



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Técnicas de reparação perineal em lacerações de 1º e 2º grau e episiotomia:

contributos para a prática clínica

Tatiana Gonçalves Guimarães

Viana do Castelo, outubro de 2025



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Técnicas de reparação perineal em lacerações de 1º e 2º grau e episiotomia:

contributos para a prática clínica

Relatório de Estágio de Natureza Profissional de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo no âmbito do Consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, ao abrigo do Despacho nº 12705/2022 em Diário da República, 2ª série — N.º 211 — 2 de novembro de 2022.

Tatiana Gonçalves Guimarães

Orientadoras: Professora Doutora Andreia Vanessa Afonso Soares Gonçalves
Professora Doutora Catarina de Sousa e Silva

Viana do Castelo, outubro de 2025

Guimarães, T.G. (2025). *Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional: Técnicas de reparação perineal em lacerações de 1º e 2º grau e episiotomia: contributos para a prática clínica*. Viana do Castelo: [s.n.]. Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

Trabalho expressamente elaborado como relatório de estágio original, para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, apresentado na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

Palavras-chave: Reparação Perineal; Laceração Perineal; Episiotomia; Enfermeiros Obstétricos; Saúde Materna.

*À minha família,
por estar sempre ao meu lado, com carinho e apoio incondicional.*

AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta etapa tão significativa da minha formação, quero expressar a minha sincera gratidão a todos que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional ao longo desta caminhada.

Agradeço, primeiramente, às instituições de ensino, nomeadamente aos docentes e funcionários da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, bem como a todos os docentes do Consórcio deste Mestrado, que me proporcionaram a base teórica e o suporte fundamental para o desenvolvimento das competências necessárias para a prática clínica.

Um agradecimento especial à Professora Andreia Gonçalves e à Professora Conceição Freitas pelos conhecimentos transmitidos e pelo acompanhamento próximo ao longo de todo o percurso académico. Agradeço também à Professora Catarina Silva pela orientação e ajuda durante o processo de elaboração deste relatório.

Aos profissionais da unidade de saúde onde realizei o estágio, expresso a minha sincera gratidão pela forma acolhedora como fui recebida e pela disponibilidade em partilhar os seus conhecimentos e experiências. Em especial, às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pela orientação, paciência e exemplo de profissionalismo, que tanto contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

Agradeço também a todas as mulheres e famílias, pela confiança e pela oportunidade de participar em momentos tão íntimos e transformadores das suas vidas. As experiências vivenciadas durante o período pré-natal, o parto e o pós-parto foram profundamente marcantes e enriquecedoras.

Às minhas amigas, pela partilha de desafios e conquistas e pelo apoio constante ao longo destes anos.

Por fim, um agradecimento especial e sentido à minha família, pelo amor, pelo apoio incondicional e por nunca deixarem de acreditar em mim, mesmo nos momentos mais desafiantes. A vossa presença foi essencial para a concretização desta etapa, com confiança, força e perseverança. Agradeço também ao ser que cresce dentro de mim, cuja presença silenciosa e intensa me proporcionou a força, o foco e o incentivo que, por vezes, me faltavam, iluminando e inspirando cada etapa desta caminhada.

A todos, o meu mais sincero e profundo obrigada.

"As grandes obras são executadas, não pela força, mas pela perseverança."

Samuel Johnson

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	viii
ÍNDICE DE TABELAS	viii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	ix
LISTA DE ACRÓNIMOS	ix
LISTA DE SIGLAS.....	ix
RESUMO.....	xi
ABSTRACT	xiii
PARTE I – DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL À FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	15
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL. 16	
1.1. Caracterização do Contexto Institucional	17
2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS	19
3. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	22
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	22
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	26
3.2.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré- natal	27
3.2.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e período pós-natal	28
3.2.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	49
3.3. Experiências Mínimas para a aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	50

PARTE II – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	53
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	54
2. METODOLOGIA.....	55
2.1. Objetivo e Finalidade do Estudo	56
2.2. Questão de Investigação.....	56
2.3. Tipo de Estudo	56
2.4. Critérios de Inclusão	57
2.5. Estratégia de Pesquisa.....	58
2.6. Seleção dos Estudos	59
2.7. Extração de Dados	61
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	62
3.1. Caracterização dos Estudos.....	62
3.2. Síntese dos Resultados.....	63
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	85
5. CONCLUSÕES DO ESTUDO	88
CONCLUSÃO GERAL	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
APÊNDICES	103
Apêndice I – Apresentação “Mobilização da Bacia na Bola de Pilates”	104
Apêndice II – Protocolo da <i>Scoping Review</i>	108
Apêndice III – Estratégia de Pesquisa	114
Apêndice IV – Instrumento de Extração de Dados.....	118

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama de Fluxo PRISMA 2020	60
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Resumo dos Estudos Seleccionados	64
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

Eds. – editores

et al. – *et alli* (e outros)

n^o – número

p. – página

s.d. – sem data

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MeSH – Medical Subject Headings

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

PIEBs – Programmed Intermittent Epidural Bolus

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

WHO – World Health Organization

LISTA DE SIGLAS

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção-Geral da Saúde

ENP – Estágio de Natureza Profissional

HPP – Hemorragia Pós-Parto

IA – Índice de Apgar

ICM – International Confederation of Midwives

JBÍ – Joanna Briggs Institute

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCC – População, Conceito, Contexto

RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RCIU – Restrição do Crescimento Intrauterino

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RENP – Relatório de Estágio de Natureza Profissional

SPOMMF – Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

VCE – Versão Cefálica Externa

RESUMO

Introdução: Este Relatório de Estágio de Natureza Profissional insere-se no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e reflete o processo formativo de aquisição e desenvolvimento das competências necessárias para a obtenção do título de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. O Estágio de Natureza Profissional, realizado no Bloco de Partos de uma instituição da Região do Norte de Portugal, permitiu aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso e desenvolver competências especializadas, numa prática centrada na mulher, no recém-nascido e na sua família. O relatório visa refletir criticamente sobre o percurso formativo e abordar a investigação elaborada acerca das técnicas de reparação de lacerações perineais de 1º e 2º grau e episiotomia. A literatura evidencia uma diversidade de técnicas e uma possível variabilidade na sua adoção na prática clínica, o que justifica a necessidade de mapear o conhecimento existente relativo a esta temática.

Objetivo: Os principais objetivos deste relatório consistem na realização de uma análise e reflexão crítica sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências durante o Estágio de Natureza Profissional, bem como na elaboração de um estudo de investigação, de modo a contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em Saúde Materna e Obstétrica, sustentados pela prática baseada na evidência. A investigação efetuada teve como objetivo mapear a evidência científica existente acerca das técnicas disponíveis ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica para a reparação perineal em mulheres com laceração de 1º ou 2º grau, ou episiotomia, em contexto de parto vaginal.

Metodologia: A prática profissional teve como principal referencial teórico a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que orientou a prestação de cuidados humanizados e centrados na mulher, no recém-nascido e no acompanhante, promovendo o conforto físico, psico-espiritual, ambiental e social ao longo da experiência de parto. Foi elaborada uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas, em articulação com as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Realizou-se também uma *Scoping Review*, seguindo a metodologia do Joanna Briggs Institute, que incluiu a formulação da questão de investigação, definição dos critérios de elegibilidade, pesquisa estruturada em bases de dados científicas, seleção, extração e análise dos dados.

Resultados: Foram adquiridas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e cumpridas todas as experiências mínimas obrigatórias para a atribuição do respetivo título. A *Scoping Review* incluiu a síntese de 32 estudos, que evidenciaram a técnica de sutura contínua com fio absorvível como a mais indicada para a reparação de lacerações de 2º grau e episiotomias, estando associada a melhores desfechos clínicos, tais como menor dor, menor tempo de reparação, melhor cicatrização e maior satisfação materna. A cola cirúrgica foi descrita como uma alternativa eficaz em lacerações de 1º grau ou para reparação da pele perineal de lacerações de 2º grau e episiotomias, apresentando benefícios em termos de dor, rapidez e aceitação por parte das mulheres. A não sutura da pele perineal foi considerada uma técnica eficaz, embora sejam necessários mais estudos sobre os seus efeitos a longo prazo. O tipo de material de sutura também foi apontado como tendo influência direta nos desfechos da cicatrização e recuperação pós-parto, sendo recomendada, nos estudos incluídos, a utilização de fios sintéticos absorvíveis. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica desempenha um papel essencial na reparação perineal, ao integrar a avaliação clínica, a evidência científica e as preferências da mulher, promovendo uma intervenção adequada e centrada na recuperação física, funcional e emocional no pós-parto.

Conclusão: Os objetivos delineados foram alcançados, com consolidação das competências pessoais e profissionais necessárias à prestação de cuidados especializados de excelência. A evidência científica esteve presente em todo o percurso formativo, com enfoque no estudo de investigação, que reforçou a importância da tomada de decisão clínica informada e personalizada na reparação perineal. A *Scoping Review* realizada possibilitou, ainda, o aprofundamento de conhecimentos sobre a temática em estudo e o desenvolvimento de competências em investigação, com potencial impacto na melhoria e uniformização das práticas clínicas. Destacou-se a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na adoção de intervenções seguras, eficazes e ajustadas às necessidades da mulher. Assim, este relatório contribui para a valorização da prática especializada e para a melhoria contínua dos cuidados prestados em Saúde Materna e Obstétrica.

Palavras-chave: Reparação Perineal; Laceração Perineal; Episiotomia; Enfermeiros Obstétricos; Saúde Materna.

ABSTRACT

Introduction: This Professional Internship Report is part of the study plan for the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing and reflects the formative process of acquiring and developing the skills required for obtaining the title of Master and Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing. The professional internship, carried out in the Delivery Room of an institution in the Northern Region of Portugal, enabled the application of knowledge acquired throughout the course and the development of specialized skills in a practice focused on women, newborns and their families. The report aims to critically reflect on the training journey and to present the research carried out on techniques for repairing 1st and 2nd degree perineal lacerations and episiotomy. The literature shows a diversity of techniques and possible variability in their adoption in clinical practice, which justifies the need to map existing knowledge on this subject.

Objective: The main objectives of this report are to analyze and critically reflect on the process of acquiring and developing skills during the Professional Internship, as well as to carry out a research study in order to contribute to the continuous improvement of quality of care in Maternal and Obstetric Health, supported by evidence-based practice. The aim of the research carried out was to map the existing scientific evidence on the techniques available to the Nurse-Midwife for perineal repair in women with 1st or 2nd degree laceration, or episiotomy, during vaginal delivery.

Methodology: The main theoretical reference for professional practice was Katharine Kolcaba's Comfort Theory, which guided the provision of humanized care centred on the woman, the newborn and the companion, promoting physical, psycho-spiritual, environmental and social comfort throughout the childbirth experience. A critical-reflective analysis was made of the activities carried out, in conjunction with the common and specific skills of the Nurse-Midwife. A Scoping Review was also carried out, following the methodology of the Joanna Briggs Institute, which included formulating the research question, defining eligibility criteria, conducting structured searches in scientific databases, and selecting, extracting, and analysing data.

Results: Common and specific skills of the Nurse-Midwife were acquired and all the minimum mandatory experiences were fulfilled. The Scoping Review included a summary of 32 studies, which reported the continuous suture technique with absorbable thread as the most indicated for repairing 2nd degree lacerations and episiotomies, being associated with better clinical outcomes, such as less pain, shorter repair time, improved healing and greater maternal satisfaction. Surgical glue was described as an effective alternative for 1st degree lacerations or for perineal skin repair of 2nd degree lacerations and episiotomies, offering benefits in terms of pain, speed and acceptance by women. Non-suturing of the perineal skin was considered an effective technique, although more studies are needed on its long-term effects. The type of suture material was also found to have a direct influence on healing outcomes and postpartum recovery, with the use of absorbable synthetic sutures being recommended in the included studies. The Nurse-Midwife plays an essential role in perineal repair by integrating clinical assessment, scientific evidence and the woman's preferences, promoting appropriate care focused on physical, functional and emotional recovery in the postpartum period.

Conclusion: The objectives of this placement were achieved, consolidating the personal and professional skills needed to provide excellent specialized care. Scientific evidence was present throughout the course, with a focus on the research study, which reinforced the importance of informed and personalized clinical decision-making in perineal repair. The Scoping Review also enabled the deepening of knowledge on the subject under study and the development of research research skills, with a potential impact on improving and standardizing clinical practices. The role of the Nurse-Midwife in the adoption of safe, effective interventions tailored to women's needs was highlighted. This report therefore contributes to the enhancement of specialized practice and the continuous improvement of care provided in Maternal and Obstetric Health.

Keywords: Perineal Repair; Perineal Laceration; Episiotomy; Nurse Midwives; Maternal Health.

PARTE I – DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL À FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional (RENp) insere-se na unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional (ENP), integrada no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, em consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, através de suas respetivas Escolas Superiores de Saúde.

O CMESMO, para além de assegurar uma formação conducente à obtenção do grau de Mestre, tem a possibilidade de garantir ao estudante a aquisição de uma especialização de natureza profissional na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. O curso promove o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), nomeadamente na prestação de cuidados diferenciados à mulher, ao recém-nascido e à família, bem como o aprimoramento de métodos e técnicas de investigação, de modo a fundamentar a prática especializada (Correia, 2023).

Após a concretização do Estágio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, incluído no 2º ano do CMESMO, surge a possibilidade de escolha entre Dissertação, Trabalho de Projeto e ENP, conforme o plano de estudos publicado no Despacho n.º 12705/2022 (2022). A preferência pelo ENP foi motivada pelo interesse em adquirir competências especializadas nesta área e pela valorização do reconhecimento profissional conferido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) através da atribuição do título de EEESMO.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O estágio é uma etapa fundamental na formação profissional, pois proporciona a oportunidade de aplicar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos no decorrer do curso em situações reais da prática clínica, desenvolvendo habilidades técnicas, científicas, éticas e interpessoais, no âmbito dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O plano de estudos do CMESMO integra o ENP no 2º ano, com um total de 810 horas de trabalho do estudante, sendo 640 horas de contacto. Destas, 420 horas realizadas em contexto clínico, 10 horas destinadas a seminários, 10 horas de orientação tutorial e 200 horas para desenvolvimento do relatório. Este estágio tem a possibilidade de se desenvolver em unidades de cuidados de saúde primários e/ou hospitalares, tendo em conta os objetivos previstos para a concretização da unidade curricular e os interesses dos estudantes, bem como protocolos com as instituições do consórcio a nível nacional e internacional (Correia, 2023).

O ENP decorreu no período de 19 de fevereiro de 2024 a 31 de julho de 2024, isto é, no 2º semestre, numa unidade hospitalar da Região do Norte do país. Optou-se pela realização do estágio em contexto de prática hospitalar, uma vez que se entendeu ser essencial para conseguir alcançar os objetivos e as experiências mínimas para aquisição do título de EEESMO, nomeadamente no que diz respeito ao cumprimento do número de partos efetuados. Adicionalmente, o facto de não possuir experiência prévia profissional numa unidade hospitalar, reforçou a motivação para integrar esta realidade distinta daquela vivenciada na prática habitual numa clínica privada. Considerou-se que essa experiência, com dinâmicas organizacionais e assistenciais diferentes, poderia contribuir significativamente para o crescimento profissional e pessoal.

Conforme o Guia de Orientação do Estágio de Natureza Profissional (Correia, 2023), o ENP tem como objetivos a aplicação de conhecimentos no planeamento, execução e avaliação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; a interpretação da complexidade da intervenção nesta área, com base na evidência científica; e a integração dos princípios éticos legais que orientam a profissão com vista ao desenvolvimento de ações autónomas e/ou interdisciplinares adequadas a cada situação clínica. Visa, igualmente, a participação na construção, implementação e avaliação de programas de intervenção de Saúde Materna e Obstétrica, a documentação

dos cuidados prestados e a capacidade de sistematizar evidência e integrar conhecimento técnico-científico, ético e relacional e capacidade de argumentação que fundamentem a tomada de decisão clínica, face a problemas complexos e imprevisíveis.

Além dos objetivos definidos para o estágio, foram também delineados os seguintes objetivos pessoais: aprimorar a capacidade de análise e reflexão crítica, bem como aprofundar os conhecimentos e as competências técnico-científicas no âmbito das técnicas de reparação perineal.

1.1. Caracterização do Contexto Institucional

A instituição onde decorreu o ENP tem como missão responder de forma integrada às necessidades de saúde da população diversificada que abrange, respeitando a dignidade dos utentes e garantindo cuidados de qualidade e eficiência, com foco na excelência.

O serviço de Obstetrícia desempenha um papel essencial na prestação de cuidados de saúde diferenciados à mulher, à díade (puérpera e recém-nascido) e à tríade (puérpera, recém-nascido e progenitor). Este serviço integra o Internamento de Grávidas, o Internamento de Puerpério/Berçário, o Bloco de Partos e o Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia. O primeiro admite grávidas que possuam patologias decorrentes da gravidez ou agravadas pela mesma, que justifiquem internamento, e é constituído por cinco enfermarias, cada uma com duas camas. O Internamento de Puerpério/Berçário tem uma lotação de 16 camas/berços. Antes da alta, todos os recém-nascidos realizam rastreio auditivo por otoemissões acústicas, rastreio oftalmológico, rastreio de cardiopatias congénitas e a vacinação contra o vírus da Hepatite B. Têm ainda possibilidade de realização do registo civil no próprio serviço e é também efetuada a notícia de nascimento para o Centro de Saúde de referência. É de referir que existe um sistema de segurança, que funciona com a colocação de uma pulseira eletrónica a todos os recém-nascidos internados logo após o nascimento e que permite rastrear a localização do recém-nascido dentro da instituição.

O Bloco de Partos, por sua vez, está organizado para garantir cuidados de saúde especializados à parturiente nas diferentes fases do trabalho de parto e do pós-parto imediato. Em todas as etapas, os cuidados são direcionados para a promoção da saúde, segurança, conforto e bem-estar da mãe, recém-nascido e acompanhante, respeitando os princípios de um atendimento humanizado e acolhedor. Conta, assim, com seis unidades de parto, uma sala de cuidados especiais ao recém-nascido, uma sala de relaxamento, uma

sala de trabalho de Enfermagem, uma casa de banho para as utentes, outra para os acompanhantes e outra para os profissionais, uma sala com cacifos para os utentes guardarem os seus bens, uma sala de arrecadação, uma sala que funciona como armazém de material, uma sala de arrumos de roupa e uma sala de despejos. O carro de emergência encontra-se no corredor para facilitar o acesso a todas as unidades. Em suma, possui uma infraestrutura que inclui equipamentos de monitorização materno-fetal portáteis, de reanimação e todo o material necessário para a realização de partos com segurança e conforto.

O ambiente de trabalho no Bloco de Partos é marcado pela necessidade de constantes vigilâncias clínicas, realização de procedimentos clínicos e cuidados contínuos, requerendo uma grande capacidade de resposta rápida, dada a imprevisibilidade e a necessidade de lidar com situações de risco elevado, como complicações e emergências obstétricas. Deste modo, é fundamental manter a comunicação eficaz com a diáde e entre os profissionais.

O serviço é composto por uma equipa multidisciplinar que inclui 18 Médicos Especialistas em Ginecologia/Obstetrícia, vários Médicos Internos, 35 Enfermeiras, sendo 24 delas EEESMO, 17 Técnicos Auxiliares de Saúde e duas Assistentes Técnicas, que trabalham em colaboração para garantir os melhores cuidados de saúde. Relativamente ao Bloco de Partos, os cuidados de enfermagem são assegurados por, pelo menos, duas Enfermeiras Especialistas, em todos os turnos. Conta também com Médicos Anestesiologistas e Pediatras contactáveis por via telefónica.

O serviço de Obstetrícia trabalha em parceria com o Bloco Operatório Central, especialmente nos casos de parto por Cesariana, e ainda com o Serviço de Neonatologia, que admite recém-nascidos com idade gestacional igual ou superior a 28 semanas, com necessidade de cuidados intensivos ou intermédios, entre outros cuidados especializados de suporte neonatal.

Este contexto favorece, assim, uma aprendizagem intensa, proporcionando uma visão integral e atualizada dos cuidados obstétricos e neonatais, além de ser um local adequado para desenvolver inúmeras competências técnicas, práticas e interpessoais. O estágio nesta instituição permite também a reflexão crítica sobre as práticas dos EEESMO, com foco na melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados, e oferece uma visão mais ampla do sistema de saúde e dos cuidados integrados prestados à mulher e ao recém-nascido.

2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS

As Teorias de Enfermagem são ferramentas essenciais para orientar e sustentar a prática profissional, pois promovem a construção de conhecimento sólido, crítico e reflexivo, proporcionando referenciais teóricos que norteiam a tomada de decisão, a prestação de cuidados e a reflexão crítica sobre as intervenções realizadas (Souza et al., 2021).

No contexto de prática de cuidados em Bloco de Partos, as teorias revelam-se particularmente pertinentes, dado o caráter complexo, multidimensional e dinâmico do cuidado à mulher em trabalho de parto, ao recém-nascido e à sua família. Apesar da potencial aplicabilidade de várias teorias ao longo da prática de cuidados no ENP, optou-se por privilegiar a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, por se ter revelado a mais alinhada com as necessidades observadas e com os objetivos propostos.

Kolcaba (2004, p. 484) define conforto como “(...) a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (...)”: alívio, tranquilidade e transcendência. O *alívio* refere-se à satisfação de uma necessidade específica; a *tranquilidade* diz respeito a um estado de calma ou contentamento; e a *transcendência* ocorre quando o indivíduo consegue superar os seus problemas ou sofrimento.

Segundo Kolcaba (2004), o conforto é experimentado em quatro contextos, extraídos da abordagem holística do cuidado: o *físico*, relacionado às sensações corporais; o *psico-espiritual*, que envolve a consciência interna de si próprio e ainda a autoestima, o conceito de si mesmo, a sexualidade, o significado da vida e a relação com uma ordem ou um ser superior; o *ambiental*, que diz respeito às condições e influências externas do meio em que a pessoa está inserida; e o *social*, que abrange as relações interpessoais, familiares e com a sociedade. Assim, proporcionar conforto exige uma abordagem ampla e sensível às diversas dimensões da experiência humana.

Os postulados da Teoria do Conforto (Kolcaba, 2004) delineiam a lógica central da sua aplicação na prática de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. Primeiramente, a teoria estabelece que os profissionais devem identificar as necessidades de conforto não satisfeitas dos seus utentes e desenvolver medidas para satisfação das mesmas, proporcionando conforto, que é o resultado imediato desejado. Em segundo lugar, afirma que a melhoria do conforto está diretamente relacionada ao compromisso

com os comportamentos de procura de saúde, que é o resultado seguinte desejado. O terceiro postulado destaca que, quando as pessoas têm o apoio necessário para se comprometerem com os comportamentos de procura de saúde, há também uma melhoria da integridade institucional, isto é, a instituição de saúde também beneficia com os resultados mais eficazes e alinhados aos objetivos terapêuticos.

A única limitação prática apontada pela teoria está no grau de empenho, tanto dos profissionais como das instituições, na satisfação das necessidades de conforto das pessoas. Quando há esse compromisso mútuo, a Teoria do Conforto permite que o cuidado seja prestado com maior eficiência, de forma individualizada e holística, respeitando as particularidades de cada pessoa (Kolcaba, 2004).

A aplicação da Teoria do Conforto de Kolcaba na prestação de cuidados no Bloco de Partos contribuiu para a promoção de um cuidado mais humanizado e centrado na parturiente. Nesse contexto, marcado por intensas mudanças físicas e emocionais, a Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica atua de modo a identificar e atender às necessidades de conforto da mulher, do recém-nascido e do seu acompanhante.

Inicialmente, deve realizar-se uma avaliação cuidadosa da parturiente, identificando possíveis desconfortos físicos (dor, fadiga, etc.), psico-espirituais (ansiedade, medo, insegurança, significado pessoal do parto, necessidade de apoio religioso/espiritual, etc.), ambientais (iluminação, ruído, temperatura) e sociais (ausência de apoio familiar, problemas sociais, dificuldades na comunicação, etc.).

Com base nessa análise, são concebidas e implementadas intervenções específicas e individualizadas. No contexto físico, destaca-se o uso de medidas não farmacológicas, como massagens, banho morno, técnicas de respiração ou mudanças de posição, incluindo também as medidas farmacológicas. No psico-espiritual, a escuta ativa, palavras de coragem e incentivo, reforço da autoconfiança da mulher e o respeito pelas crenças da mulher proporcionam apoio emocional e espiritual, que deve ser contínuo, de forma a reduzir sentimentos de ansiedade, medo e insegurança. No social, o incentivo à presença de um acompanhante/familiar, a comunicação eficaz com os diversos profissionais envolvidos e a resolução de possíveis dificuldades sociais são aspetos importantes para o conforto. No contexto ambiental, a adequação do espaço (luz, ruído, privacidade) e a limitação, ao essencial, do número de pessoas presentes na sala de parto são fundamentais para reduzir estímulos *stressantes* e proporcionar um ambiente tranquilo, seguro, acolhedor e adequado às necessidades físicas e culturais da mulher.

Após essas intervenções, é necessária uma reavaliação do nível de conforto da parturiente através da observação e da comunicação, ajustando os cuidados conforme necessário. Ao sentir-se mais confortável, a mulher tende a envolver-se com mais confiança no trabalho de parto, estabelecendo uma parceria eficaz com os profissionais e vivenciando esse momento de forma mais positiva. Além de beneficiar diretamente a mulher, a aplicação da teoria também fortalece a qualidade da assistência prestada pela instituição, promovendo práticas eficazes, acolhedoras e alinhadas com os princípios do cuidado integral (Kolcaba, 2004). Dessa forma, a Teoria do Conforto contribui significativamente para transformar o Bloco de Partos num espaço mais seguro, tranquilo, respeitoso e acolhedor para todas as mulheres e respectivas famílias.

Após o nascimento, o contacto pele a pele do recém-nascido com a mãe traz diversos benefícios para ambos. Esse contacto favorece o conforto físico, psico-espiritual e emocional de ambos, ao proporcionar sensações de segurança, vínculo e calma. Para a mãe, o contacto imediato com o bebé reduz a ansiedade, fortalece o vínculo afetivo e favorece a liberação de ocitocina, o que contribui para a otimização dos processos fisiológicos do puerpério imediato, como a involução uterina e o sucesso da amamentação. Já para o recém-nascido, esta prática não só regula a temperatura corporal, a frequência cardíaca e a respiração, como também promove a amamentação precoce (Widström et al., 2019).

Portanto, incentivar o contacto pele a pele representa uma intervenção de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que atende a múltiplas necessidades de conforto, como o alívio da tensão materna, a tranquilidade emocional e a transcendência vivida no encontro com o bebé. Além disso, esta prática valoriza o cuidado humanizado e contribui para uma experiência de parto mais positiva e significativa, reforçando o compromisso dos profissionais com a promoção do bem-estar imediato e integral da díade mãe-bebé (Widström et al., 2019).

Esta teoria constituiu-se, assim, como um referencial teórico central no decorrer de todo o estágio, permitindo uma abordagem sistemática e orientada para a maximização do conforto físico, psico-espiritual, social e ambiental da mulher, do recém-nascido e do acompanhante, o que se revelou importante na promoção da qualidade, humanização e individualização dos cuidados prestados em contexto de Bloco de Partos. Num estudo realizado por Oliveira et al. (2017, p. 1) concluiu-se que “conforto e/ou desconforto

podem influenciar a satisfação da mulher durante o seu parto, requerendo por parte da equipe de saúde um olhar humanizado para efetivação do cuidado”.

Finalmente, é possível afirmar que a fundamentação da prática com base na Teoria de Conforto de Kolcaba não só proporcionou uma estrutura conceptual para compreender as respostas humanas à experiência do parto, como também promoveu a reflexão crítica, o planeamento individualizado e a avaliação contínua da qualidade dos cuidados de Saúde Materna e Obstétrica prestados.

3. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Sendo a experiência de estágio crucial para a aquisição de competências específicas, será realizada uma análise e reflexão crítica do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas adquiridas do EEESMO. Nesta parte serão ainda abordadas as experiências mínimas para a aquisição do título de EEESMO.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019, p. 4745), as competências comuns “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.

Os quatro domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No âmbito do primeiro domínio, ao longo do estágio procurou-se agir de forma ética e com base nas normas legais do serviço e da instituição, cumprindo as normas deontológicas e as leis que regem a profissão, tal como é preconizado pelo Estatuto da

Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (OE, 2015). O respeito pelos princípios éticos e deontológicos, como a autonomia da mulher, a beneficência, a não maleficência, a justiça, a confidencialidade, entre outros, foi uma prioridade na prática clínica. Por exemplo, em situações de escolhas relacionadas com o parto, assegurou-se que as mulheres tomassem decisões informadas sobre as opções disponíveis, respeitando as suas decisões e tendo em conta as limitações do serviço.

Em cenários desafiadores, como no acompanhamento de mulheres em trabalho de parto de alto risco, permaneceu o foco em garantir que os direitos humanos fossem respeitados. Numa situação de pré-eclâmpsia de uma parturiente, a atuação teve que ser rápida e eficaz, sem descurar a necessidade da informação e consentimento face aos procedimentos necessários/recomendados, respeitando os seus direitos e autonomia. A prestação de cuidados de saúde equitativos destacou-se, especialmente, em grupos vulneráveis, como os adolescentes e os diversos imigrantes que existem na região Norte do país, assegurando-se um apoio reforçado às suas necessidades específicas. Para garantir decisões éticas e responsáveis, privilegiou-se a utilização de estratégias de comunicação clara, acessível e objetiva, bem como o trabalho interdisciplinar.

A World Health Organization (WHO, 2018) recomenda que os cuidados prestados à mulher durante todo o trabalho de parto e parto sejam respeitosos, mantendo a sua dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a ausência de danos e maus tratos e possibilitando a escolha informada e o apoio contínuo durante o trabalho de parto e o parto. Para tal, procurou-se manter um ambiente seguro e adequado às preferências da mulher, limitando o número de pessoas presentes na sala de parto ao essencial.

Na prestação de cuidados deve estar presente o consentimento informado, que consiste na “(...) autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção (...)” (OE, 2007, p. 1). Assim, procedia-se a uma discussão informada com a mulher acerca dos procedimentos propostos, assegurando a sua autonomia, conforto e respeito pela sua integridade física e emocional. O uso de barreiras físicas, como a roupa de cama e as portas fechadas, foi fundamental para evitar exposições desnecessárias do corpo da mulher. O ato de manter a mulher coberta e expor apenas as áreas necessárias durante os procedimentos permitiu o respeito da sua intimidade, dignidade e privacidade durante todo o processo.

Relativamente à melhoria contínua da qualidade, houve a oportunidade de participar ativamente no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da melhoria contínua da qualidade dos serviços, nomeadamente na atualização dos profissionais. Organizou-se uma sessão formativa para as Enfermeiras Especialistas do serviço, em conjunto com as restantes colegas de estágio, na qual foram abordados diversos métodos que contribuem para o alívio da dor, que é um dos grandes desafios que os EEESMO enfrentam na sua prática clínica.

A estratégia que foi desenvolvida teve como objetivo divulgar a evidência que sustenta o uso da bola de Pilates nas diversas fases do trabalho de parto, cuja apresentação foi intitulada “Mobilização da Bacia na Bola de Pilates” (Apêndice I). Após uma pesquisa da evidência científica, concluiu-se que esta estratégia, não só promove o alívio da dor, como também melhora o conforto e facilita o progresso do parto. A bola de pilates permite que a mulher tenha liberdade de movimentos, aumenta a mobilidade pélvica, verticalidade e alternância da posição corporal, ajudando a aliviar a pressão na região lombar e favorece o posicionamento adequado do bebé, o que pode otimizar a dilatação. Além disso, promove uma experiência mais humanizada, dando à parturiente maior controlo sobre o processo e reduzindo a necessidade de intervenções médicas, como analgesia medicamentosa excessiva ou cesariana (Zaky, 2016). Durante o estágio foram-se aplicando as estratégias abordadas na sessão formativa, o que contribuiu para a melhoria dos cuidados prestados.

De igual modo, a participação quer em conversas e discussões com a equipa multidisciplinar, quer nas passagens de turno de enfermagem, reforçou a competência no planeamento e implementação de práticas que visam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Por outro lado, garantir um ambiente terapêutico seguro para a tríade foi uma preocupação constante ao longo do ENP, especificamente através da verificação contínua do funcionamento e manutenção dos equipamentos, do cumprimento das normas de segurança e da promoção de um ambiente humanizado que respeitasse as necessidades das mulheres, recém-nascidos e respetivos acompanhantes.

Quanto ao domínio da gestão dos cuidados, procurou-se sempre gerir da melhor forma possível os cuidados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, otimizando a resposta da equipa e a articulação com outros profissionais de saúde. Por exemplo, em situações de trabalho de parto ativo de mais de que uma parturiente em simultâneo, realizou-se uma organização e coordenação da divisão de tarefas entre as EEESMO para

garantir que cada parturiente recebesse assistência contínua e centrada nas suas necessidades. Articulou-se também com os Médicos Obstetras e Anestesiologistas a preparação de intervenções, como a aplicação de analgesia epidural ou a assistência instrumentalizada, quando necessário.

Para além disso, adaptou-se a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Num caso de uma cesariana de emergência por cardiotocograma patológico, após tentativa sem sucesso de reverter as causas, a comunicação imediata da situação à equipa médica foi fundamental, ainda quando o cardiotocograma era suspeito, de modo a permitir a avaliação médica da inviabilidade do parto vaginal instrumentado e a garantir o bem-estar materno-fetal. O pedido de colaboração para a realização de intervenções, assumindo a liderança, bem como o fornecimento de suporte emocional e informações claras sobre os procedimentos, foram cruciais para o desfecho positivo da situação.

Foi também efetuada uma articulação com a equipa de Neonatologia, entrando de imediato em contacto com o serviço para salvaguardar a presença de um Médico Neonatologista/Pediatra aquando o nascimento. Em suma, estas atuações integradas e proativas, juntamente com o trabalho em equipa e a comunicação eficaz, foram muito importantes para minimizar riscos e garantir a segurança e a qualidade dos cuidados.

No que diz respeito ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o estágio proporcionou o aprimoramento do autoconhecimento relativo às competências e limitações pessoais e, ainda, a melhoria da capacidade de assertividade, fortalecendo a confiança na expressão de opiniões clínicas e contribuindo de forma ativa para decisões interdisciplinares. No decurso de todo o estágio houve a necessidade de aprofundar os conhecimentos científicos através do investimento na revisão contínua da literatura, de modo a basear e fundamentar a praxis clínica especializada em evidência científica atual. As grávidas têm, atualmente, acesso facilitado a uma grande quantidade de informação, o que contribui para o aumento das suas expectativas e para uma maior proatividade na vivência do parto. Esta realidade, longe de ser encarada como um desafio negativo, representa uma oportunidade para reforçar o papel do EEESMO enquanto facilitador de decisões informadas e promotor de cuidados centrados na mulher. A título de exemplo, as diversas posições que podem ser adotadas durante o trabalho, com base nas diferentes fases do mesmo e na estática fetal, foram um aspeto que exigiu aprofundamento, de forma

a permitir um acompanhamento e aconselhamento adequado à parturiente e, assim, promover uma experiência positiva de parto.

O pensamento crítico foi também aprimorado durante todo o percurso prático, no sentido de garantir cuidados seguros, eficientes e centrados na mulher, no recém-nascido e convivente significativo, especialmente em situações que exigiram decisões rápidas e fundamentadas. Foi necessária uma capacidade de análise, interpretação e avaliação das situações para resolver problemas de forma sistematizada e reflexiva, tomar decisões baseadas em evidência científica e prestar um cuidado respeitoso das necessidades individuais de cada pessoa.

Em síntese, o ENP foi uma oportunidade essencial para integrar e consolidar as competências comuns do Enfermeiro Especialista, garantindo uma prática profissional segura, eficiente e de qualidade, alicerçada nos fundamentos éticos da profissão e centrada nas necessidades das mulheres, dos recém-nascidos e dos seus acompanhantes.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

As competências específicas do EEESMO são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde da mulher no âmbito do ciclo reprodutivo (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Segundo o Regulamento n.º 391/2019 (2019, p. 13561), a mulher é considerada como a “(...) entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade”.

Tendo em conta que o ENP se desenvolveu apenas em contexto de cuidados em Bloco de Partos, no presente relatório serão abordadas as seguintes competências específicas:

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

3.2.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

A admissão das grávidas é efetuada no Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, após ter sido feita a triagem de Manchester no Serviço de Urgência Geral da instituição, onde é colocada uma pulseira de acordo com a situação clínica. A grávida é avaliada pela EEESMO e pelo Médico Obstetra. Posteriormente, é encaminhada para o Bloco de Partos, para o Internamento de Grávidas ou então tem alta clínica. Independentemente da necessidade de internamento e do serviço para a qual a mulher é encaminhada, é realizada uma colheita de dados e preenchida a história clínica de enfermagem, que fica anexa ao processo clínico. É também verificada a existência de plano de parto, se previamente deixado pela própria na unidade ou entregue no momento, de modo a atuar de acordo com o mesmo.

Para além dos cuidados prestados à mulher durante o período pré-natal, foi igualmente possível desenvolver competências no acompanhamento de mulheres em situação de abortamento. Nos últimos turnos do estágio deram entrada no serviço duas mulheres em trabalho de abortamento espontâneo.

De acordo com Néné et al. (2016), um aborto espontâneo consiste no fim de uma gravidez antes das 24 semanas, em Portugal [ou 22 semanas, segundo a WHO (2000)], ou quando o produto de concepção tenha um peso inferior a 500 gramas, se for difícil determinar a idade gestacional. Diferencia-se de um aborto induzido, que é um procedimento realizado por meios medicamentosos ou cirúrgicos. O aborto pode ainda ser classificado como precoce, antes das 12 semanas de idade gestacional, e tardio, quando ocorre entre as 12 e as 22/24 semanas de gestação (WHO, 2000; Néné et al., 2016).

A promoção da saúde da mulher em situação de abortamento e a respetiva prestação de cuidados exige uma abordagem sensível, empática e multifacetada, que envolve cuidados físicos, emocionais e psicológicos, respeitando as necessidades individuais da mulher e família, bem como um acompanhamento cuidadoso para prevenir complicações. Não ocorreu nenhuma complicação em nenhum dos casos acompanhados. Os cuidados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica prestados neste contexto envolveram uma abordagem holística, que incluiu não só apoio emocional, mas também fornecimento de informação clara, vigilância clínica adequada, alívio da dor, promoção do conforto e respeito pela dignidade e pelos valores culturais das mulheres. Uma delas,

por exemplo, expressou o desejo de ver o feto, enquanto a outra preferiu não o fazer. Em ambas as situações, as decisões foram respeitadas e acompanhadas com sensibilidade e empatia.

Estas experiências favoreceram o desenvolvimento de competências relacionadas com a atuação do EEESMO em contextos de perda gestacional, promovendo cuidados individualizados, centrados na mulher e ajustados às suas necessidades. Contribuíram, ainda, para o reforço da capacidade de intervir em situações emocionalmente exigentes e de estabelecer uma relação terapêutica sólida, acolhedora e respeitosa do luto gestacional.

3.2.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e período pós-natal

O trabalho de parto é um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à expulsão do feto, das membranas, do cordão e da placenta para o exterior do útero (Sequeira et al., 2020). O Bloco de Partos foi o contexto que permitiu o desenvolvimento de competências relativas aos cuidados à mulher durante o trabalho de parto. Quando as grávidas dão entrada neste serviço são recebidas por uma EEESMO, que fica responsável pelo acompanhamento do trabalho de parto. De acordo com a Orientação nº 002/2023 publicada pela Direção-Geral da Saúde (DGS), o responsável pelo parto é “o profissional de saúde que presta a principal assistência à parturiente e ao feto na altura da realização dos esforços expulsivos maternos e do parto, bem como os principais cuidados à mulher no pós-parto imediato” (Portugal, 2023, p. 2).

Se a mulher e o acompanhante ainda não conhecerem o serviço e a situação clínica da mesma o permitir, são-lhes apresentadas as instalações e são acolhidos numa unidade de partos. De seguida inicia-se a vigilância e cuidados em trabalho de parto e parto. Para tal, é fundamental que a EEESMO responsável investigue em profundidade a história clínica da mulher e a complemente ao longo de todo o processo de cuidados, de modo a identificar as suas necessidades atuais e futuras (Cardoso et al., 2023).

Segundo Cardoso et al. (2023), é importante explorar os significados e conhecimentos da mulher sobre o trabalho de parto, as estratégias facilitadoras do trabalho de parto e as estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto, avaliando ainda a autoeficácia e capacidades para o uso dessas estratégias. É de referir que todos estes focos de atenção, que contribuem para a preparação para o parto, podem e devem

ser explorados e trabalhados anteriormente, para que nesta fase já estejam presentes as expectativas, conhecimentos, capacidades e significados de natureza individual da mulher, de forma a conseguir uma experiência positiva do seu parto.

Uma ferramenta útil para isso é o plano de parto, que é definido, conforme os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021), como um planeamento do parto pela mulher e pela pessoa significativa, em conformidade com as suas preferências, valores, crenças e desejos da natureza individual. Pode ser escrito ou não e é dinâmico, construído e refletido ao longo da gravidez, podendo ser alterado por vontade própria. Na instituição onde se desenvolveu o estágio existe, ainda, uma consulta de Plano de Nascimento, que tem como objetivo apoiar a grávida e a pessoa significativa na construção de um plano de parto informado e exequível. Compete ao EEESMO orientar este processo, assegurando que as decisões são informadas e que é salvaguardado o bem-estar materno-fetal (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2012). Assim, no decorrer do ENP, procurou-se atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade. Verificou-se que uma grande parte das mulheres têm conhecimento deste recurso e o utilizam, sendo a experiência positiva. Portanto, considera-se o plano de parto como uma ferramenta central para o cuidado individualizado.

É essencial compreender as preferências, valores e expectativas da mulher, de modo a ajustar a prática às suas necessidades. Todavia, em algumas situações, percebeu-se a necessidade de ajudar a mulher a responder não só às suas expectativas, mas também às necessidades do momento. Surgiu, por exemplo, uma situação em que a mulher tinha escolhido adotar unicamente a posição de cócoras para o parto, mas, com o passar do tempo, começou a ficar cansada e o trabalho de parto deixou de evoluir favoravelmente. Foi então sugerida a alternância de posição, a fim de reverter a situação. Após conversar com a parturiente e serem propostas e explicadas outras posições, percebeu que, naquele momento, a posição que tinha escolhido não estava a ser a mais apropriada. Numa fase final do trabalho de parto, foi possível ir novamente ao encontro das suas expectativas iniciais, voltando à posição escolhida, mas, desta vez, em cima da cama, de modo a ser mais confortável.

Outro exemplo prático foi o de uma mulher que expressou o desejo de evitar a analgesia epidural e priorizar métodos não farmacológicos para o alívio da dor. De modo

a atuar conforme o plano de parto, disponibilizou-se uma bola de Pilates, incentivou-se a adoção de movimentos ativos e utilizaram-se técnicas de massagem. Néné et al. (2016) conclui que o plano de parto deverá ser muito mais do que a elaboração de uma lista de opções e escolhas, deverá refletir o envolvimento pessoal que confira confiança ao casal, permitindo criar um ambiente de segurança que culmine com uma experiência satisfatória.

Um dos focos que se teve durante todo o estágio foi garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto. A criação de um ambiente seguro envolveu não apenas a monitorização rigorosa dos parâmetros clínicos, como também a atenção às condições emocionais e físicas da mulher. A privacidade, o conforto e o bem-estar e da mulher e convivente significativo foram essenciais para a progressão saudável do trabalho de parto, contribuindo para um cuidado humanizado e para a confiança na equipa.

Por exemplo, em situações em que o ambiente estava muito movimentado, implementar medidas como limitar o acesso apenas aos profissionais necessários e reduzir estímulos externos, como o ruído e a luminosidade, ajudou a criar as condições mais favoráveis à evolução do trabalho de parto. Outra estratégia utilizada para promover o conforto e bem-estar da parturiente durante o trabalho de parto foi a implementação de técnicas de respiração e relaxamento que, segundo a WHO (2018), melhoram a sensação de segurança, força controlo e conexão, o que contribui para um trabalho de parto e uma experiência positiva de parto.

A experiência evidenciou a importância de incluir os conviventes significativos no processo, reconhecendo-os como fontes de suporte emocional. Respeitou-se a recomendação da WHO (2018) relativamente à presença de um acompanhante à escolha da mulher ao longo do trabalho de parto e parto. No entanto, em alguns casos, os acompanhantes estavam ansiosos e precisaram de orientações para que pudessem participar de forma mais tranquila e eficaz, nomeadamente através do envolvimento nas estratégias de alívio da dor da mulher, como as massagens, para se sentirem úteis e integrados.

Para além disso, também o contacto pele a pele do recém-nascido com a mãe e com o pai promove a vinculação entre eles, sendo essencial para o desenvolvimento emocional do bebé e para a formação do núcleo familiar. O contacto pele a pele estimula a libertação de ocitocina, conhecida como o a "hormona do amor", promovendo sentimentos de segurança e apego, tanto para os pais como para o recém-nascido

(Widström et al., 2019). Estudos demonstraram ainda que a resposta dos pais aos sinais do bebé, como fome ou desconforto, é outro fator chave no fortalecimento do vínculo. Práticas como pegar no bebé ao colo quando está a chorar e falar com ele, num tom de voz calmo e afetuoso, embalando-o até que se acalme, ajudam a estabelecer um vínculo essencial para o desenvolvimento social e emocional da criança a longo prazo (Cardoso et al., 2024).

Tal como a WHO (2018) e a DGS (Portugal, 2023) recomendam, foi promovido o contacto pele a pele dos recém-nascidos com as suas mães na primeira hora de vida, para fortalecer o vínculo afetivo, otimizar a resposta hormonal, bem como prevenir a hipotermia e promover a amamentação. Foi também uma prioridade identificar o estado de alerta do recém-nascido e a predisposição de ambos para a amamentação na primeira hora de vida, assistindo a amamentação precoce. A avaliação da primeira mamada e a ligação mãe-filho e pai-filho foi, assim, realizada nas primeiras duas horas após o parto, conforme a Orientação nº 002/2023 da DGS (Portugal, 2023).

A prática permitiu desenvolver competências de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. O acompanhamento de mães com diferentes níveis de experiência, exigiu intervenções personalizadas e individualizadas, conforme as respetivas necessidades. Diversos desafios emergiram neste processo. Por parte do recém-nascido, verificaram-se dificuldades na pega correta da mama. Por parte da mãe, observaram-se dor, cansaço, insegurança, falta de conhecimento e alguns mitos sobre amamentação, nomeadamente pensamentos como “não ter leite”, “não ser suficiente para o bebé” ou “não ser bom”, que comprometiam a amamentação. A sobrecarga de trabalho dos EEESMO durante períodos de maior afluência de parturientes limitou o tempo disponível para apoiar cada mulher adequadamente. A falta de conhecimentos e/ou experiência na amamentação constituiu igualmente uma dificuldade no apoio ao aleitamento materno exclusivo, exigindo frequentemente o recurso a EEESMO com maior experiência na área. Contudo, através da aplicação de conhecimentos teórico-práticos, investimento de tempo, disponibilidade e paciência, foi possível superar estes desafios. As orientações fornecidas e as intervenções adotadas foram baseadas em evidência científica, com foco no empoderamento da mulher.

Relativamente à dor durante o trabalho de parto, que é uma realidade com um impacto significativo na experiência de parto, tal como já foi mencionado anteriormente, foram implementadas várias intervenções de promoção, prevenção e controlo da mesma.

As experiências de cooperação com os Médicos Anestesiologistas na administração da analgesia epidural foram inúmeras, uma vez que as mulheres optaram maioritariamente por essa opção farmacológica. Segundo Néné et al. (2016), a analgesia epidural constitui o método mais frequentemente utilizado em Portugal para o alívio da dor durante o trabalho de parto e parto.

O tipo de analgesia epidural utilizada na instituição é a *Programmed Intermittent Epidural Bolus* (PIEBs), que permite administrar automaticamente doses em intervalos de tempo programados, conforme prescrição médica. Para além desses bólus, a parturiente pode ainda recorrer a doses de resgate em SOS, que são limitadas à dosagem máxima definida. Apesar da PIEBs otimizar a analgesia, a promoção da mobilidade materna durante o trabalho de parto foi favorecida pelo uso da *Walking Epidural*, também conhecida como “caminhar com epidural”. Segundo Sequeira et al. (2020), esta técnica revelou ser uma opção benéfica para promover a participação ativa da mulher no trabalho de parto, proporcionando maior liberdade de movimento, autonomia e satisfação maternas.

Em todas as situações apoiou-se a decisão da parturiente, esclareceram-se as dúvidas e desmistificaram-se conceitos. Procedeu-se previamente à cateterização de uma veia periférica para administração de solução polieletrolítica com glucose a 5%, conforme preconizado pela DGS (Portugal, 2023). Seguidamente, preparou-se o material necessário para a técnica anestésica, auxiliou-se a grávida no correto posicionamento e procedeu-se à monitorização e vigilância da tensão arterial, frequência cardíaca e dor, bem como à realização de Cardiotocografia (CTG).

Revelou-se crucial o despiste precoce de complicações, nomeadamente hipotensão, cefaleias pós punção da meninge dura-máter, lesões neurológicas, parestesias ou lesões nervosas. Para tal, procedeu-se à avaliação do nível sensitivo e motor do bloqueio, 20 minutos após a administração de cada bólus, utilizando a escala de Bromage, que classifica o grau de bloqueio motor em quatro níveis: 0 – ausência de bloqueio motor (flexão completa dos joelhos e pés); 1 – bloqueio parcial (capacidade de elevar os joelhos); 2 – bloqueio quase completo (capacidade apenas de mexer os pés); 3 – bloqueio completo (incapacidade de mover os joelhos ou os pés). Valores superiores a 2 exigiam contacto com o Anestesiologista (Portugal, 2023). Quando o grau era 0, incentivava-se e assistia-se a mobilização, acompanhando a parturiente no primeiro levante após cada bólus.

Alguns casos de hipotensão materna ocorreram após a administração da analgesia epidural, sendo detetados através da monitorização rigorosa da tensão arterial e da observação de sinais e sintomas manifestados pelas parturientes, nomeadamente náuseas, tonturas, vertigens, visão turva e sensação de desmaio. Para evitar uma diminuição marcada da perfusão placentária e uma consequente hipóxia fetal (Campos et al., 2011), adotaram-se medidas como o posicionamento da mulher em decúbito lateral esquerdo, para favorecer o retorno venoso e a oxigenação uteroplacentária, a administração de fluidos intravenosos (cristaloides) e, nos casos em que a hipotensão persistia, a administração de medicamentos vasopressores (Efedrina, Fenilefrina).

Durante o trabalho de parto, procedeu-se ao registo sistemático das micções. Contudo, nas mulheres submetidas a analgesia regional, foi necessária uma monitorização mais rigorosa, uma vez que a epidural pode reduzir a sensibilidade vesical e comprometer a perceção da necessidade de urinar. Incentivou-se a micção espontânea, mas quando esta não ocorria há mais de 6 horas, avaliava-se a presença de globo vesical e propunha-se à grávida o esvaziamento vesical com cateter para evitar a retenção urinária (Portugal, 2023). Esta cooperação com a equipa médica foi especialmente importante nos casos de trabalho de parto prolongado, onde o trabalho em equipa e apoio conjunto foi decisivo para evitar o esgotamento da mulher.

No que concerne ao processo de trabalho de parto, desenvolveram-se competências na identificação e monitorização do mesmo. No decorrer do estágio, quando as grávidas deram entrada no Bloco de Partos, foi possível identificar os sinais de início de trabalho de parto que, segundo Sequeira et al. (2020), caracterizam-se pelo aparecimento de contrações uterinas dolorosas e de frequência e intensidade regulares, acompanhadas de apagamento e dilatação cervical. A consideração das definições dos quatro estádios do trabalho de parto revelou-se fundamental para determinar as intervenções adequadas a cada fase.

O primeiro estágio caracteriza-se pelo apagamento ou extinção e dilatação do colo, o segundo consiste no período expulsivo, o terceiro na dequitação e o quarto no puerpério imediato, isto é, nas primeiras duas horas após o parto (Néné et al., 2016). No primeiro e no segundo estágio distinguem-se também duas fases: a latente e a ativa (Portugal, 2023). A fase latente do primeiro estágio do trabalho de parto decorre desde o início das contrações uterinas rítmicas até aos 5 cm de dilatação (exclusive) e a fase ativa decorre entre a dilatação cervical ≥ 5 cm com apagamento/extinção $\geq 80\%$ e a dilatação

completa. No segundo estágio do trabalho de parto, a fase latente define-se como o intervalo que decorre entre o momento em que é detetada dilatação cervical completa e o momento em que se iniciam os esforços expulsivos maternos. A fase ativa do segundo estágio, por sua vez, decorre entre o início dos esforços expulsivos maternos e o nascimento completo do feto (Portugal, 2023).

Inicialmente, quando se identificava a necessidade de vigilância materno-fetal ainda na fase latente do primeiro estágio, procedia-se ao internamento da mulher no serviço de Internamento de Grávidas, onde se iniciava a monitorização do trabalho de parto. De acordo com o National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2022), às mulheres com baixo risco de complicações, no primeiro estágio do trabalho de parto, realizou-se a auscultação intermitente da frequência cardíaca fetal com um transdutor Doppler, uma vez que a monitorização com CTG contínua está associada a um risco de aumento de intervenções, em comparação com a auscultação intermitente. Conforme preconizado pela DGS (Portugal, 2023), avaliaram-se também os sinais vitais a cada 4 horas, com exceção da frequência cardíaca materna, que era verificada aquando a auscultação intermitente da frequência cardíaca fetal, para garantir a distinção entre os batimentos maternos e fetais. Os exames vaginais realizaram-se de acordo com a sintomatologia apresentada ou com as necessidades clínicas da parturiente. Se não houvesse evolução da dilatação e/ou apagamento do colo do útero num intervalo de 8 horas, comunicava-se à equipa médica.

Conforme a evolução do trabalho de parto e a necessidade de uma vigilância materno-fetal acrescida como, por exemplo, quando era necessário iniciar analgesia epidural ou indução do trabalho de parto com ocitocina, as parturientes eram transferidas para o Bloco de Partos. Nesses casos iniciava-se CTG contínua, bem como em situações em que existiam fatores de risco materno pré-natal, tais como cesariana anterior ou outra cicatriz uterina, qualquer distúrbio hipertensivo que necessitasse de medicação, diabetes pré-existente ou gestacional que requeria terapêutica, rutura prolongada de membranas, hemorragia vaginal, suspeita de corioamnionite ou sépsis materna (NICE, 2022).

Também se deve efetuar monitorização com CTG contínua, segundo a NICE (2022), em mulheres em trabalho de parto que apresentem qualquer um dos seguintes fatores de risco fetal pré-natal: apresentação não cefálica, Restrição do Crescimento Intrauterino (RCIU), feto pequeno para a idade gestacional com outras características de

alto risco, idade gestacional avançada, anidrâmnio ou polidrâmnio e movimentos fetais reduzidos nas 24 horas anteriores ao início das contrações regulares.

Na fase ativa do primeiro estágio mantiveram-se os mesmos cuidados referidos acima, à exceção do exame vaginal, que passou a realizar-se a cada 4 horas. Quando não havia evolução da dilatação cervical nesse intervalo de tempo, avaliavam-se as possíveis causas da estagnação e implementavam-se medidas de otimização do trabalho de parto, comunicando-se à equipa médica sempre que necessário. Na fase latente do segundo estágio do trabalho de parto o exame vaginal realizou-se a cada duas horas. Comunicava-se igualmente à equipa médica a ausência de evolução da descida da apresentação neste intervalo de tempo e/ou a falta de vontade de realizar esforços expulsivos após duas horas numa múltipara e três horas numa nulípara (Portugal, 2023).

Observou-se uma diferença significativa na duração do trabalho de parto entre primíparas e múltiparas. Porém, também foram observados outros fatores que podem ter influência na duração do trabalho de parto, tais como a idade materna, condição física e emocional da mulher, uso de analgesia, posição da parturiente, adequação da estrutura pélvica em relação ao feto, posição e apresentação fetal, intervenções clínicas e suporte recebido.

É de referir que as orientações publicadas pela DGS (Portugal, 2023) foram muito úteis para nortear as intervenções e promover uma experiência positiva de parto, mas, no que diz respeito aos intervalos de tempo, nem sempre eram seguidos com precisão, pois, com o progresso do trabalho de parto individual de cada mulher, surgiam situações em que se justificava fazer o exame vaginal de imediato. Podem ser considerados como exemplos: alterações na frequência cardíaca fetal, que não revertiam com as intervenções adequadas; uma perda hemática genital anormal; ou no caso de uma emergência obstétrica.

A realização dos exames vaginais permitiu a melhor compreensão e aplicação do Índice de Bishop, que consiste na determinação da maturação cervical através da avaliação do grau de dilatação cervical, apagamento, posição e consistência do colo e altura da apresentação em relação às espinhas isquiáticas (Sequeira et al., 2020).

De acordo com as recomendações da WHO (2018) e da DGS (Portugal, 2023), encorajaram-se as mulheres a adotarem a posição que preferiam e lhes fosse mais confortável durante o parto, de modo a respeitar as suas decisões. Na fase ativa do

segundo estágio o exame vaginal realizou-se a cada 30 minutos se nada ocorresse que justifique um exame imediato. A ausência de evolução da descida da apresentação nesse período de tempo ou os esforços expulsivos superiores a 60 minutos de duração foram comunicados à equipa médica.

Para além da realização de exames vaginais e determinação do Índice de Bishop, a execução das manobras de Leopold, a avaliação da estática fetal e a interpretação da CTG constituíram ferramentas úteis para a vigilância e monitorização do trabalho de parto. Estas competências foram aprimoradas através das diversas experiências práticas.

Todos os registos foram efetuados no partograma e no processo clínico informático, acessível a todos os profissionais da equipa envolvidos na assistência ao trabalho de parto. O partograma funcionou como uma ferramenta essencial para a monitorização do trabalho de parto e deteção de desvios da normalidade, permitindo o acompanhamento contínuo e estruturado por todos os profissionais, o que favoreceu a tomada de decisões clínicas e, consequentemente, um acompanhamento da evolução do trabalho de parto e parto seguro e eficiente.

No momento do parto estiveram sempre presentes pelo menos dois profissionais de saúde na unidade de parto: o responsável pelo parto e outro profissional responsável pelos cuidados ao recém-nascido. O responsável pelo parto equipava-se com máscara, touca, bata e luvas esterilizadas e o responsável pelos cuidados ao recém-nascido com luvas esterilizadas. Previamente, preparava-se a unidade com todo o material necessário.

Em algumas situações, que assim o justificavam, foi contactada a Médica Neonatologista/Pediatra para estar presente no momento do parto. Segundo a DGS (Portugal, 2023), deve estar presente na altura do parto nas seguintes situações: parto instrumentado, cesariana, parto gemelar, parto pélvico, suspeita de hipoxia fetal anteparto ou intraparto, suspeita de restrição de crescimento fetal, suspeita de corioamnionite, presença de mecónio espesso no líquido amniótico e gestação com inferior a 37 semanas, diagnóstico pré-natal de malformação fetal major. Adicionalmente, a chamada com emergência deve ser feita quando surge uma distócia de ombros, prolapso do cordão umbilical, paragem cardiorrespiratória materna ou quando o recém-nascido nasce hipotónico e não exhibe movimentos respiratórios ou estes não são eficazes.

De preferência antes do parto e num momento oportuno em que a mulher mostrasse recetiva, foi fundamental a preparação da mesma para o período expulsivo, de

forma a garantir a eficácia dos esforços expulsivos e a promover sentimentos de segurança e confiança. Às parturientes que tinham frequentado sessões de preparação para o parto e parentalidade eram lembradas as orientações essenciais e reforçada a prática dos esforços expulsivos. Esta intervenção era mais direcionada para os casos em que a parturiente se encontrava sob efeito de analgesia epidural, uma vez que esta pode reduzir a percepção fisiológica da necessidade de fazer força e interferir com a coordenação motora voluntária. Nas mulheres sem analgesia epidural, os esforços expulsivos ocorriam de forma espontânea e fisiológica, guiados pela percepção do impulso expulsivo instintivo.

Durante o período expulsivo propôs-se às parturientes a realização de massagem perineal, no intervalo das contrações, com o intuito de evitar ou reduzir o trauma perineal. A maioria das mulheres aceitou e agradeceu a preocupação com esse aspeto. A proteção perineal e o controlo da descida da apresentação, quando esta última começava a distender a vulva também foram estratégias adotadas em todos os partos efetuados, conforme as orientações da DGS (Portugal, 2023).

Utilizou-se igualmente a aplicação de compressas quentes no períneo, técnica fundamentada na evidência científica (Aasheim et al., 2017), para prevenção do trauma perineal. A WHO (2018) também recomenda esta técnica, evidenciando que as compressas mornas perineais reduzem as lacerações de 3º e 4º graus. Adicionalmente, afirma que a massagem perineal pode aumentar a probabilidade de se manter o períneo íntegro e reduzir as lacerações perineais graves e que é provável que uma conduta de proteção ativa do períneo reduza as lacerações perineais de 1º grau. Porém, uma recente revisão sistemática sobre técnicas perineais durante a segunda fase do trabalho de parto para reduzir traumas perineais e complicações pós-parto (Dwan et al., 2024) concluiu que, no geral, a evidência da eficácia das técnicas perineais para reduzir o trauma perineal e a hemorragia pós-parto (HPP) é muito incerta.

Foi também notória a preocupação das mulheres com a prática da episiotomia, referida muitas vezes no plano de parto como não pretendida e até no momento do mesmo. Deste modo, foi necessário esclarecer que não se pratica a técnica de episiotomia por rotina, mas sim apenas nos casos em que a mesma se justifica. A episiotomia médio-lateral seletiva, realizada a um ângulo de 60º da fúrcula vaginal, está indicada apenas em situações específicas. Estas incluem a necessidade de encurtar o segundo estágio do trabalho de parto por suspeita de hipóxia fetal, prevenção de lesão do esfíncter anal em

partos distócicos ou antecedentes de lesão do esfíncter anal (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal [SPOMMF], 2022).

Em todos os partos instrumentados assistidos, antes do uso da ventosa, foi efetuada uma episiotomia pelo Médico/a Obstetra para facilitar o procedimento e reduzir o risco de traumas maternos e neonatais. Contudo, a necessidade deve ser avaliada individualmente. Os resultados da revisão de Jiang et al. (2017) mostram que o uso seletivo da episiotomia (nas mulheres em que não se prevê fazer um parto instrumentado) resulta em menor incidência de trauma perineal grave. Portanto, a evidência atual não suporta a episiotomia de rotina para prevenir trauma perineal/vaginal grave. Não conseguiram encontrar nenhum benefício da episiotomia de rotina para o bebé ou para a mãe. No entanto, considerou-se necessária investigação adicional para estabelecer recomendações sobre o uso da episiotomia em partos vaginais instrumentados.

A WHO (2018), por sua vez, não recomenda o uso rotineiro ou generalizado da episiotomia em mulheres durante um parto vaginal espontâneo. Porém, refere que não existem evidências que corroborem a necessidade de episiotomias nos cuidados de rotina, o que torna difícil estabelecer uma taxa aceitável. O papel da episiotomia em emergências obstétricas, como o sofrimento fetal que requer parto vaginal instrumentado, permanece por estabelecer. Quando realizada, esta técnica exige anestesia local eficaz, consentimento informado e uma incisão médio-lateral, que reduz o risco de lesões obstétricas complexas do esfíncter anal. Deve, ainda, priorizar-se uma sutura contínua e respeitar-se sempre as medidas de controlo de infeção, não sendo recomendado o uso sistemático de antibióticos profiláticos (WHO, 2018). Todas estas evidências foram tidas em consideração na prática do ENP, informando sempre a mulher sobre a necessidade de realização de episiotomia e solicitando consentimento.

Ao longo do estágio surgiram inúmeras situações de indução de trabalho de parto, que consiste em “(...) induzir artificialmente contratilidade uterina, de forma a que se inicie o trabalho de parto antes do que seria suposto espontaneamente, a partir das 24 semanas de gestação” (Néné et al., 2016, p. 353). Conforme a WHO (2022), a indução do parto é recomendada em mulheres que tenham atingido as 41 semanas de gravidez, pois aquelas que excedem essa idade gestacional estão associadas a resultados adversos tanto para as mulheres como para os fetos. Assim, deve ser proposta apenas quando existem indicações claras de que a continuação da gravidez representa um risco mais elevado para a mãe ou para o bebé do que o risco de induzir o parto.

Existem vários métodos que, conforme o protocolo institucional, foram escolhidos e aplicados de acordo com a avaliação do Índice de Bishop. Nas situações em que é igual ou inferior a 5, o colo do útero é considerado desfavorável, sendo necessária a maturação cervical prévia, realizada com prostaglandinas (E1 – Misoprostol oral ou vaginal e E2 – dispositivo de Dinoprostona vaginal) ou com métodos mecânicos (sonda de Foley com balão insuflável na ponta). Quando o Índice de Bishop é igual ou superior a 6, está indicada a indução com ocitocina. Estes valores de referência podem variar entre instituições.

Durante a indução do parto, manteve-se sempre uma vigilância materno-fetal rigorosa, de acordo com o protocolo hospitalar, devido aos riscos que cada um dos métodos pode acarretar. Para além das complicações e efeitos adversos, também foi crucial ter em consideração as contraindicações e precauções especiais no uso de cada método. Segundo uma revisão da literatura (de Vaan et al., 2023), a indução do parto com prostaglandinas E2 vaginais é provavelmente tão eficaz quanto a indução mecânica com um balão. Acrescenta ainda que um balão pode ser menos eficaz do que o Misoprostol oral ou vaginal. Todavia, o balão parece ter um perfil de segurança mais favorável para o bebé.

No decorrer do estágio contactou-se com todos estes métodos de indução do trabalho de parto, visando sempre equilibrar os benefícios clínicos da indução com a segurança materno-fetal e a experiência positiva do parto para a mulher. Respeitou-se, assim, a fisiologia do trabalho de parto, evitando a rutura artificial das membranas amnióticas (amniotomia) por rotina e a administração de ocitocina endovenosa em mulheres com início de trabalho de parto espontâneo e com evolução normal do mesmo. De acordo com o NICE (2023), em mulheres com baixo risco de complicações, a amniotomia e a ocitocina não reduzem a incidência de parto por cesariana, não aumentam a incidência de partos vaginais espontâneos nem contribuem para melhores resultados neonatais. Portanto, são desnecessárias para mulheres com baixo risco de complicações se o trabalho de parto estiver a progredir normalmente.

Segundo Mahdy et al. (2023), as duas principais indicações para a rutura artificial das membranas são induzir ou acelerar o processo de trabalho de parto ou auxiliar na colocação de dispositivos internos de monitorização fetal, para fornecer uma avaliação direta do estado fetal, uma vez que a membrana amniótica representa um impedimento físico para este tipo de monitorização. Durante o ENP surgiu a necessidade de efetuar a

amniotomia, tendo-se sempre em atenção o risco de prolapso do cordão umbilical. Houve ainda situações em que foi usada a ocitocina para aceleração do trabalho de parto, após consentimento informado da grávida, especificamente para estimular a contratilidade uterina em casos de fase ativa do segundo estágio prolongada, em que as contrações eram muito irregulares e de baixa intensidade, resultando numa estagnação da evolução do trabalho de parto e exaustão materna. Nesses cenários, a ocitocina foi administrada conforme o protocolo institucional, pois esta pode causar danos potencialmente nocivos, resultando numa hiperestimulação uterina com efeitos adversos, como asfixia fetal e ruptura uterina e, por sua vez, aumentar o risco de uma cascata de intervenções durante o trabalho de parto e o parto (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015).

Nos casos de taquissístolia uterina, que é definida como a “(...) ocorrência de cinco ou mais contrações uterinas em 10 minutos, num período superior a 20 minutos ou a 30 minutos” ou de hipertonia uterina, que se refere à “(...) existência de contração uterina durante pelo menos 2 minutos ou mais” (Néné et al., 2016, p. 364), foi necessária uma intervenção rápida e eficaz para reverter a situação. As medidas incluíram a suspensão imediata da ocitocina, posicionamento da parturiente em decúbito lateral esquerdo para melhorar a perfusão uteroplacentária, oxigenoterapia intermitente para prevenir vasoconstrição uterina reativa, administração de fluidos endovenosos e agentes tocolíticos, bem como a comunicação à equipa médica. Em todas as situações, as medidas foram suficientes para reverter o quadro, não sendo necessária intervenção cirúrgica.

Tanto a indução quanto a aceleração do trabalho de parto foram decisões específicas tomadas em conjunto com a equipa médica e com o consentimento informado da mulher, de forma a respeitar a autonomia e dignidade da mesma durante o trabalho de parto e a evitar um impacto negativo na experiência de parto.

As diversas experiências permitiram desenvolver competências nos cuidados à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto, concebendo, planeando, implementando e avaliando as intervenções. As patologias mais frequentes no ENP foram a Diabetes Gestacional, Hipertensão Gestacional e Pré-Eclâmpsia. Estas situações clínicas não só exigiram uma vigilância contínua acrescida, como também reforçaram a necessidade de um cuidado individualizado e baseado em evidências científicas.

No caso das parturientes com Diabetes Gestacional, o controlo da glicemia capilar durante o trabalho de parto foi uma prioridade. A monitorização regular dos níveis de

glicose, com os respectivos ajustes na administração de insulina, conforme o protocolo da instituição, mostrou-se indispensável para prevenir episódios de hiperglicemia ou hipoglicemia maternas, que podem comprometer o bem-estar do feto. A avaliação contínua do bem-estar fetal é recomendada, dado o risco aumentado de macrosomia e complicações associadas, como a distócia de ombros. Esta complicação obstétrica caracteriza-se pela dificuldade em libertar os ombros do feto após a saída da cabeça durante o parto vaginal, sendo necessário recorrer a manobras adicionais para além da habitual tração inferior na cabeça (Campos et al., 2011).

Todas as situações em que esta complicação surgiu foram resolvidas com a manobra de Mc Roberts, que é uma manobra externa que consiste na hiperflexão das coxas sobre o abdómen. Segundo os mesmos autores (Campos et al., 2011, p. 37), “com esta manobra, desloca-se a sínfise púbica num sentido ântero-superior, aumentando o diâmetro ântero-posterior da bacia”. Em alguns casos, foi ainda conjugada esta manobra com a pressão suprapúbica, também chamada de manobra de Rubin I.

No cuidado às parturientes com Hipertensão Gestacional, foi crucial a monitorização rigorosa dos sinais vitais maternos, particularmente da tensão arterial. A administração de terapêutica anti-hipertensora, conforme as prescrições médicas, foi realizada com cautela, considerando sempre os efeitos potenciais sobre o débito cardíaco e a perfusão uteroplacentária. Além disso, a avaliação de sinais e sintomas de progressão para pré-eclâmpsia, como cefaleias, alterações visuais e dor epigástrica, de acordo com o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2020a), foi uma prática contínua e essencial.

Para as parturientes com Pré-Eclâmpsia, os cuidados exigiram mais atenção e habilidade. Neste estágio, todas as situações que surgiram foram classificadas clinicamente sem critérios de gravidade. Ainda assim, o despiste precoce de complicações, de modo a prevenir a síndrome de HELLP ou a Eclâmpsia, foi sempre prioritário. Nos casos de Pré-Eclâmpsia grave, isto é, quando para além da hipertensão arterial e proteinúria, ocorre disfunção orgânica materna e/ou uteroplacentária, é indicada a administração de Sulfato de Magnésio para prevenir convulsões (WHO, 2011). É fundamental a monitorização da tensão arterial e das alterações analíticas, bem como a avaliação rigorosa dos reflexos tendinosos profundos (bicipital, patelar, aquiliano), do débito urinário e dos níveis séricos de Magnésio, para evitar a toxicidade (ACOG, 2020a).

A monitorização fetal contínua foi igualmente relevante, considerando o alto risco de sofrimento fetal agudo.

Além das intervenções clínicas, destacou-se a importância do apoio emocional e psicológico prestado à mulher e ao seu acompanhante, que frequentemente apresentavam ansiedade e medo devido à gravidade dessas condições. A comunicação clara e objetiva sobre as decisões e intervenções, bem como a referenciação de situações que estavam para além da própria área de atuação, foram essenciais para fortalecer a confiança da parturiente na equipa e obter desfechos positivos.

Estas experiências reforçaram a necessidade da prática fundamentada na evidência científica atualizada e no trabalho em equipa. O EEESMO deve estar preparado para agir prontamente perante complicações da gravidez e do parto e, ao mesmo tempo, ser um elo entre a parturiente, a sua família e os restantes profissionais envolvidos.

No decorrer do estágio foi possível constatar que o momento do parto representa uma experiência única e transformadora, tanto para a parturiente como para o progenitor, e que a assistência ao parto vai além da técnica, isto é, exige uma abordagem holística que respeite a individualidade, a cultura e as expectativas da mulher e do seu acompanhante.

É de referir que todos os partos realizados foram de apresentação cefálica. Porém, embora não tenha ocorrido nenhum parto de apresentação pélvica, nos seminários do ENP foi efetuada uma formação por simulação, onde foi possível participar ativamente e treinar em modelos simuladores a execução de um parto de apresentação pélvica.

Por outro lado, surgiu ainda uma experiência de tentativa de versão cefálica externa (VCE) a uma grávida com 36 semanas e 6 dias que pretendia evitar uma cesariana. Segundo a SPOMMF (2021, p. 1), a VCE “(...) é uma manobra que tem por propósito converter um feto em apresentação pélvica num feto em apresentação cefálica pela manipulação fetal através do abdómen materno”, estando indicada a partir das 36 semanas. A Médica Obstetra propôs a manobra à grávida numa consulta, tendo sido agendada uma ida ao Bloco de Partos para realização da mesma. Antes da realização do procedimento, constatei que a Médica voltou a reforçar em que consistia a manobra, bem como os benefícios, os riscos e a taxa de sucesso associados, de forma a que a decisão da grávida fosse informada e consciente.

A presença do EEESMO na VCE foi importante para monitorizar o bem-estar materno e fetal, através da realização de CTG previamente, durante os intervalos entre as tentativas e após a VCE. Apesar de não ter ocorrido nenhuma complicação, as manobras não tiveram sucesso e foram abandonadas após três tentativas. Considerou-se que a localização anterior do dorso fetal possa ter sido um fator de insucesso, tal como refere a SPOMMF (2021). O apoio emocional e esclarecimento de dúvidas durante todo o procedimento foi também importante para reduzir a ansiedade e proporcionar uma experiência humanizada. Após garantir o bem-estar materno-fetal com a realização de CTG durante uma hora e a monitorização dos sinais vitais, a grávida teve alta hospitalar sem intercorrências.

De igual modo, no momento do nascimento, a intervenção do EEESMO baseou-se na evidência científica, nomeadamente no que diz respeito à laqueação do cordão umbilical. A WHO (2018), o ACOG (2020b) e a DGS (Portugal, 2023) recomendam a laqueação tardia do cordão umbilical, não antes de 1 minuto após o nascimento ou depois do cordão deixar de pulsar. A clampagem tardia do cordão umbilical aumenta os níveis de hemoglobina no nascimento e melhora as reservas de ferro nos primeiros meses de vida, o que pode ter um efeito favorável no desenvolvimento do bebé (ACOG, 2020b).

Ao longo do estágio, foi sempre adotada esta recomendação, à exceção de alguns casos em que o recém-nascido nasceu hipotónico e/ou sem movimentos respiratórios eficazes, sendo necessário laquear e cortar precocemente o cordão umbilical e iniciar, de seguida, manobras de reanimação. Nestas situações procedeu-se também à colheita de sangue do cordão umbilical para gasimetria, de modo a avaliar a oxigenação do recém-nascido no momento do nascimento e, assim, excluir a ocorrência de hipóxia, uma complicação grave que acarreta importantes implicações clínicas e médico-legais (Portugal, 2015).

De acordo com a Orientação nº 005/2015 (Portugal, 2015), também foi realizada a colheita de sangue do cordão umbilical para gasimetria quando se verificaram alterações na monitorização fetal intraparto sugestivas de hipóxia fetal, nos partos com extração fetal difícil (por exemplo, naqueles em que ocorreu distócia de ombros), nos partos instrumentados por estado fetal não tranquilizador, quando ocorreu febre materna intraparto e nos casos de RCIU. A DGS (Portugal, 2015) indica ainda que deve ser efetuada a gasimetria quando o Índice de Apgar (IA) ao 1º minuto é inferior a 5. O IA é um método rápido de avaliação do estado de vitalidade do recém-nascido imediatamente

após o nascimento, através de cinco componentes: cor da pele, frequência cardíaca, irritabilidade reflexa, tônus muscular e respiração. A cada componente é atribuída uma pontuação de 0 a 2, da qual resulta um *score* final, sendo que um *score* entre 7 e 10 significa que não houve dificuldade na adaptação à vida extrauterina, de 4 a 6 traduz uma dificuldade de grau moderado e de 0 a 3 uma dificuldade grave (ACOG, 2015). As avaliações são realizadas no 1º, 5º e 10º minutos após o nascimento.

Destaca-se uma situação que ocorreu no início do estágio em que um recém-nascido teve um IA de 3 ao 1º minuto de vida, tendo nascido com frequência cardíaca inferior a 100 batimentos por minuto, respiração fraca e irregular, hipotonia, cianose e irritabilidade reflexa ausente. Procedeu-se de imediato à clampagem do cordão umbilical para ser rapidamente transportado para o reanimador da sala de cuidados especiais ao recém-nascido. A Neonatologista encontrava-se no serviço antes do nascimento, pois tinha sido contactada por suspeita de hipoxia fetal intraparto. O recém-nascido foi submetido a manobras de reanimação pela médica, tendo sido possível a colaboração dos EEESMO nos procedimentos e a presença do pai. Outros membros da equipa permaneceram com a mãe na sala de partos para prestar os devidos cuidados, sem descuidar o apoio emocional perante a situação, mantendo a progenitora informada sobre os procedimentos realizados e atualizada face ao estado clínico do recém-nascido. Nesta situação, efetuou-se a colheita de sangue do cordão umbilical para gasimetria.

Por outro lado, ocorreram situações em que foi necessário colher sangue do cordão umbilical para obtenção de células estaminais, conforme o desejo dos pais. Este procedimento tornou-se cada vez mais comum, devido ao facto “(...) das células presentes no sangue do cordão umbilical possuírem potencial terapêutico para o tratamento de disfunções hematológicas malignas e não malignas e de doenças imunológicas” (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2016, p. 3). Antes de realizar o procedimento, foi essencial abrir o kit que os pais traziam e ler todas as informações que constavam no mesmo, de modo a executar a colheita conforme as especificidades de cada entidade laboratorial. Embora não tenha havido muitas experiências, as que ocorreram permitiram o desenvolvimento de competências nesta área.

Quanto ao procedimento de aspiração de vias aéreas do recém-nascido, que há alguns anos era, em alguns hospitais, uma prática de rotina, a WHO (2018) não recomenda a aspiração da boca e do nariz em neonatos nascidos com líquido amniótico de características normais, que começam a respirar por si mesmos após o parto. Assim,

este procedimento foi efetuado apenas na ocorrência de obstrução da via área com muitas secreções ou mecónio espesso ou quando o recém-nascido não apresentava movimentos respiratórios eficazes ao final do primeiro minuto de vida (Portugal, 2023).

Relativamente ao terceiro estágio do trabalho de parto, a dequitação, decorre desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta (Néné et al., 2016). Após o nascimento, o útero continua a contrair, o que favorece o descolamento da placenta da parede uterina e saída pela vagina (Begley et al., 2019). Existem dois tipos de mecanismos de descolamento: o mecanismo de Schultze inicia o descolamento pelo centro da placenta, com menor sangramento inicial e expulsão pela face fetal (lisa e brilhante), enquanto o de Duncan começa pela periferia, apresentando sangramento precoce e contínuo e expulsão pela face materna rugosa (Néné et al., 2016). O tempo de descolamento, segundo Sequeira et al. (2020), pode variar entre cinco minutos e uma hora.

O EEESMO desempenha um papel fundamental nesta fase, sendo responsável por garantir que o processo ocorra de maneira segura e eficaz, priorizando o bem-estar da mulher e prevenindo complicações. Foi sempre importante avaliar os sinais de descolamento da placenta, tais como a presença de hemorragia, a elevação do fundo uterino 2-3 cm acima do umbigo, o prolongamento do cordão umbilical e alteração na forma do útero de discoide para ovoide (Sequeira et al., 2020).

Após o nascimento do bebé, conforme a DGS (Portugal, 2023) e a NICE (2023), foi efetuada a extração placentária através de uma conduta ativa, que envolve a administração de fármacos uterotónicos e a tração controlada do cordão umbilical após sinais de descolamento da placenta, conjugada com esforços expulsivos maternos. Adotou-se esta conduta, porque está associada a um menor risco de HPP (NICE, 2023). Foram, assim, administradas a todas as mulheres 10 unidades de ocitocina em perfusão endovenosa, sendo este o fármaco de eleição recomendado pela WHO (2018) para a prevenção da HPP.

Procedeu-se sempre à avaliação do tónus uterino, através da verificação do globo de segurança de *Pinard*, bem como à avaliação macroscópica da placenta, verificando rigorosamente a inserção e número de vasos do cordão, comprimento do cordão, peso e integridade da face materna e face fetal (Portugal, 2023). Era igualmente importante verificar a integridade das membranas fetais para assegurar que não permaneciam fragmentos no útero, o que poderia resultar em complicações como HPP ou infeções.

Foram ainda monitorizados os sinais vitais da mulher, com foco na identificação precoce de possíveis complicações, como a HPP primária, que, tal como Campos et al. (2011) afirmam, é uma emergência obstétrica considerada como uma das principais causas de morbidade e mortalidade maternas. Perda hemática muito abundante, hipotensão marcada e/ou o aparecimento de sintomas como mal-estar, tonturas e sensação de lipotimia são sinais de HPP. As HPP precoces, que ocorrem nas primeiras 24 horas após o parto, têm como principais causas a atonia uterina (80%), traumatismos do trato genital e retenção de restos placentares (Campos et al., 2011). No decorrer do estágio ocorreram casos de atonia uterina, não sendo possível palpar o globo de segurança de *Pinard*, que foram resolvidos com a perfusão ocitócica e com o início imediato de massagem uterina vigorosa, levando à expulsão de sangue e coágulos existentes no útero e na vagina.

A avaliação da integridade vulvar, perineal e do esfíncter anal constituiu uma prática minuciosa em todos os partos, para identificar possíveis lacerações e proceder à sua correção, prevenindo disfunções do pavimento pélvico, como a incontinência urinária ou fecal. A maioria das lacerações de 1º grau, isto é, com lesão superficial da mucosa vaginal que pode envolver a pele perineal (Ramar et al., 2024), não requereu sutura, exceto nos casos em que havia hemorragia significativa e/ou distorção anatómica relevante.

Nas lacerações de 2º grau, que atingem também os músculos perineais, optou-se preferencialmente pela sutura contínua para reduzir a dor pós-parto, conforme Ramar et al. (2024). Uma revisão sobre as técnicas de sutura usadas na correção de lacerações de 2º grau e episiotomias revelou que a sutura contínua, comparativamente com a sutura interrompida, está associada a menos dor a curto prazo (até 10 dias após o parto), a uma menor necessidade de analgesia e menor necessidade de remoção de pontos na sutura (Kettle et al., 2012). A SPOMMF (2022, p. 6), por sua vez, também afirma que “a episiotomia não complicada deve ser corrigida com sutura contínua (...)”, pelo que se procurou sempre seguir estas recomendações.

As lacerações de 3º e 4º graus, que se estendem ao esfíncter anal, envolvem um processo de correção mais complexo, que exige a intervenção de um profissional com competência para restaurar os tecidos perineal e retal (Ramar et al., 2024). Assim sendo, numa situação em que a mulher teve um parto distócico com ventosa e uma laceração de 4º grau, a correção da laceração foi efetuada pela Médica Obstetra. Todavia, foi possível

colaborar nos procedimentos e desenvolver competências na identificação das estruturas anatómicas e dos diferentes planos a serem suturados, bem como na técnica de sutura.

Após a correção das lacerações, prestaram-se cuidados de higiene e conforto à mulher e ofereceu-se a aplicação de gelo na região perineal para alívio da dor e redução do edema (se presente), decorrentes do traumatismo perineal ocorrido no parto (Francisco et al., 2024). Para além disso, aproveitou-se também esse momento para esclarecer as possíveis dúvidas da mulher e fornecer informações sobre os cuidados de higiene perineal, os cuidados a ter no pós-parto e os respetivos sinais de alerta. Todas estas práticas foram essenciais para garantir um cuidado integral à saúde da mulher no pós-parto.

No que diz respeito ao recém-nascido, para promover o contacto pele a pele com a mãe e a amamentação na primeira hora de vida, os cuidados foram, sempre que possível, prestados após esse período de tempo. Após o término da primeira mamada, com a prévia informação aos pais e respetivo consentimento, procedeu-se à avaliação do peso do recém-nascido, à administração de 1 mg de vitamina K por via intramuscular na coxa esquerda, como profilaxia para a doença hemorrágica do recém-nascido (WHO, 2018), e à aplicação de pomada oftálmica para a realização da profilaxia da infeção ocular, conforme o protocolo institucional e as orientações da DGS (Portugal, 2023). Em nenhuma ocasião houve recusa por parte dos pais a estes cuidados ao recém-nascido. Nas situações em que as condições de saúde do recém-nascido e da mulher o permitiram, não foi interrompida a primeira mamada nem o contacto pele a pele na primeira hora de vida.

Os cuidados ao recém-nascido no Bloco de Partos incluíram também a execução do exame físico. Este exame é essencial para avaliar o estado geral de saúde, identificar possíveis malformações congénitas e detetar precocemente problemas que necessitem de intervenção imediata, garantindo uma transição segura à vida extrauterina, bem como a promoção da saúde e bem-estar do recém-nascido. A única alteração identificada num recém-nascido foi a presença de uns apêndices pré-auriculares, que são malformações do pavilhão auricular, formadas por pele e cartilagem, que não acarretam deficiência auditiva (Pirana et al., 2019). Esta malformação foi identificada durante o exame físico, tendo sido comunicada à Médica Pediatria de serviço, que confirmou o diagnóstico, e à mãe, que não manifestou preocupação porque também a própria era portadora de apêndices pré-auriculares.

Segundo a OMS (2022, p. 7), “o primeiro banho de um recém-nascido saudável a termo deve ser adiado por pelo menos 24 horas após o nascimento” para prevenir hipotermia, garantindo estabilidade térmica com a preservação do *vernix caseoso*, que é uma substância esbranquiçada e gordurosa que recobre e protege a pele do recém-nascido e tem propriedades antibacterianas e hidratantes, ajudando a proteger contra infecções. Quando não é possível devido a razões culturais, o primeiro banho deve ser adiado pelo menos 6 horas (WHO, 2018). Durante o estágio, estas recomendações foram sempre seguidas, limpando-se apenas o sangue ou mecônio excessivo com água morna, preservando o *vernix caseoso*.

Todos os recém-nascidos foram identificados com uma pulseira eletrônica num pé e duas pulseiras de plástico com o nome da progenitora, uma no outro pé e outra numa mão, de modo a garantir a segurança, prevenir erros de identificação, rastrear a localização do bebé dentro do hospital e contribuir para a confiança dos pais.

No momento de vestir o recém-nascido, incentivou-se sempre a participação paterna, de modo a promover a vinculação precoce e desenvolver sentimentos de confiança, segurança e competência parental. Esta interação inicial proporcionou aos pais um papel ativo nos cuidados com o bebé, fortalecendo o vínculo familiar e criando um ambiente de afeto e cooperação desde o nascimento.

Ainda no Bloco de Partos, foi oferecida alimentação à mulher, se assim a pretendia, verificando a sua tolerância alimentar. Antes da transferência de serviço, todas as puérperas foram submetidas a uma avaliação, que incluiu vigilância da perda hemática vaginal, da formação do globo de segurança de *Pinard*, da contração uterina, da altura do fundo uterino, dos sinais vitais e do estabelecimento da primeira micção, conforme o protocolo institucional e as orientações da WHO (2018).

O EEESMO desempenha também um papel fundamental na educação pós-natal, sendo os ensinamentos direcionados conforme as necessidades identificadas e as dúvidas referidas pelos pais, garantindo um acompanhamento individualizado e humanizado. Nesta fase, avaliaram-se as preocupações e expectativas do casal, abordando questões relacionadas com a recuperação pós-parto, a amamentação, os cuidados com o recém-nascido, o planeamento familiar, o retorno à vida sexual, a adaptação ao novo papel parental, entre outros.

Terminados os cuidados, a puérpera e o recém-nascido foram transferidos para o internamento de puerpério, com prévio aviso e acompanhados pelo pai ou convivente significativo. À Enfermeira que os recebeu foram transmitidos todos os dados relevantes sobre a mulher e o recém-nascido, a informação relativa ao trabalho de parto e parto, bem como as necessidades identificadas e os aspetos que precisavam ainda de ser trabalhados, de forma a dar continuidade à prestação de cuidados e garantir um acompanhamento adequado às suas necessidades individuais.

Em síntese, no decorrer do estágio, desenvolveram-se competências na promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e no período pós-natal, na otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, bem como no diagnóstico precoce e na prevenção de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido durante o trabalho de parto e no período pós-natal. Através das diversas experiências clínicas, também foi possível desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto e nas situações que afetam negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.

3.2.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

A saúde ginecológica da mulher é igualmente importante em contexto de Bloco de Partos, uma vez que é possível atuar, não apenas em situações emergentes, mas também no âmbito da prevenção, promoção da saúde e diagnóstico precoce, com uma abordagem centrada na mulher, família e comunidade.

Durante o trabalho de parto, surgiram situações em que foram identificados sinais de infeção urinária nas parturientes. A intervenção incluiu a comunicação à equipa médica, a colheita de urina e sangue para exames laboratoriais, a fim de confirmar o diagnóstico e, posteriormente, a administração de antibioterapia e orientações para a hidratação. Simultaneamente, destacou-se a importância de prevenir infeções no pós-parto e o impacto das mesmas na saúde materna e neonatal.

Foi também importante despistar possíveis lesões no trato genital ou outras alterações que pudessem ser causadas por fatores infecciosos, inflamatórios, decorrentes de doenças dermatológicas ou traumáticos, como no caso da mutilação genital feminina.

No decorrer do estágio houve várias parturientes de outras culturas, mas não foi identificada nenhuma alteração desse tipo.

Por outro lado, o momento em que se inicia a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido é também uma oportunidade para diagnosticar possíveis afeções da mama, através da observação das mesmas. Estas condições podem impactar significativamente a experiência de amamentação e a saúde da mulher, pelo que é fundamental que o EEESMO acompanhe cuidadosamente este processo no pós-parto, de forma a garantir o bem-estar materno e o sucesso da lactação. Durante todo o percurso no Bloco de Partos, não foram identificadas afeções da mama em nenhuma mulher.

Finalmente, pode concluir-se que o contexto do estágio em Bloco de Partos permitiu desenvolver competências no cuidado à mulher em processos de saúde/doença ginecológica. Apesar do foco obstétrico, foi também possível diagnosticar precocemente e tratar afeções do aparelho genito-urinário e da mama, que podem impactar a saúde a curto e longo prazo, de modo a prevenir complicações e garantir um cuidado integral e centrado na mulher.

3.3. Experiências Mínimas para a aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Para a obtenção do título de EEESMO, é necessário cumprir, durante o percurso formativo, um conjunto mínimo de experiências práticas explícitas no Aviso n.º 3916/2021 (2021) publicado no Diário da República. Esta uniformização permite que os Enfermeiros adquiram as competências essenciais para prestar cuidados de qualidade e profissionalismo na área da Saúde Materna e Obstétrica.

As experiências mínimas obrigatórias incluem:

- Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;
- Vigilância/assistência e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização de pelo menos 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de participar, para além daqueles, em 20 partos;
- Participação ativa em partos de apresentação pélvica. Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;

- Prática de episiotomia e iniciação à sutura. A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos. A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgões simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável;
- Vigilância/assistência e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- Vigilância/assistência e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais;
- Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;
- Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia.

Estas experiências são fundamentais para garantir que o Enfermeiro Especialista adquira as competências necessárias para uma prática segura e qualificada, através da vivência de diversas situações que contribuem para o desenvolvimento técnico, científico e humano, bem como para um nível mínimo de experiência prática antes da obtenção do respetivo título profissional.

No ENP foram alcançadas todas as experiências mínimas obrigatórias para a atribuição do título de EEESMO, sendo estas:

- ✓ 118 consultas de grávidas incluindo exames pré-natais;
- ✓ Vigilância/assistência e cuidados dispensados a 115 parturientes;
- ✓ Realização de 40 partos eutócicos e participação/assistência em 10 partos (eutócicos e distócicos);
- ✓ Realização de uma formação por simulação de partos de apresentação pélvica, devido à impossibilidade de realização no contexto hospitalar;
- ✓ Realização de 11 episiotomias e 22 suturas, incluindo episiorrafias e perineorrafias;
- ✓ Vigilância/assistência e cuidados prestados a 93 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- ✓ Vigilância/assistência e cuidados, incluindo exame, de 108 parturientes e 104 recém-nascidos normais;

- ✓ Observações e cuidados a 28 recém-nascidos que necessitaram de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;
- ✓ Cuidados a 18 mulheres que apresentaram patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia.

Em suma, embora a uniformização seja importante, é também crucial que o foco esteja na aquisição e desenvolvimento de competências e não apenas no cumprimento dos números preestabelecidos, uma vez que a verdadeira preparação do EEESMO passa pelo desenvolvimento de competências que garantam uma prestação de cuidados seguros e de qualidade às mulheres e aos recém-nascidos, dentro de um contexto ético e profissional.

É ainda de referir que as experiências mínimas geraram alguma ansiedade e preocupação, nomeadamente a realização de partos, devido à presença no serviço de outros Enfermeiros e Médicos formandos com objetivos similares e ao reduzido número de partos ocorridos durante o estágio. Contudo, estes desafios contribuíram para o desenvolvimento de competências de adaptação e gestão de situações adversas, para o fortalecimento da capacidade de resiliência, para o trabalho em equipa e para a partilha de conhecimentos e experiências.

PARTE II – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

A prática baseada na evidência constitui um dos três pilares fundamentais dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, conforme definido pela OE (2021). Em articulação com a competência profissional e o respeito pela(o) cliente dos cuidados, a prática baseada na evidência assenta na integração das melhores evidências científicas com o contexto clínico, a individualidade da(o) cliente e o julgamento profissional, promovendo melhores resultados de saúde, redução dos custos e maior satisfação das(os) clientes e das(os) profissionais de saúde (OE, 2021).

A elaboração de um estudo de investigação no âmbito do ENP surge como uma estratégia metodológica alinhada com os princípios deste pilar essencial, permitindo mapear a evidência científica existente acerca das técnicas disponíveis ao EEESMO para a reparação perineal em mulheres com laceração de 1º ou 2º grau, ou episiotomia, em contexto de parto vaginal. A revisão que se segue contribui, assim, para reforçar as competências do EEESMO, através de um conhecimento científico atualizado que permitirá sustentar decisões clínicas e promover cuidados mais eficazes, seguros e ajustados às necessidades da mulher.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O traumatismo perineal é uma das consequências mais frequentes do parto vaginal – definido como o processo fisiológico de expulsão do feto pelo canal vaginal, sem recurso a cesariana, podendo ocorrer de forma espontânea ou assistida (com instrumentos como fórceps ou ventosa) – e afeta mais de 85% das mulheres em todo o mundo (Frohlich & Kettle, 2015). Trata-se, assim, de uma preocupação significativa nos cuidados obstétricos, dadas as suas potenciais repercussões físicas, emocionais e funcionais na saúde e qualidade de vida da mulher no pós-parto, bem como na experiência positiva de parto (WHO, 2018).

De modo a identificar os traumatismos perineais que necessitam de intervenção e possibilitar a implementação de medidas eficazes que permitam promover o processo de cicatrização e restaurar a função dos tecidos lesionados, é fundamental a avaliação e classificação das lesões perineais.

Segundo o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, s.d.), as lacerações espontâneas são classificadas de acordo com a profundidade dos tecidos envolvidos: as de 1º grau afetam apenas a pele perineal; as de 2º grau estendem-se ao músculo perineal; as de 3º e 4º grau envolvem, respetivamente, o esfíncter anal e a mucosa retal. As lacerações de 1º e 2º grau são as mais prevalentes (ACOG, 2018). A episiotomia, por sua vez, é uma incisão cirúrgica efetuada no períneo e na parede vaginal, com a intenção de aumentar a abertura vaginal durante o parto e que, do ponto de vista anatómico e técnico, se equipara frequentemente a uma laceração de 2º grau (RCOG, s.d.).

As lacerações perineais espontâneas e a episiotomia são lesões que exigem reparação adequada, uma vez que interferem diretamente na recuperação pós-parto, podendo provocar dor perineal, hemorragia, infeção, deiscência da laceração, dispareunia, incontinência urinária e/ou fecal (ACOG, 2018). Para além das complicações físicas, também podem ocorrer problemas psicológicos, tais como depressão, ansiedade e stress pós-traumático. Estas complicações, tanto a curto como a longo prazo, podem ainda afetar negativamente a qualidade de vida diária da mulher e as relações interpessoais (Opondo et al., 2023).

A reparação destas lesões requer, portanto, conhecimento anatómico detalhado e competências técnicas específicas por parte dos profissionais de saúde envolvidos. As

técnicas de reparação perineal consistem num conjunto de procedimentos clínicos utilizados para restaurar a integridade anatómica e funcional das estruturas atingidas (Schmidt & Fenner, 2024). A seleção da técnica mais apropriada depende não só da extensão e gravidade da lesão, como também das evidências científicas atuais, sendo a prática baseada na evidência fundamental para garantir a segurança, qualidade e eficácia destes cuidados.

Neste contexto, o EEESMO assume um papel crucial na vigilância e condução do trabalho de parto, bem como na deteção e reparação de lacerações perineais de 1º e 2º grau e episiotomia, de acordo com a legislação nacional em vigor (Portugal, 2023). A sua intervenção requer atualização contínua e sustentação numa base científica sólida, orientada pelas melhores práticas disponíveis. Para tal, é essencial que o EEESMO detenha competências e conhecimentos técnico-científicos que lhe permitam selecionar e aplicar as técnicas de reparação perineal mais adequadas, tendo em conta as características da lesão, as particularidades clínicas da mulher e a evidência científica atual (International Confederation of Midwives [ICM], 2024).

Todavia, a literatura evidencia uma diversidade de técnicas de reparação e uma possível variabilidade na sua adoção na prática clínica, o que justifica a necessidade de mapear o conhecimento existente relativo a esta temática. A identificação das abordagens atualmente utilizadas e a compreensão da sua aplicação nas diversas situações clínicas poderá contribuir para a uniformização dos cuidados prestados, a obtenção de melhores resultados em saúde materna e obstétrica e, ainda, para o reforço das competências profissionais do EEESMO.

2. METODOLOGIA

Neste ponto são apresentados os principais aspetos metodológicos que orientaram a condução do estudo, seguindo as diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI), com o intuito de garantir a qualidade, clareza e validade do processo de revisão.

2.1. Objetivo e Finalidade do Estudo

O objetivo deste estudo é mapear a evidência científica existente acerca das técnicas disponíveis ao EEESMO para a reparação perineal em mulheres com laceração de 1º ou 2º grau, ou episiotomia, em contexto de parto vaginal.

A finalidade deste estudo prende-se com a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos EEESMO e por outros profissionais da área da Saúde Materna e Obstétrica, contribuindo ainda para o desenvolvimento de diretrizes, políticas formativas e futuras investigações neste domínio. Espera-se, com isso, potenciar ganhos em saúde para a mulher, nomeadamente na redução de complicações perineais, melhoria da experiência de parto, alívio da dor, prevenção de disfunções sexuais e promoção do bem-estar físico e emocional no pós-parto.

2.2. Questão de Investigação

A questão de investigação foi formulada com base na mnemónica PCC (População, Conceito, Contexto), conforme preconizado pela metodologia do JBI para *Scoping Reviews*, com o intuito de garantir clareza e foco na identificação e mapeamento da evidência relevante. A clareza da questão de investigação auxilia no desenvolvimento do protocolo, facilita a eficácia da pesquisa bibliográfica e fornece uma estrutura clara para o desenvolvimento da revisão (Aromataris et al., 2024).

A População (P) corresponde a mulheres com laceração perineal de 1º ou 2º grau, ou episiotomia; o Conceito (C) refere-se às técnicas de reparação perineal (métodos de sutura, materiais, abordagens técnicas); e o Contexto (C) é o parto vaginal.

Considerando esses elementos, a questão de investigação definida é: “Qual o conhecimento científico disponível sobre as técnicas disponíveis ao EEESMO para a reparação perineal em mulheres com laceração de 1º ou 2º grau, ou episiotomia, em contexto de parto vaginal?”.

2.3. Tipo de Estudo

Com base no objetivo e finalidade deste estudo, optou-se pela realização de uma *Scoping Review*, seguindo a metodologia proposta pelo JBI (Aromataris et al., 2024), que

é reconhecido pela sua metodologia robusta e pela contribuição significativa para a pesquisa em saúde.

Segundo Aromataris et al. (2024), os três motivos principais para a elaboração de uma *Scoping Review* são explorar a amplitude ou extensão da literatura, mapear e resumir as evidências e informar pesquisas futuras. Este tipo de revisão também permite identificar os tipos de evidências disponíveis num determinado campo, esclarecer conceitos e definições importantes na literatura, examinar como a pesquisa tem sido conduzida sobre um determinado tema, identificar características ou fatores-chave associados a um conceito e, ainda, identificar e analisar lacunas de conhecimento. Além disso, a *Scoping Review* pode funcionar como um precursor de uma revisão sistemática, ao fornecer uma visão abrangente da evidência disponível e apoiar decisões metodológicas futuras (Aromataris et al., 2024).

Assim, é possível afirmar que este estudo não está unicamente focado em responder à questão de pesquisa. Pretende ainda fornecer uma visão geral e mais ampla acerca das técnicas de reparação perineal utilizadas em contexto de parto vaginal, bem como compreender como tem sido conduzida a investigação neste domínio específico e identificar possíveis lacunas existentes no conhecimento. Os resultados encontrados poderão contribuir para o desenvolvimento de futuras revisões sistemáticas, orientações clínicas e políticas de saúde dirigidas à melhoria dos cuidados prestados à mulher, bem como para o aperfeiçoamento da prática profissional individual.

Tendo em conta a metodologia proposta pelo JBI, antes da elaboração da *Scoping Review* foi realizado um protocolo (Apêndice II) que, para garantir a transparência da investigação, foi registado na plataforma *Open Science Framework*®.

2.4. Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão desta revisão foram definidos com base na mnemónica PCC, tal como é recomendado pelo JBI, assegurando a relevância e adequação dos estudos selecionados.

Foram incluídos estudos que envolveram mulheres com laceração perineal de 1º ou 2º grau, ou episiotomia, em contexto de parto vaginal. Consideraram-se os estudos que abordaram técnicas de reparação perineal, nomeadamente no que diz respeito aos métodos utilizados, tipos de sutura, materiais e abordagens técnicas.

Relativamente aos tipos de fontes, foram incluídos estudos publicados nos últimos 20 anos, de modo a garantir a atualidade dos dados. Foram aceites publicações disponíveis na íntegra, redigidas em português, inglês ou espanhol, pois são as do domínio das autoras. Foram ainda considerados não só estudos publicados em bases de dados científicas, mas também outra literatura pertinente que respondesse à questão de investigação, como, por exemplo, orientações de departamentos ou associações de saúde oficiais, ou de sociedades científicas reconhecidas.

2.5. Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa deve ser o mais abrangente possível, respeitando as restrições temporais e de recursos, de modo a identificar fontes primárias de evidências publicadas e não publicadas (literatura cinzenta ou difícil de localizar), bem como revisões (Aromataris et al., 2024).

A pesquisa bibliográfica desta *Scoping Review* foi executada durante o mês de maio de 2025, sendo realizada em três etapas distintas, tal como é recomendado pelo JBI (Aromataris et al., 2024). A primeira etapa envolve uma pesquisa inicial em pelo menos duas bases de dados relevantes, seguida de uma análise das palavras-chave utilizadas nos títulos e nos resumos dos artigos recuperados e dos termos de indexação usados para descrever os artigos. A segunda etapa consiste numa pesquisa mais abrangente em todas as bases de dados incluídas, utilizando todas as palavras-chave e termos de indexação identificados. Na terceira etapa são analisadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados, na tentativa de identificar outros estudos adicionais passíveis de ser incluídos.

Assim sendo, efetuou-se uma primeira pesquisa nas bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), tendo-se identificado as seguintes palavras-chave: Técnicas de Sutura/*Suture Techniques*; Procedimentos Cirúrgicos sem Sutura/*Sutureless Surgical Procedures*; Períneo/*Perineum*; Vagina; Vulva; Lacerações/*Lacerations*; Episiotomia/*Episiotomy*; Enfermeiros Obstétricos/*Nurse Midwives*; Saúde Materna/*Maternal Health*. Estes descritores fazem parte dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) / *Medical Subject Headings* (MeSH) (BVS, s.d.).

Para além destes descritores, de forma a poder alargar ao máximo a pesquisa, foram ainda utilizados os seguintes termos livres: *perineal care*, *perineal repair*, *perineal*

laceration, perineal tear, obstetrical laceration. Esta seleção foi feita através da identificação de palavras-chave e termos de indexação utilizados de forma frequente nos títulos e resumos dos artigos que foram encontrados.

Com base nas palavras-chave e nos termos indexados, foi construída a seguinte frase booleana: “(((*Suture Techniques*) OR (*Sutureless Surgical Procedures*) OR (*Perineal Care*) OR (*Perineal Repair*)) AND ((*Perine**) OR (*Vagina**) OR (*Vulva**)) AND ((*Laceration**) OR (*Perineal Laceration*) OR (*Perineal Tear*) OR (*Obstetrical Laceration*) OR (*Episiotomy*)))”. Foram utilizados os operadores booleanos “AND” e “OR” na combinação das palavras-chave, com o propósito de ampliar a pesquisa e assegurar a identificação do maior número possível de publicações relevantes.

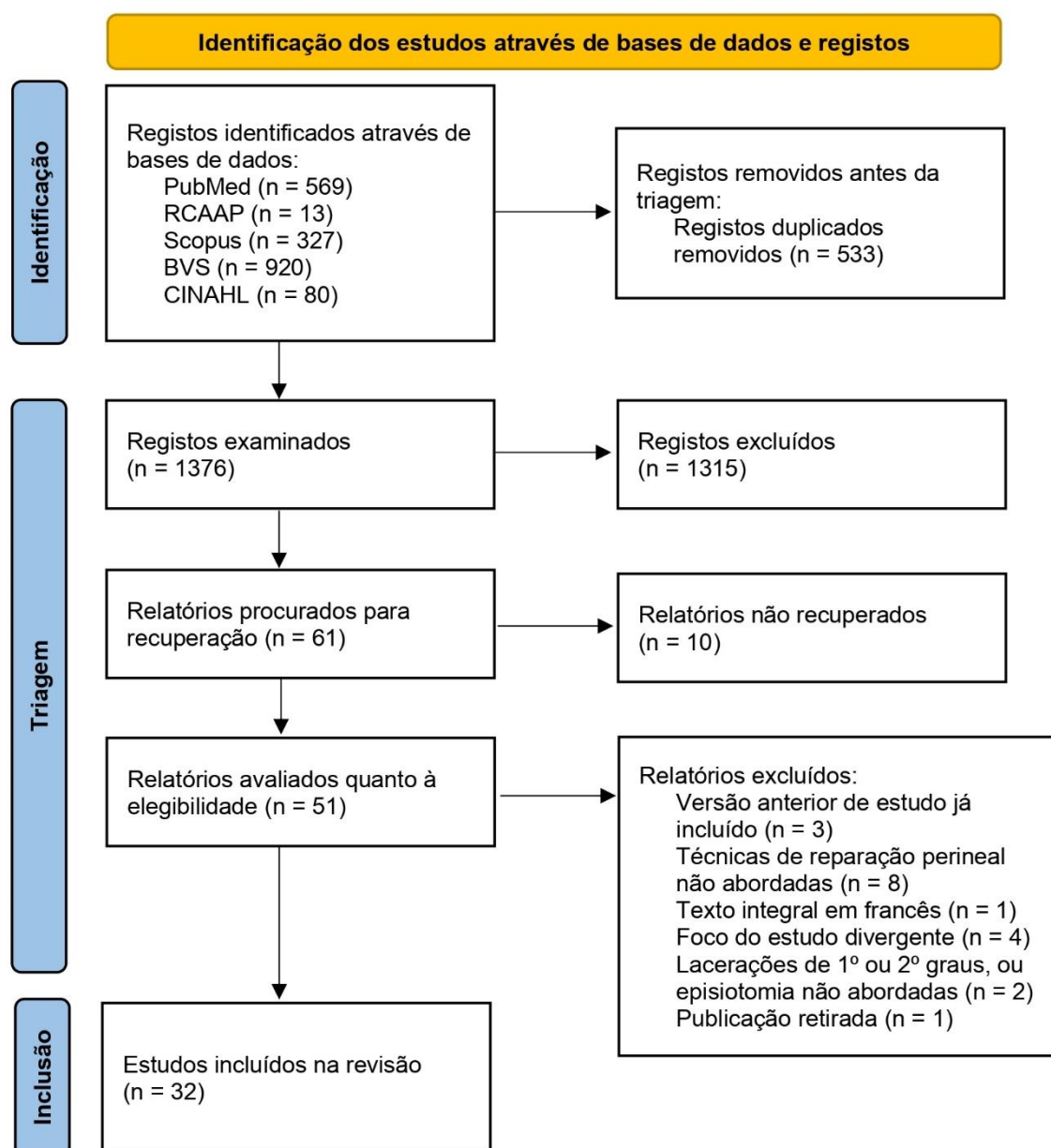
A frase booleana foi empregue para a execução da pesquisa em múltiplas bases de dados científicas, nomeadamente PubMed®, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP®), Scopus®, BVS® e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL®) (via EBSCO®). A estratégia de pesquisa foi devidamente adaptada às especificidades de cada base de dados, tendo sido aplicados filtros relevantes para o delineamento do estudo e para a adequação dos resultados aos critérios de inclusão previamente definidos (Apêndice III).

Adicionalmente, procedeu-se à pesquisa na plataforma Google Académico, com o objetivo de identificar literatura cinzenta potencialmente relevante para a questão de investigação. No entanto, não foram selecionados quaisquer documentos provenientes desta fonte, por não cumprirem os critérios de elegibilidade definidos. Por outro lado, é de referir que, no âmbito da pesquisa realizada nas bases de dados científicas, foram incluídos documentos oriundos de orientações emitidas por departamentos e associações de saúde oficiais, bem como de sociedades científicas reconhecidas, considerando a sua pertinência e validade para o contexto da presente revisão.

2.6. Seleção dos Estudos

A seleção dos estudos foi realizada com base nos critérios de inclusão pré-definidos anteriormente. O processo completo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão está ilustrado no diagrama de fluxo *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) 2020, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Diagrama de Fluxo PRISMA 2020



A pesquisa realizada nas diferentes bases de dados científicas resultou na identificação de um total de 1909 registos, distribuídos da seguinte forma: PubMed (n=569), RCAAP (n=13), Scopus (n=327), BVS (n=920) e CINAHL (n=80).

Após a pesquisa nas diversas bases de dados, os resultados foram exportados para o *software* Mendeley®, através do qual foram identificados e removidos 533 registos duplicados.

Posteriormente, dois revisores realizaram, de forma independente, a leitura e análise dos títulos e resumos de 1376 registos, aplicando os critérios de inclusão e

exclusão previamente definidos. As discordâncias foram resolvidas por consenso, não sendo necessário um terceiro revisor. Nessa primeira triagem foram excluídos 1315 registos, passando para a próxima fase 61 artigos.

De seguida, foram excluídos 10 estudos devido à indisponibilidade do texto completo, não sendo, por isso, possível avaliar a sua elegibilidade.

A seguinte triagem consistiu na leitura integral dos registos, isto é, na análise do texto completo. Os 51 estudos considerados potencialmente relevantes foram avaliados na íntegra para confirmar a sua elegibilidade. Apenas os que cumpriram integralmente os critérios de inclusão foram selecionados para extração e análise dos dados. Os motivos para a exclusão de 19 estudos com texto completo foram devidamente registados. Assim, foram incluídos na revisão um total de 32 estudos.

2.7. Extração de Dados

A extração dos dados foi realizada com recurso a um instrumento previamente estruturado e adaptado para este estudo, de acordo com as recomendações do JBI (Aromataris et al., 2024). Este instrumento (Apêndice IV) foi desenvolvido com o objetivo de recolher informações pertinentes que permitissem responder à questão de investigação e alcançar os objetivos definidos.

Foram extraídos dados relativos à identificação do estudo (título, autor(es), ano de publicação, país de origem), ao delineamento metodológico (tipo de estudo, população e amostra, métodos de recolha e análise de dados) e aos principais resultados e conclusões relacionados com as técnicas de reparação perineal em mulheres com laceração de 1º ou 2º grau, ou episiotomia.

A extração foi efetuada de forma independente por dois revisores, sendo posteriormente comparados os dados obtidos. Em caso de discrepância, recorreu-se à discussão entre os revisores até se atingir consenso, não sendo necessária a intervenção de um terceiro revisor. Esta abordagem visou garantir a fiabilidade e consistência dos dados extraídos.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta etapa, procede-se à caracterização dos estudos incluídos na presente *Scoping Review*, bem como à apresentação da síntese dos principais resultados dos 32 estudos selecionados. Esta análise tem como finalidade fornecer uma visão abrangente e estruturada sobre as técnicas de reparação perineal disponíveis ao EEESMO para a reparação perineal em mulheres com laceração de 1º ou 2º grau, ou episiotomia, em contexto de parto vaginal. Para além disso, também contribuirá para uma compreensão aprofundada do estado atual do conhecimento sobre o tema e das práticas adotadas em diferentes realidades assistenciais.

3.1. Caracterização dos Estudos

Foram incluídos, nesta *Scoping Review*, 32 estudos publicados entre 2008 e 2024. Relativamente à distribuição geográfica, observa-se uma predominância de estudos oriundos da América do Sul, Europa e Ásia. A América do Sul está representada exclusivamente pelo Brasil (n=9), evidenciando interesse deste país pela temática. Na Europa, destacam-se Espanha (n=5), Reino Unido (n=2), Portugal (n=1), Dinamarca (n=1) e Holanda (n=1), totalizando 10 estudos. A Ásia apresenta também um contributo relevante, com estudos da Turquia (n=3), Irão (n=2), Israel (n=1), China (n=1) e Indonésia (n=1), perfazendo 8 estudos. Verificou-se ainda a inclusão de investigações provenientes dos Estados Unidos da América (n=4) e da Nigéria (n=1). Esta distribuição evidencia uma representatividade internacional alargada, refletindo a disseminação do interesse científico e a pertinência da temática em diferentes contextos geográficos.

Em termos metodológicos, destacam-se os ensaios clínicos randomizados (n=20), seguidos por revisões sistemáticas ou narrativas (n=7) e estudos transversais (n=2). Identificaram-se ainda um ensaio clínico não randomizados, um artigo científico classificado como estudo de etiologia/diretriz prática e um estudo do tipo série de casos. A amostra total acumulada abrange milhares de mulheres, embora a dimensão varie significativamente entre estudos, desde ensaios piloto com menos de 50 participantes até revisões sistemáticas que agregam mais de 8000 mulheres.

A maioria dos estudos foi conduzida em contextos hospitalares, com mulheres que experienciaram parto vaginal e que apresentaram lacerações perineais de 1º ou 2º grau ou episiotomia.

As intervenções analisadas centraram-se na reparação perineal pós-parto vaginal, explorando diferentes técnicas, materiais e abordagens. Os estudos compararam principalmente: sutura contínua vs. sutura interrompida; cola cirúrgica vs. sutura; sutura vs. não sutura da pele; e materiais de sutura distintos (poliglactina, catgut, monofilamento, multifilamento).

Os desfechos clínicos mais frequentemente avaliados foram: intensidade da dor perineal pós-parto (curto, médio e longo prazo), tempo de duração da reparação, quantidade de material utilizado, processo de cicatrização, incidência de deiscência, necessidade de analgesia adicional, dispareunia, função sexual, satisfação materna e impacto funcional no puerpério.

3.2. Síntese dos Resultados

Os estudos selecionados encontram-se sistematizados na Tabela 1, a qual apresenta, de forma estruturada, o título, o(s) autor(es), o ano de publicação, o país, os objetivos, o delineamento metodológico, as características da amostra / participantes e os principais resultados obtidos em cada investigação.

A terminologia adotada para determinados conceitos corresponde à utilizada em cada estudo, de modo a garantir rigor científico e assegurar a fidelidade às designações originais dos respetivos autores. Assim, no que diz respeito às participantes incluídas nas investigações, serão adotados os termos “mulheres”, “grávidas”, “parturientes” e “puérperas”, conforme utilizados nas fontes originais, tendo em conta as diferenças contextuais e culturais que influenciam essa designação. Do mesmo modo, para designar os materiais adesivos utilizados na reparação perineal, serão mantidos os termos “cola cirúrgica”, “cola não cirúrgica”, “adesivo tecidual”, “adesivo cutâneo” e “adesivo de pele”, dada a inexistência de um termo padronizado universal. Quanto às técnicas de sutura, a “sutura contínua” poderá também ser referida como “técnica de nó único”, e a “sutura interrompida” poderá surgir como “sutura descontínua”, “técnica de múltiplos nós” ou “pontos interrompidos”. Por fim, a expressão “não sutura” será apresentada de forma equivalente a “tratamento conservador” ou “tratamento não cirúrgico sem sutura”, conforme a terminologia adotada pelas fontes incluídas.

Tabela 1 – Resumo dos Estudos Seleccionados

Título	Autor(es), Ano	País	Objetivo(s)	Tipo de Estudo	Amostra/ Participantes	Principais Resultados
<i>“Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomised trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured”</i>	Kindberg et al., 2008	Dinamarca	Comparar a técnica de sutura contínua com a de pontos interrompidos usando nós invertidos para reparação perineal de lacerações de 2º grau e episiotomias.	Ensaio clínico randomizado duplo-cego	400 mulheres primíparas saudáveis com parto vaginal a termo; 5 mulheres retiraram o seu consentimento, ficando 395 para acompanhamento.	• Pontos interrompidos e invertidos para reparação perineal parecem ser equivalentes à técnica de sutura contínua em relação à dor perineal, cicatrização da ferida, satisfação da mulher, dispareunia e necessidade de suturar novamente. • A técnica contínua, no entanto, é mais rápida e requer menos material de sutura, o que a torna mais económica.
<i>“Randomized controlled clinical trial on two perineal trauma suture techniques in normal delivery”</i>	Almeida & Riesco, 2008	Brasil	Comparar a cicatrização e a dor perineal com a utilização das técnicas de sutura contínua e interrompida em mulheres com parto normal.	Ensaio clínico controlado aleatório	61 mulheres com episiotomia ou laceração perineal de 2º grau, alocadas em 2 grupos, segundo a técnica de sutura contínua (n=31) ou interrompida (n=30).	• A cicatrização foi por primeira intenção em 100% dos casos, nas duas técnicas de sutura. • Não houve diferença estatisticamente significativa para a ocorrência de morbididades, exceto na dor perineal à palpação, com 4 dias de pós-parto, que foi mais frequente entre as mulheres com sutura interrompida.
<i>“Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or</i>	Valenzuela et al., 2009	Espanha	Avaliar as técnicas de reparação de métodos contínuos e interrompidos	Ensaio controlado randomizado	445 mulheres que tiveram partos vaginais com episiotomia ou lacerações de 2º grau. Num grupo a	• Ao comparar o grupo com sutura contínua ao grupo com suturas interrompidas, as diferenças incluíram menor tempo de reparação e menos material de sutura utilizado.

<i>second-degree perineal tears: a randomised controlled trial</i>			para episiotomia ou lacerações perineais.		reparação foi com suturas contínuas e não bloqueadas envolvendo a vagina, o períneo e os tecidos subcutâneos. No outro grupo foram efetuadas suturas contínuas e bloqueadas da vagina, suturas interrompidas nos músculos perineais e suturas transcutâneas interrompidas.	A comparação da dor no 2º e 10º dias e 3 meses pós-parto não foi estatisticamente diferente entre as duas técnicas.
<i>“Skin adhesive versus subcuticular suture for perineal skin repair after episiotomy--a randomized controlled trial”</i>	Mota et al., 2009	Portugal	Comparar a reparação da pele perineal após episiotomia com cola adesiva versus sutura subcuticular, em relação à incidência de dor e complicações da ferida.	Ensaio clínico randomizado	100 mulheres submetidas a episiotomia mediolateral no parto vaginal. Foi feita a reparação com adesivo cutâneo (n = 53) e com sutura subcuticular (n = 47).	A reparação da pele perineal com cola adesiva é mais rápida do que a sutura subcuticular e está associada a uma incidência semelhante de complicações e dor nos primeiros 30 dias.
<i>“Continuous versus interrupted episiotomy repair with</i>	Kokanalı et al., 2011	Turquia	Comparar diferentes técnicas de reparação e diferentes	Estudo comparativo, ensaio aleatório controlado	160 mulheres submetidas a parto de vértice com episiotomia mediolateral direita.	No 1º dia após o parto, as pontuações de dor perineal, o tempo de reparação e a quantidade de sutura foram estatisticamente menores nos grupos com técnica contínua.

<i>monofilament or multifilament absorbed suture materials: a randomised controlled trial</i>			materiais de sutura para episiotomia.			• As diferenças entre a dor no 10º dia e durante a relação sexual 6 semanas após o parto foram estatisticamente iguais. • As técnicas de sutura contínua para encerramento de episiotomia, comparadas aos métodos interrompidos, estão associadas a menos dor a curto prazo, são mais rápidas e também necessitam de menos material de sutura. • Não houve diferença clínica significativa entre os fios de sutura absorvíveis monofilamentares e multifilamentares, sendo ambos adequados para reparação perineal.
<i>“The effects of continuous and interrupted episiotomy repair on pain severity and rate of perineal repair: a controlled randomized clinical trial”</i>	Hasanpoor et al., 2012	Irão	Comparar a intensidade da dor e a reparação perineal em dois métodos de reparação de episiotomia.	Ensaio clínico randomizado controlado	100 primíparas foram alocadas aleatoriamente em 2 grupos de 50 para serem submetidas a reparação contínua ou interrompida de episiotomia.	• A intensidade da dor e a taxa de reparação da episiotomia foram semelhantes nos dois métodos. • No entanto, o método de reparação contínua resultou em menor tempo de reparação e menor número de fios.
<i>“Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or</i>	Kettle et al., 2012	Reino Unido	Avaliar os efeitos de suturas absorvíveis contínuas versus interrompidas para reparação de episiotomia e lacerações	Revisão sistemática	16 ensaios clínicos randomizados. 8184 mulheres primíparas e múltiparas com episiotomia ou laceração perineal de	• As técnicas de sutura contínua para reparação perineal, em comparação com os métodos interrompidos, estão associadas a menos dor a curto prazo, menor necessidade de analgesia e menor necessidade de remoção de sutura. • Além disso, há também algumas evidências de que as técnicas contínuas utilizaram menos

<i>second-degree tears</i>			perineais de 2º grau após o parto.		2º grau e necessitaram de sutura após parto vaginal espontâneo ou instrumental.	material de sutura em comparação com os métodos interrompidos (um pacote em comparação com 2 ou 3 pacotes, respetivamente).
<i>“Using adhesive glue to repair first degree perineal tears: a prospective randomized controlled trial”</i>	Feigenberg et al., 2014	Israel	Avaliar a eficácia da cola adesiva na reparação de lacerações perineais de 1º grau.	Ensaio clínico randomizado prospetivo	102 mulheres com laceração perineal de 1º grau após o parto: 28 no grupo de sutura e 74 no grupo de cola adesiva.	Embora os resultados estéticos e funcionais do uso da cola adesiva não tenham sido inferiores aos da sutura, o uso da cola adesiva foi associado a um procedimento mais curto, menor necessidade de anestesia local, menos dor e maior satisfação.
<i>“Perineal care”</i>	Frohlich & Kettle, 2015	Reino Unido	Responder às seguintes questões clínicas: Quais são os efeitos de diferentes métodos e materiais para a reparação primária de lacerações de 1º e 2º graus e episiotomias? Quais são os efeitos de diferentes métodos e materiais para a reparação	Revisão sistemática	Foram seleccionados 33 estudos.	- A não sutura de todas as camadas em lacerações de 1º e 2º graus pode estar associada à redução da cicatrização da ferida 6 semanas após o parto. - No entanto, deixar a pele perineal sem sutura (vagina e músculos perineais suturados) reduz a dispareunia e pode reduzir a dor perineal de 14 dias a 6 semanas após o parto. - A deiscência pode ser mais provável até 3 meses após o parto, quando a pele não é suturada; no entanto, são necessários estudos adicionais. - Não há evidências sobre resultados a longo prazo quando a pele não é suturada. - Suturas sintéticas absorvíveis para reparação de lacerações de 1º e 2º graus e episiotomias podem ter menor probabilidade de causar dor perineal e dispareunia do que suturas de catgut.

			primária de lesões obstétricas do esfíncter anal (laceração de 3º e 4º graus)?			- Suturas sintéticas de rápida absorção reduzem a necessidade de remoção de suturas. - Suturas contínuas reduzem a dor a curto prazo e o uso de analgésicos.
<i>“Nonsuturing or Skin Adhesives versus Suturing of the Perineal Skin After Childbirth: A Systematic Review”</i>	Seijmonsbergen-Schermers et al., 2015	Holanda	Comparar a não sutura da pele perineal ou o uso de adesivos de pele versus a sutura da pele ao reparar uma laceração perineal de 2º grau ou episiotomia em termos de dor perineal pós-parto, medicação analgésica, separação da pele, sensação de suturas apertadas, necessidade de remoção da sutura ou suturar novamente, complicações, queixas, mobilização e satisfação das mulheres.	Revisão sistemática	4 ensaios clínicos controlados randomizados e 2 quase randomizados. 2922 mulheres primíparas e puérperas submetidas a episiotomia ou a uma laceração perineal de 2º grau e que necessitaram de sutura após o parto vaginal.	- A não sutura da pele leva a menos dor a curto e longo prazo em comparação com a sutura e a uma maior taxa de separação da pele. - Os adesivos de pele levam a menos dor a curto prazo e a uma menor taxa de deiscência. - A não sutura ou os adesivos de pele levam a menos queixas e não há outros efeitos adversos.

<i>“Single-knot versus multiple-knot technique of perineal repair: a randomised controlled trial”</i>	Selo-Ojeme et al., 2016	Nigéria	Determinar se há diferença nas pontuações médias de dor pós-reparação perineal após o uso da técnica padrão de múltiplos nós (MKT) de reparação perineal e uma técnica de nó único (SKT).	Ensaio clínico randomizado	260 mulheres com laceração perineal de 2º grau: - SKT (n = 126) - MKT (n = 128)	• A técnica de nó único está associada a uma redução significativa da dor nos primeiros 10 dias após o parto e a uma maior taxa de satisfação das mulheres em três meses. • Não houve diferença nas pontuações de dor e dispareunia em três meses.
<i>“ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery”</i>	Committee on Practice Bulletins — Obstetrics, 2018	Estados Unidos	Fornecer diretrizes baseadas em evidências para a prevenção, identificação e reparação de lacerações obstétricas e para episiotomia.	Artigo científico / Estudo de etiologia / Diretriz Prática	-	• Embora a maioria das lacerações perineais seja suturada, não há evidências suficientes para recomendar a reparação cirúrgica ou não cirúrgica de lacerações de 1º ou 2º grau. • Tanto a sutura como a cola adesiva podem ser utilizadas para reparar uma laceração hemostática de 1º grau ou a pele perineal de uma laceração de 2º grau. • Nas lacerações de 2º grau e episiotomias é preferível a sutura contínua, pois está associada a menor dor, menos uso de analgesia e menor risco de remoção pós-parto de material de sutura, em comparação com sutura interrompida. • Para a reparação de lacerações de 1º e 2º graus é recomendada uma sutura sintética absorvível, como a poliglactina, pois está associada a menor dor, menos analgesia pós-parto e menor necessidade de suturar novamente.

						Em relação à episiotomia, para o encerramento da pele perineal após reparação dos músculos perineais e do tecido subcutâneo com sutura, a aplicação de cola adesiva na pele exigiu menos tempo do que a sutura subcuticular, não havendo diferenças na dor.
<i>“Assessment of perineal pain, healing and satisfaction of the woman after delivery with perineal repair with the use of surgical glue and surgical thread: cross-sectional study”</i>	Marks, 2018	Brasil	Comparar a intensidade da dor perineal, o processo de cicatrização e a satisfação da mulher com a reparação do trauma perineal no parto normal, com uso de cola cirúrgica ou fio de sutura.	Estudo transversal aninhado a um ensaio clínico	110 mulheres sem parto vaginal anterior que tiveram parto normal: - GE1: 29 parturientes com laceração de 1º grau submetidas a reparação com cola; - GE2: 26 parturientes com laceração de 2º grau ou episiotomia submetidas a reparação com cola; - GC1: 28 parturientes com laceração de 1º grau submetidas a reparação com fio Vicryl®; - GC2: 27 parturientes com laceração de 2º grau	- A reparação perineal com cola cirúrgica Glubran 2® mostrou que a dor foi menor do que com o uso do fio Vicryl®, nomeadamente nas mulheres com laceração de 1º grau. - O processo de cicatrização obteve bons resultados com ambos os métodos de reparação. - Nas mulheres com laceração de 1º grau o processo de cicatrização foi melhor, independentemente do tipo de reparação. - Nas mulheres com laceração de 2º grau ou episiotomia a cicatrização foi melhor quando a reparação foi feita com fio de sutura. - A satisfação das mulheres foi maior quando a reparação foi feita com a cola cirúrgica, sendo menor a satisfação das mulheres com laceração de 2º grau ou episiotomia que foram submetidas a reparação com fio de sutura. - A cola cirúrgica pode ser uma alternativa à sutura do trauma perineal no parto normal.

					ou episiotomia submetidas a reparação com sutura contínua com fio Vicryl®.	
<i>“Randomized Trial of 3 Techniques of Perineal Skin Closure During Second-Degree Perineal Laceration Repair”</i>	Swenson et al., 2019	Estados Unidos	Comparar autorrelatos de dor entre mulheres após laceração perineal de 2º grau que tiveram: 1) reparação da pele perineal com sutura, 2) pele perineal sem sutura ou 3) reparação da pele perineal com cola cirúrgica.	Ensaio clínico randomizado simples-cego	35 mulheres após parto vaginal que tiveram uma laceração de 2º grau: 14 tiveram reparação com sutura, 11 sem sutura e 10 com cola cirúrgica.	• Em comparação com a ausência de sutura e a cola cirúrgica, a sutura da pele perineal foi associada às maiores pontuações de dor pós-parto. • A cicatrização da ferida foi semelhante entre os grupos.
<i>“Continuous versus discontinuous suture in perineal injuries produced during delivery in primiparous women: a</i>	Martínez-Galiano et al., 2019	Espanha	Avaliar se a técnica de sutura (contínua ou interrompida) tem efeito sobre a dor e outros problemas pós-parto, a incidência de incontinência (urinária e/ou fecal) e o reinício	Ensaio clínico randomizado simples-cego	134 mulheres primíparas com laceração de 2º grau ou episiotomia durante o parto: 70 mulheres foram incluídas no grupo de intervenção (sutura contínua) e 64 no grupo de	• As mulheres que foram submetidas a reparação com sutura contínua apresentaram menores níveis de dor pós-parto até 3 meses e tiveram menor incidência de incontinência urinária 15 dias após o parto.

<i>randomized controlled trial</i>			das relações sexuais.		referência (suturas interrompidas).	
<i>“The effect of suture techniques used in repair of episiotomy and perineal tear on perineal pain and dyspareunia”</i>	Aydın Besen & Rathfisch, 2020	Turquia	Determinar o efeito da técnica de sutura contínua na dor perineal e dispareunia em comparação à técnica de sutura interrompida, na reparação de episiotomia e/ou laceração de 2º grau.	Ensaio experimental controlado, randomizado e cego	54 grávidas primíparas, incluindo 27 para a técnica contínua e 27 para a técnica interrompida.	• A técnica de sutura contínua resultou em menor necessidade de material, menor tempo de reparação, melhor cicatrização de feridas, menos dor perineal e menor necessidade de analgesia do que a técnica de sutura interrompida. • Não houve diferença significativa entre as técnicas em termos do momento da relação sexual após o parto e da dispareunia.
<i>“Tissue adhesive to repair first-degree perineal tear: A pilot randomized controlled trial”</i>	Trevisan Teixeira et al., 2020	Brasil	Determinar a viabilidade da condução de um ensaio clínico randomizado sobre o uso do adesivo tecidual Epiglu para reparação de lacerações perineais de 1º grau.	Ensaio clínico randomizado piloto	20 mulheres com laceração de 1º grau, distribuídas aleatoriamente no grupo experimental (GE; n=10; submetidas a reparação com Epiglu) e grupo controlo (GC; n=10; submetidas a reparação com sutura com Vicryl Rapide)	• A média da intensidade da dor perineal foi significativamente menor nas mulheres do GE. • A cicatrização perineal apresentou resultados significativamente melhores nas mulheres do GE. • A satisfação das mulheres com a reparação perineal foi significativamente superior no GE. • O tempo médio gasto para a reparação perineal foi de 5 minutos no GE e 21 minutos no GC.

<i>“Perineal repair of media-lateral episiotomies and 2nd degree tears by midwives: A randomised controlled trial comparing three suture techniques”</i>	López-Lapeyrere et al., 2020	Espanha	Comparar 3 técnicas de sutura de reparação perineal após episiotomia ou laceração de 2º grau durante um parto normal em relação à redução da dor e à melhoria do processo de cicatrização perineal.	Ensaio clínico randomizado	183 grávidas de termo com mais de 18 anos de idade, que necessitaram de reparação perineal após episiotomia ou laceração de 2º grau e foram atendidas para parto normal por parteiras. Foram aleatoriamente designadas para 3 grupos: Grupo Sutura Contínua (n = 58), Grupo Sutura Cutânea Interrompida (n = 53) ou Grupo Sutura Subcutânea Interrompida (n = 57).	• Os três métodos de sutura descritos para reparação perineal após episiotomia ou laceração de 2º grau após parto normal são comparáveis em relação à dor perineal de curto, médio e longo prazo e ao processo de cicatrização. • O uso da técnica de sutura contínua envolveu menos tempo do que os métodos de sutura interrompida.
<i>“Suture type used for perineal injury repair and sexual function: a randomised controlled trial”</i>	Martínez-Galiano et al., 2020	Espanha	Avaliar se a técnica de sutura usada (contínua ou interrompida) tem impacto na função sexual da mulher após o parto.	Ensaio clínico randomizado simples-cego	134 mulheres primíparas com laceração perineal de 2º grau ou episiotomia. Foram alocadas em 2 grupos: sutura contínua (n = 70) e sutura interrompida (n = 64).	• As mulheres submetidas a sutura contínua normalizaram as relações sexuais mais cedo, atingiram o orgasmo mais facilmente e obtiveram pontuações mais altas em comunicação sexual e satisfação com a vida sexual do que aquelas no grupo com suturas interrompidas.

<i>“Pain, healing and satisfaction of women after perineal repair with surgical glue and suture”</i>	Marks et al., 2020	Brasil	Comparar a intensidade da dor, o processo de cicatrização e a satisfação da mulher com a reparação do trauma perineal no parto normal utilizando cola cirúrgica ou fio de sutura.	Estudo transversal alinhado a um ensaio clínico controlado e randomizado	110 puérperas que que tiveram parto normal com lacerações perineais de 1º e 2º graus ou episiotomia. Foram alocadas em 2 grupos: grupo experimental (GE: reparação perineal com cola cirúrgica Glubran-2®; n=55) e grupo controle (GC: reparação perineal com fio Vicryl®; n=55).	• A cola cirúrgica mostrou vantagens em relação à dor perineal e maior satisfação das mulheres comparada com o uso do fio de sutura. • O processo de cicatrização foi similar nos dois tipos de reparação.
<i>“Comparison of the aesthetic and functional efficacy of subcuticular running closure (3/0 rapid absorbable 910 polyglactin) with N-BUTYL cyanoacrylate in episiotomy repair”</i>	Atesli et al., 2020	Turquia	Comparar as eficácias estéticas e funcionais de n-butilcianoacrilato e suturas de poliglactina 910 3/0 de rápida absorção na reparação cutânea durante episiotomia.	Estudo prospectivo, randomizado e caso-controle	52 parturientes que tiveram parto vaginal espontâneo com episiotomia numa clínica ao longo de um ano	• A eficácia do uso de adesivos teciduais de n-butilcianoacrilato em comparação com suturas de poliglactina 910 3/0 de rápida absorção para a reparação de episiotomia cutânea foi semelhante. • O adesivo tecidual apresenta vantagens como aplicação rápida, segurança e pós-parto indolor.

<i>“Obstetric Lacerations: Prevention and Repair”</i>	Arnold et al., 2021	Estados Unidos	Fornecer uma revisão clínica baseada em evidências sobre a prevenção, classificação, reparação e cuidados pós-parto relacionados com as lacerações obstétricas.	Revisão narrativa da literatura	-	• O tratamento conservador de lacerações hemostáticas menores de 1º e 2º graus sem distorção anatômica reduz a dor, o uso de analgesia e a dispareunia. • Nas lacerações de 1º grau que precisam de reparação, deve ser usada a cola cirúrgica para lesões hemostáticas. • As reparações com cola cirúrgica são mais rápidas, requerem menos anestesia local e causam menos dor, com resultados funcionais e estéticos semelhantes seis semanas após o parto. • As lacerações de 2º grau são melhor reparadas com uma única sutura contínua, pois causa menos dor a curto prazo e menor uso de analgésicos do que a sutura interrompida.
<i>“Care for perineal tears in vaginal delivery: An update for midwife”</i>	Hartinah et al., 2021	Indonésia	Efetuar uma revisão de diversos estudos sobre a reparação ou tratamento de lacerações perineais após o parto vaginal.	Revisão narrativa da literatura	9 artigos: 3 artigos examinaram o efeito do tipo de sutura na dor perineal e os outros 6 discutiram terapias para reduzir os efeitos adversos das lacerações perineais. Mulheres com lacerações de 1º ou 2º grau, ou episiotomia.	• O tipo/técnica de suturas utilizadas na reparação de lacerações de 2º grau ou episiotomia afeta a dor perineal sentida pelas mães no pós-parto. • As suturas absorvíveis são as preferíveis. • No entanto, a sutura de lacerações de 2º grau pode aumentar a dor pós-parto em comparação com a não sutura ou o uso de cola cirúrgica. • As suturas contínuas resultam em menos dor perineal, melhor atividade sexual e menor necessidade de analgesia do que as suturas interrompidas, devido ao uso de menos material e nós. • Deixar a pele perineal sem sutura, especialmente nas lacerações 1º e 2º grau, pode reduzir a dor pós-parto desde o 14º dia até à 6ª semana, além de reduzir o uso de analgesia e a incidência de dispareunia em 3 meses pós-parto,

						mas pode deixar cicatrizes abertas e os efeitos a longo prazo desta ação ainda não são conhecidos.
<i>“The use of non-surgical glue to repair perineal first-degree lacerations in normal birth: A non-inferiority randomised trial”</i>	Ochiai et al., 2021	Brasil	Comparar a cola não cirúrgica com suturas tradicionais em lacerações perineais de 1º grau após parto vaginal.	Ensaio clínico randomizado, prospectivo, aberto e de não inferioridade	126 mulheres que tiveram parto vaginal com laceração de 1º grau. Em 63 delas foi usada cola não cirúrgica (etil 2-cianoacrilato; grupo Cola) e noutras 63 suturas de catgut (grupo Sutura).	• A cola não cirúrgica não foi inferior às suturas tradicionais para a reparação de lacerações de 1º grau pós-parto. • A cola não cirúrgica foi associada a menos dor e maior satisfação das mulheres.
<i>“Use of surgical glue to repair intrapartum perineal lacerations: a case series study”</i>	Caroci-Becker et al., 2021	Brasil	Descrever o uso da cola cirúrgica na reparação do trauma perineal no parto normal.	Estudo série de casos	19 mulheres que tiveram parto normal com trauma perineal com indicação de sutura (laceração de 1º ou 2º graus e episiotomia).	• A aplicação da cola mostrou-se viável para avaliação em uma amostra maior de mulheres, pois os resultados sugerem boa aceitação pelas mulheres e dor de baixa intensidade ou ausente, cicatrização adequada e alta satisfação com a reparação nas primeiras 48 horas após o parto.
<i>“Benefits of continuous suture of perineal injury in adaptation to motherhood”</i>	Ferrer-Gil et al., 2023	Espanha	Avaliar o efeito da técnica de sutura contínua da ferida perineal na capacidade e recuperação funcional da mulher para	Ensaio clínico não randomizado com alocação cega para grupos de estudo	126 mulheres com parto eutócico e lacerações perineais de 2º grau ou episiotomia: 64 suturadas com técnica contínua (grupo intervenção)	• Mulheres submetidas à técnica de sutura contínua recuperam a sua capacidade e recuperação funcional para realizar as atividades da vida diária mais precocemente e com menos dor, do que mulheres com sutura descontínua, adaptando-se de forma mais rápida e satisfatória à maternidade.

			realizar o seu autocuidado, o cuidado do recém-nascido, amamentação e atividades de vida diária: básicas e instrumentais, no período pós-parto.		e 62 com técnica descontínua (grupo controle)	
<i>“Continuous non-locking vs. interrupted suturing techniques for the repair of episiotomy or second-degree perineal tears: A single-blind randomized controlled trial”</i>	Faal Siahkal et al., 2023	Irão	Comparar a técnica de sutura contínua sem bloqueio com a sutura interrompida para a reparação de episiotomia ou laceração perineal de 2º grau.	Ensaio clínico randomizado simples-cego	300 mulheres primíparas e multíparas que tiveram parto vaginal com laceração perineal de 2º grau ou episiotomia foram divididas em 2 grupos de técnicas de sutura: contínua ou interrompida sem bloqueio.	• O uso da técnica de sutura contínua sem bloqueio foi associado a menos dor perineal, melhor cicatrização de feridas, menor duração da reparação perineal, menor uso de material de sutura e menor necessidade de analgésicos em comparação com o método interrompido. • No entanto, mais estudos são necessários para confirmar os resultados do presente estudo.
<i>“Use of surgical glue versus suture to repair perineal tears: a randomised controlled trial”</i>	Caroci-Becker et al., 2023	Brasil	Avaliar a eficácia da cola cirúrgica de n-butil-2-cianoacrilato em comparação à sutura de poliglactina 910 na reparação de lacerações	Ensaio clínico randomizado, controlado, aberto e paralelo.	140 mulheres com laceração perineal espontânea de 1º ou 2º grau ou episiotomia. 4 grupos: 2 grupos experimentais reparados com cola cirúrgica (n = 35	• As mulheres tratadas com cola cirúrgica apresentaram menos dor perineal. • Não houve diferença no processo de cicatrização, mas os grupos de controle obtiveram melhor resultado no item de coaptação.

			perineais de 1º e 2º graus e episiotomia em partos vaginais.		mulheres com laceração de 1º grau; n = 35 mulheres com laceração de 2º grau ou episiotomia); 2 grupos de controle suturados com fio (n = 35 mulheres com laceração de 1º grau; n = 35 mulheres com laceração de 2º grau ou episiotomia).	
<i>“Surgical adhesive glue to repair first-degree perineal tears in vaginal birth: A randomised controlled clinical trial”</i>	Teixeira & Riesco, 2023	Brasil	Avaliar a eficácia da cola cirúrgica adesiva na redução da dor perineal quando comparada à sutura em lacerações perineais de 1º grau decorrentes de parto vaginal.	Ensaio controlado randomizado, aberto, de grupos paralelos.	84 parturientes com laceração de 1º grau que precisaram de reparação. No grupo experimental (n = 42), as lacerações perineais foram reparadas com cola cirúrgica Epiglu® (etil-2-cianoacrilato); no grupo controle (n = 42), as lacerações foram reparadas com suturas Vicryl Rapide® (poliglactina 910).	• A cola cirúrgica resultou em menos dor perineal, reparação mais rápida e maior satisfação do que as suturas perineais após o parto. • O processo de cicatrização foi semelhante em ambos os casos.

<i>“Effect of tissue adhesives in repairing perineal trauma during childbirth: A systematic review and meta-analysis”</i>	Li et al., 2023	China	Investigar o efeito de adesivos teciduais na cicatrização de feridas perineais e no alívio da dor em mulheres com trauma perineal durante o parto.	Revisão sistemática e meta-análise	14 ensaios clínicos randomizados. 2264 mulheres com lacerações perineais de 1º ou 2º grau, ou submetidas a episiotomia. A intervenção foi o uso de adesivos teciduais isoladamente ou em combinação com suturas.	• Nas lacerações de 1º grau, a incidência de complicações da ferida foi significativamente maior no grupo de adesivos teciduais. • Nas episiotomias, o efeito da combinação de adesivos teciduais e suturas foi comparável ao das suturas exclusivamente. • Os adesivos teciduais exerceram um efeito positivo no alívio da dor perineal imediata e de curto prazo, mas não foi encontrada nenhuma diferença significativa no efeito do alívio da dor a longo prazo. • Os adesivos teciduais também têm efeito na redução do tempo de reparação intraoperatória e na melhoria da satisfação médico-materna.
<i>“Repair of episiotomy and obstetrical perineal lacerations (first-fourth)”</i>	Schmidt & Fenner, 2024	Estados Unidos	Efetuar uma revisão da prevalência, da classificação, do diagnóstico e das evidências que sustentam diferentes métodos de reparação de lacerações perineais de 1º a 4º graus e episiotomias.	Revisão narrativa da literatura	-	• Para a reparação de lacerações de 1º ou 2º grau há 3 opções: tratamento não cirúrgico sem sutura, uso de adesivo cutâneo ou tratamento cirúrgico com sutura. • Se hemostática, recomenda-se não suturar ou usar um adesivo cutâneo porque estes métodos estão associados a um tempo de procedimento mais curto, menos dor e resultados funcionais e estéticos semelhantes. • Além disso, o tratamento não cirúrgico reduz a carga de trabalho clínico e os recursos humanos e materiais. • Sutures multifilamentares sintéticas causam menos dor e menor risco de necessidade de suturar novamente, em comparação com o catgut. • Sutures monofilamentares podem ter menor risco de infecção.

						• Suturas de rápida absorção, apesar do custo aumentado, têm menor necessidade de remoção de sutura pós-parto. • Para reparar a pele perineal de uma laceração de 1º grau, se hemostática, recomenda-se o uso de cola cirúrgica. • Para a reparação de lacerações de 1º e 2º graus e episiotomia, suturas contínuas reduzem a dor a curto prazo, dispareunia e quantidade de material de sutura utilizado.
<i>“Repercussions of perineal repair using surgical glue or suture thread on postpartum outcomes: A controlled randomized clinical trial in São Paulo, Brazil”</i>	Brunelli et al., 2024	Brasil	Comparar a incontinência urinária, a satisfação das mulheres, a força muscular do assoalho pélvico e a função sexual de acordo com o tipo de reparação perineal (cola cirúrgica ou fio de sutura) durante os primeiros oito meses após o parto normal.	Ensaio clínico randomizado controlado	133 primíparas com lacerações perineais espontâneas de 1º ou 2º grau ou episiotomia, submetidas a reparação perineal durante o parto com cola cirúrgica ou suturas	• Não houve diferença significativa entre o tipo de reparação perineal na incidência de incontinência urinária ou na satisfação das mulheres. • Os resultados da força muscular do assoalho pélvico e da função sexual foram consistentemente maiores no grupo com cola cirúrgica do que no grupo com sutura durante os primeiros oito meses após a reparação perineal. No entanto, essa diferença não atingiu significância estatística. • A cola cirúrgica apresentou bons resultados estéticos e funcionais no períneo aos oito meses pós-parto.

A análise dos 32 estudos incluídos nesta *Scoping Review* evidenciou diferenças relevantes na eficácia das técnicas de reparação perineal, de acordo com o tipo de lesão abordado – lacerações de 1º ou 2º grau, ou episiotomia.

As **lacerações de 1º grau** foram analisadas em 15 estudos (Feigenberg et al., 2014; Frohlich & Kettle, 2015; ACOG, 2018; Marks, 2018; Trevisan Teixeira et al., 2020; Marks et al., 2020; Arnold et al., 2021; Hartinah et al., 2021; Ochiai et al., 2021; Caroci-Becker et al., 2021; Caroci-Becker et al., 2023; Teixeira & Riesco, 2023; Li et al., 2023; Schmidt & Fenner, 2024; Brunelli et al., 2024), a maioria dos quais focou a comparação entre o uso da cola cirúrgica e a técnica de sutura. Os estudos reportaram que a aplicação de cola cirúrgica foi considerada uma técnica eficaz, estando associada a menor intensidade de dor (Feigenberg et al., 2014; Marks, 2018; Trevisan Teixeira et al., 2020; Marks et al., 2020; Arnold et al., 2021; Ochiai et al., 2021; Caroci-Becker et al., 2021; Caroci-Becker et al., 2023; Teixeira & Riesco, 2023; Schmidt & Fenner, 2024), maior satisfação das mulheres (Feigenberg et al., 2014; Trevisan Teixeira et al., 2020; Marks et al., 2020; Ochiai et al., 2021; Caroci-Becker et al., 2021; Caroci-Becker et al., 2023; Teixeira & Riesco, 2023; Li et al., 2023; Brunelli et al., 2024), redução do tempo de reparação (Feigenberg et al., 2014; Trevisan Teixeira et al., 2020; Teixeira & Riesco, 2023; Li et al., 2023; Schmidt & Fenner, 2024) e menor necessidade de anestesia local (Feigenberg et al., 2014; Arnold et al., 2021). Relativamente ao processo de cicatrização, a maioria dos estudos descreveu resultados semelhantes entre ambas as técnicas (Marks, 2018; Marks et al., 2020; Arnold et al., 2021; Caroci-Becker et al., 2023; Teixeira & Riesco, 2023; Schmidt & Fenner, 2024), com exceção de dois estudos (Trevisan Teixeira et al., 2020; Brunelli et al., 2024), que relataram resultados estéticos e funcionais significativamente melhores nas mulheres submetidas a reparação com cola cirúrgica. No entanto, um estudo (Li et al., 2023), observou uma incidência significativamente maior de complicações da ferida nas mulheres submetidas a reparação com cola cirúrgica. Em suma, vários estudos recomendaram o uso de cola cirúrgica para a reparação de lacerações hemostáticas de 1º grau (ACOG, 2018; Arnold et al., 2021; Schmidt & Fenner, 2024).

A abordagem não cirúrgica, isto é, a não sutura de lacerações de 1º grau hemostáticas, foi igualmente estudada (Frohlich & Kettle, 2015; ACOG, 2018; Arnold et al., 2021; Hartinah et al., 2021; Schmidt & Fenner, 2024), sendo descrita como vantajosa no alívio da dor e redução do uso de analgesia e da dispareunia, embora com potencial risco de deiscência em alguns casos (Frohlich & Kettle, 2015; Hartinah et al., 2021;

Schmidt & Fenner, 2024). Além disso, um estudo (Schmidt & Fenner, 2024) mencionou que o tratamento não cirúrgico reduziu a carga de trabalho clínico e os recursos humanos e materiais. Por fim, um outro estudo (ACOG, 2018) referiu que não existem evidências suficientes para recomendar, de forma conclusiva, a reparação cirúrgica ou não cirúrgica de lacerações de 1º grau.

Os dois tipos de lesão perineal mais frequentemente estudados foram as lacerações de 2º grau (n = 24) e as episiotomias (n = 25).

Relativamente às **lacerações de 2º grau**, a sutura contínua com fio absorvível foi a técnica mais estudada e recomendada, estando associada, nos estudos, a menor dor (Almeida & Riesco, 2008; Kettle et al., 2012; Frohlich & Kettle, 2015; Selo-Ojeme et al., 2016; ACOG, 2018; Martínez-Galiano et al., 2019; Aydın Besen & Rathfisch, 2020; Arnold et al., 2021; Hartinah et al., 2021; Ferrer-Gil et al., 2023; Faal Siahkal et al., 2023; Schmidt & Fenner, 2024), menor necessidade de analgesia (Kettle et al., 2012; Frohlich & Kettle, 2015; ACOG, 2018; Aydın Besen & Rathfisch, 2020; Arnold et al., 2021; Hartinah et al., 2021; Faal Siahkal et al., 2023), menor uso de material (Kindberg et al., 2008; Valenzuela et al., 2009; Kettle et al., 2012; Aydın Besen & Rathfisch, 2020; Hartinah et al., 2021; Faal Siahkal et al., 2023; Schmidt & Fenner, 2024), menor tempo de reparação (Kindberg et al., 2008; Valenzuela et al., 2009; Aydın Besen & Rathfisch, 2020; López-Lapeyrere et al., 2020; Faal Siahkal et al., 2023), melhor cicatrização (Aydın Besen & Rathfisch, 2020; Faal Siahkal et al., 2023), menor necessidade de remoção de sutura (Kettle et al., 2012; ACOG, 2018), maior satisfação das mulheres (Selo-Ojeme et al., 2016), menor incidência de incontinência urinária (Martínez-Galiano et al., 2019), melhor função sexual (Martínez-Galiano et al., 2020; Hartinah et al., 2021) e redução da dispareunia (Schmidt & Fenner, 2024). Seis estudos não identificaram diferenças entre a técnica de sutura contínua e a técnica de sutura interrompida, no que diz respeito à dor perineal (Kindberg et al., 2008; Valenzuela et al., 2009; Selo-Ojeme et al., 2016; López-Lapeyrere et al., 2020), satisfação da mulher e necessidade de suturar novamente (Kindberg et al., 2008), cicatrização da ferida (Kindberg et al., 2008; Almeida & Riesco, 2008; López-Lapeyrere et al., 2020), ocorrência de morbidades (Almeida & Riesco, 2008) e dispareunia (Kindberg et al., 2008; Selo-Ojeme et al., 2016; Aydın Besen & Rathfisch, 2020). Destaca-se ainda um estudo (Ferrer-Gil et al., 2023) em que as mulheres submetidas à técnica de sutura contínua recuperaram a sua capacidade funcional para realizar as atividades da vida diária mais precocemente e com menos dor, do que mulheres

com sutura descontínua, o que favoreceu uma adaptação mais rápida e satisfatória à maternidade.

A utilização de cola cirúrgica nas lacerações de 2º grau foi reportada como eficaz em diversos estudos (Seijmonsbergen-Schermers et al., 2015; ACOG, 2018; Marks, 2018; Swenson et al., 2019; Marks et al., 2020; Arnold et al., 2021; Hartinah et al., 2021; Caroci-Becker et al., 2021; Caroci-Becker et al., 2023; Li et al., 2023; Schmidt & Fenner, 2024; Brunelli et al., 2024), com uma taxa de deiscência menor num deles (Seijmonsbergen-Schermers et al., 2015) e maior noutro (Hartinah et al., 2021). A não sutura da pele perineal foi também abordada em alguns estudos (Frohlich & Kettle, 2015; Seijmonsbergen-Schermers et al., 2015; Swenson et al., 2019; Arnold et al., 2021; Hartinah et al., 2021; Schmidt & Fenner, 2024), que mostraram resultados promissores quanto à redução da dor e da dispareunia, embora tenha sido assinalada a necessidade de vigilância rigorosa, especialmente no que diz respeito à cicatrização, podendo estar associada à redução da mesma (Frohlich & Kettle, 2015) e à deiscência (Seijmonsbergen-Schermers et al., 2015).

Quanto às **episiotomias**, a sutura contínua também mostrou superioridade, nos estudos, em termos de dor perineal (Almeida & Riesco, 2008; Kokanali et al., 2011; Kettle et al., 2012; Frohlich & Kettle, 2015; ACOG, 2018; Martínez-Galiano et al., 2019; Aydın Besen & Rathfisch, 2020; Hartinah et al., 2021; Ferrer-Gil et al., 2023; Faal Siahkal et al., 2023; Schmidt & Fenner, 2024), menor necessidade de analgesia (Kettle et al., 2012; Frohlich & Kettle, 2015; ACOG, 2018; Aydın Besen & Rathfisch, 2020; Hartinah et al., 2021; Faal Siahkal et al., 2023), menor uso de material (Kindberg et al., 2008; Valenzuela et al., 2009; Kokanali et al., 2011; Hasanpoor et al., 2012; Kettle et al., 2012; Aydın Besen & Rathfisch, 2020; López-Lapeyrere et al., 2020; Hartinah et al., 2021; Faal Siahkal et al., 2023; Schmidt & Fenner, 2024), menor tempo de reparação (Kindberg et al., 2008; Valenzuela et al., 2009; Kokanali et al., 2011; Hasanpoor et al., 2012; Aydın Besen & Rathfisch, 2020; López-Lapeyrere et al., 2020; Faal Siahkal et al., 2023), melhor cicatrização (Aydın Besen & Rathfisch, 2020; Faal Siahkal et al., 2023), menor necessidade de remoção de sutura (Kettle et al., 2012; ACOG, 2018), menor incidência de incontinência urinária (Martínez-Galiano et al., 2019), melhor função sexual (Martínez-Galiano et al., 2020; Hartinah et al., 2021), redução da dispareunia (Schmidt & Fenner, 2024) e melhor recuperação funcional (Ferrer-Gil et al., 2023).

A cola cirúrgica, utilizada sobretudo no encerramento da pele perineal das episiotomias, apresentou igualmente bons resultados em diversos estudos (Mota et al., 2009; Seijmonsbergen-Schermer et al., 2015; ACOG, 2018; Marks, 2018; Marks et al., 2020; Atesli et al., 2020; Caroci-Becker et al., 2021; Caroci-Becker et al., 2023; Li et al., 2023; Brunelli et al., 2024), destacando-se por permitir um procedimento mais rápido e menos invasivo, com redução significativa da dor perineal no pós-parto imediato e uma elevada aceitação e satisfação por parte das mulheres. Em comparação com a técnica de sutura, dois estudos (Mota et al., 2009; ACOG, 2018) não identificaram diferenças em termos de dor, apenas referiram uma reparação mais rápida, e outros dois (Atesli et al., 2020; Caroci-Becker et al., 2023) evidenciaram que não houve diferença no processo de cicatrização. Destaca-se ainda um estudo (Li et al., 2023) que avaliou o efeito da combinação de adesivos teciduais e suturas na reparação de episiotomias, tendo sido comparável ao das suturas exclusivamente. A não sutura da pele obteve resultados iguais aos das lacerações de 2º grau.

Em relação ao tipo de materiais de sutura utilizados na reparação perineal, a maioria dos estudos recorreu a fios sintéticos absorvíveis, com destaque para a poliglactina 910, tanto na sua forma convencional (Vicryl®) como na variante de absorção rápida (Vicryl Rapide®). Um estudo (Schmidt & Fenner, 2024) referiu que as suturas com este tipo de fio multifilamentar sintético causaram menos dor e menor risco de necessidade de suturar novamente, em comparação com o catgut, que é um tipo de fio monofilamentar potencialmente benéfico na redução do risco de infeção. Em contrapartida, noutro estudo (Kettle et al., 2012) não houve diferença clínica significativa entre os fios de sutura absorvíveis monofilamentares e multifilamentares, sendo ambos considerados adequados para a reparação perineal.

Os fios sintéticos absorvíveis foram utilizados em diversos estudos que avaliaram a dor perineal, a necessidade de remoção de sutura e os resultados cicatriciais (Kokanali et al., 2011; Kettle et al., 2012; Frohlich & Kettle, 2015; ACOG, 2018; Hartinah et al., 2021; Schmidt & Fenner, 2024). Os resultados relataram que estes fios estão associados a menor dor pós-parto (Frohlich & Kettle, 2015; ACOG, 2018; Schmidt & Fenner, 2024), menos analgesia e menor necessidade de suturar novamente (ACOG, 2018), bem como a redução da necessidade de remoção de sutura (Frohlich & Kettle, 2015; Schmidt & Fenner, 2024) e menor probabilidade de causar dispareunia (Frohlich & Kettle, 2015).

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados desta *Scoping Review* evidenciam uma diversidade de técnicas utilizadas na reparação perineal de lacerações de 1º e 2º grau e episiotomias, refletindo diferentes abordagens clínicas e avanços nas recomendações baseadas na evidência. Embora os estudos incluídos não abordem especificamente o papel do EEESMO, os resultados desta revisão são fundamentais para a prática deste profissional, pois fornecem suporte científico para a tomada de decisão clínica e para a adoção de práticas capazes de otimizar os resultados clínicos e a experiência da mulher no pós-parto.

A técnica de sutura contínua com fio absorvível foi considerada, nos estudos incluídos, a abordagem mais vantajosa para a reparação de lacerações de 2º grau e episiotomias, estando associada à redução da dor perineal, menor recurso a analgésicos, menor tempo de reparação, menor uso de material cirúrgico, melhor cicatrização e maior satisfação das mulheres. Estes benefícios foram corroborados por diversos ensaios clínicos e revisões da literatura, reforçando a robustez da evidência científica e a sua aplicabilidade em diferentes contextos clínicos. Importa salientar que estes resultados estão em consonância com as recomendações emitidas por entidades internacionais como o ACOG (2018) e o NICE (2023), que preconizam a utilização da sutura contínua como a técnica de eleição na reparação de lesões perineais deste tipo. Também a WHO (2018) e a SPOMMF (2022) indicam a sutura contínua como método preferencial na reparação da episiotomia, destacando a sua eficácia, segurança e contributo para uma melhor recuperação no pós-parto.

A utilização da cola cirúrgica foi relatada em vários estudos como uma alternativa eficaz à sutura em lacerações de 1º grau e no encerramento da pele perineal de lacerações de 2º grau e episiotomias. Esta abordagem foi associada a menor intensidade da dor, maior satisfação das mulheres e menor tempo de execução, sem comprometer a cicatrização, quando utilizada em lesões hemostáticas. No entanto, alguns estudos sugeriram cautela na sua utilização isolada, especialmente em lesões mais profundas, devido a potenciais riscos de deiscência. Apesar de, nos últimos anos, terem sido publicados inúmeros estudos que sustentam a eficácia desta prática, a WHO ainda não emitiu recomendações formais sobre o uso da cola cirúrgica na reparação perineal. Já o ACOG (2018) reconhece esta técnica como uma opção viável para a reparação de lacerações hemostáticas de 1º grau e da pele perineal de lacerações de 2º grau e episiotomias.

A abordagem não cirúrgica, nomeadamente a não sutura da pele perineal, nos estudos incluídos mostrou benefícios, principalmente nas lacerações de 1º grau hemostáticas, associando-se a menor dor, redução do uso de analgesia e diminuição da incidência de dispareunia. Contudo, a evidência sobre os desfechos a longo prazo ainda é limitada, reforçando a necessidade de acompanhamento clínico rigoroso quando essa opção é adotada. Uma revisão da literatura de Elharmeel et al. (2011), que avaliou as evidências do tratamento cirúrgico versus não cirúrgico de lacerações perineais de 1º e 2º graus, concluiu que não há evidências suficientes para sugerir que um método seja superior ao outro em relação à cicatrização e recuperação nos períodos pós-parto precoce ou tardio. Assim sendo, referem ainda que até que estejam disponíveis evidências mais robustas, a decisão clínica relativamente à sutura de lacerações perineais deve basear-se no julgamento do profissional de saúde e na preferência informada da mulher, após esclarecimento quanto à escassez de evidência sobre os desfechos a longo prazo, à possibilidade de um processo de cicatrização mais lento e à eventual maior sensação de bem-estar geral associada à não sutura.

Em relação aos materiais utilizados, os fios sintéticos absorvíveis, como a poliglactina 910 (convencional ou de absorção rápida), foram os mais referenciados nos estudos, apresentando vantagens em comparação com o catgut no que se refere à redução da dor pós-parto, menor incidência de dispareunia e menor necessidade de analgesia, de remoção de sutura e de suturar novamente. A escolha do material revelou-se, portanto, um aspeto crucial para a qualidade da reparação perineal e no conforto da mulher. As orientações da WHO (2018), do ACOG (2018) e do NICE (2023) corroboram estes resultados, uma vez que recomendam a utilização de materiais de sutura absorvíveis para a reparação de lesões perineais.

O papel do EEESMO é central na promoção de cuidados perineais baseados na melhor evidência científica, especialmente no contexto da reparação de lacerações de 1º e 2º grau e de episiotomias. As suas competências profissionais (Portugal, 2023) permitem-lhe avaliar criteriosamente a extensão da lesão, a hemostasia, o tipo de tecido envolvido e as preferências da mulher, orientando a escolha da técnica e do material mais adequados à situação clínica. A sua intervenção não se limita à execução do procedimento, mas abrange também o aconselhamento e consentimento informado prévio, o alívio da dor, a vigilância após a reparação e a promoção de uma recuperação funcional e emocional positiva no pós-parto (ICM, 2024). Neste sentido, o EEESMO

encontra-se numa posição estratégica para implementar práticas como a sutura contínua com fio absorvível de lesões perineais que necessitem de sutura, a aplicação de cola cirúrgica em lesões superficiais, ou mesmo a abordagem não cirúrgica em casos de lacerações hemostáticas de 1º grau, sempre que essas opções sejam clinicamente seguras, adequadas e aceites pela mulher. O seu compromisso com a humanização dos cuidados, a segurança clínica e a eficiência de recursos torna-o um agente essencial na melhoria da experiência e dos resultados do parto vaginal.

5. CONCLUSÕES DO ESTUDO

A presente *Scoping Review* permitiu mapear e sintetizar a evidência científica existente acerca das técnicas disponíveis ao EEESMO para a reparação perineal em mulheres com laceração de 1º ou 2º grau, ou episiotomia, em contexto de parto vaginal.

Os resultados reportaram a técnica de sutura contínua com fio absorvível como a mais indicada para a reparação de lesões perineais de maior profundidade, nomeadamente lacerações de 2º grau e episiotomias, estando associada a melhores desfechos clínicos, tais como menor dor, menor tempo de reparação, melhor cicatrização e maior satisfação materna. Já a cola cirúrgica foi destacada como uma alternativa eficaz em lesões mais superficiais, como lacerações de 1º grau, ou para reparação da pele perineal de lacerações de 2º grau e episiotomias, apresentando benefícios em termos de dor, rapidez e aceitação por parte das mulheres. A não sutura da pele perineal foi relatada como uma opção em situações específicas, desde que seja garantida a hemostasia, embora sejam necessários mais estudos sobre os seus efeitos a longo prazo. O tipo de material de sutura também foi apontado como tendo influência direta nos desfechos da cicatrização e recuperação pós-parto, sendo recomendada, nos estudos incluídos, a utilização de fios sintéticos absorvíveis.

Esta revisão pode ser considerada como um guia prático para todos os profissionais de saúde envolvidos na reparação perineal, pois sintetiza o conhecimento atual e orienta a escolha da técnica mais adequada para cada lesão estudada. Apesar da existência de diferentes abordagens, a evidência aponta para a necessidade de uma prática clínica fundamentada e baseada em evidências científicas atuais, respeitando as características da lesão perineal, a autonomia da mulher, o contexto institucional e os recursos disponíveis. O fortalecimento das competências técnico-científicas e da capacidade de tomada de decisão é essencial para uma prática segura, eficiente e centrada na mulher. Assim, o EEESMO é responsável por avaliar clinicamente cada situação, considerando as preferências da mulher, para assegurar a promoção de uma experiência positiva de parto, o bem-estar da mulher no pós-parto, bem como uma recuperação mais rápida, confortável, funcional e humanizada.

Em relação à produção científica existente, identificaram-se diversas lacunas relevantes. Verifica-se uma escassez de estudos que avaliam os efeitos a médio e longo prazo das diferentes técnicas, especialmente no que respeita à função sexual, qualidade

da cicatrização, vivência subjetiva da mulher e impacto na sua qualidade de vida. É igualmente limitada a investigação sobre a formação e competências práticas necessárias para a execução segura e eficaz da reparação perineal, bem como sobre a implementação de protocolos clínicos padronizados.

Estas lacunas evidenciam a necessidade de investigação futura, com metodologias robustas, que explorem não apenas a eficácia técnica das diferentes abordagens, mas também as dimensões psicossociais, funcionais e formativas associadas à prática clínica do EEESMO. A produção de conhecimento nesta área poderá contribuir significativamente para a definição de recomendações mais completas, sustentadas na evidência e orientadas para a melhoria dos cuidados à mulher no pós-parto.

Em síntese, este trabalho de investigação permitiu consolidar o conhecimento disponível relativamente às técnicas de reparação perineal em lacerações de 1º e 2º grau e episiotomias, proporcionando uma base científica robusta para a tomada de decisão clínica. A evidência obtida nesta *Scoping Review* poderá apoiar a atualização de protocolos assistenciais, a uniformização das práticas clínicas e o reforço das competências do EEESMO, contribuindo para a prestação de cuidados tecnicamente qualificados, seguros e ajustados às necessidades da mulher. O contributo deste estudo, no que diz respeito à promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, não se prende unicamente aos EEESMO, mas também aos restantes profissionais da área da Saúde Materna e Obstétrica.

CONCLUSÃO GERAL

A elaboração deste RENP permitiu a reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas, as competências adquiridas e os desafios enfrentados ao longo do estágio, com base no processo de desenvolvimento pessoal e profissional para a construção de uma prática de excelência.

No decorrer do estágio, foram desenvolvidas competências técnicas, científicas, éticas e interpessoais, bem como as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do EEESMO. A aplicação da Teoria do Conforto de Kolcaba constituiu o referencial teórico estruturante da prática, promovendo cuidados humanizados, individualizados e sensíveis às dimensões físicas, psico-espirituais, ambientais e sociais da experiência do parto. As diversas experiências vivenciadas possibilitaram o cumprimento integral de todas as experiências mínimas obrigatórias para a atribuição do título de EEESMO.

Importa referir que a orientação das EEESMO ao longo de todo o percurso formativo foi essencial para consolidar todas as competências profissionais. Ambas proporcionaram um ensino fundamentado, promovendo o equilíbrio entre o cuidado humanizado e as intervenções baseadas em evidências científicas, com foco no bem-estar e segurança da mulher e do recém-nascido. Destacaram-se, sobretudo, na gestão de situações desafiadoras, como em emergências obstétricas, e no incentivo à reflexão crítica e autoconfiança, através de *feedbacks* construtivos e supervisão próxima. Contribuíram, assim, para uma experiência enriquecedora, que fortaleceu a capacidade de prestar cuidados qualificados e sensíveis, respeitando a autonomia e dignidade da mulher e do seu acompanhante.

A componente investigativa deste relatório consistiu na elaboração de uma *Scoping Review*, tendo-se atingido o objetivo de mapear a evidência científica existente acerca das técnicas disponíveis ao EEESMO para a reparação perineal em mulheres com laceração de 1º ou 2º grau, ou episiotomia, em contexto de parto vaginal. Para além disso, a realização deste estudo também permitiu o aprofundamento de conhecimentos sobre esta temática e o desenvolvimento de competências na área da investigação, especificamente na metodologia do JBI adotada e na leitura e análise de resultados de investigação. Pretende-se ainda contribuir para a melhoria das práticas realizadas no

contexto onde decorreu o ENP, através da apresentação dos resultados da investigação realizada.

A integração das duas componentes, prática e investigativa, revelou-se essencial para o fortalecimento da identidade profissional do EEESMO, ao promover a articulação entre a evidência científica e a prática assistencial, permitindo sustentar a qualidade dos cuidados com base em critérios técnico-científicos rigorosos.

Por fim, o presente relatório consubstancia não apenas o cumprimento dos objetivos pessoais e dos objetivos delineados para a obtenção do grau de Mestre e do título de Especialista, mas também a afirmação do compromisso ético e científico com a excelência na prestação de cuidados em Saúde Materna e Obstétrica. Destaca-se a contribuição para a melhoria contínua de uma prática de enfermagem especializada que valoriza a autonomia, a responsabilidade e a promoção da saúde e do bem-estar da mulher, do recém-nascido e da sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD006672. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
- Almeida, S. F., & Riesco, M. L. (2008). Randomized controlled clinical trial on two perineal trauma suture techniques in normal delivery. *Revista latino-americana de enfermagem*, 16(2), 272–279. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692008000200016>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). The Apgar Score: ACOG Committee Opinion, Number 644. *Obstetrics and Gynecology*, 126(4), e52–e55. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001108>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020a). Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstetrics and Gynecology*, 135(6), e237–e260. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000003891>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020b). Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth: ACOG Committee Opinion Summary, Number 814. *Obstetrics and Gynecology*, 136(6), 1238–1239. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000004168>
- Arnold, M. J., Sadler, K., & Leli, K. (2021). Obstetric Lacerations: Prevention and Repair. *American family physician*, 103(12), 745–752.
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBIM manual for evidence synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global> <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Atesli, E. E., Guven, S., Cimilli Senocak, G. N., & Guvendag Guven, E. S. (2020). Comparison of the aesthetic and functional efficacy of subcuticular running closure (3/0 rapid absorbable 910 polyglactin) with N-BUTYL cyanoacrylate in episiotomy repair. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 47(5), 660–663. <https://doi.org/10.31083/j.ceog.2020.05.2060>

- Aviso n.º 3916/2021. (2021). Diário da República n.º 43, Série II de 2021-03-03.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/03/043000000/0023700256.pdf>
- Aydın Besen, M., & Rathfisch, G. (2020). The effect of suture techniques used in repair of episiotomy and perineal tear on perineal pain and dyspareunia. *Health Care for Women International*, 41(1), 22–37.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1663194>
- Begley, C. M., Gyte, G. M., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., & Biesty, L. M. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD007412.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007412.pub5>
- Biblioteca Virtual em Saúde. (s.d.). Descritores em Ciências da Saúde: DeCS/MeSH.
<http://decs.bvsalud.org>
- Brunelli, W. S., Caroci Becker, A., Lima, M. O. P., Oliveira, S. G., Ochiai, A. M., Caroci, L., Araújo, N. M. D., & Riesco, M. L. (2024). Repercussions of perineal repair using surgical glue or suture thread on postpartum outcomes: A controlled randomized clinical trial in São Paulo, Brazil. *European journal of midwifery*, 8, 10.18332/ejm/191248. <https://doi.org/10.18332/ejm/191248>
- Campos, D., Silva, I., & Costa, F. (2011). *Emergências Obstétricas*. Lidel.
- 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, Mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf
- Cardoso, A., Soares, A., Sousa, B., Oliveira, M., Chaves, S., & Carvalho, J. (2024). *Guia orientador de boas práticas: Adaptação à parentalidade*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34908/gobp_adaptacao_parentalidade_vf2n_ok.pdf

- Caroci-Becker, A., Brunelli, W. S., de Oliveira Pimentel Lima, M., Ochiai, A. M., Oliveira, S. G., & Riesco, M. L. (2023). Use of surgical glue versus suture to repair perineal tears: a randomised controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 246. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05565-x>
- Committee on Practice Bulletins – Obstetrics (2018). ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 132(3), e87–e102. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002841>
- Correia, T. I. G. (2023). *Guia de Orientação do Estágio de Natureza Profissional*. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Consórcio Instituto Politécnico de Bragança, Instituto Politécnico de Viana do Castelo e Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Despacho n.º 12705/2022. (2022). Diário da República n.º 211, Série II de 2022-11-03. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/11/211000000/0023000232.pdf>
- Dwan, K., Fox, T., Lutje, V., Lavender, T., & Mills, T. A. (2024). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma and postpartum complications. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD016148. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD016148>
- Elharmeel, S. M. A., Chaudhary, Y., Tan, S., Scheermeyer, E., Hanafy, A., & van Driel, M. L. (2011). Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2011(8), Art. No. CD008534. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008534.pub2>
- Faal Siahkal, S., Abedi, P., Iravani, M., Esfandiarinezhad, P., Dastoorpoor, M., Bakhtiari, S., Najafian, M., Sharifipour, F., & Mohaghegh, Z. (2023). Continuous non-locking vs. interrupted suturing techniques for the repair of episiotomy or second-degree perineal tears: A single-blind randomized controlled trial. *Frontiers in surgery*, 10, 1114477. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2023.1114477>
- Feigenberg, T., Maor-Sagie, E., Zivi, E., Abu-Dia, M., Ben-Meir, A., Sela, H. Y., & Ezra, Y. (2014). Using adhesive glue to repair first degree perineal tears: a prospective randomized controlled trial. *BioMed research international*, 2014, 526590. <https://doi.org/10.1155/2014/526590>

- Ferrer-Gil, M., Manresa-Lamarca, M., Font-Montpeat, E., Serveto-Perna, M. Á., & Escobar-Bravo, M. Á. (2023). Benefits of continuous suture of perineal injury in adaptation to motherhood. *Enfermeria clinica*, 33(1), 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2022.07.001>
- Francisco, A. A., De Oliveira, S. M. J. V., Steen, M., Nobre, M. R. C., & De Souza, E. V. (2018). Ice pack induced perineal analgesia after spontaneous vaginal birth: Randomized controlled trial. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 31(5), e334–e340. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.12.011>
- Frohlich, J., & Kettle, C. (2015). Perineal care. *BMJ clinical evidence*, 2015, 1401.
- Hartinah, A., Usman, A. N., Sartini, Jafar, N., Arsyad, M. A., Yulianty, R., Sirenden, H., & Nurung, J. (2021). Care for perineal tears in vaginal delivery: An update for midwife. *Gaceta sanitaria*, 35 Suppl 2, S216–S220. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.024>
- Hasanpoor, S., Bani, S., Shahgole, R., & Gojazadeh, M. (2012). The effects of continuous and interrupted episiotomy repair on pain severity and rate of perineal repair: a controlled randomized clinical trial. *Journal of caring sciences*, 1(3), 165–171. <https://doi.org/10.5681/jcs.2012.024>
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2016). *Criopreservação de Sangue do Cordão Umbilical: Guia para os Pais*. 2ª Edição. https://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/BANCO%20CORDAO/GuiaParaOsPais-CordaoUmbilical_PORT-2ndEdition.pdf
- International Confederation of Midwives. (2024). *ICM Essential Competencies for Midwifery Practice*. https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/EN_ICM-Essential-Competencies-for-Midwifery-Practice-1.pdf
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
- Kettle, C., Dowswell, T., & Ismail, K. M. (2012). Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), CD000947. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000947.pub3>

- Kindberg, S., Stehouwer, M., Hvidman, L., & Henriksen, T. B. (2008). Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomised trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(4), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01637.x>
- Kokanalı, D., Ugur, M., Kuntay Kokanalı, M., Karayalcın, R., & Tonguc, E. (2011). Continuous versus interrupted episiotomy repair with monofilament or multifilament absorbed suture materials: a randomised controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 284(2), 275–280. <https://doi.org/10.1007/s00404-010-1620-0>
- Kolcaba, K. (2004). Teoria do conforto. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Orgs.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5.^a ed., pp. 481–495). Lusociência.
- Li, Y., Yi, H., Huang, Q., Lu, H., & Wang, A. (2023). Effect of tissue adhesives in repairing perineal trauma during childbirth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical nursing*, 32(9-10), 1569–1586. <https://doi.org/10.1111/jocn.16086>
- López-Lapeyrere, C., Solís-Muñoz, M., Hernández-López, A. B., Rodríguez-Barrientos, R., González-Rubio, R., & Carol Research Group (2020). Perineal repair of media-lateral episiotomies and 2nd degree tears by midwives: A randomised controlled trial comparing three suture techniques. *International journal of nursing studies*, 106, 103553. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103553>
- Mahdy, H., & Eruo, F. U. (2023). Amniotomy. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470167/>
- Marks, P. M. T. (2018). *Assessment of perineal pain, healing and satisfaction of the woman after delivery with perineal repair with the use of surgical glue and surgical thread: cross-sectional study*. [Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://doi.org/10.11606/D.7.2020.tde-12122019-174526>

- Marks, P. M. T., Caroci-Becker, A., Brunelli, W. S., Oliveira, S. G., Lima, M. O. P., & Riesco, M. L. G. (2020). Pain, healing and satisfaction of women after perineal repair with surgical glue and suture. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 54, e03588. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018044203588>
- Martínez-Galiano, J. M., Arredondo-López, B., Hidalgo-Ruiz, M., Narvaez-Traverso, A., Lopez-Morón, I., & Delgado-Rodriguez, M. (2020). Suture type used for perineal injury repair and sexual function: a randomised controlled trial. *Scientific reports*, 10(1), 10553. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-67659-2>
- Martínez-Galiano, J. M., Arredondo-López, B., Molina-Garcia, L., Cámara-Jurado, A. M., Cocera-Ruiz, E., & Rodríguez-Delgado, M. (2019). Continuous versus discontinuous suture in perineal injuries produced during delivery in primiparous women: a randomized controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 499. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2655-2>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2012). Parecer n.º 7/2012 – Plano de parto. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf
- Mota, R., Costa, F., Amaral, A., Oliveira, F., Santos, C. C., & Ayres-De-Campos, D. (2009). Skin adhesive versus subcuticular suture for perineal skin repair after episiotomy--a randomized controlled trial. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 88(6), 660–666. <https://doi.org/10.1080/00016340902883133>
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Fetal monitoring in labour*. NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng229>
- National Institute for Health and Care Excellence (2023). *Intrapartum care*. NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>

- Ochiai, A. M., Araújo, N. M., Moraes, S. D. T. A., Caroci-Becker, A., Sparvoli, L. G., Teixeira, T. T., & Carvalho, R. R. (2021). The use of non-surgical glue to repair perineal first-degree lacerations in normal birth: A non-inferiority randomised trial. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 34(5), e514–e519. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.018>
- Oliveira, L. L. F., Trezza, M. C. S. F., Melo, G. C. de, Santos, A. A. P., Sanches, M. E. T. L., & Pinto, L. M. T. R. (2017). As vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto. *Revista Enfermagem UERJ*, 25, e14203. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.14203>
- Opondo, C., Harrison, S., Sanders, J., Quigley, M. A., & Alderdice, F. (2023). The relationship between perineal trauma and postpartum psychological outcomes: a secondary analysis of a population-based survey. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 639. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05950-6>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enunciado de Posição sobre Consentimento Informado*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-esmo.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Recomendações para o aumento do trabalho de parto: Destaques e principais mensagens das recomendações globais de 2014 da Organização Mundial da Saúde*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/174001/WHO_RHR_15.05_por.pdf

- Organização Mundial da Saúde. (2022). *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva: sumário executivo*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354560/9789240048515-por.pdf>
- Pirana, S., Pissini, F. C., Mendes, N. C. O., Fukumoto, G. M., Abrahão, A. C. T., Assunção, T. M., Duarte, G. M., & Oliveira, M. (2019). Prevalência de apêndices pré-auriculares isolados em recém-nascidos e resultados na triagem auditiva neonatal. *Salusvita*, 38(2), p. 361-368. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051127>
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2015). *Orientação nº 005/2015: Colheita de Sangue do Cordão Umbilical para Gasimetria*. https://omcentro.com/ficheiros/docs/cord_umbilical_gasimetria_1.pdf
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2023). *Orientação nº 002/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orienta%C3%A7%C3%A3o-dgs.pdf>
- Ramar, C. N., Vadakekut, E. S., & Grimes, W. R. (2024). Perineal Lacerations. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559068/>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Diário da República n.º 26, Série II de 2019-02-06. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 391/2019. (2019). Diário da República n.º 85, Série II de 2019-05-03. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (s.d.). *Perineal tears during childbirth*. <https://www.rcog.org.uk/for-the-public/perineal-tears-and-episiotomies-in-childbirth/perineal-tears-during-childbirth/>
- Schmidt, P. C., & Fenner, D. E. (2024). Repair of episiotomy and obstetrical perineal lacerations (first-fourth). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3S), S1005–S1013. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.07.005>

- Seijmonsbergen-Schermers, A. E., Sahami, S., Lucas, C., & Jonge, A.d (2015). Nonsuturing or Skin Adhesives versus Suturing of the Perineal Skin After Childbirth: A Systematic Review. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 42(2), 100–115. <https://doi.org/10.1111/birt.12166>
- Selo-Ojeme, D., Okonkwo, C., Atuanya, C., Ndukwu, K., Selo-Ojeme, D. O., & Okonkwo, C. A. (2016). Single-knot versus multiple-knot technique of perineal repair: a randomised controlled trial. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 294(5), 945–952. <https://doi.org/10.1007/s00404-016-4101-2>
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.
- Silva, M. A. A., Caroci, A. S., Oliveira, S. M. J. V., & Riesco, M. L. G. (2021). Use of surgical glue to repair intrapartum perineal lacerations: A case series study. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAO02724. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02724>
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2021). *Normas de Orientação: Versão Cefálica Externa*. <https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2021/03/NORMA-Versao-Cefalica-Externa.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2022). *Normas de Orientação: Episiotomia*. https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Episiotomia.pdf
- Souza, D. G., Brandão, V. P., Martins, M. N., Morais, J. A. V., & Jesus, N. O. (2021). *Teorias de enfermagem: Relevância para a prática profissional na atualidade*. Editora Inovar. <https://doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-80476-74-9>
- Swenson, C. W., Low, L. K., Kowalk, K. M., & Fenner, D. E. (2019). Randomized Trial of 3 Techniques of Perineal Skin Closure During Second-Degree Perineal Laceration Repair. *Journal of midwifery & women's health*, 64(5), 567–577. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13020>
- Teixeira, T. T., Caroci, A. de S., Sousa Brunelli, W., & Riesco, M. L. (2020). Tissue adhesive to repair first-degree perineal tear: A pilot randomized controlled trial. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 47(2), 228–233. <https://doi.org/10.31083/j.ceog.2020.02.5131>

- Teixeira, T. T., & Riesco, M. L. (2023). Surgical adhesive glue to repair first-degree perineal tears in vaginal birth: A randomised controlled clinical trial. *International journal of nursing studies advances*, 5, 100130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100130>
- de Vaan, M. D., Ten Eikelder, M. L., Jozwiak, M., Palmer, K. R., Davies-Tuck, M., Bloemenkamp, K. W., Mol, B. W. J., & Bouvain, M. (2019). Mechanical methods for induction of labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD001233. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001233.pub3>
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192–1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>
- World Health Organization. (2000). *Definitions and indicators in Family Planning Maternal & Child Health and Reproductive Health used in the WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/108284>
- World Health Organization. (2011). *WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia*. Geneva: World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44703/9789241548335_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=D08262E106E03CA7B0C6E1CEC85AA3D2?sequence=1>
- World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term*. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363138/9789240052796-eng.pdf?sequence=1>
- Valenzuela, P., Saiz Puente, M. S., Valero, J. L., Azorín, R., Ortega, R., & Guijarro, R. (2009). Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(3), 436–441. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02056.x>

Zaky, N. H. (2016). *Effect of pelvic rocking exercise using sitting position on birth ball during the first stage of labor on its progress*. IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS), 5(4), 19–27. <https://doi.org/10.9790/1959-0504031927>

APÊNDICES

Apêndice I – Apresentação “Mobilização da Bacia na Bola de Pilates”

Mobilização da Bacia na Bola de Pilates



Estágio de Natureza Profissional
Bloco de Partos

Tatiana Gonçalves Guimarães

Índice

- Introdução: A Bola de Pilates no Trabalho de Parto
- Vantagens do Uso da Bola de Pilates na Progressão do Trabalho de Parto
- Evidência Científica do Uso da Bola de Parto
- Escolha da Bola de Pilates
- Posições com a Bola de Pilates
 - Sentada
 - De pé
 - Quatro apoios
- Conclusões



Introdução: A Bola de Pilates no Trabalho de Parto

- Estratégia para lidar com a dor
- Promotora da evolução do trabalho de parto



(Makvandi et al., 2015; Delgado et al., 2019 cit. in Cardoso et al., 2023)

Vantagens do Uso da Bola de Pilates na Progressão do Trabalho de Parto

- Aumento da mobilidade pélvica e verticalidade;
- Estímulo da contratilidade uterina e da descida fetal;
- Uso da gravidade;
- Liberdade de movimentos;
- Alternância da posição corporal;
- Conforto;
- Alívio da dor;
- Fonte de distração, através do movimento rítmico.

Experiência de parto mais satisfatória

(Zaky et al., 2016; Yeung et al., 2019; Leung et al., 2013; Lawrence et al., 2013 cit. in Cardoso et al., 2023)

Evidência Científica do Uso da Bola de Parto

- Revisão sistemática com meta-análise – 5 estudos
- Objetivo: avaliar o efeito do uso da bola de parto sobre a via de parto e a duração do trabalho de parto.
- O grupo que usou bola de parto apresentou menor duração da fase ativa do trabalho de parto, quando comparado ao grupo controle.
- O uso da bola de parto não teve efeito estatisticamente significativo sobre a duração do segundo estágio do trabalho de parto, nem evidenciou aumentar a probabilidade de parto vaginal.



(Makvandi et al., 2019 cit. in Cardoso et al., 2023)

Evidência Científica do Uso da Bola de Parto

- Revisão sistemática com meta-análise de 7 ensaios clínicos randomizados
- Objetivo: avaliar se o uso da bola de parto no trabalho de parto diminui a dor materna durante o trabalho de parto.
- A dor do parto diminuiu em 1,70 pontos no grupo com bola de parto em comparação com o grupo controle com significado estatístico.
- O uso da bola de parto versus nenhuma bola de parto não resultou em uma diferença significativa na incidência de parto vaginal espontâneo, parto vaginal instrumentado ou cesariana ou lacerações perineais.



(Grenvik et al., 2021 cit. in Cardoso et al., 2023)

Escolha da Bola de Pilates

- Diversos tamanhos

	Altura: 1,40 / 1,54 m Bola: 45 cm;		Altura: 1,55 / 1,69 m Bola: 55 cm;
	Altura: 1,70 / 1,87 m Bola: 65 cm;		Altura: 1,88 / 2,03 m Bola: 75 cm;
	Acima de 2,04 m Bola: 85 cm;		

Escolha da Bola de Pilates

- Condições de segurança:
 - Sentada, com os pés apoiados no chão
 - ângulos de 90° entre anca Joelhos e joelhos-tornozelos
 - maior facilidade na inclinação para a frente
 - aumento dos diâmetros da pelve
 - Uso de calçado antiderrapante;
 - Proximidade com suporte fixo (para segurar-se, se necessário).



(Amis & Green, 2008 cit. in Cardoso et al., 2023)

Posições com a Bola de Pilates

- Sentada
- De pé
- Quatro apoios



Escolha da melhor posição
conforme a evolução do trabalho de parto / conforto

(Cardoso et al., 2023)

Exemplos de Exercícios com a Bola de Pilates

- Posição: Sentada

- Realizar movimentos de "saltitar" em cima da bola



Exemplos de Exercícios com a Bola de Pilates

- Posição: Sentada

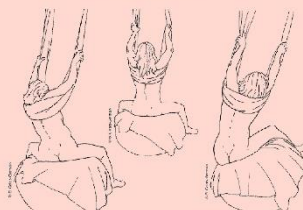
- Realizar movimentos circulares em ambos os sentidos, laterais, para a frente e para trás e sinal de infinito.



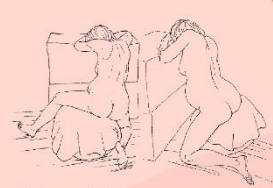
Exemplos de Exercícios com a Bola de Pilates

- Posição: Sentada

- Suspensão



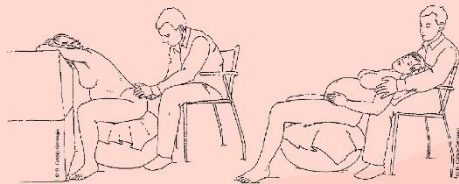
- Assimetrias



Exemplos de Exercícios com a Bola de Pilates

• Posição: Sentada

- Envolvimento do pai / acompanhante – massagem



Exemplos de Exercícios com a Bola de Pilates

• Posição: Sentada

- Envolvimento do pai / acompanhante – massagem



Exemplos de Exercícios com a Bola de Pilates

• Posição: De pé

- De frente para a bola
– abraçar a bola
(que fica contra uma superfície dura - parede, cama, mesa, etc.)



Exemplos de Exercícios com a Bola de Pilates

• Posição: De pé

- De costas para a bola
– apoiar a bola entre as costas e uma parede, com os pés ligeiramente afastados à largura da anca e joelhos fletidos, fazendo movimentos de agachamentos e laterais.



Exemplos de Exercícios com a Bola de Pilates

• Posição: 4 apoios

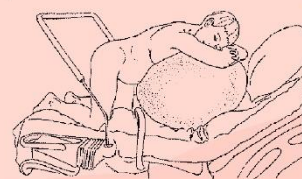
- Abraçar a bola pousada na cama ou no colchão, rolando para a frente e para trás até encontrar uma posição confortável



Exemplos de Exercícios com a Bola de Pilates

• Posição: 4 apoios

Posição usada nos assinclitismos, durante o fase de dilatação e no período expulsivo



Exemplos de Exercícios com a Bola de Pilates

- Posição: 4 apoios

- Levantar uma perna, depois a outra
 - realizar assimetrias, que favorecem a rotação interna da pelve, facilitando os mecanismos de encravamento e de descida fetal



Em suma

As posições com a bola de Pilates permitem:

- maior liberdade de movimento;
- escolha da posição das pernas;
- sacro livre e disponível;
- uso das mãos na mobilidade da pelve;
- suspensão e apoio;
- colaboração de outras mãos;
- contacto com o bebé.



(Calais-Germain & Parés, 2009)

Conclusões

- As posições durante o trabalho de parto devem transformar-se em "atitudes", no sentido da mulher passar a ser ativa, atora e não espectadora do seu parto.

- As mulheres adotam espontânea e instintivamente as posições mais adequadas conforme a passagem do bebé pelo canal de parto, mesmo sem serem propostas ⇒ devem ouvir o seu corpo.



(Calais-Germain & Parés, 2009)

Referências Bibliográficas

- Calais-Germain, B., & Parés, N.V. (2009). Parir en movimiento: Las movilidades de la PELVIS en el parto. La Liebre de Marzo, Espanha. ISBN 978-84-92470-12-9.

- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A.R. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas: Preparação para parto. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.



Obrigada pela atenção



Técnicas disponíveis ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica para a reparação perineal em mulheres que sofreram laceração de 1º ou 2º grau, ou episiotomia, em contexto de parto vaginal: Uma *Scoping Review*

Autora

Tatiana Gonçalves Guimarães¹

1. Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Resumo

O traumatismo perineal é uma consequência comum do parto vaginal, afetando mais de 85% das mulheres a nível global. As lacerações perineais de 1º e 2º grau, bem como a episiotomia, requerem uma adequada reparação, dada a sua relevância na recuperação física, psicológica, funcional e emocional no pós-parto.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), no âmbito das suas competências profissionais legalmente reconhecidas, desempenha um papel determinante na identificação e reparação destas lesões, sendo imprescindível que a sua prática seja sustentada em conhecimento técnico-científico atualizado e baseado na melhor evidência disponível.

Face à diversidade de técnicas de reparação perineal descritas na literatura e à possível heterogeneidade na sua aplicação em contexto clínico, torna-se pertinente proceder ao mapeamento da evidência existente nesta área.

Assim, o estudo terá como objetivo mapear a evidência científica existente acerca das técnicas disponíveis ao EEESMO para a reparação perineal em mulheres que sofreram laceração de 1º ou 2º grau, ou episiotomia, em contexto de parto vaginal.

negativamente a qualidade de vida diária da mulher e as relações interpessoais (Opondo et al., 2023).

A reparação destas lesões requer, portanto, conhecimento anatómico detalhado e competências técnicas específicas por parte dos profissionais de saúde envolvidos. As técnicas de reparação perineal consistem num conjunto de procedimentos clínicos utilizados para restaurar a integridade anatómica e funcional das estruturas atingidas (Schmidt & Fenner, 2024). A seleção da técnica mais apropriada depende não só da extensão e gravidade da lesão, como também das evidências científicas atuais, sendo a prática baseada na evidência fundamental para garantir a segurança, qualidade e eficácia destes cuidados.

Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) assume um papel crucial na vigilância e condução do trabalho de parto, bem como na deteção e reparação de lacerações perineais de 1º e 2º grau e episiotomia, de acordo com a legislação nacional em vigor (Portugal, 2023). A sua intervenção requer atualização contínua e sustentação numa base científica sólida, orientada pelas melhores práticas disponíveis.

Para tal, é essencial que o EEESMO detenha competências e conhecimentos técnico-científicos que lhe permitam selecionar e aplicar as técnicas de reparação perineal mais adequadas, tendo em conta as características da lesão, as particularidades clínicas da mulher e a evidência científica atual (International Confederation of Midwives [ICM], 2024).

Todavia, a literatura evidencia uma diversidade de técnicas de reparação e uma possível variabilidade na sua adoção na prática clínica, o que justifica a necessidade de mapear o conhecimento existente relativo a esta temática. A identificação das abordagens atualmente utilizadas e a compreensão da sua aplicação nas diversas situações clínicas poderá contribuir para a uniformização dos cuidados prestados, a obtenção de melhores resultados em saúde materna e obstétrica e, ainda, para o reforço das competências profissionais do EEESMO.

Objetivo do Estudo

O objetivo do estudo é mapear a evidência científica existente acerca das técnicas disponíveis ao EEESMO para a reparação perineal em mulheres que sofreram laceração de 1º ou 2º grau, ou episiotomia, em contexto de parto vaginal.

Metodologia

Este estudo segue a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2021), que é reconhecido pela sua metodologia robusta e pela contribuição significativa para a pesquisa em saúde.

O Conselho Internacional de Enfermeiros citado pela Ordem dos Enfermeiros (2012, p. 14) refere que “o Instituto e as entidades colaboradoras promovem e suportam a síntese, a transferência e a utilização de evidência através da identificação fiável, apropriada, significativa e efetiva de práticas de cuidados de saúde para promover a melhoria global dos resultados dos cuidados de saúde”.

Seguidamente, serão apresentadas as opções metodológicas do estudo.

Tipo de Estudo

Para a elaboração do estudo considera-se pertinente a realização de uma revisão da literatura, nomeadamente de uma *Scoping Review*, pois é uma das revisões propostas pelo JBI mais ampla e não unicamente focada em responder à questão de pesquisa.

Segundo o JBI (2021, p. 408), a elaboração de uma *Scoping Review* prende-se com três motivos: “(...) explorar a amplitude ou extensão da literatura, mapear e resumir as evidências e informar pesquisas futuras”. Assim, este tipo de revisão tem como objetivo fornecer aos leitores os principais conceitos e definições, *insights* importantes sobre o tema de interesse, lacunas de conhecimento na área e um resumo de como a pesquisa foi conduzida.

Para garantir a transparência da investigação, o presente protocolo foi registado na plataforma *Open Science Framework*®.

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa deve ser “(...) tão abrangente quanto possível dentro das restrições de tempo e recursos, a fim de identificar fontes primárias de evidências publicadas e não publicadas (literatura cinzenta ou difícil de localizar), bem como revisões” (JBI, 2021, p. 418).

O JBI (2021) recomenda que a pesquisa seja feita em três etapas. A primeira etapa envolve uma pesquisa inicial em pelo menos duas bases de dados relevantes, seguida de uma análise das palavras-chave utilizadas nos títulos e nos resumos dos artigos recuperados e dos termos de indexação usados para descrever os artigos. A segunda etapa consiste numa pesquisa mais abrangente em todas as bases de dados incluídas, utilizando todas as palavras-chave e termos de indexação identificados. Na terceira etapa são analisadas as

Extração de Dados

A extração dos dados será realizada com recurso a um instrumento previamente desenvolvido, de acordo com as recomendações do JBI (2021). É de referir que este instrumento (Apêndice I) poderá sofrer alterações no decorrer do processo.

Análise e Apresentação dos Resultados

Para uma melhor análise dos resultados, estes podem ser apresentados em tabelas, gráficos e/ou outras figuras (JBI, 2021). Optou-se por elaborar uma tabela (Apêndice II), que poderá ser adaptada conforme os resultados obtidos.

Todos os instrumentos utilizados serão complementados com um resumo narrativo que descreva o conteúdo.

Discussão dos Resultados

Finalmente, os resultados devem ser discutidos no contexto da literatura, prática e política, podendo ainda ser identificadas quaisquer limitações das fontes incluídas na revisão (JBI, 2021).

Pretende-se abordar as diversas técnicas disponíveis ao EEESMO para a reparação perineal em mulheres que sofreram laceração de 1º ou 2º grau, ou episiotomia, em contexto de parto vaginal.

Procedimentos Éticos

As questões éticas devem estar presentes durante todo o processo de investigação. A *Scoping Review* que será desenvolvida não carece de nenhuma aprovação ética. No entanto, pretende-se o respeito de todos os princípios éticos no decorrer do processo de pesquisa, seleção dos estudos e análise e interpretação dos dados.

Apêndices

Apêndice I: Instrumento de Extração de Dados

Instrumento de Extração de Dados	
Scoping Review	
Título	Técnicas disponíveis ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica para a reparação perineal em mulheres que sofreram laceração de 1º ou 2º grau, ou episiotomia, em contexto de parto vaginal: Uma <i>Scoping Review</i>
Questão de Pesquisa	<i>“Qual o conhecimento científico disponível sobre as técnicas disponíveis ao EEESMO para a reparação perineal em mulheres que sofreram laceração de 1º ou 2º grau, ou episiotomia, em contexto de parto vaginal?”</i>
CrITÉRIOS de Inclusão	• <u>População</u>: Mulheres que sofreram laceração perineal de 1º ou 2º grau, ou episiotomia; • <u>Conceito</u>: Técnicas de reparação perineal; • <u>Contexto</u>: Parto vaginal.
Dados do Estudo	
Título	
Autor(es)	
Ano de Publicação	
País de Origem	
Tipo de Estudo	
Objetivo(s)	
População e Amostra (se aplicável)	
Metodologia	
Resultados	
Principais Conclusões	
Observações	

Apêndice II: Instrumento de Apresentação de Resultados

Título	Autor(es)	Ano	País	Objetivo(s)	Tipo de Estudo	Participantes/ Amostra	Principais Resultados

Estratégia de Pesquisa na Base de Dados PubMed® – 6 de maio de 2025

Pesquisa	Consulta	Resultados
#4	Search: (((Suture Techniques) OR (Sutureless Surgical Procedures) OR (Perineal Care) OR (Perineal Repair)) AND ((Perine*) OR (Vagina*) OR (Vulva*)) AND ((Laceration*) OR (Perineal Laceration) OR (Perineal Tear) OR (Obstetrical Laceration) OR (Episiotomy))) Filters: Free full text, English, Portuguese, Spanish, from 2005 - 2025	569
#3	Search: (((Suture Techniques) OR (Sutureless Surgical Procedures) OR (Perineal Care) OR (Perineal Repair)) AND ((Perine*) OR (Vagina*) OR (Vulva*)) AND ((Laceration*) OR (Perineal Laceration) OR (Perineal Tear) OR (Obstetrical Laceration) OR (Episiotomy))) Filters: Free full text, from 2005 - 2025	569
#2	Search: (((Suture Techniques) OR (Sutureless Surgical Procedures) OR (Perineal Care) OR (Perineal Repair)) AND ((Perine*) OR (Vagina*) OR (Vulva*)) AND ((Laceration*) OR (Perineal Laceration) OR (Perineal Tear) OR (Obstetrical Laceration) OR (Episiotomy))) Filters: from 2005 - 2025	1208
#1	Search: (((Suture Techniques) OR (Sutureless Surgical Procedures) OR (Perineal Care) OR (Perineal Repair)) AND ((Perine*) OR (Vagina*) OR (Vulva*)) AND ((Laceration*) OR (Perineal Laceration) OR (Perineal Tear) OR (Obstetrical Laceration) OR (Episiotomy)))	1604

Estratégia de Pesquisa na Base de Dados RCAAP® – 6 de maio de 2025

Pesquisa	Consulta	Resultados
#3	Texto Pesquisado: técnicas trauma perineal Filtros: Acesso aberto, de 2005 a 2025	13
#2	Texto Pesquisado: técnicas trauma perineal Filtros: Acesso aberto	13
#1	Texto Pesquisado: técnicas trauma perineal	15

Estratégia de Pesquisa na Base de Dados Scopus® – 6 de maio de 2025

Pesquisa	Consulta	Resultados
#5	((("Suture Techniques") OR ("Sutureless Surgical Procedures") OR ("Perineal Care") OR ("Perineal Repair")) AND (("Perine*") OR ("Vagina*") OR ("Vulva*")) AND (("Laceration*") OR ("Perineal Laceration") OR ("Perineal Tear") OR ("Obstetrical Laceration") OR ("Episiotomy"))) AND PUBYEAR > 2004 AND PUBYEAR < 2026 AND (LIMIT-TO (OA , "all")) AND (EXCLUDE (SUBJAREA , "VETE") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "ENGI") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "DENT") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "CENG") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "ENVI") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "COMP") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "CHEM")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese")))	327
#4	((("Suture Techniques") OR ("Sutureless Surgical Procedures") OR ("Perineal Care") OR ("Perineal Repair")) AND (("Perine*") OR ("Vagina*") OR ("Vulva*")) AND (("Laceration*") OR ("Perineal Laceration") OR ("Perineal Tear") OR ("Obstetrical Laceration") OR ("Episiotomy"))) AND PUBYEAR > 2004 AND PUBYEAR < 2026 AND (LIMIT-TO (OA , "all")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese")))	337
#3	((("Suture Techniques") OR ("Sutureless Surgical Procedures") OR ("Perineal Care") OR ("Perineal Repair")) AND (("Perine*") OR ("Vagina*") OR ("Vulva*")) AND (("Laceration*") OR ("Perineal Laceration") OR ("Perineal Tear") OR ("Obstetrical Laceration") OR ("Episiotomy"))) AND PUBYEAR > 2004 AND PUBYEAR < 2026 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese")))	933
#2	((("Suture Techniques") OR ("Sutureless Surgical Procedures") OR ("Perineal Care") OR ("Perineal Repair")) AND (("Perine*") OR ("Vagina*") OR ("Vulva*")) AND (("Laceration*") OR ("Perineal Laceration") OR ("Perineal Tear") OR ("Obstetrical Laceration") OR ("Episiotomy"))) AND PUBYEAR > 2004 AND PUBYEAR < 2026	991
#1	((("Suture Techniques") OR ("Sutureless Surgical Procedures") OR ("Perineal Care") OR ("Perineal Repair")) AND (("Perine*") OR ("Vagina*") OR ("Vulva*")) AND (("Laceration*") OR ("Perineal Laceration") OR ("Perineal Tear") OR ("Obstetrical Laceration") OR ("Episiotomy")))	1201

Estratégia de Pesquisa na Base de Dados BVS® – 6 de maio de 2025

Pesquisa	Expressão de busca	Resultados
#4	(((Suture Techniques) OR (Sutureless Surgical Procedures) OR (Perineal Care) OR (Perineal Repair)) AND ((Perine*) OR (Vagina*) OR (Vulva*)) AND ((Laceration*) OR (Perineal Laceration) OR (Perineal Tear) OR (Obstetrical Laceration) OR (Episiotomy))) AND (year_cluster:[2005 TO 2025]) AND (fulltext) AND la:("en" OR "pt" OR "es")	920
#3	(((Suture Techniques) OR (Sutureless Surgical Procedures) OR (Perineal Care) OR (Perineal Repair)) AND ((Perine*) OR (Vagina*) OR (Vulva*)) AND ((Laceration*) OR (Perineal Laceration) OR (Perineal Tear) OR (Obstetrical Laceration) OR (Episiotomy))) AND (year_cluster:[2005 TO 2025]) AND (fulltext)	1039
#2	(((Suture Techniques) OR (Sutureless Surgical Procedures) OR (Perineal Care) OR (Perineal Repair)) AND ((Perine*) OR (Vagina*) OR (Vulva*)) AND ((Laceration*) OR (Perineal Laceration) OR (Perineal Tear) OR (Obstetrical Laceration) OR (Episiotomy))) AND (year_cluster:[2005 TO 2025])	1106
#1	(((Suture Techniques) OR (Sutureless Surgical Procedures) OR (Perineal Care) OR (Perineal Repair)) AND ((Perine*) OR (Vagina*) OR (Vulva*)) AND ((Laceration*) OR (Perineal Laceration) OR (Perineal Tear) OR (Obstetrical Laceration) OR (Episiotomy)))	1421

Estratégia de Pesquisa na Base de Dados CINAHL® – 7 de maio de 2025

Pesquisa	Consulta	Resultados
#4	Suture Techniques) OR (Sutureless Surgical Procedures) OR (Perineal Care) OR (Perineal Repair)) AND ((Perine*) OR (Vagina*) OR (Vulva*)) AND ((Laceration*) OR (Perineal Laceration) OR (Perineal Tear) OR (Obstetrical Laceration) OR (Episiotomy))) Filtros: 01/01/2005 - 07/05/2025; Texto Integral; english, spanish, portuguese	80
#3	(((Suture Techniques) OR (Sutureless Surgical Procedures) OR (Perineal Care) OR (Perineal Repair)) AND ((Perine*) OR (Vagina*) OR (Vulva*)) AND ((Laceration*) OR (Perineal Laceration) OR (Perineal Tear) OR (Obstetrical Laceration) OR (Episiotomy))) Filtros: 01/01/2005 - 07/05/2025; Texto Integral	102
#2	(((Suture Techniques) OR (Sutureless Surgical Procedures) OR (Perineal Care) OR (Perineal Repair)) AND ((Perine*) OR (Vagina*) OR (Vulva*)) AND ((Laceration*) OR (Perineal Laceration) OR (Perineal Tear) OR (Obstetrical Laceration) OR (Episiotomy))) Filtros: 01/01/2005 - 07/05/2025	498
#1	(((Suture Techniques) OR (Sutureless Surgical Procedures) OR (Perineal Care) OR (Perineal Repair)) AND ((Perine*) OR (Vagina*) OR (Vulva*)) AND ((Laceration*) OR (Perineal Laceration) OR (Perineal Tear) OR (Obstetrical Laceration) OR (Episiotomy)))	701

Apêndice IV – Instrumento de Extração de Dados

Instrumento de Extração de Dados	
Scoping Review	
Título	Técnicas disponíveis ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica para a reparação perineal em mulheres com laceração de 1º ou 2º grau, ou episiotomia, em contexto de parto vaginal: Uma <i>Scoping Review</i>
Questão de Pesquisa	<i>“Qual o conhecimento científico disponível sobre as técnicas disponíveis ao EEESMO para a reparação perineal em mulheres com laceração de 1º ou 2º grau, ou episiotomia, em contexto de parto vaginal?”</i>
CrITÉRIOS de Inclusão	• <u>População</u>: Mulheres com laceração perineal de 1º ou 2º grau, ou episiotomia; • <u>Conceito</u>: Técnicas de reparação perineal; • <u>Contexto</u>: Parto vaginal.
Dados do Estudo	
Título	
Autor(es)	
Ano de Publicação	
País de Origem	
Tipo de Estudo	
Objetivo(s)	
População e Amostra (se aplicável)	
Metodologia	
Resultados	
Principais Conclusões	
Observações	