2022. Disponível em <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1233>

## Apêndice D: Folheto “Fototerapia”

### Considerações para os pais:



Fonte: <https://medicosresponde.com.br/como-possa-saber-se-o-meu-bebe-tem-ictericia/>

- A fototerapia é inofensiva para o seu bebê;
- Muitos bebês são submetidos a este tratamento nos primeiros dias de vida;
- É normal sentirem ansiedade e ficarem confusos com a necessidade de fototerapia no vosso bebê;
- É normal o vosso bebê chorar quando colocado pela primeira vez na fototerapia, não é por dor, apenas se está a adaptar, tente acalmá-lo sem o retirar;
- Peça ajuda aos profissionais de saúde sobre qualquer preocupação que tenha em relação ao seu bebê;

### Campo Clínico D

Serviço: Puerpério  
Elaborado por: Sara Oliveira (Estudante do Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica)  
Orientação: EESMO Elisabete Marques  
Coordenação: EESMO Helena Marchão  
Responsável do Serviço: EESMO Carlos Rodrigues

HCO nº 60304/2020

### Campo Clínico D



Fonte: <https://pediatraup.com.br/blog/vamos-falar-sobre-ictericia-neonatal>

## O meu bebé vai fazer fototerapia e agora?

### O que é a icterícia?

A icterícia consiste na coloração amarelada da pele, mucosas e olhos no recém-nascido devido à deposição de uma substância produzida no fígado, denominada bilirrubina.

Cerca de 67% dos recém-nascidos ficam icterícios na primeira semana de vida pois os níveis de bilirrubina em circulação aumentam e o seu bebê ainda não tem capacidade de excretar esse excesso através da urina e fezes.

A boa notícia é que quase todos os bebês com icterícia após receberem tratamento não desenvolvem complicações e crescem de forma saudável.



Fonte: <https://canalchupete.com/por-que-se-produz-a-ictericia-em-los-recien-nacidos/>

### Em que consiste a fototerapia?

A fototerapia consiste na exposição da pele do bebê a luzes fortes azuis. Essa exposição fará com que essa luz absorvida pela pele leve à destruição da bilirrubina em circulação e esta será eliminada pela urina e fezes do seu bebê.

Os olhos do seu bebê serão protegidos com uns óculos especiais e, completamente nu, será colocado num berço especial fechado que emitirá a luz sobre o seu corpo.

A duração do tratamento depende dos níveis de bilirrubina no sangue e requer avaliação do médico Pediatra.

### Cuidados a ter:

- Coloque os óculos protetores nos olhos do seu bebê;
- Não coloque cremes nem óleos na pele do seu bebê, é normal que esta fique ligeiramente mais seca;
- Retire o seu bebê do berço apenas para o alimentar ou para higienizar;
- Deve continuar a amamentar o seu bebê mesmo durante a Fototerapia;
- Pode haver a necessidade de associar leite adaptado para alimentar o seu bebê de forma a aumentar os xixis do seu bebê;
- A coloração dos xixis e cocós do seu bebê também podem parecer alteradas devido à tonalidade das luzes.

## Apêndice E: Exemplo de Folha de registo de Intervenções / Partograma Campo Clínico B

**PARTOGRAMA**  
**BLOCO DE PARTOS**

Data de admissão: 2<sup>a</sup> Idade gestacional: 40+4 10 0000  
 Grupo de sangue: Ach<sup>+</sup> Bolsa: REBA1<sup>+</sup>=LC Colo: 3cm  
 Fatores de risco para o parto: Soro (-)  
SB (-)

Dia	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>
Horas	2 <sup>h</sup>	4:45	7:00
Colo	3cm huc	6cm huc	Completo
Bolsa de águas	huc	=	=
Líquido amniótico	lc	=	lc
CTG		transf.	
Analgésia		Epidural	Papaverina
Indução TP			

**PARTO:** Data: 2.10.11 Hora: 9:50 Tipo de parto: eutócico  
 Anestesia: epidural Cordão: / Dequidatura: aparente completo  
 Recém-nascido: Sexo:  F  M Peso: 3815 Apgar: 10/10  
 Obstetra: / Enfermeiro: /  
 Anestesiata: / Pediatra: /

U0812ev2010

**TABELA DE REGISTOS DE INTERVENÇÕES**  
BLOCO DE PARTOS

Nº de Registo: <u>10-4/0/1/4</u> ID: <u>492</u> Tipo parto: <u>Substano</u> Anestesiada: <u>4</u>	Profissão: <u>Acad. de Fisioterapia</u> Estado civil: <u>Solteira</u> Escolaridade: <u>12º</u> ITP: <input checked="" type="checkbox"/> TP espontâneo: <input type="checkbox"/> Tempo TP: <u>15'</u> Hora parto: <u>02:05</u> Tipo de anestesia: <u>Local</u>	Preparação para o nascimento Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input checked="" type="checkbox"/> Método: _____																																																																																																																																																																																																					
<b>Intervenções de enfermagem durante o Trabalho de Parto:</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Fase latente</th> <th colspan="2">Fase ativa</th> <th rowspan="2">Grau de satisfação Escala 0-4</th> <th rowspan="2">Sugerido</th> <th rowspan="2">Voluntário</th> <th colspan="2">&lt; Nivel Stress</th> <th colspan="2">&gt; Auto control</th> <th rowspan="2">N.A</th> </tr> <tr> <th>S</th> <th>N</th> <th>S</th> <th>N</th> <th>S</th> <th>N</th> <th>S</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingesta</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tolerância à ingestão</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deambulação/mudança de posição</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bola de Pilates</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Musicoterapia</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cromoterapia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mensagem Sistémica</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Técnicas de relaxamento/massagem</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="6">Posição de parto</td> <td>Supina</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ereta</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sentada</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lateral</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cócoras</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Galas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Fase latente		Fase ativa		Grau de satisfação Escala 0-4	Sugerido	Voluntário	< Nivel Stress		> Auto control		N.A	S	N	S	N	S	N	S	N	Ingesta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tolerância à ingestão	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									Deambulação/mudança de posição	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									Bola de Pilates	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									Musicoterapia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									Cromoterapia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>									Mensagem Sistémica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									Técnicas de relaxamento/massagem	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									Posição de parto	Supina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									Ereta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									Sentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4								Lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									Cócoras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									Galas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Fase latente		Fase ativa		Grau de satisfação Escala 0-4	Sugerido				Voluntário	< Nivel Stress		> Auto control		N.A																																																																																																																																																																																								
	S	N	S	N			S	N	S		N																																																																																																																																																																																												
Ingesta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																												
Tolerância à ingestão	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
Deambulação/mudança de posição	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
Bola de Pilates	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
Musicoterapia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
Cromoterapia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
Mensagem Sistémica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
Técnicas de relaxamento/massagem	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
Posição de parto	Supina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
	Ereta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
	Sentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4																																																																																																																																																																																																		
	Lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
	Cócoras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
	Galas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			

	S	N	GI	GI	GI	GI
Piso de Parto	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Analgésia epidural	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Aplicação de calor no perineo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Mensagem perineal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Manobras de Ritgen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hemorragia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Dor perineal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Traumatismo perineal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Epistaxia/Epistaxia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Laceração/Grau	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Subst. de laceração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		

TEMPO	Início	Término
Contacto pele-a-pele	02 <sup>h</sup> 05'	02 <sup>h</sup> 16'
Início de amamentação	02:55	03:45

Se não possui?  
Para observação e aferição

Observações: \_\_\_\_\_  
 Escala de satisfação: 1 - Muito satisfeito, 4 - Extremamente satisfeito



# Apêndice F: Folha registos de Enfermagem/ Partograma Campo Clínico D

## PARTOGRAMA

Nome _____ Idade _____ Nº _____	Semanas <u>41.5</u>
Data Admissão _____	I.O. <u>10/12/01</u>
Apresentação _____	Grupo Sangue <u>A+</u>
Bolsa _____	Responsável _____
<b>PROBLEMAS / RISCO PARA O PARTO:</b> <u>Alérgica</u> <u>ITP</u> <u>SBO (41)</u> <u>LABALC 10:45</u> <u>cordão 9(2+17)62</u>	Médico _____ Enferm. _____

### PARTO

HORAS	21 <sup>h</sup>	22 <sup>h</sup>	23 <sup>h</sup>	00 <sup>h</sup>	01 <sup>h</sup>						
COLO			Enc								
DINAM. UTERINA	ir										
FOCO/CTG	!No										
OCCITOC. ml/h	-										
LIQUIDO AMNI.	cc										
AMNIOINFUSÃO	-										
ANALGESIA	PIEB 4										

### OBSERVAÇÕES CLÍNICAS:

1012  
10<sup>h</sup>10 - 50 Missojogol

---

### DURAÇÃO DO INTERNAMENTO:

lac. 3A

<b>PARTO</b>	Data _____	Horas <u>1</u> h: <u>47</u> m	Tipo de Parto <u>Ventosa</u>
Anestesia	<u>Seqüencial 15:15</u>	Cordão <u>3V, 1cinc. conv. lunge</u>	Dequitação <u>Natural ap. comple</u>
R.N.:	Sexo <u>Masa</u>	Peso <u>4982 g</u>	Apgar <u>8/10</u>
Parteira _____	Obstetra _____	Anestesista _____	Pediatra <u>Dr. [illegible]</u>





## Apêndice G: Descritores/Palavras-Chave/Percurso da Busca nas Bases de Dados

<b>PubMed</b>	
<b>Termos MeSH</b>	
<b>Perineum</b>	The body region lying between the genital area and the ANUS on the surface of the trunk, and to the shallow compartment lying deep to this area that is inferior to the PELVIC DIAPHRAGM. The surface area is between the VULVA and the anus in the female, and between the SCROTUM and the anus in the male.
<b>Wounds and Injuries</b>	Damage inflicted on the body as the direct or indirect result of an external force, with or without disruption of structural continuity.
<b>Lacerations</b>	Torn, ragged, mangled wounds.
<b>Episiotomy</b>	An incision of the posterior vaginal wall and a portion of the pudenda, which enlarges the vaginal introitus to facilitate delivery and prevent lacerations.
<b>Trauma Severity Indices</b>	Systems for assessing, classifying, and coding injuries. These systems are used in medical records, surveillance systems, and state and national registries to aid in the collection and reporting of trauma. Year introduced: 1990
<b>Parturition</b>	The process of giving birth to one or more offspring. Year introduced: 2003
<b>Risk Factors</b>	An aspect of personal behavior or lifestyle, environmental exposure, inborn or inherited characteristic, which, based on epidemiological evidence, is known to be associated with a health-related condition considered important to prevent. Year introduced: 1988

<b>PubMed Equação Bolleana</b>	
((("Risk Factors"[Mesh]) AND ("Parturition"[Mesh])) AND (((("Perineum/injuries"[Mesh]) OR "Wounds and Injuries"[Mesh]) OR "Lacerations"[Mesh]) OR "Episiotomy"[Mesh]) OR "Trauma Severity Indices"[Mesh])	98

<b>Web of Science</b>	
(Perineal injuries OR Wounds) AND (Injuries OR Lacerations OR Episiotomy OR Trauma Severity Indices) AND (Risk factors) AND (birth OR Parturition OR childbirth)	411

New Search Subjects Publications Images Evidence-Based Care Sheets More

UNIVERSIDADE DE EVORA

Searching: Academic Search Complete, [Show all](#) | [Choose Databases](#)

Perineal injuries OR Wounds and injuries OR Lacerations Select a Field (optional) Search

AND - Risk factors Select a Field (optional) Create Alert

AND - birth OR Parturition OR childbirth Select a Field (optional) Clear ?

Basic Search Advanced Search Search History

Refine Results Search Results: 1 - 50 of 678 Relevance Page Op

Current Search

Boolean/Phrase: (Perineal injuries OR Wounds and injuries OR Lacerations OR Episiotomy)

Expanders

Apply equivalent subjects

Limiters

Publication Date: 20180101-20241231

Limit To

Full Text

References Available

Peer Reviewed

From: 2018 To: 2024

Show More

Source Types

1. **Birth-Related Perineal Trauma in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis.**

Academic Journal

Show all 13 Images

HTML Full Text PDF Full Text Full Text Finder

2. **Factors associated with infection after operative vaginal birth—a secondary analysis of a randomized controlled trial of prophylactic antibiotics for the prevention of infection following operative vaginal birth.**

Academic Journal

Open Access Google Scholar

3. **Risk factors for episiotomy during vaginal childbirth: A retrospective cohort study in Western China.**

Academic Journal

Full Text Finder Google Scholar

Você está compartilhando a tela Interromper Compartilhamento

New Search Subjects Publications Images Evidence-Based Care Sheets More

UNIVERSIDADE DE EVORA

Searching: Academic Search Complete, [Show all](#) | [Choose Databases](#)

Perineal injuries OR Wounds and injuries OR Lacerations Select a Field (optional) Search

AND - Risk factors Select a Field (optional) Create Alert

AND - birth OR Parturition OR childbirth Select a Field (optional) Clear ?

Basic Search Advanced Search Search History

Search Options

Search Modes and Expanders

Search modes

Boolean/Phrase

Find all my search terms

SmartText Searching (STT)

Limit your results

Full Text

Peer Reviewed

Publication

Document Type

Full Text

References Available

Publication Date

Start year: 2018 End year: 2024

Publication Type

Journal Article

Thesis Publications

Peer Review

Falando: Margarida Sim-Sim

Você está compartilhando a tela Interromper Compartilhamento

Choose Databases

Detailed View (Title lists included)

Select / deselect all

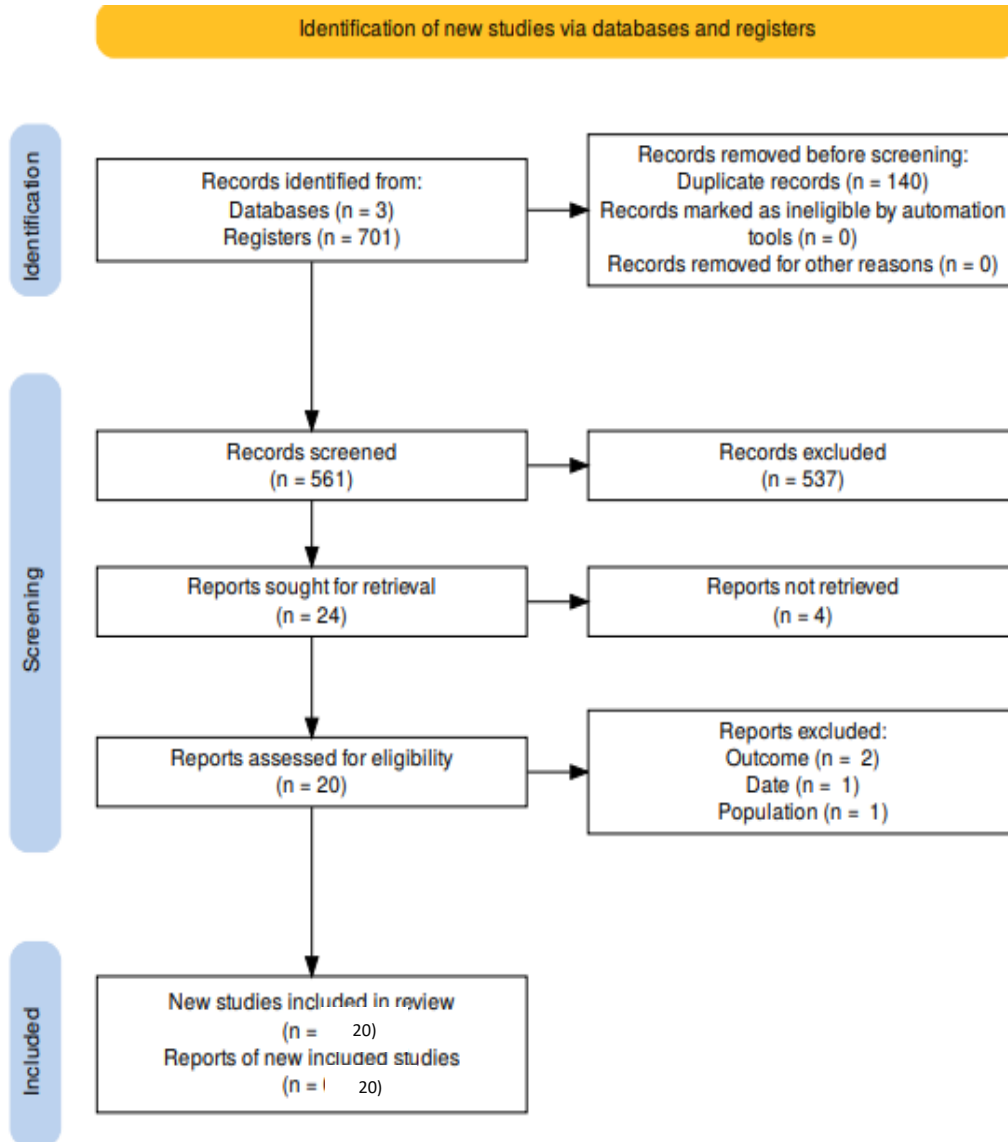
OK Cancel

- Academic Search Complete
- Business Source Complete
- CINAHL Plus with Full Text
- eBook Collection (EBSCOhost)
- eBook University Press Collection (EBSCOhost)
- ERIC
- Library Information Science & Technology Abstracts
- Medline
- MEDLINE with Full Text
- Psychology and Behavioral Sciences Collection
- Regional Business News
- SPORTDiscus with Full Text
- Teacher Reference Center

OK Cancel

## Apêndice H: Diagrama PRISMA

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



\*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

\*\*If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

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

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

## Apêndice I: Referências Exportadas do Software Rayyan para o Ficheiro Excel

	A	B	C	F	K
1	key	title	year	journal	authors
2	rayyan-12351	Spontaneous Perineal Trauma during Non-Operative Childbirth-I	2022	International journal of environmental research and pub	BÄ...czek G and RzoÄ...ca E and Sys D and Rychlew I
3	rayyan-12351	Relation between Epidural Analgesia and severe perineal lacerat	2019	MIDWIFERY	Garcia-Lausin, L and Perez-Botella, M and Duran,
4	rayyan-12351	Risk and protective factors for obstetric anal sphincter injuri	2018	BIRTH-ISSUES IN PERINATAL CARE	Marschalek, ML and Worda, C and Kuessel, L and I
5	rayyan-12351	Risk Factors in Third and Fourth Degree Perineal Tears in Wome	2021	JOURNAL OF PERSONALIZED MEDICINE	Barca, JA and Bravo, C and Pintado-Recarte, MP a
6	rayyan-12351	Effect of body mass index on the incidence of perineal trauma	2018	INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTET	Durnea, CM and Jaffery, AE and Gauthaman, N and
7	rayyan-12351	Evaluation of a policy of restrictive episiotomy on the incidence	2020	JOURNAL OF GYNECOLOGY OBSTETRICS AND HUMAN	Blanc-Petitjean, P and Meunier, G and Sibiude, J a
8	rayyan-12351	Risk factors for perineal and vaginal tears in primiparous wome	2020	BMC PREGNANCY AND CHILDBIRTH	Jansson, MH and FranzÄ...n, K and Hiyoshi, A and T
9	rayyan-12351	Modifiable and non-modifiable risk factors for obstetric anal sph	2022	BMC PREGNANCY AND CHILDBIRTH	Klokk, R and Bakken, KS and Markestad, T and Holt
10	rayyan-12351	Maternal origin matters: Country of birth as a risk factor for obst	2024	INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTET	AndrÄ...n, K and Stuart, A and KÄ...n, K
11	rayyan-12351	Incidence and risk factors of third- and fourth-degree perineal te	2018	EUROPEAN JOURNAL OF OBSTETRICS & GYNECOLOGY	Frigerio, M and Manodoro, S and Bernasconi, DP a
12	rayyan-12351	Language barrier as a risk factor for obstetric anal sphincter inju	2021	JOURNAL OF GYNECOLOGY OBSTETRICS AND HUMAN	Schrot-Sanyan, S and Kolanska, K and Haimeur, Y.
13	rayyan-12351	Episiotomy and perineal tear risk factors in a group of 4493 wom	2018	HEALTH CARE FOR WOMEN INTERNATIONAL	Gebuza, G and Kazmierczak, M and Gdaniec, A an
14	rayyan-12351	Occurrence and risk factors for second-degree perineal tears: A	2024	BIRTH-ISSUES IN PERINATAL CARE	Macedo, MD and Rislokken, J and Halle, T and Eng
15	rayyan-12351	Is the older perineum a safer perineum? Risk factors for obstetri	2021	IRISH JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE	Nolan, CE and O'Leary, BD and Cipriate, V
16	rayyan-12351	Which elements were significant in reducing obstetric anal sphii	2021	BMC PREGNANCY AND CHILDBIRTH	Rasmussen, OB and Yding, A and Andersen, CS an
17	rayyan-12351	Obstetric anal sphincter injuries-Maternal, fetal and sociodem	2022	ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA SCANDINAVIC	AndrÄ...n, K and Stuart, A and KÄ...n, K
18	rayyan-12351	The influence of the fundal pressure manoeuvre at delivery on th	2022	EUROPEAN JOURNAL OF OBSTETRICS & GYNECOLOGY	Bukovec, P and Sturm, B and Hodnik, JJ and Staric,
19	rayyan-12351	Factors associated with obstetric anal sphincter injuries in midw	2018	MIDWIFERY	Tunestveit, JW and Baghestan, E and Natvig, GK ar
20	rayyan-12351	Obstetric perineal tears: risk factors, wound infection and debis	2019	ARCHIVES OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS	Commasen, D and Mohr, FA and Druis, HC and Qui

## Apêndice J: Análise dos Artigos selecionados para a Revisão da Literatura

Figura 21. Nível de evidência classificado conforme JBI Levels of Evidence - Obstetric anal sphincter injury (OASIS)

Autor, ano & país	Desenho do estudo	Objetivo	Amostra	Metodos de análise	Fatores incluídos	Resultados		
						Fator Risco	Fator Protetor	Comentarios
Est1: Frigerio et al, 2018.  Itália  Nível 3C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte Retrospectivo<sup>1</sup></li> <li>• 2011-2015</li> <li>• Classificação RCOG◆</li> </ul>	<p><b>Objetivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidência/Taxas de lacerações perineais de 3°/4° G</li> <li>• Fatores de risco para lacerações perineais de 3°/4°G</li> </ul> <p>VD=3°/4°G</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Universitário</li> <li>• n=10133</li> <li>• GrupoA=62</li> <li>• GrupoB=10071</li> <li>• Apresentação cefálica</li> <li>• Feto único cefálico</li> <li>• IG &gt;20Semanas</li> <li>• Ventosa/ Forceps =456 (4.5%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica Pred: análise Univariada</li> <li>• Regressão Logística Multivariada [sim/não laceração]</li> <li>• Stepwise backward</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Univariada [classificação das variáveis]:</li> <li>• Associação do trauma:</li> <li>• IG&gt;40S;</li> <li>• Nuliparidade;</li> <li>• obesidade moderada a severa;</li> <li>• oxitocina na fase expulsiva;</li> <li>• Apresentação de Frente ou Bregma;</li> <li>• Parto instrumental;</li> <li>• Distócia de ombros</li> <li>• Período expulsivo ≥90m;</li> <li>• Litotomia;</li> <li>• Peso fetal &gt;4kg;</li> <li>• Perímetro cefálico &gt;34cm;</li> <li>• Comprimento&gt;50cm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidade moderada a severa: 2.8 vezes mais chances</li> <li>• Parto instrumental: 2.6 vezes mais de chances;</li> <li>• O OR na Macrossomia revela que tal variável não prediz com propriedade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não revelado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidência=Lacerações graves em .006% das ♀ [62 casos]</li> </ul>
Est2: Marschalek et al, 2018.  Austria  Nível 3C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte Retrospectivo</li> <li>• 2008-2014</li> <li>• Classificação Sutan⊗</li> </ul>	<p><b>Objetivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidência de rasgadura esfínter anal</li> <li>• Fatores associados de risco e protetores</li> </ul> <p>VD=3°/4°G</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 82 hospitais</li> <li>• n=168137</li> <li>• Primíparas</li> <li>• IG ≥37Semanas</li> <li>• Feto unico cefalico</li> <li>• Grupos Idade (&lt;19; 20-30; 31-40; &gt;40)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica Pred: análise Univariada</li> <li>• Regressão Logística Binária Multivariada [sim/não rasgadura esfínter]</li> <li>• Backward selection</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ano do parto</li> <li>• Idade ♀</li> <li>• Peso RN (&lt;3000, 3000-4000, &gt;4000)</li> <li>• Tipo parto <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Espontâneo</li> <li>❖ Espontâneo c/ episio</li> <li>❖ Fórceps s/ episio</li> <li>❖ Fórceps c/ episio</li> <li>❖ Ventosa s/ episio</li> <li>❖ Ventosa c/ episio</li> </ul> </li> <li>• IMC (&lt;30 -&gt;30 kg/m<sup>2</sup>)</li> <li>• Analgesia Epidural S/Ñ</li> <li>• Posição no parto (deitado na cama, quadrupedia, água)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade&gt;19anos</li> <li>• Peso RN&gt;4Kg</li> <li>• Parto ventosa</li> <li>• Episio Mediolateral risco no parto espontâneo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episio Mediolateral protetor no parto ventosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidência rasgadura do esfínter = 2.6% (2.1% Vs 3.1%)</li> <li>• Parto Ventosa (12.1% vs 12.8%)</li> <li>• Parto forceps (.4% vs .1%)</li> <li>• Episio (35.9% vs 26.4%)</li> </ul>

<sup>1</sup> Os estudos de coorte são o único tipo de estudo observacional que pode determinar o RR.

Autor, ano & país	Desenho do estudo	Objetivo	Amostra	Metodos de análise	Fatores incluídos	Resultados		
						Fator Risco	Fator Protetor	Comentarios
Est3: Simek et al, 2018.  Austria  Nivel 3C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corte retrospectivo</li> <li>• 2003-2013</li> </ul>	<p><b>Objetivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidência da laceração clitoriana</li> <li>• Preditores da laceração clitoriana</li> </ul> <p>71/14739 (.5%) laceração clitoriana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medical University of Vienna</li> <li>• n=14739</li> <li>• Feto unico cefálico</li> <li>• IG&gt;24Semanas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica Pred p<sup>a</sup> Regressão binária</li> <li>• Analise multivariada de fatores significativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade ♀</li> <li>• IMC</li> <li>• IG</li> <li>• Paridade</li> <li>• Epidural</li> <li>• Episiotomia</li> <li>• Duração do 2º Estadio TP</li> <li>• Ventosa</li> <li>• Orientação posterior</li> <li>• Posição no parto (litotomia, lateral, quadrupedia, em pé, água)</li> <li>• Peso RN</li> <li>• Perímetro craneano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epidural baixou o risco de laceração clitoriana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidência Laceração =.5%</li> </ul>
Est4: Tunestveit et al, 2018.  Noruega Nivel 4b	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transversal</li> <li>• Prospetivo</li> </ul>	<p><b>Objetivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigar a associação entre Rasgadura do esfinter anal (OASI) e as práticas das parteiras</li> </ul> <p>VD=OASI vs Intacto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Universitário</li> <li>• N=757♀</li> <li>• Primiparas =129</li> <li>• Multiparas = 628</li> <li>• OASI=96 (12.7%)</li> <li>• Perineo intacto=661 (87.3%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regressão Logística Binária</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio manual do perineo (Manobra de Ritgen)</li> <li>• Saída ativa dos ombros</li> <li>• Posição materna</li> <li>• Técnicas respiratórias no 2º Estadio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puxo na coroação tem 3,1 mais chances de OASI</li> <li>• Posição supina</li> <li>• Ociticina po &gt;30m no 2º estadio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posição de joelhos diminui o risco de OASI</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primiparas OASI=61(8.05%)</li> <li>• Primiparas Intact=68(8.98%)</li> <li>• Multiparas OASI=35(4.62%)</li> <li>• Multiparas Intact=593(78.33%)</li> </ul>
Est5: Gebuz et al, 2018  Polónia Nivel 4b	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dois cortes transversais</li> <li>• (Dados de 2010 &amp; 2015)</li> </ul>	<p><b>Objetivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar fatores associados a episiotomia e laceração perineal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de 3º nivel</li> <li>• N=4493♀</li> <li>• Primiparas = 2248(50.05%)</li> <li>• Multiparas= 2243(49.95%)</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regressão Logística</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso do RN</li> <li>• Idade da mulher</li> <li>• Tipo de parto (normal vs instrumental)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso fetal ≥3.5Kg</li> <li>• Idade mais elevada</li> <li>• Parto instrumental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A episiotomia protege o perineo de lacerações de 3º e 4º G</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De 2010 – 2015: Lacerações de 1ºG cresceram; de 2º grau cresceram, de 3ºGcresceram, de 4ºG diminuíram</li> <li>• A diminuição da taxa de episiotomia aumenta a taxa de lacerações de 3º/4ºG</li> </ul>
Est6: Garcia-Lausin et al, 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prospectivo cohort</li> <li>• Dados de julho2006 a julho 2017</li> </ul>	<p><b>Objetivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudar a associação entre o uso de analgesia epidural e o o risco de lacerações severas (3º/4ºG) e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multicêntrico em 30 maternidades publicas</li> <li>• N=5497 ♀</li> <li>• Partos Instrumentais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regressão Logística Multivariada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epidural</li> <li>• Perfusão de Ocitocina</li> <li>• Episiotomia</li> <li>• Paridade</li> <li>• Posição de litotomia</li> <li>• Idade gestacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto instrumental</li> <li>• Induzir o parto</li> <li>• Imobilidade na cama</li> <li>• Primiparidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulheres com parto espontâneo sem episiotomia mantém baixas taxas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laceração perineal severa 1.63%</li> <li>• Analgesia epidural não está associada a Laceração perineal severa</li> </ul>

Autor, ano & país	Desenho do estudo	Objectivo	Amostra	Metodos de análise	Fatores incluídos	Resultados		
						Fator Risco	Fator Protetor	Comentarios
Nivel 3c Espanha	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Classificação RCOG◆</li> </ul>	outros riscos adicionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partos espontâneos</li> <li>• Analgesia Epidural 77.46%</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso do RN</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>de lacerações severas</li> <li>• Posições alternativas à litotomia</li> <li>• Multiparidade</li> </ul>	
Est7: Jansson et al, 2020  Nivel 3c  Suécia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prospetivo Cohort</li> <li>• Longitudinal (4 tempos)</li> <li>• Dados de Outubro 2014 a outubro 2017</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calcular a incidência de lacerações de 2ºe 3ºG, OASI, lacerações altas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital local</li> <li>• Primíparas</li> <li>• N=644♀</li> <li>• Admissão no estudo no inicio da gravidez</li> <li>• 36 semanas</li> <li>• 8 semanas pos-parto</li> <li>• 1 ano pós-parto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regressão Logística e Multinomial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociodemograficas</li> <li>• Carateristica da gravidez</li> <li>• Fatores hereditários</li> <li>• Gestão obstetrica</li> <li>• Processo expulsivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lacerações de 2ºG OASI</li> <li>• RN &gt;4Kg</li> <li>• Parto instrumental por ventosa</li> <li>• Parto pós-termo</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lacerações altas:</li> <li>• Disf Hereditaria do assoalho</li> <li>• Dçª tecido conjuntivo</li> <li>• Perimetro cefálico &gt;35cm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lacerações de 2ºG OASI:</li> <li>• Posição com flexibilidade do sacro</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lacerações altas:</li> <li>• Parto pós-termo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As chances de ter laceração de 2º grau é 2.22 vezes maior nas ♀ com RN macrosomico</li> <li>• Razão de chances de 2.41 nas ♀ com RN macrosomico</li> <li>• Razão de chances de 6.02 para OASI se ocorresse ventosa</li> </ul>
Est8: Nolan et al, 2021  Nivel 4b  Irlanda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retrospectivo</li> <li>• Corte transversal</li> <li>• Dados de 2008 a 2017</li> <li>• Classificação RCOG◆</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar fatores de risco maternos, fetais e intraparto associados a OASI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Regional</li> <li>• N=23887</li> <li>• Vag espontaneos=77.6%</li> <li>• Ventosa=15.86%</li> <li>• Forceps=5.01%</li> <li>• Instrumental em sequência=1.65%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regressão Logística Multipla</li> <li>• VD=OASI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paridade</li> <li>• Etnia</li> <li>• Tipos de parto</li> <li>• Apresentação fetal</li> <li>• Idade materna</li> <li>• Peso do RN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primiparidade</li> <li>• Etnia Asiática</li> <li>• Forceps</li> <li>• Instrumental sequencial</li> <li>• Distocia de ombros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade materna ≥35 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de OASI=1.76%</li> <li>• Ventosa não aumentou significativamente o risco de laceração deste nivel</li> </ul>
Est9: Sorbye et al, 2022  Nivel 3c  Noruega	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte de base populacional</li> <li>• Dados de 2008 a 2017</li> <li>• Classificação Sutan⊗</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calcular a associação entre a proveniência geografica/familiar materna e a presença de OASI de acordo com o tempo de residência [na Noruega]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Central</li> <li>• Primíparas</li> <li>• N=188658</li> <li>• Parto vaginal</li> <li>• Apresentação cefálica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analise Univariada</li> <li>• Regressão Logística Multivariada</li> <li>• VD=OASI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Origem étnica materna</li> <li>• Local de nascimento da ♀</li> <li>• ♀ de países de baixa renda</li> <li>• ♀ de países de lata renda</li> <li>• Tempo de residencia na Noruega</li> <li>• Idade materna</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Habilitações literárias</li> <li>• IMC anterior à gravidez</li> <li>• Peso atual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etnia Asiática</li> <li>• Imigrantes recentes</li> <li>• Imigrantes com companheiro estrangeiro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ♀ de regiões de alta renda e da Europa e Ásia Central tinham &lt; probabilidade de OASI em comparação com mulheres norueguesas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de OASI=3.4%</li> <li>❖ Indianas taxa de OASI 9.9%</li> <li>❖ Vietnamitas 7.4%</li> <li>❖ Filipinas 6.5%</li> <li>❖ Tailandesas 5.7%</li> <li>❖ Paquistanesas 4.9%</li> <li>❖ Nepalesas 4.2%</li> </ul>

Autor, ano & país	Desenho do estudo	Objectivo	Amostra	Metodos de análise	Fatores incluídos	Resultados		
						Fator Risco	Fator Protetor	Comentarios
					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabagismo no final da gravidez</li> <li>• Peso RN</li> <li>• Naturalidade do companheiro</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiáticas com 2.24 mais chances</li> <li>• Residentes na Noruega há menos tempo [0-4 anos] têm maior chance de OASI</li> <li>• Menor risco de OASI em ♀ migrantes com parceiro norueguês</li> </ul>
Est10: Oncu et al, 2021  Nível 3c Turquia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo Caso-Control prospetivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o efeito da Pressão fundal no 2º estadio do TP relativa/ a OASI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Universitario</li> <li>• Primiparas adultas</li> <li>• Gravidez a termo</li> <li>• N=73 (37 sofreram Pressão fundal; 36 com parto normal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regressão Multivariada</li> <li>• Grupo experimental=37♀</li> <li>• Grupo Controle=36♀</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade materna</li> <li>• Peso fetal</li> <li>• Episiotomia</li> <li>• Duração do 2º estágio</li> <li>• Pressão fundal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os fatores propostos não se verificaram</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não revelados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A pressão fundal (Manobra de Kristler), com episiotomia medio-lateral, durante o 2º Estadio de TP não aumenta a taxa de OASI</li> </ul>
Est11: Rasmussen et al, 2021  Nível 3c Dinamarca	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo prospetivo follow-up</li> <li>• Dados 2016-2019</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examinar os elementos que de um conjunto/pacote de cuidados são protetores de OASI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital</li> <li>• N=10383</li> <li>• Parto vaginal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise Univariada</li> <li>• Regressão</li> <li>• VD=OASI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação</li> <li>• Perineum visível</li> <li>• Hands-on na cabeça fetal</li> <li>• Apoio perineal (Manobra de Ritgen?)</li> <li>• Epidural</li> <li>• P. Ocitocica</li> <li>• Parto instrumentado</li> <li>• Certificação da formação sobre o pacote de cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primiparas</li> <li>• Macrosomia</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hands-on na cabeça fetal risco de OASI menor</li> <li>• Apoio do períneo risco de OASI menor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de OASI=1.9%</li> <li>• Primiparas=3.2%</li> </ul>
Est12: Barca et al, 2021  Nível 3c Espanha	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo Observacional Retrospectivo em Coorte de utentes de hospital</li> <li>• Dados de 2010 a 2017</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar os riscos associados a laceração perineal de 3º/4ºG</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Universitario</li> <li>• N=33026</li> <li>• Primiparas media 32A</li> <li>• Grupo 1= 301 ♀ com laceração de 3º/4ºG</li> <li>• Grupo 2= 32725 ♀ restantes que incluíam tb ♀ com lacerações de 1º/2ºG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analise Univariada</li> <li>• Regressão multivariada</li> <li>• Estudo ambiespectivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primiparidade</li> <li>• Idade gestacional</li> <li>• Indução do parto</li> <li>• Instrumental por forceps</li> <li>• Instrumental por espátulas</li> <li>• Com episiotomia</li> <li>• Peso do RN</li> <li>• APGAR (...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primiparidade</li> <li>• Episiotomia</li> <li>• Parto instrumental</li> <li>• Peso do RN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não declarado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neste estudo, os fatores mais relevantes para a laceração 3º/4ºG são fatores modificáveis, cuja orientação ou solução se pode encontrar nos cuidados de saúde (episiotomia, parto instrumental, peso do RN)</li> </ul>



Autor, ano & país	Desenho do estudo	Objectivo	Amostra	Metodos de análise	Fatores incluídos	Resultados		
						Fator Risco	Fator Protetor	Comentarios
Est13: Schrot-Sanyan et al, 2021 Nível 3d	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudo caso-control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar o efeito da lingua como barreira no risco para OASIS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grupo Casos=171</li> <li>Grupo controlo=163</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regressão multivariada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etnia</li> <li>Idade</li> <li>Parto vaginal anterior</li> <li>Tipo de parto</li> <li>Episiotomia profilática</li> <li>Peso do RN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barreira linguistica é determinante para OASIS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não reveldos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A circuntancia de barreira linguistica aumenta a chance de OASIS 3.32 chnaces</li> <li>Parto de apresentação posterior aumenta as chances de OASIS em 6.33</li> <li>Origem Afro aumenta as chances em 1,85</li> <li>Maior duração doTP chances aumentam 1.03</li> </ul>
Est14: Klokk et al, 2022 Nível 3d Noruega	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudo caso-control retrospectivo</li> <li>Dados de Janeiro de 1990 a Dezembro de 2002</li> <li>**Classificação ICD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explorar fatores modificáveis e não modificaveis de risco para OASIS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>N=842</li> <li>Primiparas=550</li> <li>Multiparas=292</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analise multivariada foi realizada para reconhecer fatores confundidores</li> <li>Regressão multivariada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paridade</li> <li>Peso do RN</li> <li>Rotura de membranas</li> <li>PO</li> <li>Tipo de parto</li> <li>Episiotomia</li> </ul>	FATORES Ñ-MODIFICACVEIS Para as primíparas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Idade materna mais elevada</li> <li>Macrossomia</li> </ul> Para as multiparas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Macrossomia</li> </ul> FATORES MODIFICAVEIS: <ul style="list-style-type: none"> <li>Amniotomia</li> <li>Perfusão Ocitocica</li> <li>Parto por ventosa</li> <li>Parto com forceps</li> <li>Episiotomia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não revelados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incidência de OASIS=3.4%, que cresceu para 5.8%</li> </ul>
Est15: Macedo et al, 2024 Nível 3c Noruega	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudo de coorte prospetivo</li> <li>Dados de Outubro 2020 a Fevereiro 2022</li> <li>Classificação RCOG◆</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecer a ocorrência de lacerações perineias, quando as de 2º grau estão sub-categorizadas</li> <li>Conhecer a associação entre variáveis da anatomia do períneo e potenciais riscos para lecerações de 2º grau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>N=808</li> <li>Primiparas e Multiparas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analise univariada</li> <li>Regressão multinomial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paridade</li> <li>Comprimento do hiato genital;</li> <li>Altura/comprimento corporal perineal;</li> <li>Duração do TP</li> <li>Trauma perineal prévio.</li> <li>Episiotomia</li> <li>Apresentação fetal</li> <li>Tipo de parto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Primiparidade</li> <li>Comprimento do corpo perineal</li> <li>Comprimento do hiato genital mais curto</li> <li>Maior duração do 2º Estadio do TP</li> <li>Apresentação fetal não-occipital</li> <li>Parto instrumental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não declarado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lacerações de 1ºG=35.6%</li> <li>De 2ºA G=16.3%; 2ºBG=9.1&amp;; 2ºCG=6.6 [32%]</li> <li>De 3º/4ºG=1.6%</li> </ul>

Autor, ano & país	Desenho do estudo	Objectivo	Amostra	Metodos de análise	Fatores incluídos	Resultados		
						Fator Risco	Fator Protetor	Comentarios
Est16: André et al, 2024  Nível 3c  Suécia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo de Coorte</li> <li>• Dados de 2005 a 2016</li> <li>• **Classificação ICD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar a associação entre o país de residência materna e OASIS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registos de Saude da Suécia</li> <li>• N=988804</li> <li>• ♀ Suécia, Outros Nordicos, Europa/USA/ Canada/Australia, Africa Sub-Sahariana, Medio Oriete, Asia Sul e Sueste, america Sul e Central</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regressão de Poisson</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nacionalidade materna</li> <li>• Idade materna</li> <li>• Paridade</li> <li>• Tabagismo</li> <li>• IMC</li> <li>• Altura materna</li> <li>• Habilitações literarias</li> <li>• Tipo de parto</li> <li>• Episiotomia</li> <li>• Cesariana anterior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nacionalidade Asiatica e sub Saharina</li> <li>• Mutilação genital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episiotomia tem efeito protetoe, mas não nas mulheres com Mutilação genital feninina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de OASIS nas ♀ nascidas na Suécia =3.5%</li> <li>• ♀ Asiáticas têm risco acrescido de 1.71, sub-Saharianas acrescido de 1.6</li> <li>• ♀ da America do Sul e Central diminuição do risco de OASIS</li> <li>• Mutilação genital aumenta o risco 3.05 vezes</li> </ul>
Est17: Bukovec et al, 2022  Nível 3c  Eslovénia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retrospetivo</li> <li>• Corte transversal</li> <li>• Dados de 2017 a 2021</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar os beneficios e efeitos adversos depois de pressão fundal (Manobra de Kristller)</li> <li>• Correlação com a episiotomia</li> <li>• Disfunção do assoalho tal como incontinencia e lesão esfinteriana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo experimental=96♀</li> <li>• Grupo Controle = 90♀</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testes não-paramétricos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade da ♀</li> <li>• Peso</li> <li>• Altura</li> <li>• IMC</li> <li>• Peso do RN</li> <li>• Perimetro cefalico do RN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não revelados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não revelados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se observou relação estatisticamente significativa entre a pressão fundal e a laceração esfinteriana, embora o G-Experimental tivesse rotura mais profundas relativamete ao G-Control</li> <li>• Sem diferenças na episiotomia</li> <li>• A Pressão fundal pode ser usada com segurança combinada como parto instrumental, se aplicada cuidadosamente</li> </ul>
Est18: Gomez-Cedillo et al, 2020  Nível 3d Espanha	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo observacional retrospectivo de caso-control</li> <li>• Dados janeiro de 2012 a Dezembro 2017</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calcular a prevalência de OASI e riscos associados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N=269</li> <li>• Grupo de casos=88</li> <li>• Grupo control (aleatorizado)=181</li> <li>• Partos vaginiais, &gt;36S</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analise univariada</li> <li>• Análise multivariada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto Instrumental</li> <li>• Paridade</li> <li>• Peso RN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto por forceps</li> <li>• Parto com espatulas Thierry</li> <li>• Parto com ventosa</li> <li>• Primiparidade</li> <li>• Macrossomia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não revelados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalencia de OASIS=1.42% nos partos vaginiais</li> <li>• Primiparas têm 3.84 vezes mais chances</li> <li>• ♀ c/ apresentação occipito posterior 7,23 mais cjanças</li> </ul>

Autor, ano & país	Desenho do estudo	Objectivo	Amostra	Metodos de análise	Fatores incluídos	Resultados		
						Fator Risco	Fator Protetor	Comentarios
								<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior duração do TP 1.99 chances</li> <li>• Episiotomia 3.51 mais chances</li> <li>• Assistente de Gineco-Obst</li> </ul>
Est19: Gommessen et al, 2019 Dinamarca	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo de Coorte Prospetivo</li> <li>• Dados de julho 2015 a janeiro 2018</li> </ul> <p>□ Classificação RCOG Green-top Guideline nº 29</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer os fatores de risco relativamente a laceração perineal, infeção da ferida e deiscencia em mulheres primíparas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo Multicentrico</li> <li>• 4 hospitais</li> <li>• N=603</li> <li>• Ferida perineal observada aos 11-21 dias pós-parto</li> <li>• Amostra estratificada em 3 grupos por grau de rotura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regressão Logística</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de parto</li> <li>• Peso RN</li> <li>• Índice de massa corporal</li> <li>• Episiotomia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto instrumental [3º/4ºG]</li> <li>• Macrossomia [3º/4ºG]</li> <li>• Obesidade</li> <li>• Episiotomia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento com antibiótico diminui o risco de deiscencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter parto instrumental aumenta 13.7 vezes as chances de laceração</li> <li>• A macrossomia aumenta 3.27 vezes</li> <li>• IMC&gt;35 aumenta em 7.66 as chances de infeção e 3.46 de deiscencia</li> <li>• Episiotomia triplica o risco de infeção</li> </ul>
Est20: André et al, 2022 Nível 4b Suécia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observacional retrospectivo</li> <li>• Dados de 2005-2016</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar fatores de risco e proteção de OASIS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registos Médicos de Nascimento</li> <li>• N=988988♀</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regressão de Poisson modificada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesta</li> <li>• Paridade</li> <li>• Tipo de parto</li> <li>• Peso do RN</li> <li>• Idade materna</li> <li>• Habilitações literárias</li> <li>• Condição estado-ponderal materna</li> <li>• Habitos tabágicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primiparidade</li> <li>• Parto por ventosa</li> <li>• Parto por forceps</li> <li>• Cesariana</li> <li>• Macrossomia</li> <li>• Maior idade materna</li> <li>• Menor estatura materna</li> <li>• Obesidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabagismo</li> <li>• Menor habilitação literaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de OASIS = 3.5%</li> <li>• ♀&gt;35A, o risco aumenta 20%</li> <li>• ♀&lt;1.55m altura têm 1.34 vezes maior risco</li> <li>• Primiparas&gt;3.13 risco</li> <li>• Parto ventosa&gt;2.79 risco; forceps 4.27 risco</li> <li>• Macrossomios 2.61 maior risco</li> <li>• Vaginal birth after C-section&gt;risco</li> </ul>

◆ Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG)

⊗ Sultan AH. Editorial: Obstetrical Perineal Injury and Anal Incontinence. *Clinical Risk*. 1999;5(6):193-196. doi:[10.1177/135626229900500601](https://doi.org/10.1177/135626229900500601)

OASI Obstetric Anal Sphincter injury

□ Third- and Fourth-degree Perineal Tears, Management (Green-top Guideline No. 29) <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/>

※ Classificação ICD <https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/O00-O9A/O60-O77/O70-/O70.4>

## Apêndice K: Temas emergentes da Revisão Temática

Figura 22. Temas Emergentes na Revisão Temática

