

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

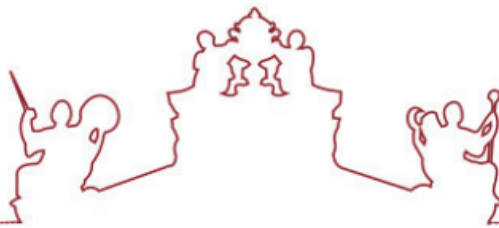
Relatório de Estágio

Integridade Perineal Durante o Parto: Contributos da Enfermeira Obstetra

Inês Guerreiro Rosa

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2025



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

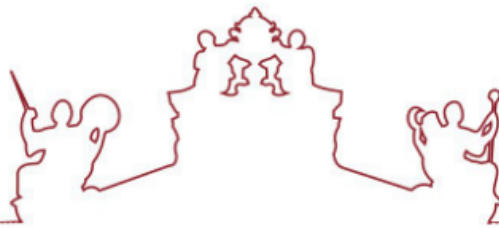
Integridade Perineal Durante o Parto: Contributos da Enfermeira Obstetra

Inês Guerreiro Rosa

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2025





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 | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora) (Orientador)
Paula Bilro (Universidade de Évora) (Arguente)

“O amor é a materia prima de qualquer sonho”

Paulo Coelho

Agradecimentos

O presente relatório representa o culminar de uma longa caminhada de crescimento pessoal e profissional, marcada por desafios, dedicação e aprendizagens que me conduziram ao objetivo tão desejado: tornar-me Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Expresso a minha mais profunda gratidão à Professora Doutora Maria Otilia Zangão, pela orientação sábia e pela disponibilidade constante.

Ao Miguel, o meu namorado e agora futuro marido, agradeço o apoio incondicional, a paciência infinita e a forma como soube transformar as minhas lágrimas em força nos momentos menos bons.

Aos meus pais, que desde o início acreditaram no meu sonho e foram os primeiros a incentivar esta jornada, obrigada por me inspirarem diariamente a ser melhor, como pessoa e como profissional.

Às minhas Enfermeiras Supervisoras, Maria José Nobre, Solena Correia, Ana Martins, Graça Santinho, Eduarda Espernega e Sandra Simões, deixo o meu sincero agradecimento pelo empenho, pela partilha generosa de conhecimentos e experiências, e por cada oportunidade de aprendizagem que tanto contribuiu para o meu crescimento.

Às minhas colegas do Serviço de Obstetrícia, obrigada pela compreensão, paciência e espírito de entreajuda que tornaram este caminho mais leve. Cada troca de turno, cada palavra de incentivo e cada gesto de empatia marcaram profundamente estes dois anos.

Às minhas colegas e agora amigas, Inês, Nádía e Rita, obrigada por estarem sempre presentes, por cada viagem partilhada, cada desabafo, cada lágrima e cada gargalhada que fizeram desta jornada algo muito mais especial do que alguma vez imaginei.

E, por fim, uma palavra especial às minhas amigas de sempre, que, em Beja, noutras cidades ou até do outro lado do mundo, nunca deixaram de estar presentes. A vossa compreensão, o vosso apoio e as vossas palavras de encorajamento foram essenciais para que mantivesse a determinação e chegasse até aqui.

Acrónimos/Siglas

ACOG - *American College of Obstetricians and Gynecologists*

APA - *American Psychological Association*

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CTG - Cardiotocografia

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DGS - Direção-Geral da Saúde

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ENPFR - Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

ESESJD - Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez

OASIS - *Obstetric Anal Sphincter Injuries* (Lesão Obstétrica do Esfíncter Anal)

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

PNVGBR - Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco

PPPP - Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade

RCOG - *Royal College of Obstetricians and Gynecologists*

RN - Recém-Nascido

ScR - *Scoping Review*

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SUOG - Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TP - Trabalho de Parto

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

UNICEF - *United Nations International Children's Emergency Fund*

WHO - *World Health Organization's*

Título: Integridade Perineal Durante o Parto: Contributos da Enfermeira Obstetra

RESUMO

Enquadramento: O Estágio de Natureza Profissional, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, constituiu uma etapa determinante para o desenvolvimento de competências teórico-práticas especializadas. **Objetivo:** Descrever crítica e reflexivamente o processo de aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, articulando a prática clínica com a evidência científica sobre estratégias preventivas para a preservação da integridade perineal durante o parto. **Metodologia:** O estágio decorreu em diferentes contextos clínicos, sendo complementado por uma Scoping Review que possibilitou mapear a evidência científica existente e fundamentar a análise das práticas observadas, com base na Teoria do Cuidado de Kristen Swanson. **Resultados:** Consolidaram-se competências técnicas, científicas e relacionais através da aplicação de estratégias preventivas baseadas na evidência científica: técnicas manuais de proteção perineal, compressas mornas, massagem intraparto, posições fisiológicas e cuidados individualizados, orientados pelos cinco processos da Teoria de Swanson. **Conclusão:** Os objetivos definidos foram alcançados, evidenciando a relevância da articulação teórico-prática, promovendo cuidados humanizados e baseados em evidência que respeitam a dignidade da mulher e promovem experiências de parto positivas.

Descritores/Palavras-chave: Assoalho Pélvico; Períneo; Lacerações; Parto; Enfermeiros Obstétricos

Title: *Perineal Integrity During Childbirth: The Contribution of the Obstetric Nurse*

ABSTRACT

Framework: *The Professional Internship, carried out as part of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, was a decisive step in the development of specialized theoretical and practical skills. **Objective:** Critically and reflectively describe the process of acquiring common and specific skills for Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health Nursing, linking clinical practice with scientific evidence on preventive strategies for preserving perineal integrity during childbirth. **Methodology:** The internship took place in different clinical settings and was complemented by a Scoping Review that made it possible to map the existing scientific evidence and substantiate the analysis of the practices observed, based on Kristen Swanson's Theory of Care. **Results:** Technical, scientific, and relational skills were consolidated through the application of preventive strategies based on scientific evidence: manual perineal protection techniques, warm compresses, intrapartum massage, physiological positions, and individualized care, guided by the five processes of Swanson's Theory. **Conclusion:** The defined objectives were achieved, highlighting the relevance of theoretical-practical coordination, promoting humanized and evidence-based care that respects women's dignity and promotes positive childbirth experiences.*

Descriptors/Key-words: *Pelvic Floor; Perineum; Lacerations; Parturition; Nurse Midwives*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	16
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ONDE DECORREU O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	17
1.1.1. Unidade Local de Saúde B	17
1.1.2. Unidade Local de Saúde A	26
1.2. METODOLOGIA	30
2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	36
2.1. ESTRATÉGIAS DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS PARA A PROMOÇÃO DA INTEGRIDADE PERINEAL NO PARTO VAGINAL.....	36
2.2. RESULTADOS EMPIRICOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA	41
2.3. DISCUSSÃO GERAL.....	60
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	63
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS.....	63
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	72
CONCLUSÃO	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXOS	110
ANEXO A – CERTIFICADO DO CURSO DE CONSELHEIRA DE ALEITAMENTO MATERNO	111
ANEXO B – CERTIFICADO DO CURSO DE SUTURA E LACERAÇÃO PERINEAL DESCOMPLICADA	113
ANEXO C – DECLARAÇÃO DE FORMAÇÃO “MASSAGEM PERINEAL INTRAPARTO”	114
ANEXO D - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COMO PALESTRANTE NO PROJETO “CAMINHOS DA MATERNIDADE”.....	115
ANEXO E - HEALTH INSIGHTS - CICLO DE FORMAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE	116
APÊNDICES	117
APÊNDICE A – REFLEXÃO UTILIZANDO O MODELO REFLEXIVO DE GIBBS	118
APÊNDICE B – UM PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW SOBRE ESTRATÉGIAS DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS PARA A PROMOÇÃO DA INTEGRIDADE PERINEAL NO PARTO VAGINAL	123

APÊNDICE C – ESTRATÉGIAS DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS PARA A PROMOÇÃO DA INTEGRIDADE PERINEAL NO PARTO VAGINAL: UMA SCOPING REVIEW	124
APÊNDICE D – APRESENTAÇÃO MASSAGEM PERINEAL INTRA PARTO.....	127
APÊNDICE E – FOLHETO MASSAGEM PERINEAL PARA GRAVIDAS	128
APÊNDICE F – APRESENTAÇÃO CUIDADOS DA PELE AO RECÉM-NASCIDO	129

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Área geográfica de abrangência da ULS B.....	18
Figura 2. Distribuição por Faixa Etária.....	42
Figura 3. Distribuição das parturientes por nacionalidade	43
Figura 4. Distribuição dos Desfechos Perineais na População de Origem Asiática	43
Figura 5. Distribuição por Idade Gestacional	44
Figura 6. Distribuição dos Desfechos Perineais	45
Figura 7. Distribuição da Paridade	45
Figura 8. Distribuição por Índice de Massa Corporal	46
Figura 9. Relação entre o IMC e os desfechos perineais.....	47
Figura 10. Distribuição por Indução do TP vs TP espontâneo	48
Figura 11. Relação entre a indução do TP e desfechos perineais	49
Figura 12. Distribuição por Analgesia	49
Figura 13. Relação entre a algesia epidural e desfechos perineais	50
Figura 14. Distribuição por peso dos RN ao nascer.....	51
Figura 15. Relação entre o peso dos RN ao nascer e os desfechos perineais	51
Figura 16. Distribuição da aplicação da massagem perineal intraparto	53
Figura 17. Distribuição dos desfechos perineais em mulheres submetidas ou não à massagem perineal intraparto	54
Figura 18. Distribuição da aplicação de compressas mornas no segundo estadio do TP	55
Figura 19. Distribuição dos desfechos perineais em mulheres submetidas ou não à aplicação de compressas mornas no segundo estadio do TP	55
Figura 20. Distribuição da aplicação combinada de compressas mornas e massagem perineal no segundo estadio do TP.....	56
Figura 21. Distribuição dos desfechos perineais em mulheres nas quais foi aplicada ou não, a combinação de compressas mornas e massagem perineal no segundo estadio do TP	57
Figura 22. Distribuição das posições de parto utilizadas pelas mulheres	58
Figura 23. Desfechos perineais nas diferentes posições de parto utilizadas pelas mulheres.....	59

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Contextos clínicos do 1º Semestre do 2º Ano	16
Tabela 2. Contextos clínicos do 2º Semestre do 2º Ano	16
Tabela 3. Classificação do grau de laceração perineal.....	37

INTRODUÇÃO

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MESMO] da Universidade de Évora [UÉ]/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus [ESESJD], é uma formação reconhecida pela Direção-Geral do Ensino Superior e pela Ordem dos Enfermeiros [OE], que confere o grau académico de mestre e permite a obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [EEESMO] (Universidade de Évora [UÉ], 2019).

Este curso visa dotar os estudantes das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e das competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019), abrangendo a vigilância e os cuidados à mulher no planeamento familiar, no período pré-concepcional, durante a gravidez, trabalho de parto [TP], parto, pós-parto e climatério, bem como nos processos de saúde ginecológica e na assistência ao recém-nascido [RN] (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a; 2019b). As competências comuns dos enfermeiros especialistas, organizadas em quatro domínios (responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais), constituem a base para uma prática diferenciada e de excelência (OE, 2019a). Estas competências integram-se com as competências específicas do EEESMO, que se centram no cuidado à mulher inserida na família e comunidade ao longo do seu ciclo reprodutivo (OE, 2019b).

No plano de estudos, encontra-se integrada a Unidade Curricular [UC] de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final [ENPRF], publicada em Diário da República (n.º 15812/2019, Série II, de 07 de outubro de 2019), com a duração de dois semestres, tendo iniciado a 16 de setembro de 2024 e com término a 22 de junho de 2025, correspondendo a 60 *European Credit Transfer and Accumulation System* (ECTS). Esta UC conjuga a prática clínica em diferentes contextos de cuidados: Cuidados de Saúde Primários [CSP], Internamento de Grávidas, Puerpério, Bloco de Partos, Urgência Obstétrica/Ginecológica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, com a elaboração de um relatório científico e reflexivo (UÉ, 2019). A sua estrutura visa assegurar a integração da evidência científica na prática clínica e o desenvolvimento progressivo de competências, desafiando o estudante a refletir sobre a sua evolução profissional e a fundamentar a sua prática.

No âmbito do ENPRF, cabe ao estudante a escolha de uma temática que norteie o percurso formativo. A mestranda optou por aprofundar os contributos da enfermeira obstetra para a preservação da integridade perineal durante o parto, reconhecendo a pertinência deste tema para a saúde da mulher e para a prática clínica do EEESMO, em consonância com as competências específicas relacionadas com o cuidar da mulher durante o TP (OE, 2019b).

O trauma perineal constitui uma das complicações mais frequentes do parto vaginal, podendo ocorrer sob a forma de lacerações espontâneas ou de episiotomia, sendo esta última uma incisão artificial do períneo, realizada pelo EEESMO ou médico obstetra, sendo considerada uma ferida cirúrgica (Graça, 2017). A evidência científica atual demonstra que aproximadamente 85% das mulheres experienciam algum grau de trauma perineal durante o parto vaginal, com impacto significativo na qualidade de vida pós-parto (Abedzadeh-Kalahroudi *et al.*, 2018; Ramar *et al.*, 2024).

Estas lesões são classificadas pelo *Royal College of Obstetricians and Gynecologists [RCOG]*, em quatro graus, consoante os tecidos acometidos (Royal College of Obstetricians and Gynecologists [RCOG], 2015). As lacerações de primeiro grau limitam-se à pele e/ou mucosa do períneo, sem envolvimento muscular. As de segundo grau estendem-se aos músculos perineais, mas não afetam o esfíncter anal. As de terceiro grau, por sua vez, incluem a lesão do esfíncter anal e subdividem-se de acordo com a extensão do dano. As de quarto grau, as mais graves, estendem-se ao esfíncter anal externo e interno e à mucosa retal, constituindo um problema relevante pela sua associação a dor persistente, disfunção sexual e incontinência urinária ou fecal, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres (Bączek *et al.*, 2022c; RCOG, 2015).

Segundo estudos recentes, as lacerações perineais graves (3º e 4º grau) afetam entre 0,25% a 6% dos partos vaginais, com taxas mais elevadas em primíparas, constituindo uma preocupação significativa na prática obstétrica (Okeahialam *et al.*, 2024). A sua prevenção passa pelo reconhecimento dos principais fatores de risco, que incluem características maternas, como a idade avançada, a primiparidade, o índice de massa corporal elevado, antecedentes de cesariana e a etnia asiática (Bączek *et al.*, 2022c).

Do ponto de vista fetal, destacam-se o peso superior a 4000 gramas e a circunferência cefálica aumentada, que exigem maior distensão perineal (Bączek *et al.*, 2022c). Também as condições intraparto influenciam diretamente a incidência destas lesões: a indução e aceleração do TP, o uso de [anestesia epidural, os partos instrumentados e o mau posicionamento fetal aumentam a probabilidade de trauma (Bączek *et al.*, 2022c; Okeahialam *et al.*, 2024). Por sua vez, a episiotomia continua a ser objeto de debate: a incisão na linha média está associada a lacerações graves, enquanto a mediolateral apresenta benefícios apenas em situações específicas, como nos partos vaginais instrumentados (Franchi *et al.*, 2020; Okeahialam *et al.*, 2024; Pergialiotis *et al.*, 2020).

Face a esta realidade, torna-se essencial a implementação de práticas de prevenção e proteção perineal, sustentadas pela evidência científica e aplicadas de forma humanizada. O papel do EEESMO na promoção da integridade perineal encontra-se claramente definido nas suas competências específicas, nomeadamente na competência de "cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto", que inclui a aplicação de

conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados à parturiente e ao RN (OE, 2019b). Ao longo do estágio, a mestranda verificou que estratégias simples, como a adoção de posições fisiológicas, a aplicação de compressas mornas, a massagem perineal intraparto, a utilização de técnicas manuais protetoras e o respeito pela autonomia da parturiente, podem contribuir para reduzir a incidência e a gravidade do trauma perineal, promovendo uma experiência de parto mais positiva e segura (Cardoso *et al.* 2023; World Health Organization [WHO], 2016).

O Estágio de Natureza Profissional [ENP] e a elaboração deste relatório foram orientados pela Teoria do Cuidado de Kristen Swanson (1991), cujo principal objetivo é promover a dignidade humana e o bem-estar através de uma prática de enfermagem centrada na relação de cuidado. Esta teoria, desenvolvida através de estudos fenomenológicos com mulheres em diferentes contextos reprodutivos, define cinco processos fundamentais do cuidar: *Knowing* (conhecer); *Being With* (estar com); *Doing For* (fazer por); *Enabling* (capacitar) e *Maintaining Belief* (manter a crença) (Beristain-García *et al.*, 2022). Estes processos proporcionam uma estrutura conceptual que orienta o cuidado holístico e humanizado, especialmente relevante no contexto da saúde materna e obstétrica. Este modelo teórico ofereceu suporte à organização das estratégias de atuação e à prestação de cuidados especializados centrados na mulher.

A aplicação da Teoria de Swanson na promoção da integridade perineal manifesta-se através do “conhecer” (compreensão dos fatores de risco individuais), “estar com” (presença empática durante o TP), “fazer por” (aplicação de técnicas baseadas na evidência), “capacitar” (capacitação da mulher para escolhas informadas) e “manter a crença” (confiança na capacidade da mulher para o parto fisiológico) (Jansson & Adolfsson, 2011).

Este relatório tem, assim, como propósito refletir sobre o processo de aquisição de competências comuns e específicas do EEESMO durante o ENPRF, tomando como fio condutor a análise de alguns dos fatores de risco associados ao trauma perineal e a sua relação com os desfechos perineais. Neste percurso, são igualmente valorizadas as estratégias utilizadas pela mestranda na prática clínica, procurando evidenciar os contributos da enfermeira obstetra na promoção da integridade perineal e na prestação de cuidados individualizados, culturalmente sensíveis, centrados na mulher, promovendo uma vivência de parto mais positiva e respeitosa. Este processo de reflexão encontra-se em consonância com a competência comum de “desenvolvimento das aprendizagens profissionais”, que preconiza a autoavaliação e reflexão sobre a prática como elementos fundamentais do crescimento profissional (OE, 2019a). Nesse sentido, o seu objetivo é descrever crítica e reflexivamente o processo de aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, articulando a prática clínica com a evidência

científica sobre estratégias preventivas para a preservação da integridade perineal durante o parto.

O presente relatório encontra-se organizado em três capítulos principais: no primeiro, apresenta-se a caracterização dos contextos de estágio; no segundo, contextualização e reflexão sobre a temática em estudo; e no terceiro, uma análise reflexiva das atividades realizadas e das competências adquiridas. Por fim, apresentam-se as considerações finais, acompanhadas de referências bibliográficas, e elementos complementares ao texto nos anexos e apêndices. A sua elaboração segue as normas da American Psychological Association [APA], 7.^a edição (APA, 2020), em consonância com as normas para realização de trabalhos académicos e científicos escritos na ESESJD da UÉ, presente na Ordem de Serviço n.º 01/2023 (ESESJD, 2023) e com recurso ao software Zotero para gestão de referências bibliográficas.

1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O ENP decorreu ao longo de dois semestres, proporcionando uma experiência formativa contínua e integrada em diferentes contextos clínicos, na sua maioria integrados na mesma Unidade Local de Saúde [ULS]. Esta continuidade favoreceu a articulação entre os conhecimentos teóricos adquiridos em ambiente académico e a sua aplicação prática em situações reais de prestação de cuidados.

O primeiro semestre do segundo ano do MESMO decorreu entre 16 de setembro de 2024 e 31 de janeiro de 2025, correspondendo a 18 semanas de estágio. Durante este período, os contextos clínicos abrangeram o internamento de grávidas, os CSP e o bloco de partos de uma ULS do Alentejo, denominada ULS B (Tabela 1).

Tabela 1. Contextos clínicos do 1º Semestre do 2º Ano

Período	Semanas	Contexto Clínico
16 setembro 2024- 27 outubro 2024	6	Internamento de Grávidas – ULS B
28 outubro 2024- 08 dezembro 2024	6	Centro de Saúde – ULS B
09 dezembro 2024- 31 janeiro 2025	6	Bloco de Partos – ULS B

Fonte: Elaboração própria

O segundo semestre decorreu de 10 de fevereiro de 2025 a 22 de junho de 2025, igualmente com a duração de 18 semanas. Esta etapa foi marcada pela continuidade no bloco de partos na ULS B, pela experiência numa instituição fora da unidade de origem, nomeadamente numa ULS do Sul de Portugal, denominada ULS A, e pela oportunidade de contacto direto com os cuidados no puerpério na ULS B e uma experiência bastante enriquecedora em cuidados intensivos neonatais na ULS A (Tabela 2).

Tabela 2. Contextos clínicos do 2º Semestre do 2º Ano

Período	Semanas	Contexto Clínico
10 fevereiro 2025 - 6 abril 2025	8	Bloco de Partos – ULS B
7 abril 2025- 11 maio 2025	4	Blocos de Partos – ULS A
12 de maio 2025 - 22 junho 2025	6	Internamento Puerpério – ULS B Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – ULS A

Fonte: Elaboração própria

A formação clínica representa, assim, uma etapa essencial e transformadora no percurso dos estudantes de enfermagem de saúde materna e obstétrica. É neste espaço que a teoria

ganha vida e se transforma em prática, onde os conhecimentos adquiridos em sala de aula encontram aplicação concreta junto das mulheres, famílias e RN. Como refere Mbakaya (2022), o ambiente clínico tem um impacto decisivo nas atitudes de aprendizagem dos estudantes, contribuindo para o desenvolvimento de competências técnicas, mas também para ganharem confiança, espírito crítico e segurança na tomada de decisões.

Quando o contexto clínico é acolhedor, estruturado e orientado por profissionais disponíveis, os estudantes sentem-se verdadeiramente integrados na equipa e valorizados no seu processo formativo. A presença de um mentor dedicado, que estabelece objetivos em conjunto e oferece orientação contínua, é determinante. Estudos demonstram que estes elementos contribuem para uma experiência mais positiva, motivadora e eficaz (Saukkooriipi *et al.*, 2020). Neste contexto, os EEESMO, ao assumirem o papel de supervisores clínicos e desempenham um papel fundamental: apoiam, escutam, ensinam e incentivam. Através da sua proximidade, possibilitam a aquisição de competências cruciais, como a monitorização materno-fetal, os cuidados ao RN e o apoio à amamentação, constituindo pilares de um cuidado sensível, seguro e centrado na mulher.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ONDE DECORREU O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O ENP decorreu em duas ULS, uma situada no Alentejo e outra situada a sul do país, permitindo à mestranda integrar contextos distintos de prática clínica. A caracterização destas instituições revela-se fundamental para compreender o enquadramento organizacional e populacional onde se desenvolveu a prática clínica, bem como para analisar a adequação dos recursos humanos e materiais face às necessidades da população e às recomendações nacionais e internacionais.

Importa, contudo, referir que a maior parte da experiência clínica decorreu na ULS B, motivo pelo qual a caracterização desta instituição e dos seus serviços assume maior destaque no presente relatório.

1.1.1. Unidade Local de Saúde B

Inaugurado em 1970, o Hospital B integra atualmente a ULS B, formalmente constituída a 4 de setembro de 2008 pelo Decreto-Lei n.º 183/2008. A ULS B engloba o hospital distrital e todos os centros de saúde do distrito, com exceção de Odemira, abrangendo uma população de 126.692 habitantes distribuída por 13 concelhos (Figura 1) e 8.542,7 km², o que corresponde a cerca de 11% do território nacional (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA], 2025).

Figura 1. Área geográfica de abrangência da ULS B



Fonte: Comunidade Intermunicipal do Baixo Alentejo [CIMBAL] (2025)

Esta ULS, enquanto entidade pública empresarial integrada no SNS, articula os CSP, cuidados de saúde hospitalares, continuados, paliativos e de saúde pública, garantindo uma resposta contínua às necessidades da população, incluindo a área materno-infantil, que abrange também um concelho numa região litoral do país. A sua missão centra-se na prestação de cuidados de qualidade, equitativos e em tempo adequado, assegurando a utilização eficiente dos recursos. Paralelamente, aposta na formação, investigação e melhoria contínua, promovendo o desenvolvimento profissional e a excelência nos cuidados prestados (ULSBA, 2025).

O Hospital B, integrado na ULS B, constitui a única unidade hospitalar desta rede a prestar cuidados especializados em obstetrícia e ginecologia, sendo também a única com maternidade. É classificado como Hospital de Nível I, uma vez que dispõe de um Serviço de Obstetrícia e Ginecologia orientado para a resolução de patologias não complexas, bem como de um Serviço de Pediatria com capacidade para prestar cuidados neonatais a RN com idade gestacional superior a 34 semanas (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2023).

Esta realidade, quando confrontada com a dimensão territorial e populacional abrangida pela ULS B, constitui matéria de reflexão. O facto de o único hospital com maternidade disponível no distrito ser de nível I traduz uma limitação estrutural significativa, obrigando à transferência de situações de maior complexidade para unidades diferenciadas situadas fora do distrito. Esta limitação não só fragiliza a continuidade dos cuidados materno-infantis, como pode comprometer a segurança clínica em cenários de urgência, sobretudo num território marcado por grandes distâncias geográficas e dificuldades de acessibilidade. Assim, apesar do enquadramento formal e da missão da ULS B em garantir cuidados equitativos e em tempo útil, subsiste o desafio de assegurar que a população deste território tenha efetivamente acesso a cuidados materno-infantis diferenciados, em condições comparáveis às oferecidas em regiões mais centrais do país.

No âmbito da natalidade, o Índice Sintético de Fecundidade (que reflete o número médio de filhos por mulher em idade fértil necessário para garantir a substituição das gerações) no Baixo Alentejo atingiu 1,73 em 2023, valor superior à média nacional (1,44) (PORDATA, 2023a).

Relativamente à evolução do número de partos no Hospital B., constata-se uma diminuição entre 2019 e 2022, passando de 1012 para 914 partos. No entanto, em 2024 registou-se um aumento para 1044 partos, contrariando a tendência nacional, que nesse mesmo ano apresentou uma redução para 84 059 partos, ou seja, menos 1059 em relação a 2023 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2025).

No que se refere ao tipo de parto, os partos eutócicos continuam a predominar, representando 36% do total em 2024, ao passo que as cesarianas evidenciam um crescimento progressivo, subindo de 31,1% em 2019 para 33% em 2024. Estes dados, provenientes de informação interna do serviço e embora circunscritos a uma realidade local acompanham a tendência nacional. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística [INE], a proporção de partos distócicos por cesariana tem vindo a aumentar de forma consistente, passando de 27% em 1999 para cerca de 32,5% em 2019, tendo-se mantido elevada nos anos seguintes alcançando 37% em 2023, não havendo ainda dados referentes ao ano de 2024.

Assim, verifica-se que a tendência observada no Hospital B. acompanha a evolução nacional, situando-se, contudo, ligeiramente abaixo da média nacional, mas ainda muito acima da meta preconizada pela OMS (10–15%), o que reforça a pertinência das estratégias em curso para a promoção do parto eutócico e a redução das cesarianas não clinicamente justificadas, em linha com as recomendações nacionais e internacionais (WHO, 2018). Entre estas destacam-se a valorização da fisiologia do parto, o apoio contínuo à mulher, a monitorização das taxas através da classificação de *Robson* e o reforço do papel dos EEESMO na assistência ao parto de baixo risco (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015; WHO, 2018).

Contexto de Cuidados de Saúde Primários

O Centro de Saúde B, integrado na ULS B, funciona como Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP], assumindo como missão a prestação de cuidados próximos, acessíveis e de qualidade, orientados para a prevenção da doença, o tratamento e a promoção da saúde, sempre com base em princípios de ética, respeito e cooperação.

A sua área de influência abrange todo o concelho, à exceção dos utentes inscritos no polo 2, acompanhados pela USF. Em dezembro de 2024, o total de utentes registados nesta UCSP era de 21.271, dos quais 10.463 eram homens e 10.808 eram mulheres, das quais 4.442 encontram-se em período de idade fértil (entre os 15 e os 54 anos) (Ministério da Saúde, s.d.).

A UCSP está organizada em três pisos, que integram espaços clínicos, técnicos e administrativos, com áreas dedicadas a consultas médicas e de enfermagem, saúde materna, planeamento familiar, nutrição, higiene oral, psicologia e cuidados continuados. De acordo com Shetty *et al.* (2024), o ambiente físico nas unidades de saúde, que inclui os componentes arquitetónicos, o design interior e as condições ambientais, exerce uma influência direta no bem-estar e na produtividade dos profissionais, refletindo-se igualmente na qualidade e segurança dos cuidados prestados. Neste contexto, o gabinete de Saúde Materna, destinado à vigilância materno-fetal, dispõe dos recursos necessários para garantir consultas de qualidade e centradas na utente. Está equipado com um cardiotocógrafo fixo, um *doppler* fetal portátil, um esfigmomanómetro digital, uma marquesa, uma balança e mobiliário apropriado, assegurando as condições técnicas e de conforto exigidas. Complementarmente, o espaço conta com diversos materiais de apoio à gravidez e à amamentação, incluindo folhetos informativos e pósteres de sensibilização, o que contribui para uma abordagem holística e educativa dirigida à mulher/casal e ao RN.

Para além dos recursos físicos, o gabinete está também dotado de equipamento informático com acesso ao sistema de informação evolutivo e informático, SClínico® CSP, ferramenta essencial para o registo, gestão e monitorização dos dados clínicos, promovendo a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos de família (incluindo médicos internos de formação específica em Medicina Geral e Familiar), enfermeiros, assistentes técnicos e operacionais, bem como profissionais de nutrição, psicologia, fisioterapia, serviço social, optometria e higiene oral. Para garantir a continuidade dos cuidados, a unidade disponibiliza diariamente, inclusive aos fins de semana e feriados, um serviço de consulta de recurso entre as 8h00 e as 20h00 (Ministério da Saúde, s.d.).

Complementarmente, esta UCSP dispõe de dez extensões rurais que asseguram a proximidade dos cuidados às populações mais afastadas. Contudo, as consultas do EEESMO realizam-se apenas na sede, por ser o espaço equipado com os recursos adequados ao acompanhamento especializado de grávidas e puérperas, assegurando qualidade, eficácia e segurança (Ministério da Saúde, s.d.).

A consulta de Saúde Materna e Planeamento Familiar conduzida pelo EEESMO insere-se num projeto que conta com a participação de sete EEESMO distribuídos estrategicamente por vários concelhos e tem como público-alvo mulheres, grávidas/casal e RN residentes nos 13 concelhos pertencentes à área de atuação da ULS B. Em consonância com a norma 001/2023 da Direção-Geral de Saúde [DGS] esta consulta centra-se na prestação de cuidados especializados e de proximidade a grávidas/casais, na gestão da gravidez de baixo risco e na promoção do planeamento familiar. Essa mesma norma recomenda que todas as mulheres

tenham acesso a uma consulta pré-concepcional no prazo máximo de 90 dias após a sua solicitação.

Com este projeto pretende-se aumentar a percentagem de grávidas com, pelo menos, uma consulta de enfermagem em cada trimestre de gravidez; elevar a prevalência e a duração da amamentação; incrementar a frequência dos cursos de preparação para a parentalidade; monitorizar a adesão vacinal contra a tosse convulsa em grávidas; garantir a administração de imunoglobulina anti-D às gestantes Rh negativas; realizar rastreios de *Streptococcus* do grupo B através da colheita de exsudados vaginal e retal; prevenir complicações no puerpério e promover a adesão à consulta de revisão pós-parto.

Conforme previsto no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco [PNVGBR], as gravidezes de baixo risco devem ser acompanhadas preferencialmente nos CSP, sendo a periodicidade das consultas determinada com base na avaliação individual do risco gestacional. Por fim, recomenda-se a referenciação das grávidas entre as 36 e as 37 semanas de gestação, idealmente para a unidade de saúde onde planeiam realizar o parto (DGS, 2023a).

Neste âmbito, realizam-se consultas de enfermagem especializadas em saúde materna trimestralmente, acompanhadas por sessões de preparação para o nascimento e parentalidade. Entre as 35 e 37 semanas, procede-se à colheita de exsudado vaginal e retal para pesquisa de *Streptococcus* do grupo B e, a partir das 36 semanas (ou das 34 semanas, em casos de patologia gestacional), inicia-se a realização semanal de cardiocografia [CTG] fetal externa. As equipas colaboram ainda na vigilância dos RN e das puérperas, asseguram aconselhamento e apoio à amamentação, dinamizam sessões de educação sexual e reprodutiva nas escolas e orientam grávidas e casais para os serviços de saúde adequados.

Contexto de Cuidados Diferenciados

O Serviço de Obstetrícia localiza-se no 5.º piso e organiza-se em quatro áreas principais: urgência de obstetrícia/ginecologia, bloco de partos, internamento de grávidas e internamento de puerpério. A sua missão centra-se na prestação de cuidados humanizados, seguros e de qualidade às mulheres e RN, valorizando a diversidade cultural e assegurando uma abordagem ética centrada na utente (ULSBA, 2025).

A principal missão deste serviço é prestar cuidados de saúde seguros, humanizados e de qualidade às mulheres, respeitando as melhores práticas clínicas atuais, numa abordagem ética centrada na utente. A equipa é formada para respeitar a diversidade cultural e étnica das utentes, promovendo uma experiência de cuidados personalizados e inclusivos. Este compromisso ético e de qualidade reflete-se na prestação de cuidados obstétricos e ginecológicos de excelência, tanto no contexto de urgência como nas consultas programadas e acompanhamento da gravidez (ULSBA, 2025).

O acesso ao serviço de urgência é garantido através da Urgência Geral do Hospital B. Para internamentos programados, as utentes devem realizar a inscrição no Balcão de Admissão de Doentes das Consultas Externas. Quanto ao regime de visitas, cada puérpera e grávida beneficia de duas visitas diárias, das 15h às 17h e das 18h30min às 20h, sendo permitido às grávidas manter um acompanhante na sala de partos durante as 24 horas do dia. Após o nascimento do RN, é permitido ao pai participar no banho do RN às 9h30 min (ULSBA, 2025). De acordo com a WHO (2020a), a presença de um acompanhante constitui um elemento essencial do modelo de cuidados humanizados, contribuindo para reforçar a autonomia da mulher e preservar a sua dignidade.

O serviço de obstetrícia integra ainda consultas de enfermagem especializadas, nomeadamente a consulta do 3.º trimestre e a consulta de plano de nascimento. A primeira, destinada a grávidas com mais de 24 semanas, realiza-se quinzenalmente e visa apresentar a equipa de saúde, esclarecer dúvidas sobre o processo de internamento e informar acerca da organização do serviço. Já a consulta de plano de nascimento, também quinzenal e em alternância com a anterior, é conduzida por um EEESMO e permite às grávidas elaborar um plano personalizado para o parto, de acordo com as suas preferências e expectativas (ULSBA, 2025).

Do ponto de vista estrutural, o serviço dispõe de um hall de entrada com acesso controlado por código ou campainha, reforçado por um sistema de pulseira eletrónica colocada ao recém-nascido, que emite alarme e bloqueia os acessos em caso de remoção ou tentativa de saída indevida, garantindo assim a segurança dos RN. Segundo a OMS (2023), a segurança do paciente corresponde à ausência de danos evitáveis e à redução dos riscos desnecessários associados aos cuidados de saúde a níveis considerados aceitáveis, sustentando-se na criação de ambientes que minimizam a probabilidade de erro e previnem situações de risco. Nesta perspetiva, as medidas estruturais adotadas pelo serviço, como o hall de entrada com acesso controlado e o sistema de pulseira eletrónica colocado ao recém-nascido, respondem diretamente a este princípio, ao assegurar que potenciais incidentes, como saídas não autorizadas ou raptos, sejam prevenidos de forma eficaz. Assim, o recurso a barreiras físicas e tecnológicas reforça a proteção dos RN e traduz, na prática, a concretização dos padrões internacionais de segurança do paciente.

Assim que se acede ao serviço, encontra-se a Admissão/ Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica [SUOG] e ambas as salas de parto, assegurando um acesso mais rápido em situações urgentes ou emergentes.

Admissão/ Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

Relativamente à sala de admissão/SUOG, esta dispõe de um gabinete com marquesa ginecológica, ecógrafo, *doppler* fetal, esfigmomanómetro digital, uma casa de banho para

utentes e dois computadores para realização de registos clínicos, bem como de uma sala polivalente anexa onde se realizam CTG, exames de diagnóstico e partos de exceção quando necessário devido à ocupação das salas de parto disponíveis.

Salas de Parto

No que respeita às salas de parto (duas no total), estas possuem uma boa iluminação natural através de uma janela ampla em cada sala e estão equipadas com cama obstétrica ajustável, cardiocógrafa, fonte de oxigénio, monitor de sinais vitais, candeeiro *pantoff*, armário de material auxiliar, um sistema de ar condicionado regulável e aparelhagem para colocação de música de acordo com a preferência do casal. As salas de parto são complementadas por uma sala de cuidados imediatos ao RN e reanimação e por uma sala de desinfeção.

A OMS (2018) salienta que, para proporcionar uma experiência de parto positiva e centrada na mulher, as salas de parto devem reunir um conjunto de características físicas e equipamentos essenciais. Entre os requisitos de infraestrutura, destacam-se espaços limpos, bem iluminados e ventilados, que assegurem privacidade através de cortinas, biombos ou divisórias; abastecimento contínuo de energia e água potável; casas de banho acessíveis e higienizáveis; e estações de higiene das mãos com sabão ou álcool-gel, bem como facilidades para acompanhantes, permitindo-lhes estar próximo da parturiente. Quanto ao equipamento, consideram-se indispensáveis dispositivos de monitorização da frequência cardíaca fetal e dos sinais vitais maternos (cardiocógrafa, *doppler*, esfigmomanómetro), camas obstétricas ajustáveis, assentos confortáveis para acompanhantes (sofás ou poltronas), e acessórios para técnicas não farmacológicas de alívio da dor.

Para além disso, a localização das salas deve permitir livre mobilidade da mulher durante o TP, luz regulável para controlar o ambiente e acesso rápido ao bloco operatório, de modo a garantir transferências céleres em casos de cesariana de emergência. O que no Hospital B se verifica como uma lacuna relevante, uma vez que as salas de parto se situam no 5.º piso, enquanto o bloco operatório se encontra no 1.º piso, o que pode comprometer a segurança materno-fetal em situação de transporte emergente.

Internamento de Grávidas

No que respeita ao internamento de grávidas, este distribui-se por duas enfermarias, uma de três camas e outra de duas camas com casa de banho privativa (destinada a gestantes com patologia ou em situação de perda gestacional), em que cada unidade dispõe de cama isolada por cortina, cacifo, mesa de cabeceira, campainha, rampa de oxigénio e cardiocógrafa ligado à central *Omnview-SisPorto*®, garantindo o registo digital e a

visualização contínua dos traçados. No espaço comum encontram-se lavatório, televisão e mesa de apoio.

Internamento de Puerpério

No que se refere ao puerpério, este organiza-se em cinco enfermarias, quatro com três unidades de alojamento conjunto mãe-bebé e uma apenas com duas unidades. Cada unidade inclui: cama isolada por cortina; berço; rampa de oxigénio; mesa de cabeceira; campainha e cacifo com a respetiva chave. A prática do alojamento conjunto, contemplada na etapa 7 das diretrizes da estratégia da UNICEF e da OMS “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”, recomenda: “Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e bebés permaneçam juntos 24 horas por dia. Segundo Hakala *et al.*, (2018), o alojamento conjunto permite que a mãe responda prontamente aos sinais do RN, o que favorece o estabelecimento precoce da amamentação, o aumento da produção láctea, a regulação térmica e respiratória do bebé, a redução da ansiedade e dos riscos infecciosos, bem como o fortalecimento do vínculo afetivo e da confiança materna.

No espaço comum de cada enfermaria, as utentes contam com lavatório, mesa de apoio e televisão. Porém, a existência de uma única casa de banho partilhada por todas as puérperas, a qual está dividida em três espaços: dois dos espaços compostos por chuveiro, sanita e uma cadeira de apoio e um apenas com sanita e bidé, revela-se insuficiente face às necessidades de privacidade e comodidade.

Para além das enfermarias, o serviço dispõe de um gabinete médico e de enfermagem, sala de desinfeção de material clínico, sala de trabalho de enfermagem, copa de leites, instalações administrativas, casa de banho para profissionais de saúde e gabinete da enfermeira gestora, espaços partilhados por todas as valências obstétricas.

Recursos Humanos

A equipa do Serviço de Obstetrícia do Hospital B é composta por um conjunto multidisciplinar de profissionais, assegurando cuidados diferenciados às mulheres e RN. A equipa de enfermagem inclui 24 enfermeiros, dos quais 14 são EEESMO, incluindo a enfermeira gestora, e 10 são enfermeiros de cuidados gerais. Adicionalmente, integram também a equipa: médicos especialistas em obstetrícia/ginecologia, anestesiologia e pediatria, assistentes operacionais e uma assistente técnica. O serviço dispõe ainda de colaboração com o serviço social, psicologia clínica e nutrição clínica conforme as necessidades identificadas.

A organização da equipa de enfermagem obedece a uma lógica funcional, mas a realidade evidencia alguns constrangimentos. Apenas um EEESMO assegura simultaneamente as duas salas de partos e o internamento, acumulando responsabilidades

num contexto altamente dinâmico e imprevisível. Paralelamente, outro EEESMO encontra-se afeto ao SUOG, cabendo-lhe igualmente apoiar as salas de parto, a receção e os primeiros cuidados dos RN, quer na sala de partos, quer em contexto de cesariana (no 1.º piso). A este profissional compete ainda acompanhar as transferências inter-hospitalares de grávidas para unidades mais diferenciadas, o que significa que, em tais situações, permanece apenas um EEESMO para responder às necessidades das salas de parto, do internamento e do SUOG. Esta acumulação de funções fragiliza inevitavelmente a resposta em situações de simultaneidade de eventos, como a ocorrência de mais do que um parto, a necessidade de intervenção no internamento e a realização de uma cesariana. Em muitos destes cenários, são os enfermeiros generalistas afetos ao puerpério que acabam por prestar apoio, ainda que isso implique, por vezes, deixar o seu próprio posto de trabalho temporariamente descoberto, gerando novos riscos e fragilidades no serviço.

No Internamento de Puerpério, os turnos da manhã e da tarde são assegurados por dois enfermeiros de cuidados gerais, enquanto durante a noite essa responsabilidade recai apenas sobre um profissional. Embora o funcionamento conjunto do serviço permita que, perante uma intercorrência no puerpério, os EEESMO escalados no SUOG ou no internamento de grávidas/salas de parto assumam a situação, esta solução traduz-se numa sobrecarga acrescida.

Apesar do compromisso dos profissionais, a dotação atual revela-se insuficiente face às orientações legais e regulamentares. De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, que estabelece a norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, recomenda-se a presença de um EEESMO por cada seis utentes em puerpério normal, a inclusão de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e, nas unidades de ginecologia, a permanência de pelo menos um EEESMO ao longo das 24 horas, o que não se verifica (OE, 2019c). No que respeita ao Bloco de Partos, a OE (2019c) recomenda a presença constante de dois EEESMO por cada mil partos/ano. Em consonância, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia [FIGO] (2019) sublinha que, para este mesmo volume de partos, uma maternidade não cirúrgica deve dispor de pelo menos dois profissionais de saúde materna qualificados por turno, idealmente três, e uma unidade com capacidade cirúrgica deve contar com, no mínimo, três profissionais não cirúrgicos e um cirúrgico. Além disso, são indicados rácios específicos para o TP: um EEESMO para cada três grávidas em indução, um EEESMO para cada duas mulheres no 1.º estágio e um EEESMO para cada parturiente nos 2.º, 3.º e 4.º estágios, garantindo assim cuidados individualizados, seguros e contínuos (OE, 2019c).

No Hospital B, onde se registam cerca de mil partos anuais, a realidade mostra-se distante destas recomendações, uma vez que um único EEESMO assume em simultâneo a vigilância de duas salas de partos e do internamento de grávidas. Esta discrepância evidencia

um défice claro face às dotações seguras preconizadas, com potencial impacto na qualidade e segurança dos cuidados. Assim, ainda que a equipa revele um elevado compromisso, os recursos humanos disponíveis permanecem insuficientes para garantir, de forma plena, os níveis de qualidade e segurança recomendados.

1.1.2. Unidade Local de Saúde A

A constituição da ULS A, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 102/2023, com efeitos a 1 de janeiro de 2024, representa uma reorganização estrutural relevante no SNS. Esta unidade integra os Hospitais F, P, L e três agrupamentos de Centros de Saúde da região, quatro Serviços de Urgência Básica e um Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, assegurando uma resposta abrangente às necessidades da região (Diário da República, 2023; ULS do Algarve, s.d.). A análise desta mudança evidencia a intenção de promover uma maior integração entre níveis de cuidados, potenciando a proximidade, a continuidade dos cuidados e a utilização eficiente dos recursos disponíveis, num território marcado por fortes variações populacionais decorrentes da sazonalidade turística (Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve, 2024).

Segundo o INE, em 2023, a população residente no Algarve era de cerca de 484 122 habitantes. No entanto, em virtude da elevada sazonalidade turística, a região acolhe, nos meses de verão, um número muito superior de pessoas, realidade que se traduz em pressão acrescida sobre as infraestruturas e os serviços, nomeadamente no setor da saúde (INE, 2024a). Em 2024, o Algarve destacou-se como a região do país mais dependente do turismo estrangeiro, concentrando 35,1% das dormidas de não residentes neste que é o seu principal mercado emissor. Ainda assim, a sazonalidade não se restringe ao turismo internacional: entre os visitantes residentes, o Algarve foi igualmente a região com a maior concentração sazonal, registando uma taxa de 56,1%, valor único no país (INE, 2024b).

No que respeita à saúde materno-infantil, em 2021, registaram-se no Algarve 4 119 nascimentos, número que subiu para 4 436 em 2023. Este crescimento corresponde a mais 317 nascimentos, o que representa um aumento de cerca de 7,7% (PORDATA, 2024).

A ULS A dispõe de duas maternidades, localizadas no Hospital P e no Hospital F. O Hospital P responde a situações de menor complexidade, referenciando os casos de risco acrescido para unidades mais diferenciadas, como o Hospital F, que integra uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos [UCINP], o que lhe permite prestar cuidados diferenciados a RN em situações graves e assumir o papel de referência regional.

No âmbito deste contexto institucional, a mestranda integrou como contexto clínico, o serviço de Bloco de Partos do Hospital F, onde permaneceu durante quatro semanas, experiência complementada por três dias de observação no serviço de Neonatologia da mesma unidade hospitalar. Contudo, pela brevidade deste último contexto clínico, a

mestranda optou por não elaborar uma descrição tão pormenorizada, reconhecendo que o tempo limitado não possibilitou uma compreensão profunda da dinâmica do serviço, mas apenas uma aproximação inicial que, ainda assim, enriqueceu o percurso formativo.

Bloco de Partos

O Bloco de Partos do Hospital F, inserido no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia de uma ULS do Sul do país, constitui-se como um espaço diferenciado no qual decorreu o ENP em bloco de partos durante quatro semanas. Este serviço encontra-se estruturado para a prestação de cuidados especializados à mulher em TP, assegurando condições físicas e humanas adequadas à complexidade do contexto.

O serviço dispõe de três salas de partos, e cada uma delas está equipada de forma individualizada, integrando uma cama de partos, cardiotocógrafo, armário com material de apoio, mesa móvel, bancada de observação neonatal com aquecedor, vacuómetro, lavatório, monitor de sinais vitais, bolas de parto, candeeiro *pantoff* e um cadeirão, frequentemente utilizado pelo cônjuge/companheiro ou outra pessoa significativa que pode estar presente durante a permanência da grávida/parturiente na sala de parto. Próximo das salas, localiza-se uma sala de reanimação neonatal, cujo acesso à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN] se encontra imediatamente ao lado, equipada com duas mesas de reanimação, fonte de oxigénio, estufa para aquecimento de lençóis e banheira. Existe ainda uma sala de SO destinada não só ao apoio ao serviço de Admissão/Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, para realização de CTG e exames de diagnóstico, mas também para a realização excecional de partos quando necessário devido à ocupação das salas de parto disponíveis.

Existe ainda uma área dedicada ao apoio da equipa multidisciplinar, equipada com ecrã ligado à central *Omnview-SisPorto*[®], para vigilância remota do CTG, armazenamento de medicação e protocolos clínicos.

Anexo ao Bloco de Partos encontra-se a Área Operatória, composta por uma sala destinada principalmente à realização de cesarianas. Esta sala está equipada com maca operatória, ventilador, carros de apoio à anestesia e à circulação, mesas móveis, candeeiro *pantoff* e computadores para registos clínicos, e a sua proximidade às salas de parto está em conformidade com o anteriormente mencionado como um dos fatores, segundo a OMS, para uma experiência de parto positiva.

Em termos de infraestrutura complementar, o espaço inclui ainda um gabinete para o enfermeiro gestor, sala de desinfeção, sala de materiais de consumo clínico, enfermaria com três camas para puerpério imediato, sala de recobro, copa, casa de banho para profissionais e vestiário.

A equipa do serviço é composta por profissionais de diferentes áreas, incluindo médicos obstetras, ginecologistas, anestesistas, EEESMO, enfermeiros de cuidados gerais e assistentes operacionais. No funcionamento habitual, a distribuição da equipa de enfermagem contempla dois EEESMO por turno para as salas de parto, três enfermeiros generalistas para a Área Operatória e ainda dois EEESMOs pertencentes à equipa que estão escalados para o internamento de grávidas.

Recurso Humanos

A atual dotação de recursos humanos revela-se insuficiente face às reais necessidades do serviço e ao número de partos realizados. Só em 2024, o Hospital F. registou 2413 partos, segundo informações internas, um valor que ultrapassa largamente o recomendado para garantir a presença contínua de dois EEESMO por cada mil partos/ano (OE, 2019c), o que evidencia um défice importante. Embora a equipa de enfermagem integre, por turno, dois EEESMO nas salas de parto e outros dois no internamento de grávidas, importa sublinhar que este último, apesar de se situar no mesmo piso e sob a mesma gestão, encontra-se fisicamente afastado das salas de partos, o que dificulta a articulação imediata de cuidados.

Paralelamente, existem três enfermeiros generalistas afetos à área operatória, responsáveis pelo bloco cirúrgico e pelo apoio à realização de epidurais e à receção de RN. Contudo, perante a escassez de profissionais, esta equipa pode, em algumas situações, ser parcial ou totalmente composta por EEESMO. Quando se encontra a decorrer uma cesariana, estes três enfermeiros permanecem dedicados ao contexto operatório, ficando assim as três salas de parto, o recobro, o puerpério imediato e a receção dos RN (incluindo o proveniente da cesariana) exclusivamente a cargo dos dois EEESMO afetos às salas de parto. Esta configuração evidencia fragilidades na dotação de recursos humanos, podendo comprometer a segurança materna e neonatal, sobretudo em cenários de maior imprevisibilidade e complexidade.

Desta forma, a OE (2019c), defende a adequação das dotações às necessidades reais das mulheres e RN, como condição indispensável para a prestação de cuidados seguros, de qualidade e humanizados.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN] do Hospital F integra o Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e dispõe de 12 incubadoras, cinco destinadas a cuidados intensivos e sete a cuidados intermédios, bem como de um berçário com capacidade para seis RN. Em articulação com esta unidade, encontra-se ainda a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos [UCIP], equipada com três camas e com o material clínico necessário

para a monitorização e suporte avançado das crianças em situação crítica, garantindo resposta diferenciada às necessidades da população pediátrica.

Foi neste contexto clínico que a mestranda teve a oportunidade de realizar um estágio de observação durante três dias, contactando de perto com uma realidade marcada por elevada complexidade clínica, mas também por um cuidado profundamente humano.

A tecnologia disponível é avançada e diferenciada, mas o que realmente marca a dinâmica da unidade é o trabalho de uma equipa multidisciplinar composta por neonatologistas, médicos internos de pediatria, enfermeiros de cuidados gerais e Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como assistentes operacionais. Apesar desta diversidade, notou-se a ausência de um EEESMO, cuja presença poderia enriquecer significativamente o cuidado. O contributo de um EEESMO seria valioso no que se refere ao apoio à amamentação, à adaptação à parentalidade e ao acompanhamento dos primeiros dias de vida do RN, favorecendo uma visão mais holística centrado não apenas no RN, mas também na família que o acompanha.

Do ponto de vista estrutural, a organização da UCIN revela-se funcional e pensada para a vigilância contínua. Junto de cada incubadora encontram-se os respetivos monitores, material clínico específico, prateleiras de apoio e cadeiras para os pais/cuidadores, garantindo proximidade e acessibilidade. A central de enfermagem dispõe de computadores para registos clínicos e de um ecrã que permite monitorizar todos os RN em tempo real, evidenciando o papel fundamental da tecnologia na segurança. Existem ainda áreas de apoio, como gabinetes médicos e de enfermagem, copa, sala de material clínico, instalações para profissionais, copa de leites e uma zona onde as mães podem extrair e conservar o seu próprio leite materno. Embora estas condições garantam a operacionalidade da unidade, mantém-se evidente a necessidade de maior investimento em espaços dedicados às famílias, que continuam limitados ao essencial e pouco confortáveis.

Um dos aspetos mais positivos da unidade é a valorização da presença dos pais, reconhecidos como parceiros de cuidados. A sua permanência é incentivada durante grande parte do dia, o que reforça o vínculo e contribui para a adaptação à parentalidade. No entanto, a impossibilidade de alojamento conjunto constitui um entrave à continuidade da proximidade familiar, afastando-os em momentos que poderiam ser de maior proximidade. Ainda assim, é notório o esforço em tornar o ambiente acolhedor, existindo espaços destinados aos pais, ainda que simples, como uma sala de estar, cacifos e condições básicas de higiene.

Relativamente aos cuidados diretos, a mestranda destacou a atenção constante ao conforto do RN. Adicionalmente à estabilização clínica e aos procedimentos especializados, a equipa procura recriar, tanto quanto possível, o ambiente intrauterino: “ninhos” de pano, polvos de croché, pequenas “mãos” com areia e chupetas de diferentes tamanhos são usadas como ferramentas de contenção e conforto. Estes detalhes, aparentemente simples, revelam

uma filosofia de cuidado que vai além da técnica e que se aproxima da humanização, permitindo que o bebé se sinta seguro e protegido. Tal como defendem Dias *et al.* (2024) e Gomes *et al.* (2019), a padronização de práticas de humanização pode melhorar a experiência e os resultados no desenvolvimento dos RN, favorecendo a sua adaptação ao novo contexto de vida num ambiente mais caloroso e terapêutico.

Outro exemplo notável é a implementação do programa *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* [NIDCAP], que orienta a prática da unidade. Este programa procura reduzir estímulos nocivos, como luz excessiva, ruído e manipulação desnecessária, e centra-se nas necessidades individuais de cada bebé, envolvendo ativamente os pais nos cuidados. A presença de duas enfermeiras certificadas NIDCAP assegura que estes princípios se refletem no quotidiano, numa abordagem verdadeiramente centrada no recém-nascido e na família (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program [NIDCAP], s.d.).

Estar em contacto com esta realidade permitiu reconhecer que o cuidado em neonatologia vive de um equilíbrio delicado: por um lado, a tecnologia de ponta que assegura a vida destes frágeis RN; e por outro, a necessidade de preservar a sua humanidade através de gestos simples de conforto e proteção. Apesar dos progressos evidentes, permanece a convicção de que a inclusão de um EEESMO na equipa e a criação de condições que favoreçam a presença contínua dos pais poderiam ampliar ainda mais a qualidade do cuidado.

1.2. METODOLOGIA

A metodologia, em contexto académico e profissional, corresponde ao conjunto estruturado de procedimentos, técnicas e abordagens que orientam o percurso formativo, assegurando a transição da teoria para a prática de forma crítica e fundamentada (Severino, 2017). No âmbito do ENPRF, esta metodologia assume-se como o caminho lógico e organizado que sustenta a aquisição de competências, permitindo ao estudante desenvolver-se enquanto EEESMO.

O desenvolvimento do ENPRF foi igualmente pensado em alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [ODS] das Nações Unidas, que reforçam a pertinência da prática clínica baseada na evidência enquanto promotora de saúde, equidade e justiça social. Destacam-se, entre outros, o ODS 3 – Saúde de Qualidade, ODS 4 – Educação de Qualidade, ODS 5 – Igualdade de Género, ODS 10 – Redução das Desigualdades e ODS 16 – Paz, Justiça e Instituições Eficazes (Organização das Nações Unidas [ONU], 2015). Esta articulação evidencia a importância de integrar princípios de responsabilidade social e ética na prestação de cuidados especializados.

Objetivos

De acordo com o planeamento da unidade curricular, os objetivos gerais do ENPRF consistem em:

1. Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade.

Este objetivo abrange a intervenção no âmbito do planeamento familiar e do período pré-concepcional, a prestação de cuidados durante o período pré-natal e no domínio da saúde sexual e reprodutiva, assim como a assistência nos vários estadios do TP, em situações de saúde ou de desvio. Inclui ainda o acompanhamento no período puerperal e pós-natal, bem como nos processos de saúde ou doença ginecológica. Em todas estas dimensões, evidencia-se a importância de demonstrar responsabilidade ético-deontológica, empenho na melhoria da qualidade, capacidade de gestão dos cuidados e compromisso com o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2. Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as dimensões teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência [PBE];
3. Defender, em provas públicas, o Relatório do Estágio de Natureza Profissional, demonstrando a aquisição de competências ao longo do percurso.

Em consonância com o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019b), os objetivos específicos do estágio são:

1. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
2. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
3. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o TP;
4. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
5. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
6. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade que vivencia processos de saúde/doença ginecológica;
7. Cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Subjacente a estes objetivos, encontram-se as orientações da OE: Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas (Regulamento n.º 140/2019) e Competências Específicas dos EEESMO (Regulamento n.º 391/2019) (OE, 2019a; 2019b). Cada objetivo foi operacionalizado de modo a favorecer o desenvolvimento e consolidação de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais, contribuindo para uma prática profissional segura, humanizada e sustentada na melhor evidência científica disponível.

População alvo

Corresponde a todas as mulheres/casais que foram alvo da prestação de cuidados no exercício de aprendizagem, no período compreendido entre 16 de setembro de 2024 e 22 de junho de 2025, correspondendo à duração do ENP.

Método de aprendizagem

O ENP foi realizado sob supervisão clínica de EEESMOs e orientação pedagógica de docente da UÉ, decorrendo em diferentes contextos clínicos. Este enquadramento assegurou um acompanhamento contínuo e reflexivo, favorecendo a integração progressiva da mestranda nas equipas e a consolidação das competências previstas nos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 391/2019 da OE (OE, 2019a; 2019b).

Durante o ENP, foram mobilizadas diversas estratégias de aprendizagem, entre as quais se destacaram a observação direta de cuidados, o treino prático em contexto clínico, a reflexão crítica sobre a experiência profissional e a pesquisa bibliográfica, complementadas por outras oportunidades que favoreceram a aquisição e consolidação de conhecimentos. Em cada contexto de estágio, realizaram-se reuniões de avaliação intermédia e final, bem como momentos específicos de supervisão e *feedback*. Estes encontros constituíram espaços privilegiados para identificar e ultrapassar dificuldades, valorizar os pontos fortes, estabelecer objetivos e redefinir estratégias de aprendizagem, promovendo uma evolução progressiva e consistente das competências técnicas, científicas, éticas e relacionais.

Estratégias de Observação Direta de Cuidados e de Treino Clínico

Numa fase inicial, foi adotada uma postura observacional, possibilitando a compreensão das dinâmicas e rotinas de cada serviço. Progressivamente, a mestranda integrou-se na prática, participando ativamente na prestação de cuidados especializados, sempre de forma supervisionada. A observação direta das intervenções realizadas por EEESMO e outros elementos da equipa multidisciplinar favoreceu a identificação de boas práticas, a análise crítica de procedimentos e a aquisição de autonomia. O treino clínico incluiu a execução de técnicas e intervenções de enfermagem específicas da área de Saúde Materna e Obstétrica, fortalecendo competências técnicas, comunicacionais e de tomada de decisão.

Prática Reflexiva

A prática reflexiva constitui-se como um processo estruturante de aprendizagem, permitindo ao estudante olhar para as suas experiências de forma crítica, reconhecer os pontos fortes, identificar fragilidades e encontrar caminhos para melhorar (Peixoto & Peixoto, 2016). Ao longo do ENPRF, esta abordagem foi parte integrante do percurso da mestranda, sendo utilizada tanto nos momentos vividos nos contextos clínicos como fora deles, sempre

como uma oportunidade de crescimento. Entre esses momentos, destaca-se a reflexão sobre uma situação clínica de elevada complexidade, que marcou de forma especial a sua prática. Para a analisar, recorreu ao ciclo reflexivo de Gibbs (Apêndice A), um modelo que organiza a reflexão em seis etapas: descrição; sentimentos; avaliação; análise; conclusão e plano de ação, ajudando a dividir o acontecimento em partes mais claras e a ganhar o distanciamento necessário para o compreender melhor. Este exercício não se limitou a visitar o que aconteceu; permitiu transformar uma experiência desafiante numa verdadeira aprendizagem, reforçando a articulação entre teoria e prática e desenvolvendo competências como a análise crítica, o autoconhecimento e a tomada de decisão fundamentada, essenciais para uma atuação segura e confiante em situações complexas (McLeod, 2025; Peixoto & Peixoto, 2016).

Pesquisa Bibliográfica e Revisão de Literatura

A PBE em enfermagem consiste na integração das melhores evidências científicas disponíveis, aliadas à experiência clínica e às preferências do paciente, orientando a tomada de decisões e otimizando a prestação de cuidados. Ao aplicar conhecimento resultante da investigação, a PBE fortalece a qualidade da assistência e contribui para melhores resultados em saúde (Ominyi *et al.*, 2025).

Ao longo do ENP, a mestranda desenvolveu um Protocolo de Scoping Review [ScR] intitulado "*Um Protocolo de Scoping Review sobre Estratégias dos Enfermeiros Obstetras para a Promoção da Integridade Perineal no Parto Vaginal*", registado na plataforma *Open Science Framework* (OSF) e publicado na *Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento* (RIASE) Vol. 11 nº2 de agosto de 2025 (Apêndice B), bem como uma ScR com o mesmo tema submetida à *Revista Millenium*, cujo resumo se encontra disponível no apêndice C. As pesquisas foram conduzidas nas bases de dados *PubMed*, *Scopus* e *EBSCOhost*, com recurso ao software *Zotero* para gestão de referências. Estes trabalhos permitiram não só consolidar competências de pesquisa e análise crítica da literatura, como também disseminar conhecimento científico na área da saúde materna e obstétrica.

Formação Contínua e Partilha de Conhecimento

O desenvolvimento profissional contínuo é um dos pilares das competências do EEESMO (OE, 2021b). Durante o ENP, a mestranda frequentou o Curso de Conselheira de Aleitamento Materno (Anexo A) e um curso de sutura de laceração perineal online (Anexo B), fortalecendo competências técnicas e de aconselhamento.

Na vertente de partilha de conhecimento, desenvolveu e implementou uma formação em serviço sobre massagem perineal intraparto (Apêndice D e Anexo C), elaborando ainda um

folheto educativo sobre massagem perineal ante natal (Apêndice E) destinado a ser distribuído às grávidas na consulta de plano de nascimento e na consulta do 3.º trimestre.

Participou como oradora no evento "Caminhos da Maternidade", organizado por médicas internas de Medicina Geral e Familiar, onde apresentou o tema "*Pele a Pele: Cuidar da Pele com Amor*" (Apêndice F e Anexo D), contribuindo para a literacia em saúde materno-infantil na comunidade.

No decorrer do ENP, dinamizou duas sessões no Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade [PPPP], abordando as temáticas "Banho ao recém-nascido" e "Segurança rodoviária do recém-nascido", promovendo práticas seguras e baseadas na evidência.

Adicionalmente, participou na nona edição do *Health Insights* – ciclo de formação para Profissionais de Saúde (Anexo E), que incluiu temáticas como as *Midwifery Skills* para promover o bem-estar materno, a fisiologia na gravidez e o posicionamento fetal, a consulta pré-natal de apoio à amamentação e colheita de colostro, a utilização de células estaminais do cordão umbilical e a importância de uma boa colheita, a erradicação da violência obstétrica e promoção de cuidados respeitosos no parto, bem como a relação entre amamentação, fertilidade e sexualidade. Esta participação constituiu uma oportunidade de atualização e reflexão, contribuindo para o reforço das competências da mestranda na prestação de cuidados centrados na mulher, na família e na comunidade.

Modelo Teórico de Referência

A prática clínica em enfermagem beneficia significativamente da utilização de modelos teóricos, que fornecem uma estrutura conceptual capaz de orientar e sustentar as intervenções, tornando o "cuidar" um processo mais sistemático, holístico e eficaz (Al Yasin, 2023). No contexto do estágio e da temática desenvolvida, a orientação das práticas baseou-se na Teoria do Cuidado de Kristen Swanson, que concebe a enfermagem como uma relação de parceria e envolvimento, centrada na preservação da dignidade humana e na promoção do bem-estar. Desenvolvida a partir de estudos fenomenológicos, esta teoria assenta em cinco componentes: *Maintaining Belief* (manter a crença), *Knowing* (conhecer), *Being With* (estar com), *Doing For* (fazer por) e *Enabling* (capacitar), que em conjunto, abrangem as dimensões físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais do cuidar, reconhecendo a mulher como um ser único, moldado pela sua história, valores e contexto (Al Yasin, 2023; Swanson, 1991, 1993).

No âmbito da preservação da integridade perineal durante o parto, estes princípios traduzem-se em intervenções que conciliam conhecimento técnico e humanização. *Maintaining Belief*, implica reforçar a confiança da parturiente nas suas capacidades fisiológicas; *Knowing* pressupõe a avaliação individualizada dos fatores de risco para trauma perineal e a compreensão das suas preferências; *Being With* significa assegurar apoio

contínuo e um ambiente de segurança e privacidade; *Doing For* inclui a aplicação criteriosa de técnicas protetoras, como compressas mornas, massagem perineal intraparto, apoio manual ao períneo ou incentivo a posições dinâmicas durante o parto; e *Enabling* envolve fornecer informação clara e baseada na evidência para que a mulher possa decidir sobre estratégias como o esforço expulsivo espontâneo ou a posição de parto.

Durante o ENP, a mestranda aplicou estes princípios de forma integrada. Em cada parto acompanhado, procurou criar uma relação de confiança, valorizando as escolhas da mulher, adaptando as intervenções às suas necessidades específicas e garantindo que todas as ações fossem realizadas com o seu consentimento. Esteve presente não apenas como prestadora de cuidados técnicos, mas também como suporte emocional constante, transmitindo segurança e serenidade mesmo nos momentos mais intensos. Ao ensinar e reforçar a importância do esforço expulsivo espontâneo, ao ajustar posições que favorecessem o conforto e a proteção do períneo, ou ao aplicar técnicas protetoras de forma criteriosa, sentiu que cada gesto contribuía não apenas para prevenir traumas perineais, mas também para que a experiência do parto fosse vivida de forma positiva e empoderadora. Esta vivência reafirmou a importância do papel do EEESMO como guardião da segurança, da qualidade e da humanização dos cuidados.

2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A prática em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica exige um compromisso contínuo com a atualização científica e a análise crítica, assegurando que as intervenções realizadas durante o TP sejam fundamentadas na melhor evidência disponível, enquanto a investigação orienta a prática clínica, consolidando a enfermagem enquanto ciência e traduzindo-se em ganhos na segurança, na qualidade dos cuidados e no prognóstico materno-fetal.

Neste enquadramento, a promoção da integridade perineal durante o parto assume-se como um dos eixos centrais da atuação da EEESMO, implicando não apenas conhecimento técnico-científico, mas também autoconhecimento e assertividade, para que se estabeleçam relações terapêuticas eficazes e se apoie a mulher na sua tomada de decisão informada (OE, 2019a). Segundo a perspetiva de Kristen Swanson, o cuidado de enfermagem materializa-se através de cinco processos interconectados que, aplicados ao contexto obstétrico, ganham particular relevância.

A temática desenvolvida centrou-se nos contributos da enfermeira obstetra na promoção da integridade perineal. Neste contexto, a ScR possibilitou o mapeamento das principais estratégias utilizadas pelos enfermeiros obstetras, demonstrando a sua aplicabilidade e benefícios em contexto clínico (Apêndice C). A articulação entre os resultados da ScR e a experiência desenvolvida no ENPRF configura-se num contributo prático que realça o papel do enfermeiro obstetra na humanização da assistência, na tomada de decisões fundamentadas e na implementação de intervenções seguras, promotoras da preservação da integridade perineal e, simultaneamente, facilitadoras da segurança, bem-estar e dignidade da mulher durante o parto.

2.1. ESTRATÉGIAS DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS PARA A PROMOÇÃO DA INTEGRIDADE PERINEAL NO PARTO VAGINAL

Fundamentos Teórico-práticos da Assistência Perineal

O TP representa um processo fisiológico que culmina na dilatação do colo do útero, na progressão fetal pelo canal de parto e no nascimento via vaginal. Constitui um momento único para cada mulher e família, embora possa estar associado a intercorrências que comprometem a saúde materna (Bączek *et al.*, 2022c; Graça, 2017).

A região perineal, anatomicamente situada entre o ânus e o vestíbulo vaginal, é constituída por estruturas musculares e tecidos que dão suporte à saída pélvica. Durante o

período gestacional, esta área experimenta um incremento do fluxo sanguíneo, tornando-se suscetível a sofrer lesões devido a sua distensão excessiva durante do parto. Dados epidemiológicos indicam que 85% a 90% das mulheres apresentam algum grau de laceração perineal após o parto, sendo que as lacerações de segundo grau são particularmente frequentes, com maior incidência entre as primíparas (Bączek *et al.*, 2022; Ramar *et al.*, 2024).

Na perspetiva da Teoria do Cuidado de Swanson, o processo de “conhecer” implica a compreensão profunda dos fatores de risco e das particularidades de cada situação clínica, enquanto o “estar com” se manifesta na presença atenta e na disponibilidade emocional durante estes momentos críticos.

Classificação e Repercussões das Lacerações Perineais

As lacerações perineais representam uma intercorrência comum do parto vaginal, variando desde pequenas soluções de continuidade até lesões complexas envolvendo o esfíncter anal. A tabela 3 sintetiza a sua classificação baseada no sistema de classificação de Sultan para trauma perineal, reconhecida internacionalmente pela RCOG (RCOG, 2015).

Tabela 3. Classificação do grau de laceração perineal

Grau da Laceração	Descrição do nível da laceração
Laceração grau I	Comprometimento da pele do períneo e/ou mucosa vaginal.
Laceração grau II	Envolvimento do períneo e musculatura perineal, preservando o esfíncter anal.
Laceração grau III	Compromisso perineal com envolvimento do esfíncter anal, subdividindo-se em: a) Atinge menos de 50% do esfíncter anal externo; b) Atinge mais de 50% do esfíncter anal externo; c) Atinge o esfíncter anal externo e interno.
Laceração grau IV	Lesão perineal com comprometimento dos esfíncteres anais externo e interno e da mucosa retal.

Fonte: Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG, 2015)

Estas lesões podem comprometer significativamente a qualidade de vida das mulheres, resultando em sequelas como dor perineal persistente, disfunção sexual e incontinência fecal e urinária (Bączek *et al.*, 2022c). Neste contexto, a identificação dos fatores de risco torna-se fundamental para a implementação de estratégias preventivas eficazes na assistência obstétrica.

O conceito de “fazer por” da teoria de Swanson materializa-se precisamente na antecipação e prevenção destas complicações, através de intervenções técnicas competentes e oportunas.

Determinantes de Risco e Fatores Predisponentes

Relativamente aos fatores maternos que predispõem ao aumento do risco de lacerações perineais, sobressaem a idade materna avançada, a primiparidade, alterações no índice de massa corporal [IMC], antecedentes de cesariana anterior e a pertença à etnia asiática (Bączek *et al.*, 2022c).

Quanto à etnia asiática, investigações demonstram que se configura como um fator de risco significativo para lacerações perineais graves durante o parto vaginal (Park *et al.*, 2023; Wheeler *et al.*, 2012). Uma meta-análise conduzida por Park *et al.* (2023) demonstrou que mulheres asiáticas evidenciam um risco 1,6 vezes maior de desenvolver *Obstetric Anal Sphincter Injuries* [OASIS] comparativamente com mulheres de etnia caucasiana.

No que concerne aos fatores fetais que contribuem para a ocorrência de lacerações perineais, o peso ao nascimento e a circunferência cefálica destacam-se como elementos relevantes. RN com peso acima de 4000gr elevam significativamente o risco de lesões perineais, em virtude da necessidade de maior distensão do períneo durante a passagem fetal (Bączek *et al.*, 2022c).

Para além destas características maternas e fetais, tanto a dinâmica do TP quanto os cuidados prestados durante o parto influenciam decisivamente a incidência de lacerações perineais.

Estratégias Baseadas em Evidência: Uma Abordagem Sistemática

A análise dos dados possibilitou a categorização das estratégias utilizadas pelos enfermeiros obstetras em sete categorias temáticas, identificadas mediante a frequência descritiva na literatura e a sua relevância clínica para a promoção da integridade perineal no contexto de TP, particularmente no segundo estadio do TP (Apêndice C).

Esta sistematização reflete os processos de cuidar de Swanson, onde o “conhecer” se manifesta na compreensão das evidências científicas, o “capacitar” na educação e orientação das mulheres sobre as opções disponíveis, e o “manter a crença” na confiança sobre a eficácia das intervenções implementadas.

Termoterapia perineal com compressas mornas

A Termoterapia através de compressas mornas emergiu como uma das estratégias mais prevalentes nos resultados da ScR (Apêndice C), destacando-se pela sua simplicidade, baixo custo e benefícios documentados tanto nos resultados clínicos como na experiência da

mulher. Esta técnica terapêutica consiste na aplicação de compressas estéreis impregnadas em água aquecida, aplicada entre contrações e durante a fase de coroamento, com temperaturas documentadas entre 40°C e 59°C (Shqara *et al.*, 2025; Türkmen *et al.*, 2020).

As recomendações Türkmen *et al.* (2020) preconizam a manutenção térmica entre 40°C e 45°C durante 6 a 8 minutos, otimizando o efeito terapêutico. A evidência científica correlaciona esta prática com a redução da dor perineal, incremento conforto pós-parto, aumento da taxa de períneo intacto e diminuição de lacerações e episiotomias (Modoor *et al.*, 2021; Rodrigues *et al.*, 2023; Sun *et al.*, 2024a).

Na ótica de Swanson, esta intervenção exemplifica o “fazer por” através de ações técnicas competentes que promovem o bem-estar, enquanto o “estar com” se materializa na atenção individualizada e no conforto proporcionado.

Técnicas manuais de proteção perineal

Entre as técnicas manuais de proteção perineal, a abordagem hands-on, que engloba o suporte ativo do períneo e o controlo da saída da cabeça fetal, permanece como a mais frequentemente usada e referenciada na literatura (Gillman *et al.*, 2024; Rasmussen *et al.*, 2021; Rodrigues *et al.*, 2023), correlacionando-se com uma menor incidência de OASIS.

A manobra de Ritgen, investigada por Salusest *et al.* (2024), demonstrou potencial para a redução de lacerações, embora os investigadores enfatizem a necessidade de formação adequada e aplicação criteriosa.

Emergindo recentemente, a técnica de libertação miofascial perineal tem-se afirmado como uma intervenção promissora no âmbito da proteção do períneo. Executada durante o coroamento, conjuntamente com a aplicação de compressas quentes, esta técnica compreende a pressão digital contínua sobre o ponto CV1 (localizado no centro do períneo) combinada com contra força da cabeça fetal.

Estas técnicas corporizam o processo de “fazer por” de Swanson, através de intervenções técnicas especializadas que antecipam e previnem complicações, sempre respeitando a dignidade e autonomia da mulher.

Promoção da mobilidade e posições fisiológicas

A valorização das posições fisiológicas e da liberdade de movimentos constitui um tema transversal a diversos estudos incluídos na *ScR*, espelhando uma modificação progressiva nas práticas assistenciais ao parto, priorizando a participação ativa da mulher e na promoção de mecanismos naturais de proteção perineal (Cordeiro *et al.*, 2025).

Investigações sugerem que, em mulheres primíparas, a adoção da posição lateral, especialmente durante a fase ativa do segundo estadio do TP, correlaciona-se com uma maior

taxa de períneo íntegro ou com lacerações ligeiras, e uma menor prevalência de episiotomia, quando comparável com a posição de litotomia (Cordeiro *et al.*, 2025).

Esta abordagem reflete o processo de “capacitar” da teoria de Swanson, onde a enfermeira obstetra promove a autonomia da mulher, informando-a sobre as opções disponíveis e apoiando as suas escolhas, mantendo sempre a crença nas suas capacidades naturais (“manter a crença”).

Massagem perineal intraparto

A massagem perineal tem conquistado reconhecimento como uma técnica eficaz na prevenção do trauma perineal durante o segundo estadio do TP. Esta intervenção promove o relaxamento muscular, incrementa a perfusão sanguínea e a elasticidade dos tecidos, minimizando a resistência à distensão (Oglack & Obut, 2020).

Conforme o estudo de Laderas Díaz *et al.* (2024) que examina as práticas adotadas por parteiras em Espanha para prevenir e reparar trauma perineal obstétricos, a massagem perineal intraparto foi identificada como uma das técnicas avaliadas.

Integração das Competências Especializadas e Reflexão Teórica

De forma abrangente, os dados analisados demonstram que a atuação dos enfermeiros obstetras na promoção da integridade perineal transcende conhecimento técnico, requerendo uma abordagem sensível, humanizada e personalizada às necessidades individuais de cada mulher. A operacionalização destas práticas depende fundamentalmente do compromisso das instituições de saúde com a qualidade e segurança do nascimento, da formação contínua das profissionais e da criação de condições facilitadoras de cuidados centrados na mulher.

A Teoria do Cuidado de Swanson oferece um enquadramento conceptual valioso para a prática da enfermagem obstétrica, onde cada processo de cuidar se interliga dinamicamente. O “conhecer” manifesta-se na compreensão das evidências científicas e das necessidades individuais; o “estar com” na presença genuína e disponibilidade emocional; o “fazer por” nas intervenções técnicas competentes; o “capacitar” na promoção da autonomia e participação ativa da mulher; e o “manter a crença” na confiança nas capacidades naturais da mulher e na eficácia do cuidado humanizado.

Não obstante o crescente interesse em práticas que promovem a integridade perineal, algumas estratégias permanecem pouco exploradas cientificamente. Embora se observe um progresso significativo na adoção de cuidados preventivos e humanizados, subsistem lacunas importantes na produção científica, particularmente na avaliação isolada de algumas intervenções e na uniformização dos procedimentos.

A realização da ScR viabilizou o mapeamento e síntese de um conjunto diversificado de estratégias utilizadas por enfermeiros obstetras para promover a integridade perineal no

contexto do TP. As intervenções identificadas espelham uma prática centrada na mulher, alicerçada na evidência científica e norteada pelos princípios da humanização dos cuidados, da fisiologia do parto e do respeito pela autonomia da parturiente.

2.2. RESULTADOS EMPIRICOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA

No desenvolvimento da temática “*Integridade Perineal Durante o Parto: Contributos da Enfermeira Obstetra*” e posteriormente a uma pesquisa e análise da literatura científica existente, foi possível articular os conhecimentos teóricos adquiridos com à prática em contexto clínico.

A realização da ScR, cujo objetivo foi mapear as estratégias utilizadas pelos enfermeiros obstetras para a promoção da integridade perineal no contexto do TP, revelou-se essencial para o desenvolvimento da mestranda. A análise rigorosa da literatura permitiu identificar, de forma clara, as intervenções mais recomendadas para este momento do parto, aprofundando a compreensão sobre a sua aplicação prática.

Este conhecimento orientou decisivamente a tomada de decisão clínica, possibilitando a implementação de estratégias fundamentadas na melhor evidência científica e adaptadas às características de cada situação, respeitando sempre as escolhas e a preferência da mulher.

Neste percurso, a atuação da mestranda foi ainda guiada pela Teoria do Cuidado de Kristen Swanson, que sustenta uma prática centrada na mulher e na humanização dos cuidados. O “conhecer” revelou-se particularmente importante na compreensão dos fatores de risco individuais e culturais que influenciam a integridade perineal, permitindo ajustar estratégias a cada mulher. O “estar com” traduziu-se na presença empática e no suporte emocional oferecido, reforçando a segurança num momento de grande vulnerabilidade. O “fazer por” concretizou-se na aplicação de estratégias promotoras de integridade perineal durante o parto, identificadas pela evidência científica. O “capacitar” assumiu forma na partilha de informação clara, no diálogo aberto e no incentivo à participação da mulher nas suas próprias escolhas. Por fim, o “manter a crença” refletiu a confiança permanente na capacidade de cada parturiente enfrentar o TP, mesmo perante situações complexas, reforçando a importância de acreditar e transmitir esperança (Al Yasin, 2023; Swanson, 1991, 1993).

Desta forma, cada estratégia destinada à promoção da integridade perineal foi realizada de forma individualizada, valorizando não apenas os resultados clínicos, mas também a vivência subjetiva da mulher e da sua família.

A recolha de dados incidiu sobre parturientes no segundo estadio do TP a quem foram prestados cuidados pela mestranda durante o contexto clínico de sala de parto entre setembro de 2024 e junho de 2025. As informações foram recolhidas através do boletim de saúde da grávida e SClínico® Hospitalar e registadas com recurso ao sistema operativo *Microsoft Excel*® para posterior análise e extração de dados.

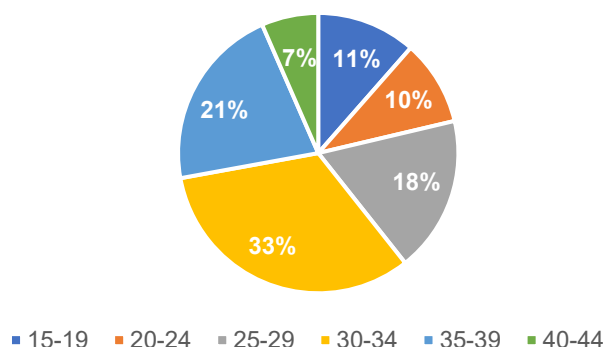
A recolha de dados foi orientada pelo disposto no artigo 106.º do Código Deontológico de Enfermagem, que estabelece o dever de sigilo profissional. Este princípio exige que o enfermeiro preserve a confidencialidade das informações obtidas no exercício da sua atividade e assegure o anonimato sempre que os dados sejam utilizados em contextos de ensino ou investigação (Assembleia da República [AR], 2015).

Caraterização da População-alvo e Fatores de Risco para a Integridade Perineal

Durante a experiência clínica nos diferentes contextos clínicos da sala de partos, a mestranda teve a oportunidade de participar ativamente na realização de 61 partos eutócicos. Verificou-se que as parturientes tinham idades compreendidas entre os 15 e os 41 anos e que a maioria tinha idades compreendidas entre os 30 e os 34 anos, tal como se observa na figura 2.

A média de idades situa-se nos 29,9 anos, valor próximo da média nacional registada em 2024, em que a idade média das mães no nascimento de um filho foi de 31,7 anos (INE, 2025).

Figura 2. Distribuição por Faixa Etária

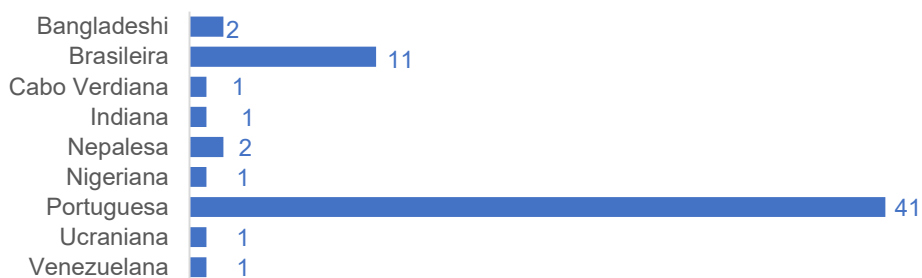


Fonte: Elaboração Própria

No que diz respeito à nacionalidade das parturientes, conforme ilustrado na figura 3, verificou-se uma marcada diversidade cultural. A maioria era de nacionalidade portuguesa, com 41 casos, seguindo-se 20 parturientes estrangeiras, representando 32,8% do total de partos eutócicos realizados pela mestranda, entre as quais 11 parturientes de origem brasileira e 5 provenientes de países asiáticos.

Em 2023, residiam em Portugal 343 557 mulheres de nacionalidade estrangeira em idade fértil (15–49 anos), número que evidencia o peso crescente da população migrante neste grupo etário (PORDATA, 2023b). No ano seguinte, registaram-se no país 84 642 nados-vivos, dos quais 27 932 (33,0%) eram filhos de mães nascidas no estrangeiro, o valor mais elevado até agora observado, sublinhando a diversidade cultural das mulheres que dão à luz em Portugal (INE, 2025).

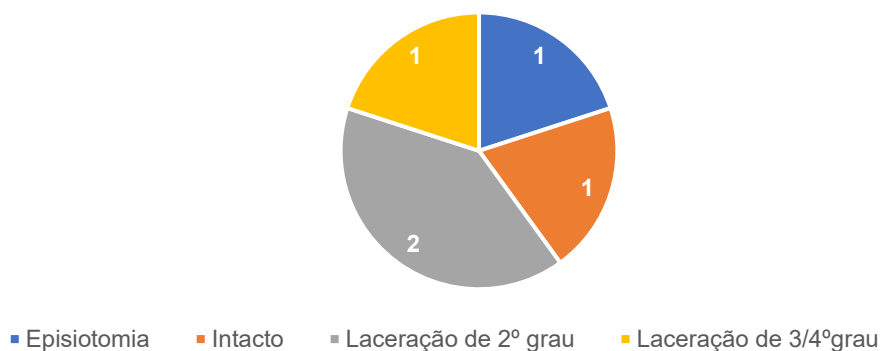
Figura 3. Distribuição das parturientes por nacionalidade



Fonte: Elaboração Própria

Relativamente aos desfechos perineais das parturientes de origem asiática, representados na figura 4, verificou-se um períneo intacto, duas lacerações de 2.º grau, um caso de laceração de 3.º/4.º grau e uma episiotomia. No âmbito da presente temática, e de acordo com autores como Park *et al.* (2023) e Wheeler *et al.* (2012), a etnia asiática é apontada como um fator de risco para a integridade perineal, estando associada a maior incidência de lacerações durante o parto. Segundo Park *et al.* (2023), esta vulnerabilidade pode ser explicada por características anatómicas, como um períneo mais curto e menos elástico, pela maior frequência de episiotomias e partos instrumentados, bem como por barreiras linguísticas e culturais que dificultam a comunicação entre mulheres e profissionais de saúde.

Figura 4. Distribuição dos Desfechos Perineais na População de Origem Asiática



Fonte: Elaboração Própria

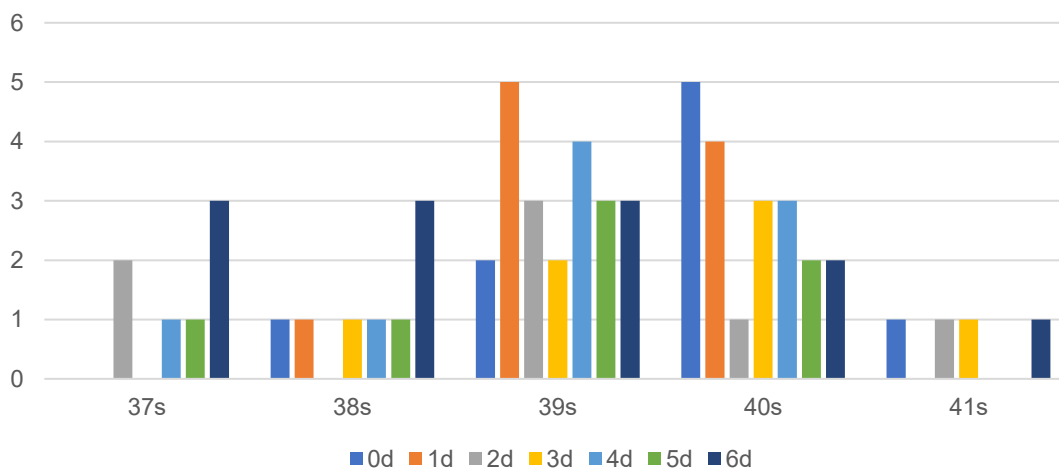
Idade Gestacional

Na figura 5, observa-se a distribuição das idades gestacionais, evidenciando que a maioria dos partos ocorreu entre as 37 e as 41 semanas de gestação, intervalo que se

enquadra nos padrões obstétricos recomendados. O período a termo (entre as 37 e as 40 semanas) é considerado o ideal, uma vez que o feto já atingiu maturidade suficiente para sobreviver fora do útero com menor risco de complicações (WHO, 2018).

Registaram-se ainda 18 partos após as 40 semanas, situação associada a um risco acrescido de complicações, como insuficiência placentária e oligohidrâmnios, o que justifica uma vigilância mais apertada e, em muitos casos, a indução do parto como medida preventiva (ACOG, 2017).

Figura 5. Distribuição por Idade Gestacional

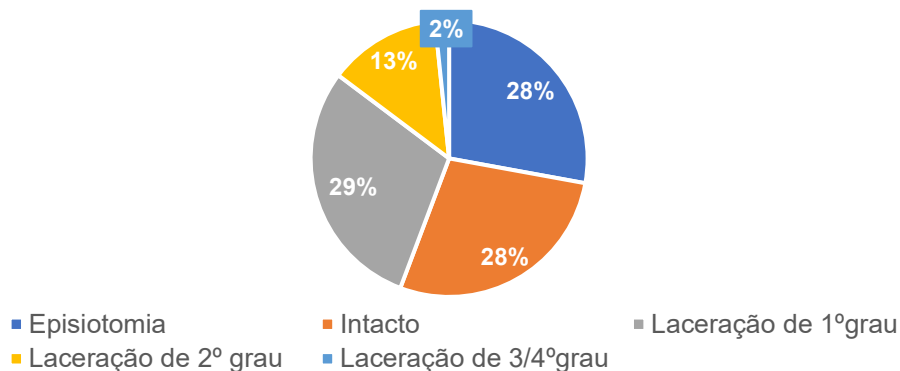


Fonte: Elaboração Própria

Desfechos Perineais

Relativamente aos desfechos perineais observados durante o ENP, verificou-se que 17 partos (28%) resultaram em períneo intacto, enquanto a laceração de 1.º grau ocorreu em 18 casos (29%) e a de 2.º grau em 8 casos (13%). Foi registada apenas uma situação de laceração grave (3.º/4.º grau), correspondendo a 2% do total. A episiotomia foi realizada em 17 partos (28%). Conforme ilustrado na figura 6, estes dados permitem observar que, embora uma parte significativa das mulheres tenha mantido a integridade perineal, uma proporção considerável apresentou algum grau de trauma, o que reforça a importância da aplicação de estratégias preventivas descritas com vista a minimizar a ocorrência de lacerações e a necessidade de episiotomia.

Figura 6. Distribuição dos Desfechos Perineais

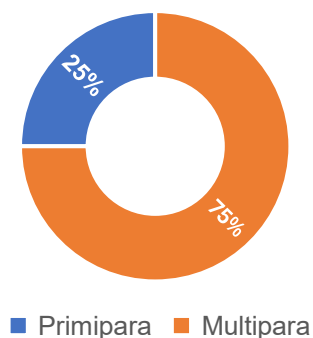


Fonte: Elaboração Própria

Paridade

Conforme apresentado na figura 7, a distribuição da paridade revela que 25% das parturientes eram primíparas e 75% múltiparas, informação relevante para compreender o percurso reprodutivo e possíveis implicações no TP.

Figura 7. Distribuição da Paridade



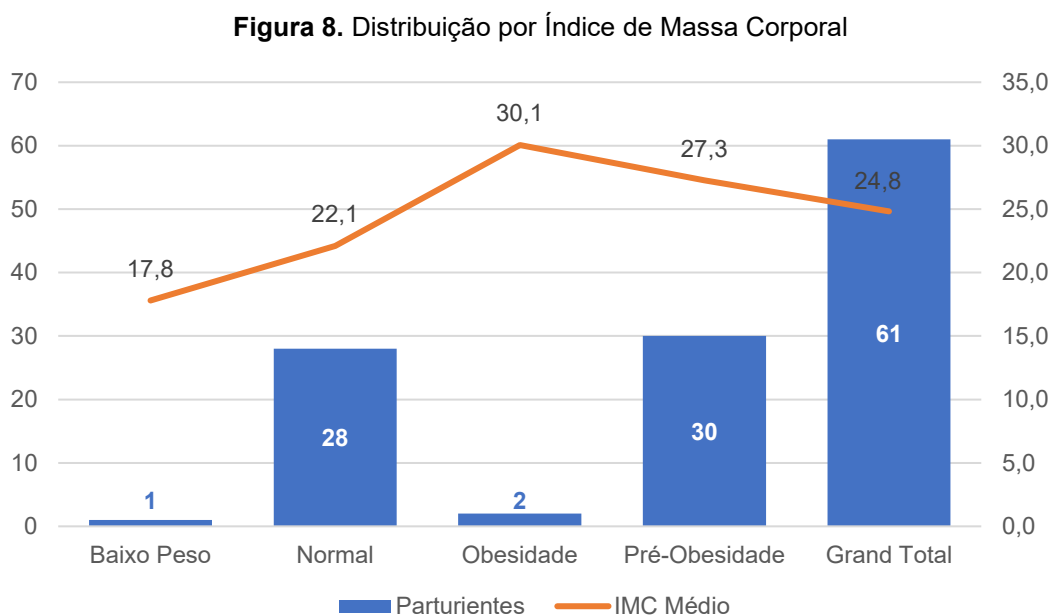
Fonte: Elaboração Própria

A paridade revela-se um fator determinante para a integridade perineal durante o parto. Diversos estudos evidenciam que as primíparas apresentam maior vulnerabilidade a lacerações e episiotomias, devido à menor distensibilidade dos tecidos e à maior duração habitual do período expulsivo. Jansson *et al.* (2020) identificaram incidências significativamente mais elevadas de lacerações de 2.º a 4.º grau em primíparas quando comparadas com múltiparas, achado corroborado por Macedo *et al.* (2024), que apontaram uma ocorrência de trauma perineal em mais de 90% das primíparas versus cerca de 70% das múltiparas. Similarmente, Okeahialam, Sultan e Thakar (2024) destacam que o risco de OASIS é três vezes superior em mulheres no primeiro parto. Embora as múltiparas beneficiem de maior elasticidade perineal, não estão isentas de risco, sobretudo em situações de partos

muito rápidos ou de fetos macrosómicos, o que reforça a importância de uma vigilância individualizada em todos os casos.

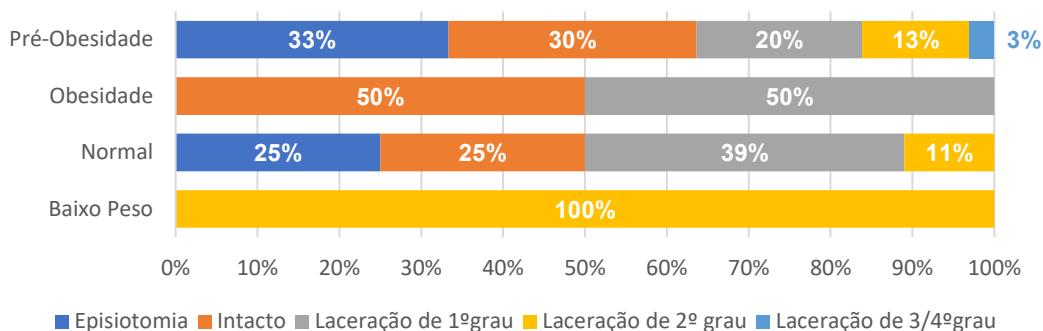
Índice de Massa Corporal

A figura 8 apresenta o IMC pré-natal das mulheres assistidas pela mestranda durante o parto, evidenciando uma maior prevalência de valores classificados como pré-obesidade, seguidos da categoria normal, e em menor proporção os casos de baixo peso e obesidade. A interpretação dos resultados segue os critérios definidos pela OMS, que estabelece como referência: baixo peso (IMC <18,5 kg/m²), normalidade (18,5–24,9 kg/m²), pré-obesidade (25–29,9 kg/m²) e obesidade (≥30 kg/m²) (WHO, 2025a). Esta classificação permite uma leitura sistematizada do estado nutricional das mulheres e auxilia na compreensão dos riscos maternos associados.



Fonte: Elaboração Própria

A figura 9 ilustra a distribuição percentual dos desfechos perineais em cada categoria de IMC, permitindo visualizar de forma comparativa as tendências observadas pela mestranda.

Figura 9. Relação entre o IMC e os desfechos perineais

Fonte: Elaboração Própria

A análise dos desfechos perineais segundo o IMC materno pré-natal, de acordo com a classificação da OMS, permitiu identificar alguns padrões relevantes. Nas mulheres com IMC normal (n=28) observou-se uma distribuição heterogénea dos desfechos: 39% apresentaram laceração de 1.º grau, 25% períneo intacto, 25% episiotomia e 11% laceração de 2.º grau. Resultados semelhantes foram encontrados no grupo de pré-obesidade (n=30), onde se verificou uma maior frequência de episiotomias (33%), seguida de períneo intacto (30%), lacerações de 1.º grau (20%), lacerações de 2.º grau (13%) e um caso de laceração grave de 3.º/4.º grau (3%).

Nos extremos do IMC, destacaram-se padrões particulares: o único caso de baixo peso resultou numa laceração de 2.º grau, enquanto as mulheres com obesidade (n=2) apresentaram desfechos distintos, uma com períneo intacto e outra com laceração de 1.º grau.

Estes resultados sugerem que, apesar de existir maior diversidade de desfechos nos grupos intermédios (normal e pré-obesidade), as situações de obesidade, ainda que em número reduzido, não se associaram necessariamente a desfechos mais graves. A literatura recente corrobora esta tendência, apontando que a obesidade materna pode exercer um efeito protetor relativamente às lacerações perineais graves. Tavakoli *et al.* (2023) demonstraram que as mulheres com obesidade estavam menos propensas a apresentar OASIS durante o parto vaginal.

Apesar destes resultados, outros estudos destacam que o IMC elevado pode também constituir um fator de risco para determinados desfechos. Durnea *et al.* (2018), num estudo com mais de 45 000 partos vaginais, verificaram que o excesso de peso se associava a menor risco de lacerações ligeiras, mas não demonstrava efeito protetor em relação a OASIS. Paralelamente, Hjertberg *et al.* (2022), numa coorte sueca de mulheres com OASIS, identificaram maior risco de incontinência urinária nas mulheres com sobrepeso e obesidade,

evidenciando que o IMC elevado pode influenciar negativamente a função do assoalho pélvico no período pós-parto.

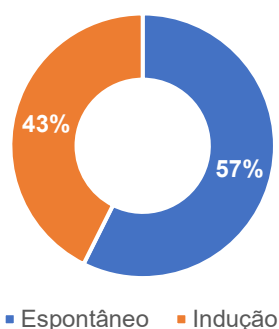
No decurso do ENP, embora se tenha registado uma laceração de 3.º/4.º grau numa mulher em pré-obesidade, a maioria dos desfechos concentrou-se em lacerações ligeiras ou na necessidade de episiotomia, o que reforça a heterogeneidade da influência do IMC sobre a integridade perineal.

Indução do Trabalho de Parto

Dos 61 partos eutócicos acompanhados, 43% foram precedidos por indução do TP, enquanto 57% ocorreram de forma espontânea.

Estes dados, apresentados na figura 10, evidenciam que, embora a maioria dos partos tenha iniciado espontaneamente, uma proporção considerável foi desencadeada por indução.

Figura 10. Distribuição por Indução do TP vs TP espontâneo



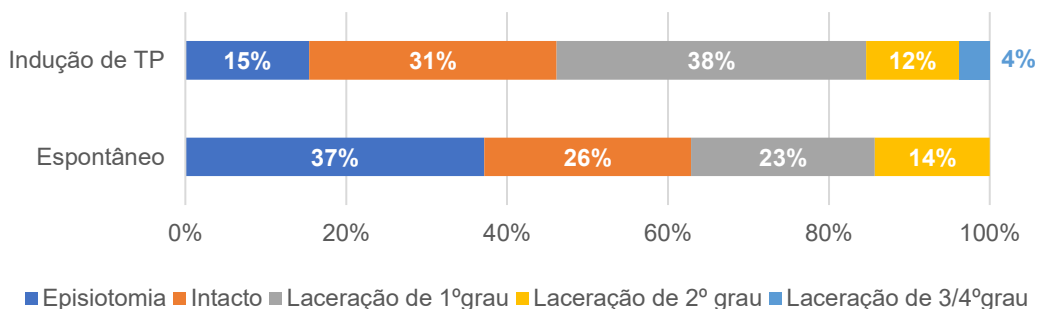
Fonte: Elaboração Própria

A literatura oferece evidência de que a indução farmacológica com ocitocina pode estar associada a uma maior probabilidade de intervenções durante o TP, com potenciais repercussões na integridade perineal. Kartal *et al.* (2023), no seu estudo de caso-controlo, identificaram que a indução com ocitocina se relacionou com maior risco de hemorragia pós-parto e de trauma perineal imediato. De forma semelhante, Bączek *et al.* (2022b) observaram que a administração de ocitocina durante o TP esteve associada a um aumento significativo no risco de realização de episiotomia.

Embora estes estudos não demonstrem que a indução, de forma isolada, seja um fator preditivo de lacerações graves, sugerem que o seu uso pode contribuir indiretamente para a ocorrência de traumatismos perineais ligeiros, sobretudo quando associada a partos prolongados ou instrumentados.

Na figura 11, estão representados os resultados que evidenciam de forma clara a diferença de distribuição dos desfechos perineais entre partos espontâneos e induzidos.

Figura 11. Relação entre a indução do TP e desfechos perineais



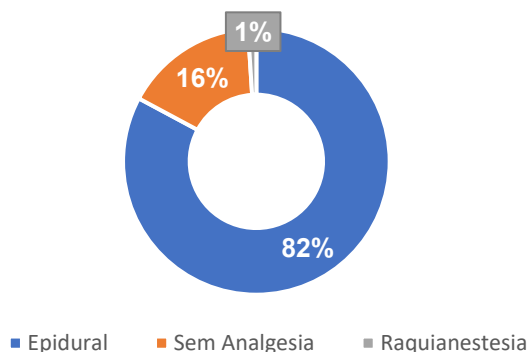
Fonte: Elaboração Própria

No que se refere à relação entre a indução do TP e os desfechos perineais, destacou-se nos partos induzidos a maior frequência de lacerações de 1.º grau (39%), seguidas de períneos intactos (31%), episiotomias (15%), lacerações de 2.º grau (12%) e um caso de laceração de 3.º/4.º grau (4%). Já nos partos espontâneos predominou a episiotomia (37%), seguida do períneo intacto (26%), da laceração de 1.º grau (23%) e da laceração de 2.º grau (14%), sem ocorrência de lacerações graves.

Analgesia Epidural

No que respeita à analgesia epidural, registou-se recurso a este procedimento em 50 partos eutócicos (82%), uma parturiente (2%) recorreu a raquianestesia, enquanto apenas 10 (16%) decorreram sem analgesia. Estes dados encontram-se representados na figura 12.

Figura 12. Distribuição por Analgesia



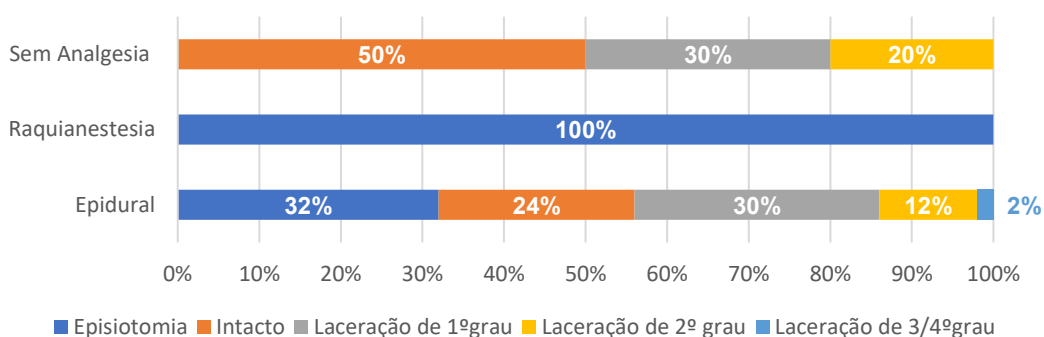
Fonte: Elaboração Própria

Os estudos mais recentes indicam que a utilização da analgesia epidural pode ter impacto na integridade do períneo, ainda que esse efeito se manifeste de formas distintas. Uma

investigação de Eshkoli *et al.* (2024), demonstrou que as mulheres que recorreram à epidural apresentaram maior risco de OASIS, como lacerações de 3.º e 4.º grau. Já uma análise retrospectiva de Bączek *et al.* (2022a) identificou uma maior frequência de episiotomias e de lacerações perineais entre as mulheres que receberam este tipo de analgesia, sugerindo que o períneo pode ficar mais vulnerável quando esta técnica é utilizada. Globalmente, estes resultados apontam para uma direção comum: a epidural pode aumentar a probabilidade de trauma perineal, ainda que com diferentes níveis de gravidade.

A análise dos desfechos perineais segundo a utilização de analgesia epidural encontra-se representada na figura 13.

Figura 13. Relação entre a analgesia epidural e desfechos perineais



Fonte: Elaboração Própria

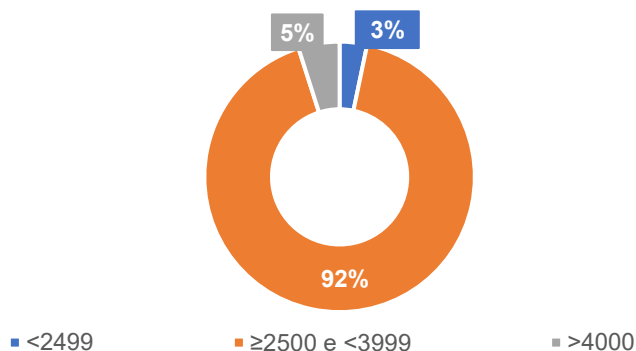
Na amostra analisada, verificou-se um padrão semelhante. Entre as mulheres que recorreram à analgesia epidural, predominaram as episiotomias (32%) e as lacerações de 1.º grau (30%), seguidas dos períneos intactos (24%) e das lacerações de 2.º grau (12%). Observou-se ainda um caso de laceração grave de 3.º/4.º grau (2%) neste grupo. Entre as mulheres sem analgesia, destacou-se uma maior proporção de períneos intactos (50%), seguidos de lacerações de 1.º grau (30%) e de 2.º grau (20%). grupo com raquianestesia, apenas recorreu uma parturiente que apresentou uma episiorrafia (100%).

Estes achados sugerem que a epidural poderá estar relacionada com uma maior necessidade de intervenções perineais, ainda que tal associação deva ser interpretada com cautela, dado o número reduzido de mulheres sem epidural (n=11).

Peso do RN ao nascer

No que diz respeito ao peso dos RN, observou-se que 3% apresentaram peso inferior a 2499gr, 92% situaram-se entre 2500gr e 3999gr e 5% ultrapassaram os 4000gr, sendo classificados como macrossómicos. Estes dados encontram-se representados na figura 14.

Figura 14. Distribuição por peso dos RN ao nascer

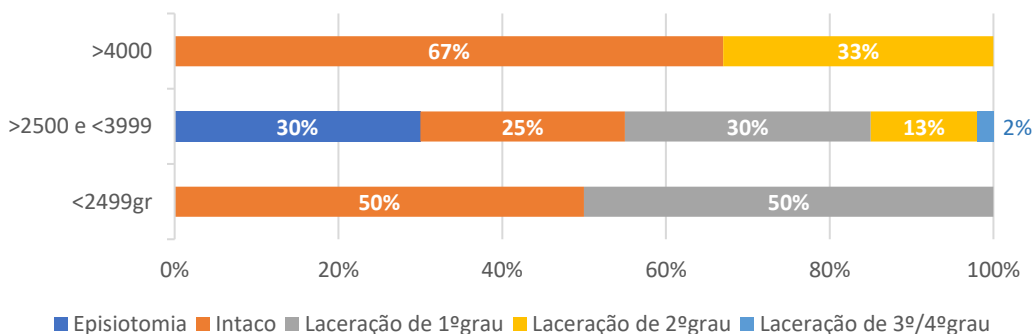


Fonte: Elaboração Própria

Alguns estudos evidenciam que o peso do RN tem um papel importante na integridade do períneo. Num estudo prospetivo realizado por Jansson *et al.* (2020), observou-se que RN com mais de 4000gr aumentaram de forma significativa o risco de lacerações de 2.º grau e de OASIS em mulheres primíparas. De forma complementar, uma investigação de André *et al.* (2022), confirmou que o peso fetal elevado é um dos fatores mais determinantes para a ocorrência de lacerações graves, superando outros aspetos maternos ou sociodemográficos. Conjuntamente, estes resultados sublinham que a macrossomia deve ser considerada na avaliação de risco durante o parto, permitindo às equipas de saúde antecipar intervenções que favoreçam a proteção perineal e a segurança materna.

A relação entre o peso ao nascer dos RN e os desfechos perineais encontra-se representada na figura 15.

Figura 15. Relação entre o peso dos RN ao nascer e os desfechos perineais



Fonte: Elaboração Própria

Nos casos de baixo peso (<2499g), verificaram-se apenas períneo intacto (50%) e laceração de 1.º grau (50%). Entre os RN com peso adequado (2500–3999g), observou-se uma distribuição equilibrada entre episiotomias (30%) e lacerações de 1.º grau (30%),

seguidas de períneos intactos (25%), lacerações de 2.º grau (13%) e um caso de laceração grave (2%). Já nos casos de macrossomia ($\geq 4000\text{g}$), destacaram-se os períneos intactos (67%), acompanhados por uma laceração de 2.º grau (33%).

Apesar de a literatura indicar que a macrossomia aumenta o risco de lacerações (Jansson *et al.*, 2020; André *et al.*, 2022), nos casos observados verificou-se, na maioria, a presença de períneos intactos. Este resultado evidencia que a utilização de estratégias de proteção perineal pode ter contribuído para minimizar o impacto do peso fetal, reforçando o papel da enfermeira obstetra na prevenção e na promoção de partos mais seguros e positivos.

Estratégias utilizadas pelos Enfermeiros Obstetras durante o segundo estadio do trabalho de parto

As estratégias aplicadas pela mestranda durante o ENP no segundo estágio do TP resultaram de um processo de aprendizagem que uniu investigação e prática clínica. A ScR desenvolvida permitiu mapear as intervenções mais utilizadas pelos enfermeiros obstetras no segundo estadio do TP para a promoção da integridade perineal, oferecendo uma base sólida de evidência. Para a prática clínica, privilegiaram-se as estratégias mais referidas na literatura, garantindo uma atuação sustentada na evidência científica.

Massagem Perineal Intraparto

Ao longo do ENP, em contexto de sala de partos, a mestranda aplicou a massagem perineal intraparto em apenas 11% das parturientes, o que evidencia uma utilização ainda limitada desta estratégia. Esta tendência encontra suporte na literatura recente, que revela igualmente baixa adesão por parte das enfermeiras obstetras. Em Espanha, por exemplo, 83% das profissionais relataram não utilizar rotineiramente a massagem perineal durante o TP, apontando para uma prática pouco enraizada (Laderas Díaz *et al.*, 2024). Em Portugal, verificou-se que fatores organizacionais, como a falta de tempo, a ausência de continuidade no acompanhamento e a dificuldade em integrar a técnica na dinâmica da sala de partos, constituem barreiras relevantes à sua implementação (Rodrigues *et al.*, 2025).

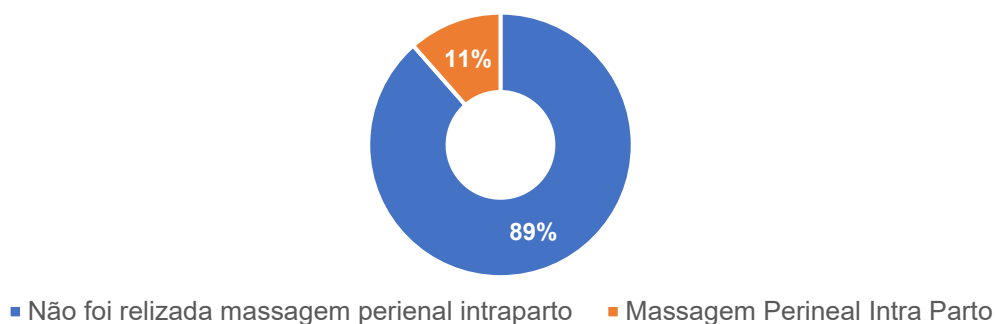
Para além destes aspetos estruturais, algumas mulheres percecionam a massagem perineal como desconfortável ou invasiva, o que limita a sua aceitação, mesmo quando informadas dos benefícios. Esta perceção ajuda a compreender por que, apesar da evidência que associa a massagem a uma redução das lacerações graves e a maiores taxas de períneo intacto, a sua adoção continua aquém do desejado (Oglak & Obut, 2020; Zang *et al.*, 2022). Assim, os resultados obtidos refletem uma realidade já identificada internacionalmente: a massagem perineal intraparto, embora reconhecida como eficaz, enfrenta barreiras relacionadas tanto com a organização dos cuidados como com a experiência subjetiva das mulheres. Este cenário reforça a necessidade de investir em estratégias de implementação

mais eficazes, centradas na formação das equipas e na promoção da escolha informada, tornando esta intervenção mais acessível e aceitável na prática clínica.

Foi precisamente neste contexto que a mestranda identificou a necessidade de intervir, desenvolvendo uma formação interna destinada às profissionais do Serviço de Obstetrícia do Hospital B, sobre a aplicação da massagem perineal intraparto, complementada pela elaboração de um folheto informativo dirigido às grávidas. Esta iniciativa teve como objetivo promover a atualização de conhecimentos, estimular a adoção de boas práticas e contribuir para uma maior consciencialização das mulheres acerca desta estratégia de promoção da integridade perineal.

Na figura 16 encontra-se representada a distribuição percentual da aplicação da massagem perineal intraparto, evidenciando a baixa frequência da sua utilização entre as mulheres acompanhadas.

Figura 16. Distribuição da aplicação da massagem perineal intraparto

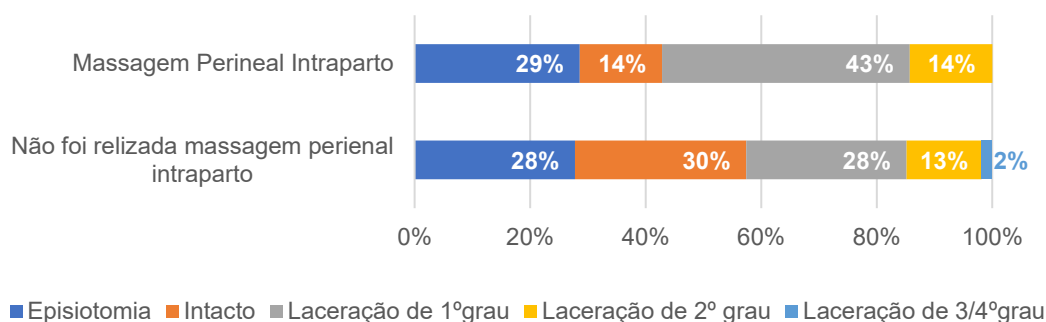


Fonte: Elaboração Própria

Embora a sua aplicação tenha sido pouco frequente, a evidência científica demonstra que a massagem perineal intraparto apresenta benefícios relevantes. Está associada a maiores taxas de períneo intacto, à redução da necessidade de episiotomia e ao encurtamento do segundo estadió do TP, favorecendo também menores níveis de dor pós-parto (Oglak & Obut, 2020). Adicionalmente, tem sido descrito que a massagem perineal contribui para a diminuição da ocorrência de lacerações graves, nomeadamente de 3.º e 4.º grau, reforçando o seu potencial protetor (Zang *et al.*, 2022).

Na figura 17 encontram-se representados os desfechos perineais das mulheres nas quais foi aplicada a massagem perineal intraparto, comparados com os casos em que esta intervenção não foi realizada durante o ENP.

Figura 17. Distribuição dos desfechos perineais em mulheres submetidas ou não à massagem perineal intraparto



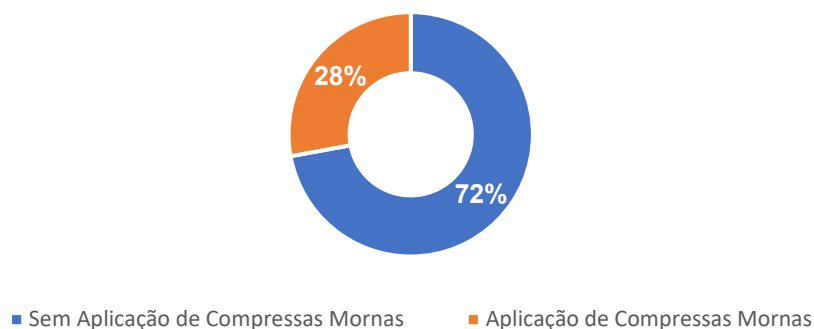
Fonte: Elaboração Própria

Entre as mulheres que receberam a massagem, 43% apresentaram laceração de 1.º grau, 14% mantiveram o períneo intacto, 14% tiveram laceração de 2.º grau e 29% foram submetidas a episiotomia, não se registando lacerações graves (3.º/4.º grau). Já no grupo em que a massagem não foi aplicada, verificou-se maior frequência de períneos intactos (30%), seguida de episiotomias (28%) e de lacerações de 1.º grau (28%). Destaca-se ainda a ocorrência de 13% de lacerações de 2.º grau e um caso de laceração grave (2%). Esta comparação sugere que, embora a massagem perineal intraparto se associe a uma maior proporção de lacerações de 1.º grau, pode também estar relacionada com a ausência de lacerações graves, sugerindo um possível efeito protetor da técnica sobre os desfechos mais severos, em consonância com a evidência disponível. Na perspetiva da Teoria do Cuidado de Swanson, a massagem perineal intraparto exemplifica o “fazer por” através de uma intervenção técnica especializada que antecipa e previne complicações. O “conhecer” manifesta-se na compreensão dos benefícios desta técnica e na avaliação individual de cada mulher, enquanto o “capacitar” se concretiza na informação e educação sobre as opções disponíveis, respeitando sempre a escolha informada da parturiente.

Compressas Mornas

Na figura 18 está apresentada a distribuição da utilização de compressas mornas no segundo estágio do TP, verificando-se que apenas 28% das parturientes beneficiaram desta intervenção, enquanto 72% não a receberam.

Figura 18. Distribuição da aplicação de compressas mornas no segundo estadio do TP

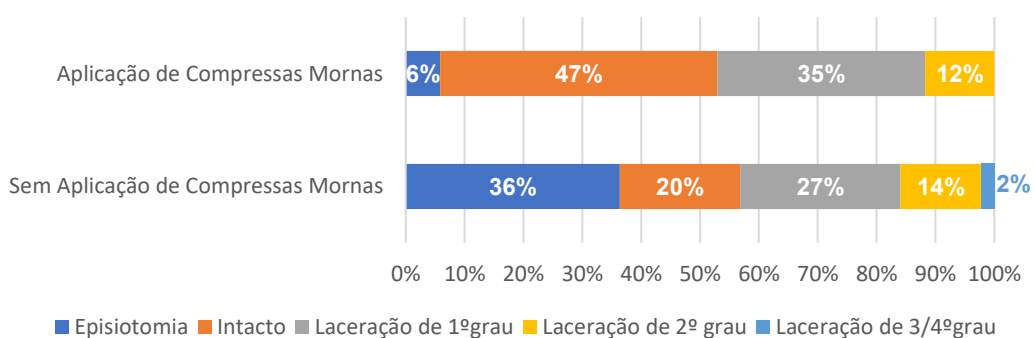


Fonte: Elaboração Própria

A literatura tem demonstrado que a aplicação de calor local no períneo contribui para maiores taxas de períneo intacto, menor necessidade de episiotomia e redução da ocorrência de lacerações graves, promovendo simultaneamente menor dor e maior conforto materno no pós-parto imediato (Rodrigues *et al.*, 2023; Sun *et al.*, 2024a). Estes resultados sustentam a relevância das compressas mornas como uma medida simples, eficaz e de baixo custo na proteção da integridade perineal.

Na figura 19 apresentam-se os desfechos perineais das mulheres segundo a utilização de compressas mornas durante o segundo estadio do TP.

Figura 19. Distribuição dos desfechos perineais em mulheres submetidas ou não à aplicação de compressas mornas no segundo estadio do TP



Fonte: Elaboração Própria

Verifica-se que, quando a técnica foi aplicada, a maioria das parturientes manteve o períneo intacto (47%), verificando-se ainda menores taxas de episiotomia (6%) e de lacerações graves (nenhum caso de 3.º/4.º grau). Em contrapartida, no grupo sem compressas mornas, os períneos intactos corresponderam apenas a 20% dos casos, registando-se uma frequência superior de episiotomias (36%) e de lacerações graves (2%). Estes resultados evidenciam uma relação direta entre a aplicação das compressas mornas e

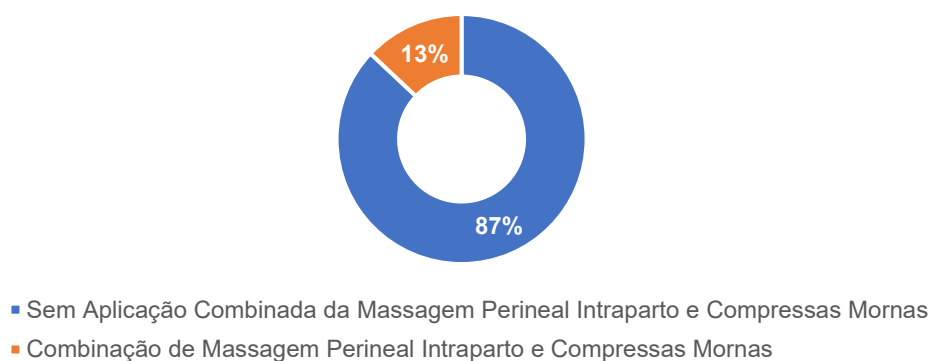
a proteção do períneo, corroborando a literatura que demonstra que esta técnica favorece a integridade perineal, reduz a necessidade de episiotomia e diminui a incidência de lacerações de maior gravidade (Rodrigues *et al.*, 2023; Sun *et al.*, 2024a).

Esta intervenção alinha-se com os processos de cuidar de Swanson, onde o “estar com” se manifesta no conforto e alívio proporcionados, o “fazer por” na aplicação competente da técnica e o “manter a crença” na confiança sobre os benefícios terapêuticos desta abordagem natural e não invasiva.

Aplicação Combinada de Compressas Mornas e Massagem Perineal

Na figura 20 observa-se que apenas uma pequena percentagem das mulheres acompanhadas pela mestranda (13%) beneficiou da aplicação combinada de massagem perineal e compressas mornas, enquanto a maioria (87%) não teve acesso a esta intervenção.

Figura 20. Distribuição da aplicação combinada de compressas mornas e massagem perineal no segundo estadio do TP



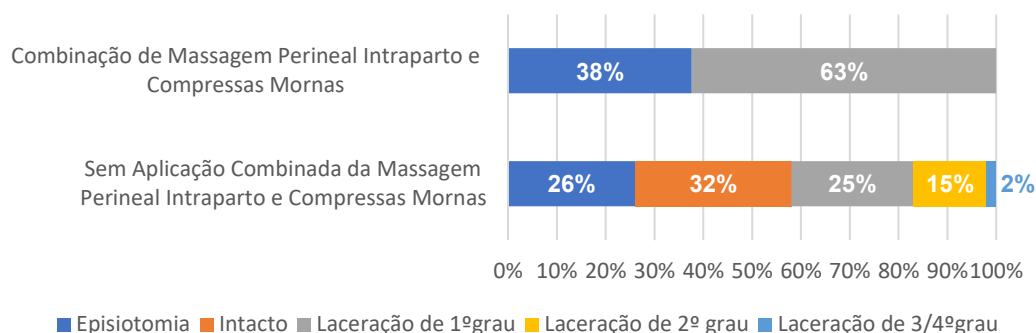
Fonte: Elaboração Própria

Embora esta prática ainda não seja de utilização corrente, a evidência científica demonstra que a sua aplicação pode trazer ganhos relevantes para a integridade perineal, nomeadamente através do aumento da probabilidade de um períneo intacto e da redução da necessidade de episiotomia e de lacerações de maior gravidade (Rodrigues *et al.*, 2023). A experiência nacional mostra, ainda, que esta estratégia é bem aceite e considerada exequível pelas enfermeiras obstetras, sobretudo quando apoiada por ações de formação e protocolos institucionais (Rodrigues *et al.*, 2025). Apesar de alguns estudos não identificarem diferenças significativas quando comparada com a massagem isolada (Shqara *et al.*, 2025), a tendência geral aponta para benefícios consistentes, o que reforça a pertinência de a mestranda ter incluído esta intervenção entre as estratégias exploradas na sua prática clínica.

Na figura 21 encontram-se representados os desfechos perineais das mulheres acompanhadas pela mestranda, comparando aquelas que beneficiaram da combinação de

massagem perineal intraparto e compressas mornas com as que não tiveram acesso a esta combinação.

Figura 21. Distribuição dos desfechos perineais em mulheres nas quais foi aplicada ou não, a combinação de compressas mornas e massagem perineal no segundo estadio do TP



Fonte: Elaboração Própria

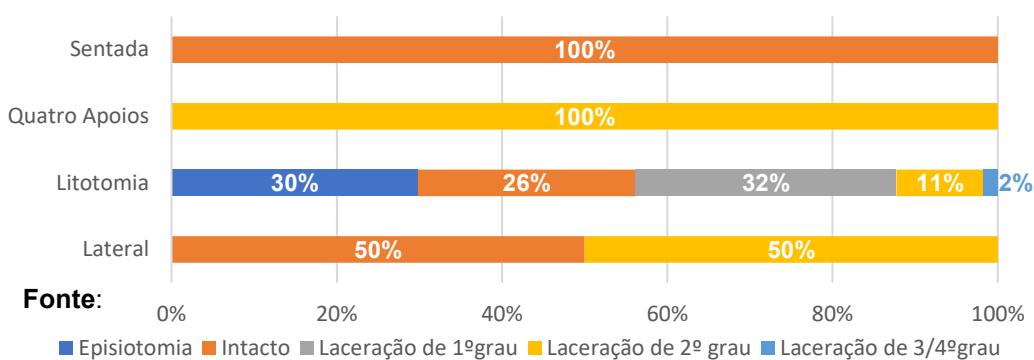
No grupo submetido à técnica combinada, verificou-se predominância de lacerações de 1.º grau (63%) e de episiotomias (38%), não se registando casos de períneo intacto nem lacerações graves. Já entre as mulheres sem aplicação da intervenção, observou-se uma maior diversidade de resultados, com destaque para os períneos intactos (32%), seguidos de episiotomias (26%), lacerações de 1.º grau (25%), de 2.º grau (15%) e um caso de laceração de 3.º/4.º grau (2%).

Esta aparente divergência entre a literatura e a experiência clínica vivenciada pela mestranda reforça a importância de integrar a evidência científica com a experiência clínica, permitindo oferecer às mulheres estratégias seguras e humanizadas para a proteção perineal.

Posições de Parto

Na figura 22 é apresentada a distribuição das posições de parto utilizadas pelas mulheres acompanhadas pela mestranda. Observa-se um predomínio expressivo da posição de litotomia (93%), enquanto as restantes posições, lateral (3%), quatro apoios (2%) e sentada (2%), foram utilizadas apenas em casos pontuais, revelando uma utilização muito reduzida em comparação com a litotomia.

Figura 22. Distribuição das posições de parto utilizadas pelas mulheres



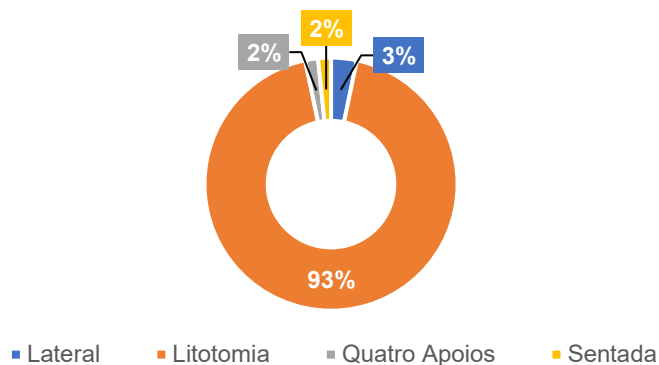
Elaboração Própria

A literatura mostra que as posições verticalizadas ou dinâmicas favorecem a integridade perineal, ainda que possam associar-se a um ligeiro aumento de lacerações de 1.º e 2.º grau. Já as posições horizontais, como a litotomia, estão frequentemente relacionadas com um maior recurso à episiotomia e com menor liberdade para a mulher (Cordeiro, Freitas, & Presado, 2025). Estudos internacionais reforçam que a promoção de posições alternativas, aliada a medidas de proteção perineal, contribui não só para melhores resultados maternos, como também para ganhos neonatais, nomeadamente através da redução de lacerações graves e da melhoria dos índices de Apgar (Blomgren *et al.*, 2025; Zang *et al.*, 2022). Em Portugal, investigações recentes destacam a importância de evitar a litotomia sempre que possível, criando condições institucionais e formativas que permitam às enfermeiras obstetras apoiar escolhas mais fisiológicas e respeitadoras das mulheres (Rodrigues *et al.*, 2024; Rodrigues *et al.*, 2025).

A ACOG (2019a) refere que, durante o TP, as mulheres adotam espontaneamente diferentes posições de acordo com o seu conforto, expressando a sabedoria corporal da parturiente e a forma como o seu corpo procura instintivamente favorecer a progressão do parto. Embora não exista uma posição universalmente superior, a supina associa-se ao risco de hipotensão e a litotomia a maior frequência de desacelerações da FCF, pelo que importa respeitar a liberdade de escolha da mulher, promovendo a autonomia e a humanização do parto.

Na figura 23 estão representados os desfechos perineais em função das posições de parto adotadas pelas mulheres acompanhadas pela mestranda.

Figura 23. Desfechos perineais nas diferentes posições de parto utilizadas pelas mulheres



Fonte: Elaboração Própria

Verifica-se que, nas posições sentada e de quatro apoios, todas as mulheres mantiveram o períneo intacto (100%), não se registando nenhum tipo de laceração ou episiotomia. Na posição lateral, observaram-se também resultados favoráveis, com metade das mulheres a apresentar períneo intacto (50%) e a outra metade com laceração de 2.º grau (50%). Já a litotomia revelou maior diversidade de desfechos: episiotomia (30%), períneo intacto (26%), laceração de 1.º grau (32%), laceração de 2.º grau (11%) e ainda um caso de laceração grave de 3.º/4.º grau (2%).

Consequentemente, os resultados apontam para melhores desfechos perineais nas posições alternativas, em contraste com a maior variabilidade de trauma observada na litotomia.

Na perspetiva da Teoria de Swanson, a promoção de posições fisiológicas exemplifica o “capacitar”, através do encorajamento da autonomia e participação ativa da mulher, e o “manter a crença” nas capacidades naturais do corpo feminino durante o parto.

Técnicas Manuais de Proteção Perineal

Durante o ENP, a mestranda aplicou a técnica *hands-on* exclusivamente nas mulheres em posição de litotomia, uma vez que esta posição facilita a colocação das mãos para o suporte do períneo e controlo da progressão cefálica. Nas posições verticalizadas, como a de quatro apoios ou sentada, a utilização desta técnica não se revelou exequível, sendo mais adequadas abordagens expectantes, como o *hands-off* ou *hands-poised*, associadas à aplicação de compressas quentes e ao incentivo ao esforço expulsivo espontâneo. Na literatura, contudo, a terminologia relativa às técnicas manuais de proteção perineal não é consensual, encontrando-se termos como *hands-on*, *manual perineal protection* ou *perineal support*, usados de forma nem sempre uniforme (Gillman *et al.*, 2024). Esta diversidade ajuda a explicar resultados contraditórios: alguns estudos apontam benefícios do suporte manual na

redução de lacerações graves (Rasmussen *et al.*, 2021), enquanto outros sugerem que a sua aplicação sistemática pode aumentar episiotomias e pequenas lacerações, não se mostrando superior a técnicas expectantes (Zang *et al.*, 2022).

Estas técnicas corporizam o “fazer por” da Teoria de Swanson, manifestando-se em intervenções técnicas especializadas que antecipam e previnem complicações, sempre executadas com respeito pela dignidade e preferências da mulher, integrando simultaneamente o “estar com” através da presença atenta e reconfortante durante o período expulsivo.

2.3. DISCUSSÃO GERAL

Ao longo do ENP, a mestranda teve oportunidade de aplicar, observar e refletir sobre algumas estratégias destinadas à promoção da integridade perineal durante o segundo estadio do TP. Esta análise foi sustentada pela Teoria do Cuidado de Kristen Swanson (1991, 1993), que valoriza uma prática centrada na mulher e promotora da humanização dos cuidados. As experiências vividas em diferentes contextos clínicos, aliadas à revisão da literatura, permitiram-lhe reconhecer a relevância da atuação do EEESMO na prevenção de trauma perineal e na melhoria da experiência de parto.

A ScR realizada pela mestranda identificou um conjunto de estratégias que, quando aplicadas de forma individual ou combinada, contribuem para reduzir a incidência de lacerações graves e a necessidade de episiotomia. Entre elas destacam-se: a aplicação de compressas mornas, a massagem perineal intraparto, as técnicas manuais de proteção perineal, a promoção de posições maternas fisiológicas, o incentivo aos esforços expulsivos espontâneos, a utilização de lubrificantes obstétricos, a implementação de bundles de cuidados e a presença de duas parteiras durante o segundo estadio do TP.

Os resultados obtidos na prática clínica evidenciaram que a aplicação destas estratégias, embora variável na sua frequência, demonstrou benefícios consistentes com a evidência científica identificada na revisão da literatura. A utilização de compressas mornas, por exemplo, associou-se a taxas superiores de períneo intacto (47%) comparativamente às situações em que não foi aplicada (20%), corroborando os achados de Rodrigues *et al.* (2023) e Sun *et al.* (2024a). Similarmente, as posições alternativas à litotomia resultaram em 100% de períneos intactos nas posições sentada e de quatro apoios, confirmando os benefícios das posições verticalizadas descritos por Blomgren *et al.* (2025) e Zang *et al.* (2022).

No contexto prático, a mestranda percebeu que a escolha destas estratégias deve ser feita de forma sensível e adaptada, tendo em conta não só os benefícios clínicos, mas também o conforto, a vontade e a experiência da parturiente. Por exemplo, as compressas mornas foram geralmente bem aceites e transmitiram alívio, expressando o “fazer por”, ao oferecer conforto físico através de uma intervenção simples e eficaz. Já a massagem perineal exigiu

um diálogo mais aprofundado, para garantir informação clara e consentimento informado, evidenciando o “capacitar”, baseado na partilha de informação e no respeito pela autonomia da mulher.

A análise dos fatores de risco identificados na população estudada permitiu compreender melhor os determinantes da integridade perineal. A paridade revelou-se um fator determinante, com as primíparas (25% da amostra) apresentando maior vulnerabilidade, em consonância com os achados de Jansson *et al.* (2020) e Macedo *et al.* (2024). A diversidade étnica observada, com 32,8% de parturientes estrangeiras, alertou para a necessidade de cuidados culturalmente competentes, particularmente considerando que as mulheres de etnia asiática apresentaram desfechos variados, incluindo um caso de laceração grave, alinhando-se com os fatores de risco identificados por Park *et al.* (2023).

Foi também evidente que algumas práticas ainda estão enraizadas, como a predominância da posição de litotomia (93%) ou a aplicação sistemática da técnica *hands-on*. Estas escolhas, muitas vezes associadas à rotina institucional ou à percepção de maior controlo, contrastam com a evidência atual, que recomenda intervenções mais individualizadas e posições que respeitem a fisiologia do parto. Esta divergência levou a mestrandas a refletir criticamente sobre a importância de integrar a evidência científica na prática, mas sem nunca descurar o protagonismo da mulher no processo de decisão. Este princípio está em consonância com o “manter a crença”, ao confiar na capacidade da parturiente de conduzir o seu próprio processo de parto.

A elevada taxa de analgesia epidural (82%) e de indução do TP (43%) observadas na prática clínica suscitaram reflexão sobre os seus potenciais impactos na integridade perineal. Os resultados obtidos sugeriram uma possível associação entre a epidural e maior frequência de episiotomias (32%) e lacerações, corroborando os achados de Eshkoli *et al.* (2024) e Bączek *et al.* (2022a). Estes dados reforçam a importância de uma vigilância perineal mais atenta nestas circunstâncias, aplicando estratégias preventivas quando tecnicamente exequível.

Outro ponto marcante desta experiência foi o contacto com a diversidade cultural das parturientes. Diferentes origens, línguas e expectativas em relação ao parto trouxeram desafios à comunicação e ao cuidado. Contudo, também evidenciaram a relevância da empatia, da escuta ativa e da adaptação cultural como dimensões fundamentais para que cada mulher se sinta respeitada e segura. Aqui sobressai o “conhecer”, ao procurar compreender os fatores culturais e individuais que moldam a experiência de cada parturiente, bem como o “estar com”, na presença empática que reforça confiança e segurança.

A integração das competências específicas do EEESMO foi evidente ao longo desta experiência, nomeadamente na capacidade de “cuidar da 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" (OE, 2019b). A aplicação das estratégias de proteção perineal constituiu uma expressão clara desta competência, demonstrando a capacidade de "diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e recém-nascido" (OE, 2019b).

As competências comuns do enfermeiro especialista foram igualmente mobilizadas, particularmente no domínio da melhoria da qualidade, através da "conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade" (OE, 2019a). A iniciativa de desenvolver formação interna sobre massagem perineal intraparto e a elaboração de material informativo para as grávidas exemplificaram esta competência, contribuindo para a atualização de conhecimentos e mudança de práticas.

Por fim, esta experiência reforçou a convicção de que a promoção da integridade perineal depende de muito mais do que uma técnica isolada. Requer equipas formadas e atualizadas, instituições com protocolos claros e, sobretudo, uma prática centrada na mulher, que valorize as suas escolhas e promova um parto humanizado. Os baixos índices de aplicação de algumas estratégias baseadas na evidência, como a massagem perineal intraparto (11%) ou a utilização de compressas mornas (28%), revelaram oportunidades de melhoria que necessitam de intervenção sistémica, envolvendo formação, sensibilização e mudança organizacional.

A Teoria do Cuidado de Kristen Swanson revelou-se, assim, um quadro orientador essencial, articulando conhecimento técnico-científico ("conhecer" e "fazer por"), relação empática ("estar com"), apoio à autonomia ("capacitar") e confiança na capacidade da mulher ("manter a crença") (Al Yasin, 2023; Swanson, 1991, 1993). Esta abordagem holística permitiu não apenas a aplicação de técnicas baseadas na evidência, mas também a construção de uma relação terapêutica que respeitou a individualidade, cultura e preferências de cada parturiente, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva e humanizada.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A competência pode ser compreendida como a capacidade de mobilizar, integrar e aplicar conhecimentos, recursos e habilidades de forma responsável e eficaz, num contexto profissional, sendo reconhecida pelos outros como adequada (Fleury & Fleury, 2001). De forma complementar, Zarifian define a competência como a capacidade de enfrentar situações imprevistas, ativando diferentes dimensões: técnica, estética, ética e política, o que contribui para o desenvolvimento pessoal e social. Esta perspetiva evidencia a importância da autonomia e da adaptabilidade no desempenho profissional (Souza *et al.*, 2020).

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

O processo de mobilização de competências no âmbito da prática de enfermagem constitui um fator determinante para a prestação de cuidados de excelência. Durante o ENP em enfermagem de saúde materna e obstétrica, o desenvolvimento e a aplicação das competências comuns dos enfermeiros especialistas assumem um papel essencial para a aquisição de uma prática clínica qualificada. Este processo reflete a capacidade de integrar conhecimento teórico, habilidades técnicas e atitudes éticas no contexto clínico, em consonância com os processos de cuidar de Swanson que orientaram toda a prática desenvolvida.

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 da OE, as competências comuns dos enfermeiros especialistas são agrupadas em quatro domínios fundamentais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE 2019a).

Domínio A: *Responsabilidade Profissional, Ética e legal*

O desenvolvimento da responsabilidade profissional, ética e legal constitui um dos pilares centrais da prática da mestranda ao longo do ENP, tendo sido mobilizado de forma contínua e transversal em todos os contextos clínicos vivenciados por esta. Esta competência, conforme enunciado pela OE (2021b), implica agir com base nos princípios ético-deontológicos da profissão, respeitando as normas legais e promovendo os direitos fundamentais da pessoa alvo de cuidados.

A integração da mestranda em novos contextos clínicos representou um verdadeiro processo de adaptação e aprendizagem. Foi necessário compreender a dinâmica própria de cada serviço, conhecer as equipas, consultar os protocolos institucionais em vigor e articular essa informação com as orientações de entidades de referência como a DGS, a OE, a OMS e o ACOG. Esta aproximação cuidadosa permitiu construir uma prática sustentada na

evidência, segura e coerente com os padrões de qualidade exigidos nos cuidados materno-infantis, demonstrando o desenvolvimento da competência comum relativa à responsabilidade profissional, ética e legal.

Desde o início, a mestranda comprometeu-se com os princípios fundamentais da ética em saúde: beneficência, não-maleficência, justiça e respeito pela autonomia da mulher. Estes valores foram aplicados tanto na prestação direta de cuidados como nos momentos de decisão partilhada, procurando sempre envolver a mulher no seu plano de cuidados de forma clara, informada e respeitadora.

Esta conduta está alinhada com a Lei n.º 33/2025, recentemente aprovada em Portugal, e com as recomendações da OMS (2018), que sublinham a importância de respeitar a autonomia e as preferências da mulher no processo de parto, rejeitando intervenções rotineiras não fundamentadas em evidência. Sempre que o plano de partos foi apresentado, a mestranda procurou promovê-lo junto da equipa, garantindo que as preferências da mulher fossem respeitadas e integradas nos cuidados prestados, dentro dos limites da segurança clínica. Esta atitude refletiu o compromisso da mestranda com práticas respeitadoras dos direitos humanos, da dignidade da mulher e da promoção de experiências de parto positivas, tal como previsto no enquadramento legal em vigor (República Portuguesa, 2025).

Tal como defende Schneider (2022), o respeito pela privacidade e pela confidencialidade são componentes essenciais da proteção dos direitos das pessoas em contexto de cuidados de enfermagem. Deste modo, a mestranda zelou pelo anonimato e pelo sigilo da informação clínica, não apenas no exercício profissional, mas também na elaboração de trabalhos escritos. Apresentou-se sempre como estudante da especialidade, explicou o seu papel e pediu consentimento informado, garantindo que cada mulher pudesse exercer plenamente o seu direito de escolha quanto ao profissional que a iria assistir. Esta conduta está em conformidade com o artigo n.º 106 do Código Deontológico da OE (2015), que estabelece o dever de sigilo profissional e a salvaguarda da confidencialidade.

Ao longo do percurso, a supervisão clínica revelou-se um suporte essencial. Através da reflexão partilhada e do acompanhamento próximo, a mestranda foi capaz de desenvolver uma postura mais crítica e responsável, fortalecendo a sua capacidade de tomada de decisão e prevenindo situações de risco. Esta orientação permitiu-lhe evoluir com segurança, tanto a nível técnico como ético, num percurso de crescimento profissional significativo (OE, 2010).

A diversidade cultural foi uma constante na prática da mestranda. Esta teve a oportunidade de prestar cuidados a mulheres de diferentes origens, como o Brasil, Cabo Verde, Ucrânia, Índia, Paquistão, Nepal e Bangladesh, entre outras, e com isso foi confrontada com desafios linguísticos e culturais que exigiram sensibilidade, criatividade e empatia. A ausência de tradutores formais nos serviços levou a mestranda a recorrer a estratégias como o uso de tradutores digitais, esquemas visuais e o apoio de acompanhantes que dominavam

o idioma local. Estas soluções, embora por vezes limitadas, foram fundamentais para assegurar a comunicação e garantir que os cuidados prestados fossem verdadeiramente centrados na mulher. Este contexto evidenciou também uma lacuna estrutural do sistema de saúde, que pode comprometer a equidade no acesso e na qualidade dos cuidados, especialmente em momentos de particular vulnerabilidade, como o TP ou o puerpério.

Neste âmbito, a atuação da mestranda evidenciou de forma clara os cinco processos da Teoria do Cuidado de Kristen Swanson. O “conhecer” esteve presente na adaptação a novos contextos clínicos e na consulta de protocolos e orientações de entidades de referência, garantindo cuidados seguros e baseados na evidência. O “estar com” expressou-se na postura empática e respeitadora perante cada mulher, nomeadamente na defesa dos princípios da beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia. O “fazer por” concretizou-se na salvaguarda do consentimento informado, do anonimato e da confidencialidade, de acordo com o Código Deontológico da OE. O “capacitar” destacou-se na valorização do plano de parto, promovendo o envolvimento ativo das mulheres nas suas escolhas, conforme previsto na Lei n.º 33/2025. Finalmente, o “manter a crença” evidenciou-se na confiança transmitida às mulheres de diferentes origens culturais e linguísticas, recorrendo a estratégias de comunicação alternativas para assegurar que se sentissem respeitadas e capazes de enfrentar o processo de parto. Estes exemplos demonstram que a prática da mestranda foi eticamente responsável, juridicamente sustentada e profundamente humanizada (Swanson, 1991, 1993; Al Yasin, 2023).

Domínio B: *Melhoria Contínua da Qualidade*

A melhoria contínua da qualidade constituiu uma dimensão transversal da prática desenvolvida pela mestranda ao longo do ENP, refletindo-se na participação ativa em projetos institucionais, ações formativas, partilha de conhecimento e implementação de práticas fundamentadas na evidência científica. Esta competência, conforme descrito no Regulamento n.º 140/2019 da OE (OE, 2019a), pressupõe que o Enfermeiro Especialista colabore no desenho, aplicação e avaliação de estratégias de melhoria da qualidade, assegurando ambientes terapêuticos seguros e cuidados centrados na mulher e na sua família, em consonância com os processos “fazer por” e “capacitar” da Teoria de Swanson.

Durante o ENP em contexto hospitalar, a mestranda dinamizou uma formação interna intitulada “Massagem Perineal”, com apoio da supervisora clínica. A sessão incluiu uma componente teórica, onde foi explorada a técnica de aplicação e benefícios da massagem perineal enquanto estratégia promotora da integridade perineal e da humanização do parto. Esta formação surgiu da identificação de uma oportunidade de melhoria nos cuidados prestados e visou estimular a equipa de enfermagem para a adoção de medidas baseadas na

evidência, com impacto na qualidade da experiência de parto, demonstrando o desenvolvimento das competências no domínio da melhoria contínua da qualidade.

Ainda no mesmo contexto institucional, a mestranda teve oportunidade de colaborar no projeto “Consulta do 3.º Trimestre de Gravidez”, integrando ações de acolhimento, ensino e esclarecimento de dúvidas às mulheres e seus acompanhantes. Este momento revelou-se essencial na criação de um ambiente de confiança e proximidade com a equipa, contribuindo para a segurança, envolvimento e satisfação da grávida no acesso aos cuidados.

No decorrer do ENP, foi também realizada uma sessão do PPPP em contexto de UCSP, dirigida ao casal grávido, com os temas “Banho do Recém-Nascido” e “Segurança Rodoviária do Recém-Nascido”. A sessão incluiu uma componente teórica e uma componente prática e permitiu à mestranda aplicar estratégias educativas adaptadas às necessidades dos futuros pais, promover a literacia em saúde neonatal e reforçar a tomada de decisão informada no início da parentalidade. A preparação da sessão foi cuidadosamente articulada com as orientações institucionais e fundamentada na evidência, promovendo assim a qualidade da informação transmitida e a segurança na transição para o pós-parto.

Complementarmente, a mestranda participou como oradora no projeto “Caminhos da Maternidade”, uma iniciativa organizada por um conjunto de médicos internos de formação específica em Medicina Geral e Familiar, tendo apresentado o tema “Pele com Pele: Cuidar da Pele com Amor”, no qual foram abordados os cuidados à pele do RN. A sessão foi direcionada a pais e futuros pais e teve como base a evidência científica mais atual, procurando responder às dúvidas mais frequentes relacionadas com os cuidados cutâneos no período neonatal. Esta participação revelou-se uma oportunidade para reforçar a comunicação em saúde, consolidar competências pedagógicas e promover a humanização dos cuidados desde os primeiros dias de vida, em consonância com os princípios da melhoria contínua da qualidade e com o papel do EEESMO na educação para a parentalidade.

A mestranda frequentou ainda o curso de “Conselheira em Aleitamento Materno”, o que contribuiu de forma significativa para o aprofundamento do seu conhecimento teórico e prático sobre o tema. Esta formação complementar permitiu-lhe reconhecer a importância da escuta ativa, da promoção da autonomia e da empatia na relação com a mulher e família, reforçando a sua capacidade de intervir com eficácia em questões relacionadas com o aleitamento materno.

A promoção de um ambiente terapêutico e seguro foi igualmente uma constante da prática da mestranda. No Bloco de Partos, procurou ajustar variáveis ambientais (som, luminosidade, temperatura), explicar todos os procedimentos de forma clara, promover o alívio da dor através de medidas farmacológicas e não farmacológicas e, sempre que possível, assegurar a presença da pessoa significativa. A discussão do plano de parto foi aproveitada

como um momento de escuta ativa e alinhamento de expectativas, valorizando as diferenças culturais e favorecendo a construção de uma experiência de parto informada e respeitadora.

A mestranda teve ainda contacto com ferramentas institucionais de gestão do risco e da segurança, como a *checklist* do parto seguro. Estas práticas contribuem para a padronização dos cuidados, a prevenção de erros e a deteção precoce de não conformidades, conforme preconizado por Sousa *et al.* (2022) e Santos *et al.* (2024). A sua utilização consciente reflete o compromisso com uma cultura de segurança e com a qualidade assistencial, alinhando-se com os Padrões de Qualidade da OE (2001) e com o Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde.

A prática da mestranda demonstra, de forma consistente, o desenvolvimento das competências previstas no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, assumindo um papel ativo na promoção de cuidados seguros, baseados na evidência e alinhados com as estratégias institucionais e os padrões de excelência profissional.

A atuação da mestranda no campo da melhoria contínua da qualidade revelou de forma clara os cinco processos descritos por Swanson. O “conhecer” esteve presente na procura de conhecimento atualizado, visível na frequência do curso de Conselheira em Aleitamento Materno e na fundamentação científica das sessões educativas. O “estar com” destacou-se no acolhimento na consulta do 3.º trimestre e na escuta ativa do plano de parto, criando um ambiente de confiança e proximidade. O “fazer por” concretizou-se na dinamização de formações, como a sobre massagem perineal, e na aplicação de ferramentas de segurança, como a *checklist* do parto seguro, que anteciparam necessidades e garantiram qualidade assistencial. O “capacitar” manifestou-se nas sessões de parentalidade e no projeto “Caminhos da Maternidade”, ao capacitar pais e futuros pais para decisões informadas e autónomas. Finalmente, o “manter a crença” refletiu-se na confiança transmitida às mulheres e famílias relativamente à sua capacidade de enfrentar o parto e a parentalidade, reforçando a importância de práticas centradas na pessoa e na humanização dos cuidados. Esta articulação entre teoria e prática confirma o compromisso da mestranda com a qualidade, a segurança e a promoção de experiências positivas em saúde materna (Al Yasin, 2023; Swanson, 1991, 1993).

Domínio C: Gestão dos Cuidados

A gestão dos cuidados assumiu um papel central na prática da mestranda ao longo dos diferentes contextos clínicos, sendo fundamental para o seu crescimento enquanto futura EEESMO. Demonstrou-se essencial saber organizar, planear e estabelecer prioridades, de forma a assegurar cuidados contínuos, seguros e de qualidade, tanto no acompanhamento de gravidezes de baixo risco como em situações mais complexas que exigiram trabalho em

equipa com outros profissionais, evidenciando o desenvolvimento das competências comuns no domínio da gestão dos cuidados.

A mestranda deparou-se com diversas situações nas quais teve de tomar decisões rápidas, seguras e fundamentadas, especialmente em situações de maior exigência. Nestas situações, foi essencial considerar os recursos disponíveis, a condição clínica da mulher e o trabalho em equipa. A sua capacidade de adaptação e discernimento revelou-se crucial para garantir cuidados personalizados, adequados e centrados na mulher.

Durante o ENP, a mestranda teve a oportunidade de vivenciar o papel autónomo do EEESMO, especialmente no acompanhamento de partos de baixo risco. De acordo com a DGS,

“A vigilância do TP de baixo risco é tarefa e responsabilidade de um EEESMO [...] Os EEESMO deverão também identificar o aparecimento de sinais de alerta e de desvios ao padrão normal de evolução do TP, transmitindo esta informação a um Médico de Obstetrícia e Ginecologia.” (DGS, 2023b, p.2).

Este processo foi evidente na aplicação da Escala de *Goodwin* Modificada, ferramenta clínica utilizada para definir o risco obstétrico. No Centro de Saúde B, por exemplo, sempre que a avaliação indicava um score igual ou superior a 3, as grávidas eram referenciadas para garantir uma vigilância mais diferenciada e segura. A mestranda respondeu a estes desafios com sentido de responsabilidade, valorizando a importância de uma comunicação clara, da referenciação atempada e da colaboração com a equipa para garantir a segurança dos cuidados prestados.

A colaboração com a equipa multidisciplinar foi uma constante ao longo do ENP, tanto nos contextos hospitalares como na comunidade. Esta articulação exigiu da mestranda uma capacidade adaptativa, sendo capaz de coordenar cuidados, planear sessões educativas e ajustar intervenções às necessidades de cada mulher e família.

A gestão dos cuidados assumiu particular relevância em situações que exigiram tomada de decisões em tempo útil, delegação segura de tarefas e comunicação eficaz com os diferentes intervenientes. Um exemplo disso foi a utilização da mnemónica *ISBAR* (*Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*) durante a passagem de turno no bloco de partos e puerpério, uma estratégia preconizada pela DGS (2017), que se mostrou essencial para assegurar a continuidade dos cuidados e prevenir falhas na transmissão de informação, promovendo, assim, a segurança clínica.

Apesar de surgirem desafios, como a necessidade de conciliar as expectativas das utentes, nomeadamente em relação ao plano de parto, com as práticas institucionais, o diálogo aberto com a equipa e com as próprias mulheres permitiu à mestranda alcançar um equilíbrio. Desta forma, garantiu-se uma abordagem personalizada, segura e centrada na mulher, respeitando os seus desejos e promovendo a qualidade dos cuidados prestados.

A mestranda teve ainda a oportunidade de observar e experienciar diferentes modelos de organização dos cuidados. O modelo individual, no qual um único enfermeiro assume a responsabilidade global pelos cuidados prestados, foi aquele com maior expressão nos locais de estágio, promovendo a continuidade da assistência e facilitando a construção de uma relação de proximidade com a mulher e a família.

A assistência contínua durante o TP, prestada por uma única parteira (modelo *one-to-one*), tem sido reconhecida como uma abordagem centrada na mulher que potencia a qualidade dos cuidados prestados, a satisfação materna e os resultados obstétricos. De acordo com a OMS (2022), este modelo constitui uma das principais recomendações para uma experiência positiva de parto. A investigação qualitativa de Sosa *et al.* (2018) destaca a valorização que as mulheres atribuem à presença contínua de uma parteira de referência, sublinhando que esta continuidade permite criar uma relação de confiança, reduzir a ansiedade e promover a autonomia da mulher ao longo do processo de parto. Esta perceção é corroborada por estudos quantitativos que demonstram benefícios clínicos associados a este modelo. Por exemplo, McLachlan *et al.* (2008), no ensaio clínico randomizado COSMOS, observaram que os cuidados *one-to-one* se associam a menor taxa de cesarianas, menor necessidade de analgesia e maior satisfação com os cuidados prestados, sem comprometer a segurança materno-fetal. Do mesmo modo, Sandall *et al.* (2016) referem, numa revisão *Cochrane*, que a continuidade dos cuidados por parteiras reduz o risco de partos pré-termo, a utilização de intervenções médicas e o número de episiotomias. Estes dados reforçam a pertinência da adoção do modelo *one-to-one* como prática clínica recomendada, especialmente no acompanhamento de gravidezes de baixo risco, contribuindo para uma vivência mais positiva e humanizada do parto.

Por outro lado, a mestranda reconheceu que métodos de trabalho mais centrados na tarefa, como o método funcional, tendem a fragmentar os cuidados, despersonalizando a assistência, dificultando a continuidade e a responsabilização, o que pode resultar em omissões, duplicação de intervenções e aumento do risco de eventos adversos (Ventura-Silva *et al.*, 2021).

Por fim, a formação teórica adquirida ao longo do curso foi fundamental para a prática da mestranda, permitindo-lhe aplicar os conhecimentos em contexto clínico, reconhecer limitações no ambiente de cuidados e refletir criticamente sobre as suas intervenções. Esta ligação entre teoria e prática reforçou a sua confiança, competência técnica e capacidade de liderar com ética e fundamentação, contribuindo ativamente para a qualidade dos cuidados prestados e para a valorização da profissão.

Estas experiências evidenciam o desenvolvimento efetivo das competências previstas no Domínio da Gestão dos Cuidados, nomeadamente a capacidade de gerir, articular e adaptar

os cuidados e os recursos às necessidades clínicas e humanas, em alinhamento com os mais elevados padrões de qualidade e segurança.

No domínio da gestão dos cuidados, a prática da mestranda traduziu-se na integração dos cinco processos descritos por Swanson. O “conhecer” esteve presente na aplicação da Escala de Goodwin Modificada e na avaliação criteriosa das condições clínicas, que permitiram decisões fundamentadas e referenciação atempada. O “estar com” destacou-se no diálogo com as mulheres e no respeito pelas suas expectativas, nomeadamente na conciliação do plano de parto com as práticas institucionais, reforçando a empatia e a proximidade. O “fazer por” concretizou-se na utilização de estratégias organizacionais, como a passagem de turno estruturada com a mnemónica ISBAR, garantindo segurança e continuidade. O “capacitar” evidenciou-se na adoção e valorização do modelo de cuidados *one-to-one*, ao promover a autonomia da mulher e a humanização da experiência de parto. Finalmente, o “manter a crença” manifestou-se na confiança da mestranda na capacidade das mulheres e das equipas em enfrentar os desafios do TP, mesmo em contextos de maior exigência. Estas experiências refletem uma prática de gestão de cuidados que alia organização, liderança e humanização, em conformidade com os padrões de qualidade e segurança (Al Yasin, 2023; Swanson, 1991, 1993).

Domínio D: *Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais*

O percurso formativo da mestranda revelou um compromisso sólido com o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, evidenciado pela conjugação entre reflexão crítica, fundamentação científica e autoconhecimento. Ao longo dos diferentes contextos clínicos, esta demonstrou empenho contínuo na construção de saberes especializados, desenvolvendo competências essenciais para o exercício autónomo e responsável enquanto futura EEESMO, em consonância com as competências comuns no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A entrada em ambientes clínicos exigentes requereu capacidade de adaptação, gestão emocional e consciência dos próprios limites e recursos. A mestranda assumiu uma postura reflexiva face aos desafios, recorrendo ao modelo de Gibbs como ferramenta estruturante da análise crítica das suas experiências. A reflexão realizada centrou-se numa situação complexa de parto de uma mulher migrante, que não falava português ou inglês e que decorreu com complicações como distócia de ombros e a realização de manobras obstétricas controversas. Esta experiência revelou a importância da comunicação eficaz e do suporte emocional, particularmente em contextos culturalmente sensíveis. A ausência de estratégias de mediação linguística e o recurso à manobra de *Kristeller* (prática não recomendada) suscitaram inquietações éticas e clínicas, reforçando a necessidade de práticas humanizadas, centradas na mulher, baseadas em evidência e respeitadoras da dignidade da parturiente.

Paralelamente, a mestranda revelou uma postura ativa na procura e aplicação de evidência científica, utilizando regularmente bases de dados, descritores MeSH/DeCS e operadores booleanos, bem como ferramentas como o *Zotero* e o *Rayyan*. Esta prática traduziu-se não só na fundamentação das suas intervenções clínicas, como também na produção académica de qualidade. Elaborou trabalhos como um protocolo de ScR (Rosa & Zangão, 2025) e uma ScR completa (requerida para publicação na Revista Millenium), contribuindo para a construção e disseminação de conhecimento na área da enfermagem obstétrica.

A prática baseada na evidência refletiu-se igualmente na dinamização de sessões de educação para a saúde e na produção de um folheto informativo dirigidas a grávidas, parturientes e profissionais. Nessas sessões, abordou temas como o banho do RN, sistemas de retenção automóvel e massagem perineal. Demonstrou, assim, não só domínio técnico-científico, mas também uma abordagem humanizada e centrada na mulher e na família.

Ao longo do ENP, a mestranda, investiu ainda na sua formação contínua, realizando o Curso de Conselheira em Aleitamento Materno, aprofundando competências essenciais à promoção da amamentação, e frequentou também um curso online de suturas perineais, cuja validade formal se restringe ao Brasil, mas que contribuiu de forma significativa para o aperfeiçoamento de competências técnicas na abordagem de lacerações perineais e de episiorrafias, em contexto clínico.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais da mestranda refletiu-se numa postura crítica, proativa e científica perante a complexidade dos cuidados de saúde materna e obstétrica. A articulação entre o saber técnico-científico, a reflexão sobre a prática e a valorização do autoconhecimento permitiu-lhe consolidar competências que a posicionam como uma futura EEESMO capaz de garantir cuidados seguros, éticos, personalizados e sustentados na melhor evidência disponível.

O percurso de aprendizagem da mestranda evidenciou de forma clara os cinco processos da Teoria do Cuidado de Kristen Swanson. O “conhecer” manifestou-se na procura sistemática de evidência científica, no recurso a bases de dados e na elaboração de uma ScR publicada, sustentando uma prática rigorosa e fundamentada. O “estar com” destacou-se no acompanhamento de situações complexas, como o parto de uma mulher migrante com distócia de ombros, onde a presença empática e o suporte emocional foram determinantes, apesar das barreiras culturais e linguísticas. O “fazer por” evidenciou-se na preparação de materiais educativos, como sessões de saúde e folhetos informativos, que anteciparam necessidades e proporcionaram segurança às mulheres e famílias. O “capacitar” concretizou-se no incentivo à autonomia das grávidas, parturientes e famílias, promovendo decisões informadas sobre cuidados ao recém-nascido, aleitamento materno e integridade perineal.

Por fim, o “manter a crença” refletiu-se na confiança que a mestranda depositou na sua própria capacidade de crescer e desenvolver-se como futura EEESMO, apoiada na supervisão clínica e na formação contínua. Assim, este percurso demonstra uma aprendizagem profissional que alia reflexão crítica, ciência e humanização, em sintonia com os princípios de Swanson (Al Yasin, 2023; Swanson, 1991, 1993).

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O EEESMO assume um papel ímpar no acompanhamento da mulher ao longo do seu ciclo reprodutivo, atuando de forma autónoma e qualificada nos diversos contextos assistenciais, desde os CSP, aos contextos hospitalares, desde a fase pré-concepcional até ao climatério.

As competências específicas que definem este exercício profissional encontram-se formalmente estabelecidas no Regulamento n.º 391/2019, publicado em Diário da República, sendo reconhecidas como o núcleo essencial da prática clínica especializada nesta área (OE, 2019b). Este conjunto de competências complementa o perfil de competências comuns dos enfermeiros especialistas, integrando um corpo de saberes e práticas altamente diferenciadas, destinadas a responder às necessidades complexas da mulher, do RN e da família, sempre orientadas pelos processos de cuidar de Kristen Swanson.

No seu desempenho, o EEESMO atua de forma autónoma em situações de baixo risco, nomeadamente em processos fisiológicos e normais no ciclo reprodutivo da mulher, e em articulação com outros profissionais em contextos de risco acrescido, assegurando a continuidade e a segurança dos cuidados prestados. Esta capacidade de adaptação às diferentes realidades clínicas exige uma sólida formação técnica, sensibilidade relacional e uma prática fundamentada em evidência científica atualizada.

Entre as áreas de intervenção que requerem competências específicas destacam-se o planeamento familiar, a vigilância pré-natal, o acompanhamento do parto e pós-parto, os cuidados em saúde ginecológica e a educação para a parentalidade. Em todas estas áreas, os cuidados prestados assentam em princípios éticos e deontológicos, respeitando a autonomia da mulher e a confidencialidade da informação, com registos clínicos rigorosos e transparentes.

A aquisição e desenvolvimento destas competências implica um percurso formativo exigente, sustentado por atividades práticas supervisionadas e uma abordagem reflexiva sobre a própria prática. Esta formação visa capacitar o profissional para prestar cuidados diferenciados, alinhados com as diretrizes nacionais e europeias, e ajustados às necessidades singulares de cada mulher, família e comunidade.

Deste modo, o EEESMO contribui de forma decisiva para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde materna e obstétrica, promovendo não só resultados clínicos positivos, mas também experiências de cuidado mais seguras, informadas e centradas na pessoa. Assim, será feita uma análise reflexiva dos principais domínios de competências específicas mobilizadas ao longo da prática clínica, com exemplos de atividades, desafios enfrentados e aprendizagens alcançadas.

Competência 1: *Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.*

O planeamento familiar e os cuidados no período pré-concepcional constituem dimensões fundamentais da saúde sexual e reprodutiva, permitindo à mulher, inserida na sua família e comunidade, exercer os seus direitos reprodutivos de forma informada, segura e livre de preconceitos. Enquanto futura EEESMO, a mestranda vivenciou múltiplas experiências nos diferentes contextos clínicos que consolidaram esta competência, nomeadamente nos CSP e em contexto hospitalar, mais especificamente no SUOG, demonstrando o desenvolvimento das competências específicas do EEESMO.

De acordo com uma visão holística e positiva da OMS (s.d.), a saúde sexual e reprodutiva é um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade e à reprodução, não se limitando à ausência de doença ou disfunção. Envolve um enfoque positivo, respeitoso e seguro à sexualidade e às relações sexuais, permitindo experiências prazerosas, livres de coerção, discriminação e violência.

Atingir e manter essa saúde requer o cumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos de todas as pessoas, incluindo autonomia corporal, igualdade de género, acesso à informação e aos serviços necessários. É relevante ao longo de todo o ciclo de vida, abrangendo todas as idades e formas de expressão sexual, e é fortemente moldada por normas de género, papéis sociais, expectativas e dinâmicas de poder, inserida nos contextos sociais, culturais, económicos e políticos específicos de cada indivíduo. Nesse sentido, o acesso à informação, à contraceção segura e ao aconselhamento personalizado é um direito universal, essencial para a autonomia das mulheres e para a equidade de género (WHO, 2014).

Neste contexto, o papel do EEESMO passa por garantir informação clara e fundamentada sobre os diversos métodos contraceptivos, incluindo o seu uso correto, eficácia, potenciais efeitos adversos, benefícios não contraceptivos e conduta em caso de falha. Para além disso, é fundamental integrar o parceiro neste processo, promovendo uma abordagem equitativa e partilhada da responsabilidade contraceptiva (WHO, 2014).

Os cuidados preconcepcionais englobam um conjunto de intervenções destinadas a identificar, avaliar e modificar fatores de risco clínicos, comportamentais, ambientais e sociais antes da conceção, com o objetivo de otimizar a saúde materna e fetal e promover desfechos

positivos na gravidez. Neste contexto, torna-se essencial uma abordagem multidimensional e centrada na mulher, que inclua a vigilância de doenças crónicas pré-existentes, a revisão e ajuste de medicação potencialmente teratogénica, a atualização do plano vacinal, o rastreio de infeções sexualmente transmissíveis e a suplementação com ácido fólico. Acresce ainda a necessidade de abordar fatores psicossociais, como o consumo de tabaco, álcool, substâncias ilícitas, saúde mental e condições de vulnerabilidade socioeconómica (Case & Rajovic, 2023).

A prática clínica demonstra que o aconselhamento preconcepcional deve ser transversal a todas as mulheres em idade fértil, independentemente de haver ou não uma intenção imediata de engravidar. Esta orientação permite reduzir complicações obstétricas e perinatais, promovendo uma vivência mais saudável e segura da gravidez. A promoção da literacia em saúde reprodutiva, o incentivo à elaboração de um plano de vida reprodutiva e o envolvimento da rede familiar e comunitária são pilares desta intervenção, facilitando a construção de projetos parentais partilhados e sustentáveis (Case & Rajovic, 2023).

No contexto dos CSP, a mestranda teve oportunidade de acompanhar consultas médicas e de enfermagem de planeamento familiar, e de participar em sessões do PPPP. Nestes contextos, abordaram-se temas como o pós-parto, a retoma da atividade sexual e a escolha de métodos contraceptivos, fomentando decisões informadas e conscientes. Para além do aconselhamento, a mestranda participou na colocação e remoção de dispositivos intrauterinos e implantes hormonais subcutâneos, bem como no rastreio do cancro do colo do útero, assegurando cuidados especializados e individualizados.

O rastreio do cancro do colo do útero constitui uma intervenção preventiva essencial na promoção da saúde ginecológica da mulher. Este tipo de neoplasia pode ser prevenido e tratado, desde que detetada precocemente, sendo o rastreio sistemático fundamental para a redução da morbilidade e mortalidade associadas (DGS, 2024). O EEESMO, no contexto dos CSP, assume um papel central na realização deste rastreio, quer através da colheita de citologia cervical (Papanicolau), quer na educação das utentes quanto à importância da adesão ao seguimento periódico, refletindo o processo “capacitar” da Teoria de Swanson ao capacitar as mulheres para decisões informadas sobre a sua saúde.

A mestranda participou ativamente na realização de colheitas para rastreio, garantindo uma abordagem informada, respeitosa e acolhedora, adaptada à realidade sociocultural de cada mulher. Para além disso, foram frequentemente abordadas dúvidas relacionadas com o Vírus do Papiloma Humano (HPV), o que reforçou a importância da comunicação clara e baseada na evidência sobre esta infeção, o seu potencial oncogénico e a vacinação como medida preventiva. O rastreio oportuno e a educação para a saúde nesta área revelam-se essenciais não apenas para a deteção precoce de lesões, mas também para a promoção de uma vivência da sexualidade mais segura e consciente (WHO, 2022b).

Nos contextos de SUOG, foi possível observar que algumas mulheres recorreram a este serviço com o objetivo de obter informações ou iniciar o processo de interrupção voluntária da gravidez [IVG], demonstrando desconhecimento sobre os circuitos existentes e os recursos adequados para o efeito. Esta situação evidenciou a importância da acessibilidade e clareza da informação prestada às utentes relativamente aos seus direitos sexuais e reprodutivos, nomeadamente quanto aos métodos contraceptivos e aos serviços disponíveis para apoio em situações de gravidez não desejada.

A utilização inadequada dos métodos contraceptivos e o défice de conhecimento sobre a sua aplicação correta continuam a ser fatores significativos para a ocorrência de gravidezes não planeadas. Durante o ENP, em contexto de urgência de obstetrícia e ginecologia, a mestranda acompanhou uma jovem de 19 anos que recorreu a este serviço preocupada com a possibilidade de estar grávida, apesar de afirmar utilizar métodos contraceptivos. Durante a anamnese, explicou que fazia uso da pílula anticoncepcional, mas apenas durante os períodos em que tinha relações sexuais, suspendendo-a sempre que deixava de ter atividade sexual. A utente acreditava que a proteção se mantinha mesmo durante estas interrupções, desconhecendo o impacto da toma irregular na eficácia do método.

Este episódio evidenciou a persistência de mitos e desinformação associados à contraceção hormonal, sobretudo entre a população jovem. Neste contexto, a atuação do EEESMO revela-se essencial para promover a literacia em saúde reprodutiva, assegurando uma comunicação acessível, baseada na evidência e ajustada à idade e realidade sociocultural da utente.

Estas experiências reforçaram a importância da intervenção precoce, contínua e educativa por parte do EEESMO, não só no planeamento familiar, mas também na promoção de uma vivência saudável e informada da sexualidade. A mestranda compreendeu que o cuidado no período preconcepcional não se limita à escolha de um método contraceptivo, mas envolve uma abordagem abrangente e individualizada, que respeita a mulher no seu contexto biopsicossocial e promove decisões conscientes e sustentáveis ao longo do ciclo de vida.

Competência 2: *Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.*

O período pré-natal representa uma janela de oportunidade essencial para promover a saúde da mulher através da promoção de estilos de vida saudáveis, modificação de alguns hábitos de vida, prevenir complicações e garantir o bem-estar materno-fetal. No centro desta intervenção, o EEESMO assume um papel determinante no acompanhamento da mulher e da sua rede de apoio, proporcionando cuidados contínuos, personalizados e culturalmente sensíveis (Cardoso *et al.*, 2023; DGS, 2015).

A gravidez representa uma janela de oportunidade para capacitar a mulher, reforçar a sua autonomia e promover escolhas informadas relativamente ao processo de parto, incluindo as estratégias de proteção perineal. Neste sentido, as consultas pré-natais e os PPPP constituem espaços privilegiados para a educação para a saúde, onde se abordam temáticas como a fisiologia do parto, as posições facilitadoras do parto vaginal, o uso da bola suíça, os métodos de alívio não farmacológico da dor e as opções relativas ao plano de parto (Cardoso *et al.*, 2023).

Em Portugal, a vigilância das gravidezes de baixo risco é realizada nos CSP, de acordo com as orientações definidas pelo PNVGBR da DGS, orientações que guiam a atuação do EEESMO no sentido de promover um futuro mais saudável para a população, atuando desde as fases iniciais do ciclo de vida (DGS, 2015). Já as gravidezes que apresentam fatores de risco são encaminhadas para acompanhamento especializado em contexto hospitalar, nomeadamente nas consultas externas de Medicina Materno-Fetal. Assim, o EEESMO é responsável por detetar precocemente sinais de alarme e complicações que possam desviar a gravidez da sua fisiologia, articulando com as equipas multidisciplinares quando a situação ultrapassa a sua área de atuação (WHO, 2016).

O PNVGBR recomenda a realização de dez consultas de vigilância pré-natal, iniciando-se idealmente o mais precocemente possível, até às 12 semanas de gestação. Após a primeira consulta, a frequência sugerida é de uma consulta a cada 4 a 6 semanas até às 30 semanas de gravidez, passando a cada 2 a 3 semanas entre as 30 e as 36 semanas, e posteriormente, com frequência semana ou quinzenal até ao parto (DGS, 2015). Nos CSP, encontra-se estabelecida a realização de que três destas consultas sejam asseguradas pela EEESMO, sendo possível aumentar esse número conforme a complexidade ou necessidades identificadas.

Durante a prática clínica nos CSP, a mestranda teve oportunidade de realizar consultas pré-natais, participar ativamente nos PPPP, dinamizando sessões, realizadas semanalmente a partir das 30 semanas, em grupo; realizar colheita de exsudado vaginal e retal entre as 35 e 37 semanas e ainda realizar CTG semanais a partir das 36 semanas, ou antecipadas para as 34 semanas em casos de patologia associada à gravidez.

A preparação para o parto constitui um momento privilegiado de educação para a saúde, centrado na capacitação da mulher e da sua pessoa significativa para uma vivência segura, consciente e positiva do processo de nascimento. De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas da OE, este processo visa desenvolver conhecimentos, capacidades, autoeficácia e reformulação de significados que promovam o empoderamento da grávida e favoreçam a adoção de comportamentos saudáveis durante o TP (Cardoso *et al.*, 2023). Para além da abordagem teórica sobre fisiologia do parto, dor, estratégias não farmacológicas e plano de parto, foram igualmente integradas estratégias práticas através de simulação, tendo sido

abordadas temáticas como o ensino do banho do RN e a segurança rodoviária do RN, numa lógica de promoção de competências parentais. Destacou-se ainda a importante participação do pai, sendo muito interessante observar o envolvimento do casal de forma equitativa, o que reforça a importância da preparação conjunta e do suporte mútuo na vivência da parentalidade. Estudos demonstram que as mulheres que frequentam programas de preparação para o parto experienciam maior satisfação com os cuidados recebidos, melhor compreensão do processo e menor sensação de despersonalização (Coutinho *et al.*, 2014), reforçando a importância de uma abordagem integral, culturalmente sensível e ajustada às reais necessidades das famílias.

Nas consultas pré-natais, foram abordadas temáticas como, por exemplo: hábitos saudáveis na gravidez, consciência corporal, massagem perineal pré-parto, medidas não farmacológicas de alívio da dor, explicações sobre a biomecânica pélvica, a importância da verticalização, preparando a mulher para posições espontâneas e ativas durante o TP e amamentação. A partilha deste tipo de informação, permite à mulher elaborar, em conjunto com o EEESMO, um plano de parto mais consciente, centrado na fisiologia e na sua integridade corporal. O apoio à tomada de decisão informada contribui para a redução da ansiedade e aumenta a probabilidade de um parto positivo e menos intervencionado, o que se associa a menores taxas de trauma perineal (Cardoso *et al.*, 2023; WHO, 2016).

É também da competência do EEESMO incentivar e apoiar na elaboração do plano de parto, sempre que esse seja o desejo da mulher ou do casal. Este momento, que pode ter lugar tanto nas consultas de vigilância pré-natal como nas sessões do PPPP, representa uma oportunidade para escutar, informar e envolver ativamente a mulher nas decisões sobre o seu parto. Ao valorizar a sua autonomia e capacidade de escolha, o plano de parto torna-se um instrumento de empoderamento, facilitador da comunicação com a equipa de saúde e promotor de uma experiência mais segura, respeitada e positiva. Esta abordagem está em consonância com o preconizado pela OE (2012), que reconhece o plano de parto como um elemento central na humanização e qualidade dos cuidados em saúde materna e obstétrica (Silva & Lopes, 2020).

Durante uma consulta de vigilância pré-natal, foi realizado um CTG a uma grávida múltipara, com 37 semanas de gestação, com antecedentes de hipertensão arterial controlada com medicação. Durante a consulta, a mulher referiu cefaleia persistente, visão turva e edemas acentuados nos membros inferiores, sintomas que se tinham agravado nas últimas 48 horas. Embora o CTG apresentasse uma reatividade dentro dos parâmetros normais, os sinais clínicos referidos suscitaram suspeita de pré-eclâmpsia. Foi realizada avaliação da tensão arterial, revelando valores persistentemente elevados, na ordem dos 150/100 mmHg, bem como análise de urina com *combur test*, que evidenciou proteinúria (++) . Perante a

suspeita de pré-eclâmpsia, a utente foi referenciada com carácter urgente para o Hospital B, tendo a equipa hospitalar sido previamente informada telefonicamente dos achados clínicos.

Na unidade hospitalar B, os exames laboratoriais confirmaram o diagnóstico de pré-eclâmpsia, tendo sido instituída vigilância intensiva até à indução do parto. Este caso reforça o papel crucial do EEESMO na vigilância clínica da gravidez, na identificação precoce de sinais de descompensação e na valorização dos dados subjetivos referidos pela mulher. Para além disso, destaca-se o valor do CTG enquanto ferramenta complementar, que, apesar de normal neste caso, não excluiu a presença de risco materno iminente, exigindo uma abordagem global e centrada na mulher. Deste modo, a escuta ativa e a valorização dos sintomas maternos são fundamentais na deteção precoce de complicações obstétricas, contribuindo para a segurança materno-fetal.

O cuidado pré-natal especializado não se esgota na vertente biomédica, mas estende-se à dimensão emocional e social da gravidez. O suporte emocional prestado à mulher em situação de vulnerabilidade, como no caso de gravidezes não planeadas, perdas gestacionais, interrupções médicas da gravidez ou contextos de risco psicossocial, é central na prática do EEESMO. Nestes momentos, a humanização dos cuidados, a escuta ativa e o respeito pela individualidade assumem-se como pilares fundamentais da intervenção.

A gravidez em situação de vulnerabilidade social é atravessada por múltiplos fatores que comprometem o acesso e a continuidade dos cuidados de saúde. Entre os mais frequentemente identificados estão a baixa renda, a instabilidade habitacional, o défice de literacia em saúde, a ausência de apoio institucional, o isolamento social, a precariedade das infraestruturas e o stress crónico, que juntos amplificam o risco de desfechos adversos na gravidez, como parto prematuro ou complicações materno-fetais (Nolasco *et al.*, 2025).

Perante este panorama, garantir o acesso a cuidados pré-natais de qualidade, personalizados e acolhedores é mais do que uma responsabilidade clínica, é um compromisso ético e humano que coloca a equidade no centro da ação profissional. Cabe ao EEESMO reconhecer estas vulnerabilidades de forma sensível e não julgadora, ajustando a sua intervenção à realidade de cada mulher, criando espaços de escuta, segurança e empoderamento. É neste encontro entre competência técnica e disponibilidade afetiva que se constrói um cuidado verdadeiramente transformador, capaz de mitigar desigualdades e promover a dignidade da mulher em todos os contextos.

Durante o ENP em contexto de CSP, a mestranda acompanhou uma jovem grávida de 35 semanas de gestação, recém-chegada a Portugal há menos de um ano e com défice cognitivo. Vivia com o pai, o irmão e a madrasta, sendo esta última quem a acompanhava sempre às consultas. Desde o início, a mestranda percebeu uma postura controladora da madrasta, que respondia em nome da utente, desvalorizando aquilo que ela dizia e limitando

a sua participação. A grávida parecia insegura, pouco confortável para se expressar, o que, somado à sua condição, levantava suspeitas de um possível risco psicossocial.

Diante desta realidade, a mestranda sentiu que seria essencial garantir um espaço só para ela, onde pudesse falar sem receios. Promoveu momentos de escuta individualizada e sinalizando a situação à equipa de apoio social, articulando também com o hospital onde estava previsto o parto e com a enfermeira responsável pela continuidade de cuidados no pós-parto. O objetivo foi assegurar uma resposta em rede, que colocasse a mulher no centro, protegendo os seus direitos, a sua autonomia e o seu bem-estar.

Esta vivência tocou profundamente a mestranda, mostrando-lhe que, muitas vezes, as maiores vulnerabilidades são silenciosas, escondidas nas entrelinhas de uma conversa ou no silêncio de um olhar. A mestranda aprendeu que, mais do que saber fazer, é preciso saber estar: estar disponível, estar atenta, estar presente de forma inteira. Enquanto futura EEESMO, a mestranda leva a certeza de que é neste tipo de encontros que se constrói uma prática verdadeiramente ética, humana e transformadora — aquela que reconhece cada mulher como única e digna de cuidado.

Importa ainda destacar o impacto da diversidade cultural nas práticas e representações da gravidez. A competência cultural do EEESMO é determinante para acolher mulheres de diferentes origens e contextos, minimizando barreiras linguísticas e socioculturais que possam comprometer a vigilância adequada da gravidez e o acesso aos cuidados (DGS, 2015).

Ao longo dos contextos clínicos, foi evidente que a atuação do EEESMO no acompanhamento pré-natal não só contribui para a melhoria dos indicadores de saúde materna e neonatal, como também fortalece os vínculos familiares, promove o autocuidado e favorece a continuidade dos cuidados em rede. O cuidado à mulher grávida, enquanto ser inserido na família e na comunidade, revela-se assim um espaço privilegiado para o exercício de uma prática ética, informada, sensível e transformadora.

Competência 3: *Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o Trabalho de Parto*

O TP representa um momento de grande transformação física, emocional e social na vida da mulher e da sua família, sendo essencial que os cuidados prestados neste período reflitam uma abordagem holística, humanizada e baseada em evidência. Reconhecer a mulher no seu contexto familiar e comunitário permite ajustar os cuidados às suas crenças, necessidades culturais e rede de suporte, promovendo uma vivência mais segura, positiva e integrada do processo de nascimento.

O EEESMO assume um papel central neste processo, garantindo que o parto decorra em ambiente seguro, promovendo o bem-estar materno-fetal e respeitando a individualidade da mulher, as suas expectativas e preferências.

Segundo a WHO (2018), o TP deve ser vivido como um momento seguro, respeitoso e positivo para cada mulher. Isso significa garantir cuidados que respeitem as suas escolhas, que valorizem a comunicação aberta com os profissionais de saúde e que ofereçam apoio contínuo ao longo de todo o processo. A mulher deve poder escolher quem a acompanha, movimentar-se livremente, assumir a posição em que se sente mais confortável e contar com estratégias que a ajudem a lidar com a dor, mesmo sem recorrer a medicação. A OMS sublinha ainda que qualquer intervenção deve ser bem justificada, devendo-se evitar procedimentos aplicados de forma rotineira e sem necessidade, para que a experiência do parto se mantenha o mais tranquila e satisfatória possível.

A vigilância do TP, nas situações de baixo risco, é da responsabilidade do EEESMO, conforme definido pela Orientação n.º002/2023 da DGS (2023b). Este profissional acompanha todas as fases do parto, desde a avaliação inicial até ao pós-parto imediato, assegurando a monitorização materno-fetal, o registo clínico, e a adoção de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, respeitando as preferências da mulher e o seu plano de parto. A sua atuação é contínua, centrada na mulher e orientada para a segurança e o bem-estar, incluindo a identificação precoce de sinais de alarme e a articulação com o médico obstetra sempre que necessário. Sempre que possível, promove-se o envolvimento da pessoa significativa da sua escolha, reforçando a presença de vínculos afetivos e o papel protetor da família durante o parto.

Nos partos eutócicos, o EEESMO conduz preferencialmente o processo, promovendo a integridade perineal, o contacto pele a pele e a vigilância no pós-parto imediato. Este modelo de cuidados valoriza a fisiologia do parto e reforça a humanização e o empoderamento da mulher (DGS, 2023b).

Compreender as fases do TP é fundamental para orientar a atuação do EEESMO e assegurar uma experiência de parto positiva e segura. Este processo fisiológico decorre em quatro estadios distintos, que exigem cuidados adaptados a cada momento. O primeiro estadio, ou fase de dilatação, divide-se em fase latente e fase ativa: a primeira caracteriza-se por contrações irregulares e progressivas, que promovem o apagamento do colo do útero e o início da dilatação cervical até cerca de 5–6 cm (Hutchison & Mahdy, 2021; WHO, 2018). A definição do início da fase ativa é ainda alvo de debate, variando entre o modelo clássico de Friedman (1981), que a situa nos 4 cm, e a recomendação da OMS (2018) e da Orientação n.º 002/2023 da DGS em articulação com a OE, que a estabelecem a partir dos 5 cm. Já a ACOG (2024) propõe o início da fase ativa a partir dos 6cm de dilatação, sendo esta compreensão essencial para garantir a segurança da mulher e do RN, evitando intervenções prematuras ou desnecessárias. O segundo estadio, do início da dilatação completa até ao nascimento, deve ser apoiado com estratégias que favoreçam o parto fisiológico e a integridade perineal, como massagem, compressas mornas e proteção ativa do períneo

(WHO, 2018). O terceiro estadio corresponde à dequitação e é crucial para prevenir a hemorragia pós-parto (WHO, 2018). Já o quarto estágio, o puerpério imediato, inclui a vigilância materna, o contacto pele a pele e o início precoce da amamentação, sendo que o contacto contínuo até ao fim da primeira mamada é fundamental para a autorregulação do RN, a estabilização dos níveis de glicose e o fortalecimento do vínculo mãe-bebé (Brimdyr *et al.*, 2024).

A consolidação destas competências ocorreu, de forma significativa, durante o ENP, onde a mestranda participou em 61 partos eutócicos. A diversidade das situações vividas, que incluiu quatro casos de distócia de ombros, cinco dequitações pelo mecanismo de Duncan, quatro apresentações com procedência de mão, 18 circulares cervicais e uma laceração de grau III/IV, permitiu desenvolver competências clínicas especializadas em ambientes desafiantes.

Entre as situações vivenciadas, destaca-se a ocorrência de uma laceração de grau III/IV numa parturiente múltipara, de etnia asiática, com TP de evolução normal. Durante o período expulsivo, a progressão da cabeça fetal ocorreu de forma muito rápida, não permitindo uma distensão gradual dos tecidos perineais, apesar da proteção manual realizada. Evidências científicas indicam que a etnia asiática constitui um fator de risco acrescido para lacerações perineais graves no parto vaginal (Park *et al.*, 2023; Wheeler *et al.*, 2012). Entre os mecanismos explicativos apontam-se diferenças anatómicas, como um períneo mais curto e com menor elasticidade, maior frequência de episiotomias e partos instrumentados, bem como barreiras linguísticas e culturais que podem comprometer a comunicação eficaz durante o parto (Park *et al.*, 2023).

Este desprendimento abrupto, aliado ao risco acrescido descrito em mulheres de etnia asiática, contribuiu para a rotura que envolveu o esfíncter anal externo. Perante a gravidade da lesão, a mestranda e a respetiva supervisora clínica (EEESMO) procederam à referenciação ao médico obstetra, que, após avaliação, encaminhou para reparação cirúrgica pela equipa de cirurgia geral. Este encaminhamento assegurou o cumprimento dos protocolos institucionais e a segurança materna, de forma a preservar a função e integridade perineal. Foram realizadas 19 episiotomias, de forma criteriosa, e registadas 17 situações de períneo intacto, resultado de uma prática preventiva e promotora da integridade perineal, ancorada nas recomendações da evidência científica.

A identificação e reparação destas lesões foi realizada pela mestranda utilizando o sistema de classificação de *Sultan* para o trauma perineal, validado internacionalmente pela RCOG, que distingue lacerações de grau I (mucosa vaginal e/ou pele), grau II (envolvendo músculos perineais), e OASIS (lacerações de grau III e IV) quando existe envolvimento parcial ou total do esfíncter anal externo, interno e/ou da mucosa anal. Esta abordagem sistematizada

permite um diagnóstico preciso e a seleção da técnica de reparação mais adequada, prevenindo complicações funcionais a longo prazo (RCOG, 2015).

Neste cenário, o EEESMO assume um papel fundamental na promoção da integridade perineal, atuando de forma proativa na identificação de fatores de risco, na implementação de cuidados sustentados na melhor evidência disponível e no apoio contínuo à mulher ao longo do processo de parto. Esta intervenção, em consonância com as orientações da OMS e OE (2015), reforça uma prática centrada na mulher, culturalmente sensível e promotora de experiências de parto positivas e seguras.

A promoção da integridade perineal constituiu uma prioridade constante, sendo integradas estratégias adaptadas às características clínicas e preferências de cada mulher. Durante a prática clínica, a mestranda aplicou de forma sistemática o uso de lubrificante à base de vaselina, especialmente na fase de maior distensão perineal, com o objetivo de reduzir o atrito durante a progressão do polo cefálico e, assim, favorecer a integridade perineal. Esta prática, embora não amplamente padronizada, encontra suporte em estudos recentes que demonstram os benefícios da aplicação de lubrificantes obstétricos na redução da duração do parto e da taxa de episiotomias, em particular nas mulheres nulíparas (Baydemir *et al.*, 2025).

Complementarmente, foram aplicadas pela mestranda técnicas manuais de proteção perineal, nomeadamente a abordagem *hands on*, que consiste na colocação de uma mão sobre a cabeça fetal, aplicando pressão suave para controlar a velocidade da expulsão e favorecer a flexão cefálica, enquanto a outra mão exerce pressão de suporte sobre o períneo materno. Durante o desprendimento, pode ser utilizada flexão lateral para facilitar a saída dos ombros, evitando movimentos bruscos. Esta intervenção tem como objetivo proteger as estruturas perineais durante o período expulsivo, controlando a progressão da apresentação e oferecendo suporte aos tecidos (Califano *et al.*, 2022; Pierce-Williams *et al.*, 2019;).

Em diversos partos, a mestranda utilizou compressas quentes no períneo, principalmente na transição do segundo estágio, promovendo o relaxamento muscular, aumentando a circulação sanguínea e, assim, melhorando o conforto da parturiente (Sun *et al.*, 2024a). Também foi aplicada, em algumas circunstâncias, a massagem perineal intraparto, realizada com respeito, lubrificante e técnica adequada, especialmente útil em primigestas, favorecendo a elasticidade dos tecidos (Venugopal *et al.*, 2022).

Foi ainda incentivada a adoção da posição em que se sentisse mais confortável, como decúbito lateral, quatro apoios, cócoras ou ajoelhada, promovendo maior mobilidade, protagonismo e redução da pressão perineal, tal como recomendado pela OMS (2018). Segundo Cordeiro *et al.* (2025) e Blomgren *et al.* (2025), a adoção de posições verticais e dinâmicas tem sido associada a uma maior taxa de períneo íntegro, menor necessidade de

episiotomia e lacerações perineais menos graves, além de promoverem um período expulsivo mais curto e maior satisfação da mulher durante o parto.

A mulher participou ativamente em todas as decisões, sendo respeitadas a sua autonomia e o seu direito à autodeterminação.

A consolidação destas competências foi reforçada pela realização do curso *online* “Sutura e Laceração Perineal Descomplicada”, que permitiu aprofundar conhecimentos anatómicos, treinar diferentes técnicas de reparação e selecionar materiais adequados a cada tipo de lesão. Esta formação contribuiu para maior precisão técnica, redução do desconforto materno e prevenção de complicações, otimizando a recuperação no pós-parto.

A mestranda participou também na gestão de situações clínicas complexas, como uma fratura do cordão umbilical, distocia de ombros e uma rutura uterina em mulher com cesariana anterior, exigindo atuação imediata e articulação multidisciplinar. Numa situação particularmente sensível, a mestranda acompanhou o parto de uma mulher migrante, sem acompanhante e sem domínio da língua portuguesa ou inglesa. Esta barreira linguística comprometeu a comunicação com a parturiente, dificultando a orientação durante o período expulsivo. A falta de compreensão e o aumento da ansiedade por parte da mulher culminaram na aplicação da manobra de *Kristeller*, uma prática controversa e desaconselhada por diversas entidades profissionais devido aos seus riscos (Ordem dos Médicos, 2021). Perante a progressão do parto, surgiu uma distócia de ombros, rapidamente identificada e resolvida com a aplicação eficaz da manobra de *McRoberts*, evitando complicações adicionais. A parturiente teve uma laceração de grau II e o RN apresentou uma boa adaptação à vida extrauterina.

Esta situação foi alvo de uma reflexão profunda com base no modelo de Gibbs, permitindo reconhecer os impactos negativos da ausência de comunicação eficaz e da realização de intervenções não consentidas. Reforçou-se a importância da presença de intérpretes ou recursos tecnológicos que facilitem a comunicação em contextos multiculturais, garantindo cuidados mais seguros, compreensíveis e respeitadores da dignidade da mulher (Fermino & Carvalho, 2007).

Para além da técnica, o cuidar no TP implicou a valorização do plano de parto, a criação de ambientes acolhedores e a promoção de métodos não farmacológicos de alívio da dor: aplicação de calor, uso da bola suíça e musicoterapia (Cardoso *et al.*, 2023). O envolvimento da pessoa significativa, sempre que possível, foi promovido como parte integrante dos cuidados.

No terceiro e quarto estádios do TP, a mestranda promoveu o contacto pele a pele precoce, o clampagem tardia do cordão e o início da amamentação na primeira hora que foram práticas valorizadas e promovidas, reforçando o vínculo da díade e facilitando a adaptação neonatal (WHO, 2018). Estas intervenções, recomendadas pela OMS, contribuem

para a estabilidade térmica, respiratória e hemodinâmica do RN, otimizam as reservas de ferro, estimulam precocemente o reflexo de sucção e favorecem o estabelecimento da amamentação exclusiva, constituindo cuidados essenciais para uma experiência de parto positiva.

Uma das práticas mais enriquecedoras vivenciadas foi a utilização do *Sling Casulo*, um modelo de porta-bebés pensado para ser utilizado desde os primeiros momentos de vida do RN. Durante o TP, a mãe veste o *Sling*, que lhe proporciona conforto e privacidade. Após o nascimento, o RN é colocado diretamente no *Sling*, favorecendo um contacto pele a pele seguro e contínuo. Esta prática contribui para a manutenção da temperatura corporal do RN, facilita a amamentação precoce e reforça o vínculo afetivo entre mãe e bebé, potenciando todos os benefícios do contacto pele a pele. O Hospital B adotou este modelo com o objetivo de melhorar a experiência de parto e os cuidados neonatais, seguindo o exemplo da Maternidade Alfredo da Costa, onde a prática foi pioneira.

A experiência acumulada em contexto clínico revelou que cada parto exige do EEESMO um equilíbrio entre competência técnica, sensibilidade relacional e capacidade de adaptação. Cuidar da mulher durante o TP implicou personalizar os cuidados, escutar ativamente e respeitar o seu lugar na família e na comunidade, promovendo um parto seguro, informado e humanizado, em consonância com os princípios orientadores da prática do EEESMO.

Competência 4: *Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal*

O puerpério, também denominado pós-parto ou quarto trimestre, é o período do ciclo gravídico-puerperal que se inicia imediatamente após a dequitação e se prolonga até cerca de seis semanas (42 dias) após o parto. Caracteriza-se pela regressão das alterações anatómicas e fisiológicas próprias da gravidez, pelo restabelecimento gradual do organismo materno e pela adaptação emocional, social e familiar à maternidade. Este momento é marcado por intensas mudanças corporais e psicológicas que, embora façam parte do processo de transição para a parentalidade, podem representar desafios com impacto na relação mãe-filho (ACOG, 2018; Costa & Azevedo, 2021; DGS, 2015).

Para o EEESMO, este é um momento crítico que exige uma vigilância contínua e intervenções especializadas, de modo a assegurar a recuperação física, emocional e social da puérpera, bem como a adaptação da família ao novo papel parental (ACOG, 2018; DGS, 2015; WHO, 2018). Ao longo do ENP, a mestranda prestou cuidados em diferentes contextos: bloco de partos, internamento de puerpério, CSP e unidades de cuidados intensivos neonatais (UCIN), a um elevado número de puérperas e RN, tanto saudáveis como em situação de risco, abrangendo desde a vigilância do bem-estar físico e emocional até à implementação de medidas de prevenção e intervenção perante complicações.

No puerpério imediato, caracterizado pelas primeiras horas após o parto, a mestranda realizou uma monitorização rigorosa, avaliando o globo de segurança de *Pinard*, controlando as perdas hemáticas e as características dos lóquios, inspecionando o períneo e monitorizando os parâmetros vitais. A deteção precoce de sinais e sintomas sugestivos de hemorragia pós-parto, como palidez, sudorese, taquicardia, hipotensão ou lipotimia, revelou-se essencial (Néné *et al.*, 2016; WHO, 2018). A sua prática contemplou ainda cuidados de conforto, controlo da dor, incentivo à mobilização precoce e vigilância da eliminação urinária, prevenindo complicações como a distensão vesical.

No internamento de puerpério, a mestranda prestou cuidados integrados, que incluíram o exame físico e psicológico da puérpera, avaliando as alterações fisiológicas do pós-parto, como a involução uterina, as alterações mamárias, a cicatrização de lacerações ou ferida operatória, e ensinando sobre sinais de alarme. Promoveu a adaptação à parentalidade, capacitando as mães e famílias para os cuidados ao RN e para a deteção de sinais de risco, como dificuldades na alimentação ou icterícia precoce. Atuou ainda em casos de patologia associada, como hipertensão, pré-eclampsia, mastite, tromboembolismo venoso, ansiedade, atonia uterina ou hemorragia pós-parto, assegurando a referenciação atempada e a articulação com a equipa multidisciplinar.

Durante este período, a mestranda prestou também cuidados diretos ao RN, tanto em contextos de vigilância de rotina como perante situações de risco. Realizou o exame físico neonatal, avaliou reflexos primitivos, tónus muscular, coloração da pele e esteve atenta a sinais de alerta como icterícia precoce, sinais de síndrome de dificuldade respiratória (SDR), dificuldade na sucção, recusa alimentar, sinais de hipoglicemia ou episódios de cianose, intervindo de imediato ou referenciando para avaliação médica quando necessário.

No decorrer do ENP, a mestranda acompanhou situações que exigiram competências técnicas e sensibilidade na comunicação com os pais. Num dos casos, um RN apresentava catarata congénita bilateral; noutra, foi identificada fratura no membro inferior direito após o nascimento. Estes achados inesperados confrontaram a família com o “ideal de filho perfeito”, expectativas criadas na gestação sobre um bebé saudável e sem limitações. As representações parentais formadas durante a gravidez, influenciadas por experiências nos cuidados pré-natais e interações com profissionais, podem impactar a perceção do bebé e o vínculo inicial, reforçando a importância de uma abordagem empática e de suporte emocional (Hill *et al.*, 2025). Nestas circunstâncias, a mestranda assegurou um ambiente de acolhimento, transmitindo as informações de forma gradual e adaptada à compreensão dos pais, e reforçando que a deteção precoce permite planear intervenções adequadas e oferecer o suporte necessário. Reconheceu ainda a importância de articular com a equipa multidisciplinar, integrando pediatria, oftalmologia ou ortopedia e, sempre que necessário,

psicologia, para garantir não só o tratamento clínico, mas também o apoio emocional à família, favorecendo a construção de um vínculo seguro com o bebé real.

A amamentação foi alvo de especial atenção. A mestranda, detentora de formação especializada como Conselheira em Aleitamento Materno, atuou segundo as recomendações da OMS e UNICEF, promovendo o início da amamentação na primeira hora de vida (WHO, 2018). Desenvolveu atividades de ensino e apoio prático, orientando sobre técnicas corretas de pega e posicionamento e apresentando alternativas em situações de impossibilidade temporária, como a extração manual e a oferta do leite por copo, evitando tetina. Reconheceu que o apoio contínuo e a partilha de informação clara por parte dos profissionais de saúde durante o internamento são determinantes para fortalecer a confiança das mães na sua capacidade de amamentar e para promover a continuidade desta prática após a alta. Esta abordagem contribui para o bem-estar físico e emocional da díade e está em consonância com as orientações do Despacho n.º 13056/2023, bem como com as recomendações internacionais (Saúde - Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde [S-GSEPS], 2023; WHO, 2017,2022).

A intervenção da mestranda baseou-se não apenas em competências técnicas, mas também na capacidade de comunicação empática, sensibilidade cultural e respeito pela decisão informada de cada mulher, reconhecendo que o sucesso da amamentação depende de um equilíbrio entre conhecimento científico e apoio individualizado. Isto vai ao encontro ao estudo de Pangerl *et al.* (2024), que identifica que, apesar das competências técnicas avançadas dos EEESMO, estas devem ser complementadas por habilidades de comunicação intercultural e por uma abordagem flexível e sensível às barreiras culturais e sociais. Segundo os autores, este equilíbrio é essencial para ultrapassar obstáculos impostos pelo contexto sociocultural e para evitar conflitos que possam levar ao abandono da amamentação.

A vigilância da saúde mental no puerpério foi igualmente central. A mestranda manteve vigilância atenta à saúde mental no puerpério, consciente da vulnerabilidade desta fase para o desenvolvimento de perturbações como *blues* pós-parto, depressão e psicose puerperal. Este período caracteriza-se por uma conjugação de fatores que podem desencadear ou agravar alterações do foro psicológico, incluindo a exaustão materna, níveis elevados de stress e as exigências inerentes à adaptação ao novo papel de mãe. A estes aspetos somam-se mudanças hormonais marcadas, como a queda abrupta dos níveis de estrogénio após o parto, que influencia a atividade de neurotransmissores como a serotonina, podendo contribuir para o surgimento de alterações de humor, nomeadamente depressão pós-parto e ansiedade (Borges *et al.*, 2021; DGS, 2015; Néné *et al.*, 2016).

A mestranda interveio em situações que exigiram apoio emocional, escuta ativa e, quando necessário, encaminhamento para psicologia, reforçando a importância da abordagem preventiva no período pré-natal (Viana *et al.*, 2020). Reconheceu ainda a importância de

envolver o companheiro ou rede de apoio, dado que as alterações psicológicas podem afetar ambos os elementos do casal.

No âmbito da promoção da saúde mental materna, a mestranda divulgou e incentivou junto das puérperas a utilização do projeto “*Be a Mom*”, desenvolvido em Portugal pela Universidade de Coimbra. Trata-se de um programa digital de intervenção cognitivo-comportamental para prevenção da depressão pós-parto, que tem demonstrado eficácia na redução de sintomas depressivos, no aumento do bem-estar mental e na promoção de estratégias de autocompaixão e regulação emocional (Carona *et al.*, 2023; Fonseca *et al.*, 2019; Monteiro *et al.*, 2021). O programa é composto por módulos interativos que abordam temas como gestão de emoções, autocuidado, construção de rede de apoio, relacionamento conjugal e reconhecimento de sinais de alerta, permitindo às mulheres desenvolver competências para lidar com os desafios emocionais do pós-parto. Ao promover este recurso, a mestranda procurou facilitar o acesso das puérperas a uma ferramenta complementar, baseada em evidência científica e de fácil utilização, reforçando a importância de cuidar da saúde mental de forma proativa e integrada no período pós-parto.

Paralelamente à intervenção clínica e psicossocial, a mestranda atribuiu particular relevância à organização da alta hospitalar, compreendendo-a como uma etapa crucial na articulação entre os cuidados hospitalares e os CSP e na promoção da autonomia da puérpera e da sua família para a continuidade de cuidados no domicílio. A mestranda forneceu orientações sobre vigilância materna e neonatal, recursos comunitários, agendamento de consultas, vacinação e rastreios, complementando com materiais educativos. Articulou com os CSP para acompanhamento de casos complexos ou apoio à amamentação, reconhecendo que as altas precoces, embora vantajosas em alguns casos, exigem reforço no seguimento domiciliário para assegurar segurança e bem-estar da díade (WHO, 2022).

No seguimento dos cuidados prestados, foi dada atenção especial ao planeamento familiar e à sexualidade no puerpério, reconhecendo que este é um período de transição marcado por alterações físicas, emocionais e relacionais. De acordo com a DGS (2015) e a ACOG (2023), a retoma da atividade sexual deve ser abordada de forma individualizada, respeitando o tempo de recuperação da mulher e considerando aspetos como conforto físico, cicatrização e bem-estar emocional. Foram discutidas as opções de contraceção compatíveis com a amamentação, incluindo métodos de barreira, dispositivos intrauterinos e implantes subcutâneos, esclarecendo vantagens, contraindicações e eficácia de cada um. Sempre que indicado, foi feita referenciação para consultas específicas ou colaboração com a equipa médica para colocação de métodos reversíveis de longa duração, valorizando o consentimento informado e a participação ativa da mulher na escolha do método. A abordagem incluiu também a sensibilização para os riscos de uma nova gravidez em curto

intervalo de tempo, reforçando a importância de um intervalo mínimo de 18 meses entre partos para a saúde materna e neonatal (Walker *et al.*, 2021).

Deste modo, a mestranda consolidou competências especializadas na prestação de cuidados holísticos no puerpério, baseados na evidência científica e centrados na mulher, no RN e na família. A sua prática integrou vigilância clínica rigorosa, apoio emocional, promoção da amamentação, orientação sobre planeamento familiar e articulação interprofissional, demonstrando-se essencial para uma transição saudável para a parentalidade e para a prevenção de complicações neste período tão sensível do ciclo reprodutivo.

Competência 5: Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

O climatério corresponde a um período de transição fisiológica na vida da mulher, marcado pelo declínio progressivo da função ovárica e consequente redução da produção de estrogénios, que assinala a passagem da fase reprodutiva para a não reprodutiva. Este processo natural, que se estende aproximadamente dos 40 aos 65 anos, não constitui uma condição patológica, mas pode envolver um conjunto diversificado de sinais e sintomas, como irregularidades menstruais, afrontamentos, suores noturnos, alterações do sono, do humor e da sexualidade, cuja intensidade e impacto variam de mulher para mulher. Inclui três fases distintas: pré-menopausa, menopausa, definida como a cessação permanente da menstruação após 12 meses consecutivos de amenorreia, e pós-menopausa (Bisognin *et al.*, 2022; Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG], 2021).

As alterações hormonais associadas ao climatério afetam de forma significativa a saúde física, psicológica, sexual e social da mulher. O hipoestrogenismo repercute-se na saúde geniturinária, conduzindo a alterações como atrofia vaginal, secura, perda de elasticidade e alterações do pH, que favorecem a ocorrência de infeções urinárias, dispareunia e incontinência (Faubion *et al.*, 2020; Néné *et al.*, 2016; SPG, 2021). A Síndrome Geniturinária da Menopausa sintetiza este conjunto de alterações, que podem interferir de forma relevante na qualidade de vida e nos relacionamentos íntimos, manifestando-se por dispareunia, perturbações no orgasmo e diminuição do desejo sexual (Von Hippel *et al.*, 2019). Adicionalmente, o enfraquecimento do pavimento pélvico, potenciado pela diminuição dos estrogénios, pela multiparidade, obesidade ou envelhecimento, pode agravar problemas como prolapso, incontinência urinária e disfunção sexual (ACOG, 2019b).

Paralelamente, as alterações na imagem corporal, na autoestima, no humor, no peso e na saúde cardiovascular podem repercutir-se de forma significativa na vida pessoal, familiar e social. Este processo está intimamente relacionado com o envelhecimento e, em alguns casos, com a perceção de perda de capacidades, sendo influenciado por fatores como baixos níveis de escolaridade, de literacia em saúde e interpretações culturais. Em contextos

ocidentais, o climatério é frequentemente associado à perda da juventude, da feminilidade e, por vezes, do estatuto social, potenciando sentimentos de ansiedade e desvalorização. Em contrapartida, em determinadas culturas não ocidentais, esta fase é percebida como libertadora das responsabilidades reprodutivas, podendo inclusive elevar o estatuto da mulher na comunidade. Assim, o climatério deve ser compreendido numa perspetiva bio cultural, que integre os aspetos biológicos com os contextos psicológicos, sociais e culturais nos quais cada mulher está inserida, promovendo estratégias de empoderamento e educação em saúde que favoreçam uma adaptação positiva a esta fase da vida (Cavalcanti *et al.*, 2024; Domínguez *et al.*, 2020; SPG, 2021).

Ao longo do ENP em contexto de CSP e SUOG, a mestranda desenvolveu competências específicas no acompanhamento de mulheres no climatério, incluindo a avaliação física e psicológica, identificação de alterações sexuais, realização de rastreio do cancro do colo do útero e promoção do autocuidado através da realização de ensinamentos como a higiene íntima, exercício físico, alimentação e ainda incentivo à realização de exames de rotina como mamografia e citologia.

A maioria dos casos acompanhados ocorreu em contexto de CSP, com destaque para a colocação de pessários e realização de citologias. Em situações observadas no SUOG, prevaleceram queixas como metrorragias, dor vaginal ou dispareunia associada à atrofia vaginal. Estas experiências permitiram à mestranda aliar cuidados técnicos a uma abordagem humanizada, centrada na escuta ativa, no suporte emocional e na inclusão da família no processo de adaptação.

Nesta etapa da vida, o papel do EEESMO é central na promoção da saúde e na prevenção de complicações, reconhecendo o climatério como parte integrante do ciclo vital feminino. Compete-lhe capacitar a mulher para compreender e gerir as alterações desta fase, minimizar o impacto físico e emocional dos sintomas e promover uma vivência positiva e saudável, valorizando a mulher no seio da família e comunidade.

Competência 6: *Cuidar da mulher em processos de saúde/doença ginecológica*

O desenvolvimento da competência no cuidado à mulher em processos de saúde/doença ginecológica ocorreu ao longo do ENP principalmente no contexto de SUOG. Este cenário clínico proporcionou o contacto com uma ampla diversidade de condições que afetam o aparelho genito-urinário e/ou a mama, permitindo planejar, implementar e avaliar intervenções, bem como oferecer suporte emocional e psicológico à mulher, em consonância com o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO.

No SUOG, foi possível prestar cuidados a mulheres com afeições frequentes como infeção da glândula de *Bartholin*, infeções vaginais (como candidíase vaginal), gravidez ectópica, mioma uterino, prolapso uterino e doença inflamatória pélvica. Em alguns casos, as

mulheres permaneceram em observação para estabilização clínica e vigilância, sendo implementadas medidas como avaliação de sinais vitais, administração de terapêutica endovenosa, transfusões sanguíneas, soroterapia e analgesia, além de apoio no processo de referenciação para cirurgia ou internamento.

Durante todo o processo, a mestranda manteve-se atenta às repercussões emocionais e psicológicas, como ansiedade ou tristeza, demonstrando disponibilidade para ouvir e criar um ambiente de acolhimento e empatia. Outro aspeto relevante no desenvolvimento desta competência foi a valorização do contexto familiar e comunitário da mulher, reconhecendo que as situações de saúde/doença ginecológica afetam não apenas a utente, mas também o seu núcleo de suporte. Deste modo, foram desenvolvidas intervenções que promoveram o fortalecimento dessas relações, essenciais para o processo de recuperação e bem-estar.

Competência 7: *Cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.*

O cuidado especializado às mulheres em idade fértil, inseridas no seu contexto familiar e comunitário, exige uma abordagem integral, humanizada e culturalmente sensível, capaz de responder às necessidades individuais e coletivas e de promover a saúde sexual e reprodutiva, prevenindo processos de doença (OE, 2015, 2021a). Nesse sentido, o EEESMO atua em diferentes cenários clínicos, articulando estratégias baseadas na evidência científica com os recursos disponíveis na comunidade, de forma a assegurar que cada intervenção ocorra no momento certo, com a estratégia adequada e centrada na pessoa (OE, 2021a).

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a segurança materna constituem pilares fundamentais dessa competência. Em 2023, cerca de 260 mil mulheres morreram durante a gravidez ou o parto, o que corresponde a mais de 700 mortes diárias (uma a cada dois minutos), sendo a maioria evitável. As principais causas, responsáveis por cerca de 75% dos óbitos, incluem hemorragia grave, infeções puerperais, hipertensão gestacional grave, complicações do parto e aborto inseguro. Embora a taxa de mortalidade materna global tenha diminuído cerca de 40% entre 2000 e 2023, persistem desigualdades significativas no acesso a cuidados de saúde de qualidade, sendo fundamental garantir assistência por profissionais qualificados antes, durante e após o parto para prevenir complicações e salvar vidas (WHO, 2025b).

Em Portugal, os dados mais recentes do INE indicam que, após o aumento registado em 2020, com 20,1 óbitos maternos por 100 000 nados-vivos, a taxa de mortalidade materna diminuiu para 8,8 em 2021, voltou a subir para 13,1 em 2022 e desceu novamente para 10,5 em 2023 (INE, 2025). Face a este cenário, iniciativas como o Plano Global de Ações para a Segurança do Doente 2021-2030 e a *Safe Childbirth Checklist* reforçam a importância de padronizar cuidados e prevenir riscos evitáveis (WHO 2015, 2021).

A competência em causa implica assegurar a vigilância de saúde ao longo do ciclo de vida da mulher, promovendo intervenções preventivas e encaminhando para programas de promoção da saúde e prevenção da doença. Entre estes, destacam-se o incentivo a estilos de vida saudáveis, o cumprimento do PNV, os rastreios oncológicos (rastreamento do cancro do colo do útero e cancro da mama) e o acompanhamento da gravidez de baixo risco, bem como o programa de IVG, que têm contribuído para a redução da mortalidade materno-fetal. Sob a orientação do EEESMO, estas iniciativas aproximam os cuidados da mulher, reforçam a sua literacia em saúde e minimizam fatores de risco para morbilidades materno-infantis (Ministério da Saúde, 2018).

Ao longo dos diferentes contextos do ENP, a mestranda participou ativamente em programas como a Consulta do PPPP e a Consulta de Revisão Pós-Parto, colaborando no seu planeamento, implementação e avaliação. No acompanhamento a grávidas, a mestranda verificou o estado vacinal e exames de cada trimestre, reforçou orientações sobre estilos de vida saudáveis, sinais de alerta e sinais de início de TP, bem como a importância da inscrição nos programas de vigilância. Foram promovidas medidas preventivas essenciais, como a vacinação contra o tétano e a tosse convulsa (Tdpa) e a profilaxia de isoimunização Rh em mulheres Rh negativas, de modo a prevenir complicações como hidropsia fetal provocada por uma anemia fetal grave, o que pode levar à morte do feto (Cunningham *et al.*, 2022; DGS, 2020).

No âmbito da promoção da saúde sexual e reprodutiva, foi igualmente valorizada a educação para a integridade perineal, abordada no contexto de consulta de vigilância de gravidez e através da distribuição de um folheto nas consultas de 3^a trimestre. Foram transmitidas orientações baseadas na evidência, incluindo a prática de massagem perineal ante natal, associada à redução de lacerações graves e de episiotomia (Abdelhakim *et al.*, 2020). No contexto intraparto, salientou-se a eficácia da aplicação de compressas mornas na fase expulsiva, estratégia recomendada pela OMS e associada à diminuição da incidência de lacerações de terceiro e quarto grau (Sun *et al.*, 2024b; WHO, 2018). Após o parto, reforçou-se a importância dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico e da vigilância de sinais de complicações, incentivando a mulher a participar ativamente na sua recuperação funcional.

Segundo dados do INE, a proporção de nados-vivos em Portugal cujas mães nasceram no estrangeiro aumentou de forma significativa na última década, passando de cerca de 16% em 2015 para 29,2% em 2023 (INE, 2024c). Esta tendência manteve-se em 2024, ano em que 33% dos bebés nascidos no país tinham mãe de nacionalidade estrangeira, representando o valor mais elevado de sempre (INE, 2025), o que revela uma crescente diversidade multicultural, exigindo assim cuidados culturalmente sensíveis e inclusivos.

A vulnerabilidade associada ao contexto migratório, marcada por barreiras linguísticas, desigualdade de acesso e risco acrescido de discriminação, requer que os serviços de saúde implementem práticas adaptadas às necessidades culturais e religiosas. Durante o ENP, a mestranda vivenciou situações que ilustram a importância dessa abordagem, como a adaptação de procedimentos clínicos para respeitar crenças religiosas ou a utilização de estratégias alternativas de comunicação perante barreiras linguísticas.

O respeito pela diversidade cultural e pela individualidade de cada mulher esteve sempre presente na prática desenvolvida durante o ENP, refletindo o compromisso com os princípios da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, adotada por todos os Estados-Membros das Nações Unidas em 2015. Esta agenda define objetivos globais que incluem a promoção da saúde e do bem-estar (Objetivo 3), a igualdade de género e o empoderamento de todas as mulheres e raparigas (Objetivo 5) e a redução das desigualdades (Objetivo 10) (ONU, 2015; WHO, 2016).

Durante o acompanhamento de um casal brasileiro, ambos pastores evangélicos, estes mantiveram, ao longo do TP, um ambiente de oração e cânticos religiosos, entoados em voz baixa ou reproduzidos a partir do seu próprio telemóvel. Para que o som pudesse ser partilhado de forma mais clara, a mestranda disponibilizou uma coluna portátil, permitindo que a melodia se espalhasse suavemente pela sala.

No momento do nascimento, colocaram a tocar uma música especial composta pelo pai para o bebé, com versos de bênção, luz e proteção divina inspirados em passagens bíblicas. A música misturou-se ao primeiro choro do RN, enquanto a mãe o embalava emocionada e o pai, com lágrimas nos olhos, acompanhava cada verso. Para o casal, aquele momento simbolizou o cumprimento de uma promessa espiritual e a consagração do filho, transformando o nascimento numa experiência única, profundamente marcada pela fé e pela partilha com todos os presentes.

Estar presente neste momento despertou na mestranda um profundo sentimento de gratidão e privilégio por poder testemunhar uma experiência tão íntima e significativa. A sensação de que o cuidado prestado ultrapassou a dimensão técnica e alcançou o plano emocional e espiritual reforçou a sua convicção sobre a importância de respeitar e integrar as crenças e práticas culturais das famílias. Este episódio ficará marcado na sua memória como um exemplo de como a humanização do parto não se traduz apenas em intervenções clínicas seguras, mas também na valorização das histórias, afetos e expressões de fé que dão sentido a cada nascimento.

O cuidar da mulher em idade fértil, inserida na comunidade, concretizou-se num processo contínuo de integração de saberes técnicos e relacionais, sustentado pela evidência científica, pela sensibilidade cultural e pelo compromisso ético. Esta prática visou a promoção da saúde

sexual e reprodutiva e a prevenção de processos de doença, garantindo cuidados centrados na pessoa, seguros e humanizados.

CONCLUSÃO

O presente relatório assinala o fim de uma etapa exigente e transformadora, que marcou profundamente a mestranda enquanto futura EEESMO. A escolha da temática “*Integridade Perineal Durante o Parto: Contributos da Enfermeira Obstetra*”, como fio condutor não correspondeu apenas a um tema de estudo, mas sobretudo a um compromisso com a mulher, reconhecendo que proteger o períneo é também proteger a sua dignidade, o seu corpo e a forma como vivencia o nascimento do seu filho.

O ENP constituiu um processo de aprofundamento técnico-científico e de consolidação de competências, possibilitando vivências em diferentes contextos: CSP, internamento e bloco de partos. Cada cenário trouxe desafios, aprendizagens e oportunidades de integrar teoria, prática e reflexão, sempre com a mulher no centro do cuidado. A realização da *ScR* acrescentou consistência a este percurso, permitindo identificar estratégias eficazes e sustentadas pela evidência, essenciais para a promoção da integridade perineal, em consonância com as competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da melhoria da qualidade e das competências específicas do EEESMO na promoção do parto fisiológico.

Na prática clínica, a aplicação de algumas destas estratégias revelou não só eficácia na redução de lacerações graves e episiotomias, mas também benefícios na promoção da autonomia da mulher, na melhoria da experiência de parto e na garantia de cuidados mais seguros e humanizados. Mais do que técnicas isoladas, estas intervenções transformaram-se em momentos de proximidade, diálogo e empoderamento, reforçando o papel ativo da parturiente no processo de nascimento, alinhando-se com o processo “capacitar” da Teoria de Swanson.

Ao longo deste percurso, a mestranda desenvolveu competências técnicas, científicas, éticas e relacionais, destacando-se a capacidade de avaliar fatores de risco, selecionar e aplicar intervenções adequadas a cada situação e comunicar com clareza e empatia com a mulher e a sua família. Compreendeu, ainda, que a integridade perineal não depende apenas de técnicas específicas, mas de uma abordagem abrangente que integra educação pré-natal, consentimento informado e acompanhamento contínuo, demonstrando o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Os resultados obtidos na prática clínica, corroborados pela evidência científica identificada na revisão da literatura, demonstraram que a implementação sistematizada de estratégias de proteção perineal não só reduziu a incidência de traumatismo perineal grave, como também promoveu uma experiência de parto mais positiva e centrada na mulher. Estes

achados reforçam a importância da intervenção do EEESMO enquanto defensor da fisiologia do parto e promotor de práticas baseadas na evidência.

Concluir esta etapa simboliza mais do que a obtenção de um grau académico. Representa a construção de uma identidade profissional orientada pela responsabilidade de proteger, cuidar e acompanhar mulheres e famílias num dos momentos mais importantes das suas vidas. Os resultados alcançados reforçam a importância de investir na formação contínua dos profissionais, na adequação dos recursos humanos às recomendações nacionais e internacionais e na implementação sistemática de práticas baseadas na evidência, contribuindo para a excelência do exercício profissional especializado. A experiência adquirida consolida não só a paixão da mestranda pela enfermagem obstétrica, mas também o compromisso em contribuir para partos mais seguros, respeitosos e positivos.

Por fim, este percurso pode ser compreendido à luz da Teoria do Cuidado de Kristen Swanson, cujos processos de cuidar (*knowing, being with, doing for, enabling e maintaining belief*) estiveram presentes em diferentes momentos do ENP. O “conhecer” refletiu-se na procura constante de conhecimento e compreensão das necessidades individuais de cada mulher; o “estar com” traduziu-se na presença empática e genuína junto das parturientes; o “fazer por” concretizou-se nas ações de proteção e promoção do bem-estar; o “capacitar” manifestou-se na capacitação para decisões informadas e participação ativa no processo de parto; e o “manter a crença” evidenciou-se na confiança inabalável nas capacidades da mulher e na sua capacidade inata de dar à luz. A integração destes princípios evidencia que a identidade profissional da mestranda se alicerça não apenas nas competências técnicas e científicas, mas também numa prática profundamente humanizada e centrada na mulher, em consonância com o perfil de competências do EEESMO e os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelhakim, A. M., Eldesouky, E., Abo Elmagd, I. A., Mohammed, A., Farag, E. A., Mohammed, A. E., Hamam, K. M., Hussein, A. S., Ali, A. S., Keshta, N. H. A., Hamza, M., Samy, A., & Abdel-Latif, A. A. (2020). Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Urogynecology Journal*, 31(9), 1735–1745. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04302-8>
- Abedzadeh-Kalahroudi, M., Talebian, A., Sadat, Z., & Mesdaghinia, E. (2018). Perineal trauma: Incidence and its risk factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(2), 206–211. <https://doi.org/10.1080/01443615.2018.1476473>
- Al Yasin, A. M. (2023). Theory critique of Kristen Swanson’s Theory of Caring. *Open Journal of Nursing*, 13(8), 650–659. <https://doi.org/10.4236/ojn.2023.138048>
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2017). Guidelines for perinatal care (8th ed.). American Academy of Pediatrics; *American College of Obstetricians and Gynecologists*. <https://hscsnhealthplan.org/sites/default/files/OB%20%20ACOG%20Guidelines%20for%20Perinatal%20Care%20-%208th%20Edition.pdf>
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2018). Optimizing Postpartum Care. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care.pdf>
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2019b). Practice Bulletin No. 214: Pelvic organ prolapse. *Obstetrics & Gynecology*, 134(5): e126-e142. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003504>
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2024). Erratum: First and second stage labor management: ACOG Clinical Practice Guideline No. 8. *Obstetrics & Gynecology*, 145(3), e126. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005834>
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2019a). ACOG Committee Opinion No. 766: Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2), e164–e173. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>
- American Psychological Association [APA]. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style* (7th ed.). American Psychological Association.
- 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>

- Assembleia da República. (2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro: Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série (181), 8059–8105. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Assembleia da República. (2025). Lei n.º 33/2025 de 31 de março: Reforça os direitos das mulheres durante a gravidez, parto e puerpério e combate a violência obstétrica. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 63. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/33-2025-913048477>
- Bączek, G., Rychlewicz, S., Sys, D., & Teliga-Czajkowska, J. (2022a). Epidural anesthesia during childbirth—Retrospective analysis of maternal and neonatal results. *Ginekologia Polska*, 93(10), 847–855. <https://doi.org/10.5603/GP.a2022.0109>
- Bączek, G., Rychlewicz, S., Sys, D., Rzońca, P., & Teliga-Czajkowska, J. (2022b). Episiotomy for medical indications during vaginal birth—Retrospective analysis of risk factors determining the performance of this procedure. *Journal of Clinical Medicine*, 11(15), 4334. <https://doi.org/10.3390/jcm11154334>
- Bączek, G., Rzońca, E., Sys, D., Rychlewicz, S., Durka, A., Rzońca, P., & Bień, A. (2022c). 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>
- Baydemir, S. K., Yildirim Baydemir, B., Ulusoy, C. O., Gökce, A., Yüce, T., & Söylemez, F. (2025). Evaluation of the effectiveness of obstetric lubricant gel in labor in nulliparous and primiparous women: A randomized controlled study. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 22(2), 152–157. <https://doi.org/10.38136/jgon.1523842>
- Beristain-García, I., Álvarez-Aguirre, A., Huerta-Baltazar, M. I., & Casique-Casique, L. (2022). *Teoría de los cuidados de Kristen Swanson: revisión de literatura*. SANUS, 7, e212. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.212>
- Bisognin, P., Alende Prates, L., de Vargas Perez, R., Candido de Bortoli, C. D. F., Antunes Wilhelm, L., & Schimith, M. D. (2022). Saberes e práticas de cuidado à saúde no climatério. *Journal of Nursing and Health*, 12(2). <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i2.2232>
- Blomgren, J., Wells, M. B., Amongin, D., Erlandsson, K., Wanyama, J., Afrifa, D. A., & Lindgren, H. (2025). Improving APGAR scores and reducing perineal injuries through midwife-led quality improvements: An observational study in Uganda. *BMC Public Health*, 25(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-21137-w>
- Borges, A. R. F., Rocha, A. H. G., Simões, Á. de O., Vitorino, F. de O., Fernandes, K. B., Tavares, R. F., & Peixoto, L. G. (2021). Alterações dos hormônios cortisol, progesterona, estrogênio, glicocorticoides e hormônio liberador de corticotrofina na depressão pós-

- parto. *Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina*, 14, 1–12. <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/5034>
- Brimdyr, K., Cadwell, K., & Widström, A. M. (2024). Immediate, continuous, and uninterrupted skin-to-skin contact is key to improving breastfeeding outcomes and saving newborn lives. *Scientific Reports*, 14, 11560. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-83761-1>
- Califano, G., Saccone, G., Diana, B., Collà Ruvolo, C., Ioffredo, D., Nappi, C., Annella, A., Gragnano, E., Guida, M., Zullo, F., & Locci, M. (2022). Hands-on vs hands-off technique for the prevention of perineal injury: A randomized clinical trial. *AJOG Global Reports: Maternal-Fetal Medicine*, 4(5), 100675. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100675>
- Cardoso A, Aires C, Machado S, Silva C, Grilo AR (2023). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Ordem dos Enfermeiros*.
- Carona, C., Fonseca, A., & Monteiro, F. (2023). Digital interventions to promote maternal mental health: The case of Be a Mom. *Frontiers in Global Women's Health*, 4, 841427. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.841427>
- Case, A. P., & Rajovic, B. (2023). Preconception counseling. In *StatPearls. StatPearls Publishing*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441880/>
- Cavalcanti, V. N. S., Cardoso, F. V., Pereira, J., Tejo, A. C. D. Ó., Silva, S. R. M. da, Silva, R. G. dos S., Nunes, M., Gualberto, L. R., Fernandes, L., Silva, J. S. da, Silva, N. B. de A., Matos, G. E. A. de, & Lima, A. B. A. (2024). Climatério e saúde da mulher: Uma análise clínica. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(3), 731–746. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p731-746>
- Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve [CCDR]. (2024, abril). *CCDR Algarve presente na receção aos novos internos da Unidade Local de Saúde do Algarve*. Disponível em: <https://www.ccdr-alg.pt/site/info/ccdr-algarve-presente-na-rececao-aos-novos-internos-da-unidade-local-de-saude-do-algarve>
- Comunidade Intermunicipal do Baixo Alentejo [CIMBAL]. (2025). *Caracterização do Baixo Alentejo*. Recuperado em 27 de agosto de 2025, de <https://cimbal.pt/pt/menu/598/caraterizacao-do-baixo-alentejo.aspx#prettyPhoto>
- Cordeiro, J., Freitas, M. J., & Presado, H. (2025). A influência da posição materna no período expulsivo e o resultado a nível perineal: Revisão Scoping. *New Trends in Qualitative Research*, 21(1), e1154. <https://doi.org/10.36367/ntqr21.1.2025.e1154>
- Costa, A. L. V., & 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>
- Coutinho, E., Morais, C., Parreira, V., & Duarte, J. (2014). Contributos da preparação para o parto na percepção de cuidados culturais. *Millenium*, 47, 21–32.

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C. Y., & Casey, B. M. (2022). *Williams Obstetrics* (26^a ed.). McGraw-Hill.
- Diário da República. (2023, 7 de novembro). *Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro: Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. Diário da República, 1.ª série (n.º 215).* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Dias, N. M., Cordeiro, L. R. M., de Souza Giroux, S., Soares, L. N. L., Moda, G. S. M., Vieira, L. do S. C., de Moura, P. G. S., & dos Santos Moraes, T. (2024). Dinâmica de uso de polvos de crochê em recém-nascidos prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(5), e15131–e15131.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015). *Programa nacional de vigilância da gravidez de baixo risco*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2023a). *Norma: 001/2023. Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2023b). *Orientação n.º 002/2023 de 10/05/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2024). *Norma n.º 09/2024 de 17/10/2024: Programa de rastreio de base populacional do cancro do colo do útero*. Direção-Geral da Saúde.
- Durnea, C. M., Jaffery, A. E., Gauthaman, N., & Doumouchtsis, S. K. (2018). 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>
- Escola Superior de Enfermagem São João de Deus [ESESJD]. (2023). *Ordem de Serviço n.º 01/2023: Normas para realização de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos na ÚÉ-ESESJD*
- Eshkoli, T., Baumfeld, Y., Yohay, Z., Binyamin, Y., Speigel, E., Dym, L., & Weintraub, A. Y. (2024). Is epidural analgesia an independent risk factor for OASIS? A population-based cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 309(6), 2499–2504. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07150-1>
- Faubion, S. S., Kingsberg, S. A., Clark, A. L., Kaunitz, A. M., Spadt, S. K., Larkin, L. C., Mitchell, C. M., Shifren, J. L., Simon, J. A., & McClung, M. R. (2020). The 2020 Genitourinary Syndrome of Menopause Position Statement of The North American Menopause

- Society. *Menopause*, 27(9), 976–992.
<https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001609>
- Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia [FIGO]. (2019). Staffing requirements for delivery care, with special reference to low- and middle-income countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 146(1), 3–7. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12815>
- Fermino, R. C., & Carvalho, M. S. (2007). Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde e Sociedade*, 16(3), 129-139. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000300014>
- Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5(Edição especial), 183–196. <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>
- Fonseca, A., Monteiro, F., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2019). Be a Mom: Formative evaluation of a web-based psychological intervention to prevent postpartum depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(3), 565–580. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.12.001>
- Franchi, M., Parissone, F., Lazzari, C., Garzon, S., Laganà, A. S., Raffaelli, R., Cromi, A., & Ghezzi, F. (2020). Selective use of episiotomy: What is the impact on perineal trauma? Results from a retrospective cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(2), 427–435. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05401-3>
- Friedman, E. A. (1981). The labor curve. *Clinics in Perinatology*, 8(1), 15–25. [https://doi.org/10.1016/S0095-5108\(18\)31091-1](https://doi.org/10.1016/S0095-5108(18)31091-1)
- Gillman, L. J., Drennan, V. M., Marshall, J. E., & Boaz, A. (2024). ‘Hands on’, ‘hands off’ or ‘hands poised’? Exploring intrapartum midwifery decision-making through ethnographic research. *Midwifery*, 137, 104105. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104105>
- Gomes, D. F., Moita, M. P., Dias, M. S. A., Fernandes, M. C., & Diniz, J. L. (2019). Papel do enfermeiro no cuidado intensivo neonatal no Brasil. *Essentia - Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA*, 20(1)
- Graça, L. M. (2017). Medicina materno-fetal (5ª ed. atualizada). *LIDEL*.
- Hakala, M., Kaakinen, P., Kääriäinen, M., Bloigu, R., Hannula, L., & Elo, S. (2018). Implementation of Step 7 of the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) in Finland: Rooming-in according to the preferences of mothers and maternity ward staff. *European Journal of Midwifery*, 2, Article 9. <https://doi.org/10.18332/ejm/93771>
- Hill, K. E., Blum, A. L., Carell, R., & Humphreys, K. L. (2025). Evidence that prenatal care visit experiences influence perceptions of the child. *Communications Psychology*, 3, 73. <https://doi.org/10.1038/s44271-025-00256-z>

- Hjertberg, L., Pihl, S., Blomberg, M., & Uustal, E. (2022). Body mass index and complications after obstetric anal sphincter injury, 8 weeks postpartum. *International Urogynecology Journal*, 33(12), 3465–3472. <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05328-w>
- Hutchison, J., & Mahdy, H. (2021). Stages of labor. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559068/>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2024a). *Estatísticas do Turismo: dormidas de não residentes e sazonalidade no Algarve* [Relatório estatístico]. INE. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?att_display=n&att_download=y&look_parentBoui=736278842
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2024b). *Estimativas de população residente no Algarve em 2023*. INE. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?att_display=n&att_download=y&look_parentBoui=736278842
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2024c). *Estatísticas demográficas 2023: 29,2 % dos nados-vivos eram filhos de mães residentes em Portugal que nasceram fora do país*. INE. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?att_display=n&att_download=y&look_parentBoui=697596009
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2025a). *Maternal mortality rate per 100 000 live births* [Base de dados]. INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009334&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2025b). *Saldo natural agrava-se em 2024, mas a região Grande Lisboa regista saldo natural positivo* [Destaque à comunicação social]. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?att_display=n&att_download=y&look_parentBoui=724073186
- Jansson, C., & Adolfsson, A. (2011). Application of Swanson's Middle Range Caring Theory in Sweden after miscarriage. *International Journal of Clinical Medicine*, 2(2), 102–109. <https://doi.org/10.4236/ijcm.2011.22021>
- Jansson, M. H., Franzén, K., Hiyoshi, A., Tegerstedt, G., Dahlgren, L., & Nilsson, K. (2020). Risk factors for perineal and vaginal tears in primiparous women: the prospective POPRACT cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 337. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03447-0>
- Kartal, Y. A., Kaya, L., & Yazıcı, S. (2023). Effects of oxytocin induction on early postpartum hemorrhage, perineal integrity, and breastfeeding: a case–control study. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 70(1). <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20231002>

- Laderas Díaz, E., Rodríguez-Almagro, J., Picón Rodríguez, R., Martínez Galiano, J. M., Martínez Rodríguez, S., & Hernández-Martínez, A. (2024). Midwives' approach to the prevention and repair of obstetric perineal trauma in Spain. *Nursing Open*, 11(4), e2160 <https://doi.org/10.1002/nop2.2160>
- Macedo, M. D., Souza, A. B., Silva, L. C., & Oliveira, F. J. (2024). Occurrence and risk factors for second-degree perineal tears in vaginal births. *Birth*, 51(2), 287–296. <https://doi.org/10.1111/birt.12817>
- Mbakaya, B. C., Kalembo, F. W., Zgambo, M., Konyani, A., Lungu, F., Tveit, B., & Bvumbwe, T. (2020). Nursing and midwifery students' experiences and perceptions of their clinical learning environment in Malawi: A mixed-method study. *BMC Nursing*, 19(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00480-4>
- McLachlan, H. L., Forster, D. A., Davey, M.-A., Lumley, J., Farrell, T., Oats, J., Gold, L., Waldenström, U., Albers, L., & Biro, M. A. (2008). COSMOS: Comparing standard maternity care with one-to-one midwifery support: A randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8, 35. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-35>
- McLeod, S. (2025). *Gibbs' reflective cycle*. Simply Psychology. Recuperado em 9 de agosto de 2025, de <https://www.simplypsychology.org/gibbs-reflective-cycle.htm>
- Ministério da Saúde. (2008). *Decreto-Lei n.º 183/2008: Estabelece o regime jurídico das carreiras especiais das profissões de saúde*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 171, 6225–6233. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/09/17100/0622506233.pdf>
- Ministério da Saúde. (2015). *Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho: Criação do Programa Nacional para a Segurança dos Doentes*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 121. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-68406594>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Ministério da Saúde. (s.d.). *UCSP Beja. BI-CSP*. Recuperado em 9 de Janeiro de 2025, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/942/40001/4020500/Pages/default.aspx>
- Modoor, S., Fouly, H., & Rawas, H. (2021). The effect of warm compresses on perineal tear and pain intensity during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Belitung Nursing Journal*, 7(3), 210–218. <https://doi.org/10.33546/bnj.1452>
- Monteiro, F., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2021). Preventing postpartum depression: A web-based intervention program “Be a Mom” for postpartum women: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 282, 1074–1084. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.077>
- Néné, M., Marques, R., Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1.ª ed.). Lidel.

- NIDCAP. (s.d.). *Model of the NIDCAP nursery*. NIDCAP. Recuperado em 5 de setembro de 2025, de <https://nidcap.org/model-of-the-nidcap-nursery/>
- Nolasco, A. L. da S. C., Oliveira, D. L. F. de, Silva, A. L. do C., & Maia, L. de L. Q. G. N. (2025). Acesso ao pré-natal por gestantes em situação de vulnerabilidade social: uma revisão integrativa. *Revista Aracé*, 7(5), 21367–21391. <https://doi.org/10.56238/arev7n5-023>
- Oglak, S. C., & Obut, M. (2020). Effectiveness of perineal massage in the second stage of labor in preventing perineal trauma. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine*, 26(2), 88–93. <https://doi.org/10.21613/GORM.2020.1068>
- Okeahialam, N. A., Sultan, A. H., & Thakar, R. (2024). The prevention of perineal trauma during vaginal birth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 230(3S), S991–S1004. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.021>
- Ominyi, J., Nwedu, A., Agom, D., & Eze, U. (2025). Liderando a prática baseada em evidências: Estratégias de gestores de enfermagem para a utilização do conhecimento em ambientes de cuidados intensivos. *BMC Nursing*, 24, 252. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02912-5>
- Ordem dos Enfermeiros [OE], Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. (2012). *Parecer n.º 7/2012: Plano de parto*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). *Supervisão clínica em enfermagem: Uma estratégia para a segurança dos cuidados*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). *Código deontológico da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). *Livro de Bolso do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem Dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). *Triagem de Prioridades de Obstetrícia e Ginécologia por Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/TriagemObstetrica_2017_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 26, 4744–4750. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019b). *Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 85, 13560–13565. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019c). *Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. *Diário da República*, 2.^a série, N.º 184.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2021a). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2021b). *Perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Médicos, Colégio da Especialidade de Ginecobiologia. (2021). *Esclarecimentos ao parecer jurídico a propósito da problemática da dita violência obstétrica e da publicação da Resolução da Assembleia da República n.º 181/2021, de 28 de junho*. Secção Regional do Norte. <https://ordemdosmedicos.pt/esclarecimentos-ao-parecer-juridico-a-proposito-da-problematica-da-dita-violencia-obstetrica-e-da-publicacao-da-resolucao-da-ar/>
- Park, M., Wanigaratne, S., D'Souza, R., Geoffrion, R., & Muraca, G. M. (2023). Asian-White disparities in obstetric anal sphincter injury: A systematic review and meta-analysis. *AJOG Global Reports*, 3(3), 100163. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2023.100163>
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 121–131. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pergialiotis, V., Bellas, I., Fanaki, M., Vrachnis, N., & Doumouchtsis, S. K. (2020). Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 247, 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.02.011>
- Pierce-Williams, R. A. M., Saccone, G., & Berghella, V. (2019). Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(6), 993-1001. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1619686>
- PORDATA – Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2023b). *População residente por sexo, grupo etário e nacionalidade* [Base de dados]. Fundação Francisco Manuel dos

- Santos. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/migracoes/populacao-nacional-e-estrangeira/populacao-residente-por-sexo-grupo-etario-e>
- PORDATA – Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2023a). *Índice sintético de fecundidade* [Base de dados]. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Ramar, C. N., Vadakekut, E. S., & Grimes, W. R. (2024). Perineal lacerations. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559068/>
- 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), 781. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04260-z>
- Rodrigues, S., Silva, P., Esperança, M., & Escuriet, R. (2025). Perineal massage and warm compresses—Implementation study of a complex intervention in health. *Midwifery*, 140, 104208. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104208>
- Rodrigues, S., Silva, P., Rocha, F., Monterroso, L., Silva, J. N., De Sousa, N. Q., & Escuriet, R. (2023). Perineal massage and warm compresses: Randomised controlled trial for reduce perineal trauma during labour. *Midwifery*, 124, 103763. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103763>
- Rodrigues, S., Silva, P., Vieira, R., Duarte, A., & Escuriet, R. (2024). Midwives’ practices on perineal protection and episiotomy decision-making: A qualitative and descriptive study. *European Journal of Midwifery*, 8(May). <https://doi.org/10.18332/ejm/174126>
- Rosa, I. G., & Zangão, M. O. (2025). Um protocolo de scoping review sobre estratégias dos enfermeiros obstetras para a promoção da integridade perineal no parto vaginal. *Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento*, 11(2), 14–21.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). The management of third- and fourth-degree perineal tears (Green-top Guideline No. 29, 3^a ed.). *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>
- Salusest, S., Salvi, S., Totaro Aprile, F., Rubini, A., Stollagli, F., Buongiorno, S., Rullo, R., Preziosi, J., Anderson, G., Danza, M., & Lanzone, A. (2024). Ritgen’s maneuver in childbirth care: A case-control study in a Central Italian setting. *European Journal of Midwifery*, 8(November), 1–8. <https://doi.org/10.18332/ejm/192698>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>

- Santos, M. J., Oliveira, P., & Silveira, M. (2024). Práticas seguras no bloco de partos: Importância da checklist como instrumento preventivo. *Revista Portuguesa de Enfermagem Obstétrica e Neonatal*, 18(1), 33–42.
- Saúde - Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde [S-GSEPS]. (2023). *Despacho n.º 13056/2023: Constitui a Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno*. Diário da República, 2ª série, n.º 244, 272-273. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13056-2023-808130290>
- Saukkoriipi, M., Tuomikoski, A.-M., Sivonen, P., Käsämänoja, T., Laitinen, A., Tähtinen, T., Mikkonen, K. (2020). Clustering clinical learning environment and mentoring perceptions of nursing and midwifery students: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(9), 2336-2347. <https://doi.org/10.1111/jan.14452>
- Schneider, J. K., Crumley, L., Black, M. E., & McGuire, D. B. (2022). Ethical considerations in midwifery: Confidentiality and respect for autonomy. *Midwifery Today*, 142, 34–37.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2023). *Proposta – Rede de referência hospitalar em obstetria, ginecologia e neonatologia*. Administração Central do Sistema de Saúde. <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/02/Proposta-Rede-de-Referenciacao-Hospitalar-em-Obstetricia-Ginecologia-e-Neonatalogia.pdf>
- Severino, A. (2017). *Metodologia do trabalho científico* (24.ª ed.). Cortez Editora.
- Shetty, R. S., Kamath, G. B., Rodrigues, L. L. R., Nandineni, R. D., & Shetty, S. R. (2024). The impact of the physical environment on staff in healthcare facilities: A systematic literature review. *Buildings*, 14(9), 2773. <https://doi.org/10.3390/buildings14092773>
- Shqara, R. A., Binenbaum, A., Nahir Biderman, S., Sgayer, I., Keidar, R., Ganim, N., Lowenstein, L., & Mustafa Mikhail, S. (2025). Does combining warm perineal compresses with perineal massage during the second stage of labor reduce perineal trauma? A randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 7(1), 101547. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2024.101547>
- Silva, T. M., & Lopes, M. I. (2020). A expectativa do casal sobre o plano de parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), e19095. <https://doi.org/10.12707/RIV19095>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG]. (2021). *Consenso Nacional sobre Menopausa 2021*. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/10/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>
- Sosa, G. A., Crozier, K. E., & Stöckl, A. (2018). Midwifery one-to-one support in labour: More than a ratio. *Midwifery*, 62, 230–239. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.016>
- Sousa, C., Pereira, M., & Ferreira, L. (2022). Utilização de listas de verificação como estratégia de segurança nos cuidados obstétricos. *Revista de Enfermagem Referência, Série VI*(9), 77–85.

- Souza, A., Bahia, E., & Vieira, E. (2020). Dimensões da competência em informação sob a perspectiva de Zarifian. *Perspectivas em Ciência da Informação*, 25(2), 56–76. <https://doi.org/10.1590/1981-5344/3903>
- Sun, R., Huang, J., Zhu, X., Hou, R., Zang, Y., Li, Y., Pan, J., & Lu, H. (2024a). Effects of perineal warm compresses during the second stage of labor on reducing perineal trauma and relieving postpartum perineal pain in primiparous women: A systematic review and meta-analyses. *Healthcare*, 12(7), 702. <https://doi.org/10.3390/healthcare12070702>
- Sun, Y., Liu, Y., He, J., Han, S., Zhang, Y., Zhang, C., & Chen, H. (2024b). Effect of warm compresses on the perineum during the second stage of labor on perineal trauma: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 132, 103725. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103725>
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle-range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161–165. <https://doi.org/10.1097/00006199-199105000-00008>
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. Image: *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352–357. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>
- Tavakoli, A., Panchal, V. R., Mazza, G. R., Mandelbaum, R. S., Ouzounian, J. G., & Matsuo, K. (2023). The association of maternal obesity and obstetric anal sphincter injuries at time of vaginal delivery. *AJOG Global Reports*, 3(4), 100272. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2023.100272>
- Türkmen, H., Çetinkaya, S., Apay, E., Karamüftüoğlu, D., & Kılıç, H. (2021). The effect of perineal warm application on perineal pain, perineal integrity, and postpartum comfort in the second stage of labor: Randomized clinical trial. *Complementary Medicine Research*, 28(1), 23–30. <https://doi.org/10.1159/000507605>
- Unidade Local de Saúde do Algarve [ULSA]. (s.d.). *Unidade Local de Saúde do Algarve*. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao>
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA]. (s.d.). *Cuidados de saúde hospitalares*. Recuperado em 27 de agosto de 2025, de <https://www.ulsba.min-saude.pt/category/areas/cuidados-de-saude-hospitalares/>
- Universidade de Évora [UÉ]. (2019). *Aviso n.º 15812/2019: Alteração do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora*. *Diário da República*, 2ª série, n.º 192, 139-140. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/15812-2019-125074206>
- Ventura-Silva, J. M. A., Ribeiro, O. M. P. L., Faria, C. A., & Martins, M. M. F. P. S. (2021). Olhar dos enfermeiros sobre os métodos de trabalho em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(6), e20201300.

- Venugopal, V., Deenadayalan, B., Maheshkumar, K., Yogapriya, C., Akila, A., Pandiaraja, M., Poonguzhali, S., & Poornima, R. (2022). Perineal massage for prevention of perineal trauma and episiotomy during labor: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Family and Reproductive Health*, 16(3), 162–169. <https://doi.org/10.18502/jfrh.v16i3.10836>
- Viana, M., Fettermann, F., & Cesar, M. (2020). Estratégias de enfermagem na prevenção da depressão pós-parto. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 12, 953-957. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.6981>
- Von Hippel, C., Adhia, A., Rosenberg, S., Austin, S. B., Partridge, A., & Tamimi, R. (2019). Sexual function among women in midlife: Findings from the Nurses' Health Study II. *Women's Health Issues*, 29(4), 291–298.
- Walker, S. H., Hooks, C., & Blake, D. (2021). The views of postnatal women and midwives on midwives providing contraceptive advice and methods: A mixed method concurrent study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03895-2>
- Wheeler, J., Davis, D., Fry, M., Brodie, P., & Homer, C. S. E. (2012). Is Asian ethnicity an independent risk factor for severe perineal trauma in childbirth? A systematic review of the literature. *Women and Birth*, 25(2), 107–113.
- World Health Organization [WHO] & United Nations Children's Fund [UNICEF]. (2018). *Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018*. World Health Organization. <https://www.unicef.org/media/95191/file/Baby-friendly-hospital-initiative-implementation-guidance-2018.pdf>
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services: Guidance and Recommendations*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/102539>
- World Health Organization [WHO]. (2015). *WHO safe childbirth checklist implementation guide: Improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns (WHO/HIS/SDS/2015.26)*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/199177>
- World Health Organization [WHO]. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-friendly*

- Hospital Initiative.* World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086->
- World Health Organization [WHO]. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience.* World Health Organization. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care->
- World Health Organization [WHO]. (2020a). *Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care.* World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2020b). *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem.* World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care.* World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization [WHO]. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.* World Health Organization. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240045989>
- World Health Organization [WHO]. (2023). *Patient safety.* World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- World Health Organization [WHO]. (2025a). *Body mass index (BMI).* *Global Health Observatory.* World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index>
- World Health Organization [WHO]. (2025b). *Maternal mortality [Fato principal].* World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- World Health Organization [WHO]. (s.d.). *Defining sexual health. Sexual and reproductive health and research.* World Health Organization. <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>
- Zang, Y., Hu, Y., & Lu, H. (2022). Effects of different techniques during the second stage of labour on reducing perineal laceration: An overview of systematic reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7–8), 996–1013. <https://doi.org/10.1111/jocn.16276>

ANEXOS

Anexo A – Certificado do Curso de Conselheira de Aleitamento Materno



Entidade acreditada pela ACDER
Compartilhamento de 131/02/2020
Resolução aprovada a 10/05/2020 em reunião a pedido de validade

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que Inês Guerreiro Rosa, nascida a 17/07/1994, de nacionalidade Portuguesa, portadora do Cartão do Cidadão Nº 14602114, concluiu a 19/11/2024, o Curso de Formação Profissional “Conselheiras do Aleitamento Materno”, realizado nos dias 12,13,14,15 e 19 de novembro de 2024, com a duração total de 40 horas, com aproveitamento.

Beja, 25 de novembro de 2024

A Coordenadora do Gabinete de Formação,
Documentação e Investigação

Assinado por: Sandra Cristina Vaz Camilo Guiomar
Num. de Identificação: 09489696
Data: 2024.11.25 14:35:11+00'00'



Certificado nº 0455/2024

GABINETE DE FORMAÇÃO, DOCUMENTAÇÃO E INVESTIGAÇÃO
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
Rua António Fernando Covas Lima | 7801-849 Beja, Portugal
NIF: 508 754 275
Tel: (+351) 284 310 200



MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Outras ações de formação continua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações.

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 – Saúde – programas não classificados noutra área de formação.

PLANO CURRICULAR – 40 horas.

Introdução ao Curso.

- Iniciativa Amiga dos Bebés / Situação Nacional e Internacional.
- Competências de comunicação e exercícios.
- Promoção do aleitamento materno durante a gravidez – Vantagens; composição do LM; HIV e AM.
- Como o leite materno chega ao bebé.
- Práticas do parto e aleitamento materno.
- Como ajudar a amamentação.
- Proteção ao aleitamento materno – Código de comercialização dos substitutos do leite materno.
- Como Colher a História de Amamentação - História de Amamentação (Prática em sala e exercícios).
- Lactentes com necessidades especiais.
- “Pouco leite”, Controlo metabólico do RN e Curvas de crescimento.
- Alimentação complementar.
- Práticas que apoiam o aleitamento materno.
- Quando o bebé não pode ser amamentado.
- Condições das mamas e mamilos ou sugestões.
- Questões relacionadas com a saúde materna.
- Apoio continuado às mães que amamentam legislação e alimentação complementar.
- Práticas de Aconselhamento.
- Prática clínica I - Observação da mamada e ajuda às mães – puerpério.
- Prática clínica II – Conversa com uma grávida.
- Prática clínica III – Extração manual de leite e alimentação por copo.
- Prova de avaliação de conhecimentos.

GABINETE DE FORMAÇÃO, DOCUMENTAÇÃO E INVESTIGAÇÃO
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
Rua António Fernando Covas Lima | 7805-849 Beja, Portugal
NIF: 508 754 275
Tel: (+351) 284 310 200

Anexo B – Certificado do Curso de Sutura e Laceração Perineal Descomplicada



CERTIFICADO

CURSO ON-LINE DE APERFEIÇOAMENTO

INÊS GUERREIRO ROSA

**CONCLUIU ESTE CURSO COM CARGA HORÁRIA DE 60 HORAS,
VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL**

CURSO DE SUTURA E LACERAÇÃO PERINEAL DESCOMPLICADA

25/02/2025

ELIZAMA DOS SANTOS COSTA

Anexo C – Declaração de Formação “Massagem Perineal”



Entidade acreditada pela ACSS
Despacho Ministerial de 13/12/2000
Estatuto renovado a 14/05/2009 n.º/ sujeição a período de validade

DECLARAÇÃO

Declara-se que, Inês Rosa, participou como Formadora, na ação formativa em contexto de trabalho, “**Massagem Perineal**”, promovida pelo Serviço de Obstetrícia, em articulação com o Gabinete de Formação, Documentação e Investigação, que decorreu a 05/06/2025, atingindo a frequência de 01 hora, das 12h às 13h.

Beja, 27 de agosto de 2025

A Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem

Assinado por: **Maria José Raposo Espanhol de Brito**
Num. de Identificação: 06595481
Data: 2025.08.28 08:38:17+01'00'



Declaração nº 03907/2025

GABINETE DE FORMAÇÃO, DOCUMENTAÇÃO E INVESTIGAÇÃO
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
Rua António Fernando Corcos Lima | 7901-049 Beja, Portugal
NIF: 500 754 275
Tel: (+351) 284 310 200

Anexo D - Certificado de participação como palestrante no projeto “Caminhos da Maternidade”



Anexo E - Health Insights - Ciclo de Formação para Profissionais de Saúde



CERTIFICADO

Certifica-se que **Ines Rosa** participou na nona edição do **Health Insights** - ciclo de formação para Profissionais de Saúde - realizada no dia **25 de setembro de 2025** online, que decorreu entre as 9h00 e as 17h00, com os seguintes conteúdos:

Midwifery Skills para Promover o Bem-Estar Materno, a Fisiologia na Gravidez e um Posicionamento Fetal Ótimo

Consulta Pré-Natal de Apoio à Amamentação e Colheita Pré-Natal de Colostro

Utilização de células estaminais do cordão umbilical e a importância de uma boa colheita

Erradicação da Violência Obstétrica e Promoção de Cuidados Respeitosos no Parto

Amamentação, Fertilidade e Sexualidade

A Sementes & Laços,

Conceição Santa-Mortha
Enf. Obstétrica

Isabel Ferreira
Enf. Obstétrica



A Crioestaminal,

Joana Gomes
Diretora de Vendas e Gestão de Clientes



APÊNDICES

Apêndice A – Reflexão utilizando o modelo reflexivo de Gibbs

As barreiras linguísticas e intervenções obstétricas em situação de emergência: Modelo Reflexivo de Gibbs

1. Descrição

Encontrava-me no quarto turno do primeiro estágio a decorrer no contexto de internamento de grávidas no Hospital José Joaquim Fernandes em Beja. Quando iniciei o turno da tarde, encontrava-se na sala de partos, uma grávida de nacionalidade paquistanesa, com 24 anos de idade, primigesta (Gesta 1, Para 0), com idade gestacional de 40 semanas de 1 dias, sem antecedentes pessoais relevantes e já tinha realizado epidural no fim do turno da manhã, ficando por uma perfusão de ropivacaina a 2% a 7ml/h. Desde o início que houve bastante dificuldade em comunicar com a senhora, uma vez que não falava nem português nem inglês e não estava acompanhada por ninguém que pudesse traduzir.

A quando do momento do parto, a equipa presente em sala de partos, incluía duas enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO), dois médicos obstetras e uma técnica auxiliar de saúde.

A parturiente, apresentava dificuldades em fazer força e devido a barreira linguística as orientações que lhe eram dadas não era compreendidas pela mesma.

Quando o parto progrediu, a parturiente começou a demonstrar um nível crescente de ansiedade. Em alguns momentos, gritou no seu próprio idioma, tentando expressar o que, imagino, fossem dúvidas, medo ou até mesmo procura por orientação. O ambiente tornou-se tenso, pois, apesar das tentativas da equipa em orientá-la, a barreira linguística era um obstáculo contínuo. Dado que a parturiente não conseguia entender nem seguir as orientações para fazer força, um dos médicos optou por realizar a manobra de Kristeller para auxiliar a descida do bebê.

Após a saída da cabeça do bebê, observou-se o sinal de tartaruga, indicando uma distócia de ombros. Para resolver essa complicação, foi executada a manobra de McRoberts, que facilitou o parto com sucesso.

Ao observar-se o períneo, detetou-se uma laceração de 2º grau mediana que posteriormente foi suturada. A dequitação decorreu sem intercorrências, pelo mecanismos de Shultze e com membranas aparentemente completas.

Nasceu um recém-nascido (RN) do sexo masculino com 3,850kg e índice de Apgar 1'8, 5'10 10'10, traduzindo-se numa boa adaptação a vida extra uterina, sem malformações

aparentes e ficou em contacto pele a pele com a mãe que aos poucos se foi mostrando mais tranquila e carinho com o RN e agradecimento para com a equipa.

2. Sentimentos

Esta situação foi bastante desafiante e angustiante. Como profissional de saúde, senti uma mistura de ansiedade e nervosismo por estar perante uma emergência obstétrica que requer uma intervenção rápida e precisa onde qualquer decisão poderia afetar diretamente a segurança da parturiente e do RN.

Também senti e uma certa frustração por não conseguir comunicar eficazmente com a parturiente devido à barreira linguística. O meu maior medo era que a parturiente não compreendesse o que estávamos a fazer, o que poderia causar ainda mais stress para ela e comprometer a colaboração necessária naquele momento crítico.

Quando reconheci a distócia de ombros e observei a rápida reação da equipa, senti um alívio significativo ao perceber que a situação estava a ser resolvida de forma eficaz e segura.

No entanto, senti-me desconfortável com o uso da manobra de Kristeller, que considero uma prática invasiva e potencialmente inadequada.

3. Avaliação

A rápida identificação da distocia de ombros e a execução da manobra de McRoberts foram pontos positivos, permitindo um desfecho seguro para a mãe e o bebé. A coordenação da equipa foi também uma mais-valia, pois todos os profissionais responderam rapidamente à situação, mantendo o foco na segurança da parturiente.

Contudo, não concordo com a realização da manobra de Kristeller, que foi decidida pelo médico para facilitar a descida do bebé. Considero que a manobra de Kristeller, sendo vista como uma prática invasiva e com potencial para lesões maternas e fetais e deveria ser evitada.

A barreira linguística entre a equipa e a parturiente foi outro desafio, dificultando a orientação e reduzindo a possibilidade de participação ativa da mesma no processo. A falta de um intérprete ou de recursos adequados para comunicar aumentou o nível de stress para todos. Acredito que uma comunicação mais acessível teria ajudado a parturiente a compreender melhor o que se passava, tornando-se mais envolvida e confiante no processo de parto. Esta experiência fez-me questionar sobre a importância de métodos eficazes de comunicação em casos de barreiras linguísticas, para assegurar que todas as gestantes possam sentir-se seguras e informadas durante o parto.

4. Análise

A comunicação nos serviços de saúde é crucial para a interação entre profissionais e utentes, expressando-se através de linguagem verbal e não verbal (fala, escrita, gestos, toque, etc.). No entanto, diversos obstáculos dificultam essa comunicação, como diferenças culturais, cognitivas, limitações físicas (défices auditivos e visuais) (Frimino & Carvalho, 2007). Acredito que a barreira linguística foi um dos principais fatores que dificultaram o decorrer do parto, já que a parturiente não conseguia entender as instruções que lhe eram dadas e, por isso, tinha dificuldade em seguir as orientações que lhe eram dadas e fazer força. O desconhecimento do que estava a acontecer e a falta de compreensão das orientações dadas geraram uma situação de grande vulnerabilidade para a parturiente. Este desconhecimento, somado à ausência de uma figura de suporte que pudesse traduzir e tranquilizá-la, aumentou sua sensação de insegurança e medo. Foi um exemplo claro de como a barreira linguística afeta não só o bem-estar emocional da paciente, mas também a dinâmica e o sucesso do cuidado prestado. A incapacidade de explicar claramente o que estava a acontecer e de obter consentimento informado para aplicar uma manobra invasiva como a de Kristeller tornou esta situação ainda mais complexa e potencialmente traumática para a mãe.

Tal como dito anteriormente, a situação exigiu a manobra de Kristeller, de acordo com a opinião do médico obstetra, para ajudar na descida do bebé, algo que talvez pudesse ter sido evitado com uma comunicação mais clara. Segundo a Ordem dos Médicos (2021), a manobra de Kristeller envolve a aplicação de pressão intensa na região superior do útero, direcionando essa força para a pelve e canal vaginal com o objetivo de auxiliar na expulsão do feto. Este procedimento, que muitas vezes é realizado sem regulação adequada da força e, em alguns casos, com o peso do corpo do profissional sobre o abdómen da mulher, pode ser extremamente agressivo. Devido aos riscos significativos que representa tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, esta manobra é vista como uma prática inadequada e potencialmente prejudicial. Felizmente, a experiência da equipa ajudou-nos a reconhecer rapidamente a distócia de ombros e a aplicar a manobra de McRoberts, o que foi essencial para um desfecho seguro.

A distócia de ombro é uma emergência obstétrica que ocorre em aproximadamente 0,1% a 3,0% dos partos, exigindo intervenções específicas. A manobra de McRoberts, que envolve a hiperflexão das coxas da parturiente, é geralmente a primeira intervenção recomendada, seguida pela pressão suprapúbica. Ambas são preferidas por serem de fácil execução, rápidas e não invasivas, resultando em uma taxa de resolução significativa nos casos de distócia (Heinonen *et al.*, 2024).

5. Conclusão

Nesta situação, percebo que é crucial garantir o acesso a ferramentas de comunicação eficazes e apropriadas em contextos obstétricos, especialmente quando existem barreiras linguísticas. Com uma comunicação mais acessível, mesmo com a barreira linguística, acredito que a parturiente poderia ter colaborado de forma mais ativa durante o parto, possivelmente reduzindo a necessidade de intervenções invasivas.

A aplicação da manobra de Kristeller, uma prática invasiva e controversa, poderia ter sido evitada. Seria ideal que a equipa tivesse explorado alternativas menos invasivas para facilitar a descida do bebé, respeitando ao máximo a integridade física e emocional da mãe. A distócia de ombros é uma emergência que exige intervenções rápidas e eficazes, mas que também precisam de respeitar a segurança e o bem-estar de ambos, mãe e bebé. Neste caso, se a parturiente estivesse mais tranquila e compreendesse melhor as instruções da equipa, a sua colaboração poderia ter sido maior, minimizando a necessidade de uma intervenção invasiva.

Essa experiência reforçou a importância da comunicação e do suporte emocional no cuidado com a parturiente. Se pudesse repetir a situação, sugeriria que a unidade de saúde disponibilizasse algum recurso de tradução básico, mesmo que digital, para instruções e informações cruciais. Além disso, acho que incentivar a presença de um familiar próximo em casos como este, ou garantir apoio emocional de outra forma, poderia ajudar a atenuar a ansiedade da grávida, especialmente quando ela está em um ambiente desconhecido e sem domínio da língua local.

6. Plano de Ação

No futuro, quero desenvolver habilidades para comunicar de forma eficaz mesmo em situações de barreiras linguísticas, procurando alternativas para garantir que a parturiente receba apoio contínuo e adequado. Além disso, gostaria de estabelecer um diálogo aberto com a equipa para questionar e sugerir práticas mais seguras e humanizadas, especialmente em situações de emergência, assegurando que o respeito pelos direitos da parturiente e a sua segurança sejam sempre prioridade.

7. Referências Bibliográficas

Ordem dos Médicos, Colégio da Especialidade de Ginec Obstetria. (2021). *Esclarecimentos ao parecer jurídico a propósito da problemática da dita violência obstétrica e da publicação da Resolução da Assembleia da República 181/2021, de 28/06*. Secção Regional do Norte.

Porto. <https://ordemosmedicos.pt/esclarecimentos-ao-parecer-juridico-a-proposito-da-problematICA-da-dita-violencia-obstetrica-e-da-publicacao-da-resolucao-da-ar/>

Fermino, R. C., & Carvalho, M. S. (2007). Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde e Sociedade, 16*(3), 129-139. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000300014>

Heinonen, K., Saisto, T., Gissler, M., & Sarvilinna, N. (2024). Maternal and neonatal complications of shoulder dystocia with a focus on obstetric maneuvers: A case-control study of 1103 deliveries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 103*(10), 1965–1974. <https://doi.org/10.1111/aogs.14780>

Apêndice B – Um Protocolo de Scoping Review sobre Estratégias dos Enfermeiros Obstetras para a Promoção da Integridade Perineal no Parto Vaginal

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**UM PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW SOBRE ESTRATÉGIAS
DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS PARA A PROMOÇÃO
DA INTEGRIDADE PERINEAL NO PARTO VAGINAL**

**A SCOPING REVIEW PROTOCOL ON STRATEGIES USED
BY OBSTETRIC NURSES TO PROMOTE PERINEAL INTEGRITY
IN VAGINAL BIRTH**

**UN PROTOCOLO DE REVISIÓN EXPLORATORIA SOBRE LAS
ESTRATEGIAS DE LAS ENFERMERAS OBSTÉTRICAS PARA
PROMOVER LA INTEGRIDAD PERINEAL EN EL PARTO VAGINAL**

Inês Guerreiro Rosa¹ , Maria Otilia Zangão² .

¹Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo – Hospital José Joaquim Fernandes – Serviço de Obstetrícia, Beja, Portugal.

²Universidade de Évora, Comprehensive Health Research Centre, Escola Superior de Enfermagem
São João de Deus, Departamento de Enfermagem, Évora, Portugal.

Recibido/Received: 01-04-2025 Acepte/Accepted: 16-07-2025 Publicado/Published: 12-08-2025

DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11\(2\).737.14-21](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11(2).737.14-21)

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2025 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando assim por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2025 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 11 N.º 2 AGOSTO 2025

Apêndice C – Estratégias dos Enfermeiros Obstetras Para a Promoção da Integridade Perineal no Parto Vaginal: Uma Scoping Review



ESTRATÉGIAS DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS PARA A PROMOÇÃO DA INTEGRIDADE PERINEAL NO PARTO VAGINAL: UMA SCOPING REVIEW

Nurse Midwives' Strategies for Promoting Perineal Integrity in Vaginal Delivery: A Scoping Review

Estrategias de las enfermeras matronas para promover la integridad perineal en el parto vaginal: Una Revisión Exhaustiva

RESUMO

Introdução: As lacerações perineais são um desfecho frequente do parto vaginal, com impacto negativo na saúde física e emocional da mulher. A implementação de práticas baseadas na evidência, que respeitem a fisiologia do parto e a autonomia da mulher, é fundamental para a sua prevenção.

Objetivo: Mapear as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros Obstetras para a promoção da integridade perineal no contexto do trabalho de parto.

Metodologia: Realizou-se uma Scoping Review segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI) e as orientações PRISMA-ScR. Foram incluídos estudos publicados entre 2020 e 2025, em português, inglês ou espanhol, disponíveis em texto completo, que descrevessem intervenções aplicadas por enfermeiros obstetras no contexto do trabalho de parto. A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed, Scopus e EBSCOhost. A extração e síntese dos dados permitiram a categorização temática das estratégias identificadas.

Resultados: Foram incluídos 21 estudos, dos quais emergiram sete categorias principais de estratégias: massagem perineal, compressas mornas, posições maternas dinâmicas, técnicas manuais de proteção perineal, uso de lubrificantes vaginais, bundles de cuidados e presença de duas parteiras no período expulsivo. Estas práticas demonstram benefícios na redução de lacerações perineais, aumento do conforto materno e reforço da autonomia da mulher.

Conclusão: Os enfermeiros obstetras assumem um papel central na promoção da integridade perineal, contribuindo para partos mais seguros, fisiológicos e centrados na mulher.

Palavras-chave: Enfermeiros Obstétricos; Lacerações; Parto; Períneo; Enfermagem Baseada em Evidências.

ABSTRACT

Introduction: Perineal lacerations are a frequent outcome of vaginal birth, with a negative impact on women's physical and emotional health. Implementing evidence-based practices that respect the physiology of childbirth and women's autonomy is fundamental to preventing them.

Objective: Map the strategies used by obstetric nurses to promote perineal integrity in the context of labor.

Methodology: A scoping review was carried out using the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology and PRISMA-ScR guidelines. Studies published between 2020 and 2025, in Portuguese, English or Spanish, available in full text, describing interventions applied by obstetric nurses in the context of labor were included. The search was carried out in the PubMed, Scopus and EBSCOhost databases. Data extraction and synthesis enabled thematic categorization of the strategies identified.

Results: 21 studies were included, from which seven main categories of strategies emerged: perineal massage, warm compresses, dynamic maternal positions, manual perineal protection techniques, use of vaginal lubricants, care bundles and the presence of two midwives during the expulsive period. These practices show benefits in reducing perineal lacerations, increasing maternal comfort and strengthening women's autonomy.

Conclusion: Obstetric nurses play a central role in promoting the integrity of women's health.

Keywords: Nurse Midwives; Lacerations; Parturition; Perineum; Evidence-Based Nursing.

RESUMEN

Introducción: Las laceraciones perineales son un resultado frecuente del parto vaginal, con un impacto negativo en la salud física y emocional de las mujeres. Implementar prácticas basadas en la evidencia que respeten la fisiología del parto y la autonomía de la mujer es fundamental para prevenir las.



Objetivo: Mapear las estrategias utilizadas por las enfermeras obstétricas para promover la integridad perineal en el contexto del trabajo de parto.

Metodología: Se realizó una revisión de alcance utilizando la metodología del Instituto Joanna Briggs (JBI) y las directrices PRISMA-ScR. Se incluyeron estudios publicados entre 2020 y 2025, en portugués, inglés o español, disponibles en texto completo, que describieran intervenciones aplicadas por enfermeras obstétricas en el contexto del trabajo de parto. La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, Scopus y EBSCOhost. La extracción y síntesis de los datos permitió la categorización temática de las estrategias identificadas.

Resultados: Se incluyeron 21 estudios, de los que surgieron siete categorías principales de estrategias: masaje perineal, compresas calientes, posturas maternas dinámicas, técnicas manuales de protección perineal, uso de lubricantes vaginales, paquetes de cuidados y presencia de dos matronas durante el periodo expulsivo. Estas prácticas muestran beneficios en la reducción de las laceraciones perineales, el aumento del confort materno y el fortalecimiento de la autonomía de la mujer.

Conclusión: Las enfermeras obstétricas desempeñan un papel fundamental en la promoción de la integridad del proceso de parto.

Palabras Clave: Enfermeras Obstétricas; Laceraciones; Parto; Perineo; Enfermería Basada en la Evidencia.

[Mill] Decisão editorial

2025-10-10 03:00 PM

Caras autoras,

Foi tomada uma decisão sobre o artigo submetido à Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health, "ESTRATÉGIAS DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS PARA A PROMOÇÃO DA INTEGRIDADE PERINEAL NO PARTO VAGINAL: UMA SCOPING REVIEW".

A decisão é: **Revisões Requeridas**

Com os melhores cumprimentos,

Editor Chefe

Madalena Cunha

millenium
Journal of Education, Technologies, and Health

Cunice
EUROPEAN
UNIVERSITY

 **Politécnico
de Viseu**

**Instituto
Politécnico**
Polytechnic
University
Viseu


Apêndice D – Apresentação Massagem Perineal Intra Parto



Massagem Perineal



Mestranda:
En^{fa} Inês Rosa
Supervisora:
En^{fa} Graça Santinho
Orientadora:
Professora Doutora Otilia Zangão



Objetivo da Sessão

Dar a conhecer à equipa as ultimas evidências científicas a cerca dos beneficios da massagem perineal.

Referências Bibliográficas



- Azón, E., Mir, E., Hernández, J., Aguilón, J. J., Torres, A. M., & Satústegui, P. J. (2021). Update on the effectiveness and evidence of ante-natal perineal massage. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 44(3), 437–444. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0976>
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas: Preparação para o Parto*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO).Ordem dos Enfermeiros.
- Chen, Q., Qiu, X., Fu, A., & Han, Y. (2022). Effect of prenatal perineal massage on postpartum perineal injury and postpartum complications: A meta-analysis. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2022, Article ID 3315638.
- Marcos-Rodríguez, A., Leirós-Rodríguez, R., & Hernandez-Lucas, P. (2023). Efficacy of perineal massage during the second stage of labor for the prevention of perineal injury: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 162(3). <https://doi.org/10.1002/ijgo.14723>
- Yin, J., Chen, Y., Huang, M., Cao, Z., Jiang, Z., & Li, Y. (2024). Effects of perineal massage at different stages on perineal and postpartum pelvic floor function in primiparous women: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(405).

Apêndice E – Folheto Massagem Perineal para Gravidas

1. O que é a massagem perineal ?

A massagem perineal é uma técnica utilizada para preparar o períneo (região entre a vagina e o ânus) para o parto.

2. Quais os benefícios da massagem perineal?

A massagem perineal apresenta benefícios cientificamente comprovados, tais como:

- Aumento da elasticidade do períneo, promovendo um parto mais confortável.
- Redução do risco de lacerações graves e episiotomia, tornando o parto menos traumático.
- Diminuição da dor perineal no pós-parto, facilitando a recuperação.
- Melhoria da função do pavimento pélvico no pós-parto, reduzindo a incontinência urinária e fecal.

3. Quando começar?

A massagem perineal pode ser iniciada a partir da 34ª a 36ª semana de gestação. Recomenda-se realizá-la diariamente por 5 a 10 minutos para obter melhores resultados.

Referências Bibliográficas:

• Azón, E., Mir, E., Hernández, J., Aguilón, J. J., Torres, A. M., & Sotútegui, P. J. (2021). Update on the effectiveness and evidence of ante-natal perineal massage. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 44(5), 437-444. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0976>

• Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas: Preparação para o Parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MCEESMO]. Ordem dos Enfermeiros.

• Chen, Q., Qiu, X., Fu, A., & Han, Y. (2022). Effect of prenatal perineal massage on postpartum perineal injury and postpartum complications: A meta-analysis. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2022, Article ID 5515658.

• Marcos-Rodríguez, A., Latorre-Rodríguez, R., & Hernandez-Lucas, P. (2023). Efficacy of perineal massage during the second stage of labor for the prevention of perineal injury: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 162(3). <https://doi.org/10.1002/ijgo.14723>

• Yin, J., Chen, Y., Huang, M., Cao, Z., Jiang, Z., & Li, Y. (2024). Effects of perineal massage at different stages on perineal and postpartum pelvic floor function in primiparous women: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(405).

Mestranda:
Enf^a Inês Rosa

Supervisora:
Enf^a Graça Santinho

Docente:
Professora Doutora Otilia Zangão



Massagem Perineal na gravidez



**O parto aproxima-se!
E o cuidado ao teu períneo começa agora.**

4. Quais as suas contraindicações?

- Infecções vaginais.
- Ameaça de parto prematuro ou outras complicações obstétricas.
- Varizes vulvares.
- Deve interromper se sentir dor intensa e consulte um profissional de saúde.
- Evite pressões sobre a uretra para prevenir infeções do trato urinário.

5. Como fazer?

- **Higiene:** Lave bem as mãos, verifique se tem as unhas curtas de modo evitar lesões ou desconfortos e escolha um óleo vegetal natural (como de amêndoas doces ou de coco) ou um lubrificante solúvel em água.
- **Posição Confortável:** Sente-se ou fique numa posição confortável, como semi-reclinada ou deitada com as pernas fletidas, se necessário utilize almofadas de apoio.

- **Aplicar o óleo:** Coloque uma pequena quantidade do óleo nos dedos.
- **Respiração:** Mantenha a respiração tranquila e relaxe os músculos.


Movimentos

1. Insira os polegares cerca de 3 a 4 cm dentro da vagina.
2. Pressione suavemente em direção ao ânus e faça movimentos de "U" da esquerda para a direita.
3. Pressione a parede posterior da vagina até sentir resistência, mantem pressionado até sentir um pouco de dor ou ardor. Deve manter a posição durante 1 minutos e repetir 2 a 3 vezes.

4. Aplique pressão suficiente para sentir um alongamento do musculo sem sentir dor e mantenha durante 5 a 10 segundos.
5. Imagine a metade inferior da vagina como um relógio e massagem entre as 6horas e a 3horas e entre as 6horas e as 9horas, repetindo 2-3 vezes por no máximo 5 minutos.



Apêndice F – Apresentação Cuidados da Pele ao Recém-Nascido



Pele com pele Cuidar da pele com amor

Mestranda: En^ª Inês Rosa
Supervisora: En^ª Maria José Nobre
Orientadora: Professora Doutora Otilia Zangão



Sumario

- Características e Alterações da Pele do Recém-nascido.
- Higiene e Banho
- Cuidados ao Coto Umbilical
- Hidratação da Pele
- Zona da fralda e Prevenção de Assaduras



Referencias Bibliográficas

- Visscher, M. O., Adam, R., Brink, S., & Odio, M. (2015). Newborn infant skin: Physiology, development, and care. *Clinics in Dermatology*, 33(3), 271–280. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2014.12.003>
- Visscher, M. O., Carr, A. N., & Narendran, V. (2022). Epidermal Immunity and Function: Origin in Neonatal Skin. *Frontiers in Molecular Biosciences*, 9, 894496. <https://doi.org/10.3389/fmolb.2022.894496>
- Gibbs, N. F. (2024, November 6). *Erythema Toxicum Neonatorum: Background, Pathophysiology, Etiology*. Medscape.com; Medscape. https://emedicine.medscape.com/article/1110731-overview?utm_source=chatgpt.com
- Flávia Pereira Reginatto. (2016). The Main Neonatal Dermatological Findings: A Review. *European Medical Journal*, 111–118. <https://doi.org/10.33590/emjdermatol/10311619>
- Karumbi, J., Mulaku, M., Aluvaala, J., English, M., & Opiyo, N. (2013). Topical Umbilical Cord Care for Prevention of Infection and Neonatal Mortality. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 32(1), 78–83. <https://doi.org/10.1097/inf.0b013e3182783dc3>
- Rahma, A., & Lane, M. E. (2022). Skin barrier function in infants: Update and outlook. *Pharmaceutics*, 14(2), 1–25. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics14020433>
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (Coord.). (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1.ª ed.). Lidel.