



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

Relatório de Estágio

**Episiotomia: Competências do enfermeiro obstetra para
uma tomada de decisão partilhada**

Joana Filipa Simões Carvalho



**Lisboa
2022**



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

Relatório de Estágio

**Episiotomia: Competências do enfermeiro obstetra para
uma tomada de decisão partilhada**

Joana Filipa Simões Carvalho



Orientador: Professora Doutora Maria Anabela Ferreira dos Santos



**Lisboa
2022**

“O poder dos cuidados de enfermagem pode ser identificado como libertador de cada vez que é criativo, que estimula ou suscita tudo o que vai permitir uma regeneração, um desenvolvimento das capacidades de viver, tanto do utilizador como da enfermeira participando num mesmo acto de nascimento ou renascimento da vida (...)”

(Collière, 1999, p. 315)

AGRADECIMENTOS

Ao meu **marido Marcelo**, e restante **família** e **amigos** pelo amor, paciência e apoio incondicional, pois sempre estiveram ao meu lado incentivando-me a nunca desistir de concretizar este meu sonho.

Ao meu **filho Vicente** que foi concebido durante a fase de concretização do relatório de estágio, e que muito contribuiu para me lembrar que nunca devemos desistir de terminar os objetivos a que nos propomos na nossa vida.

Às minhas **colegas do Curso de Mestrado**, Patrícia Pimentel, Joana Costa e Iolanda Pereira, que estiveram presentes nos momentos de sucesso e de maior dificuldade, mostrando-me que quando trabalhamos em equipa conseguimos atingir todos os nossos objetivos.

À docente orientadora **Isabel Maria Guerra Gordinho de Rogado Serra** que iniciou a orientação do meu percurso formativo e sempre se mostrou um elemento tranquilizador das minhas incertezas, estando sempre disponível em todos os momentos. Acredito que neste momento esteja orgulhosa de todo o meu percurso que muito se deveu a si! Um bem-haja especial!

À docente orientadora **Maria Anabela Ferreira dos Santos** que também orientou a fase final deste meu percurso, tendo sido essencial na elaboração do presente relatório, mostrando-se sempre disponível a esclarecer qualquer dúvida.

A todos os profissionais de saúde que se cruzaram no meu percurso de aprendizagem, mas em especial às Enfermeiras Especialistas **Isabel Maria Veiga Calado Comparada Rodrigues Serrão** e **Paula Maria Fernandes de Oliveira**, que em muito contribuíram para o enriquecimento do meu conhecimento científico e melhoria da minha prática de cuidados.

A todas as **mulheres, acompanhantes significativos e famílias**, que me possibilitaram a prestação de cuidados especializados, o meu profundo agradecimento pela confiança depositada e pelos momentos de aprendizagem.

A todos os **Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica** que contribuíram para a colheita de dados, enriquecendo assim o estudo de investigação realizado no âmbito do desenvolvimento do presente relatório.

Agradeço a todos de coração, pois sem o vosso apoio, dedicação e disponibilidade eu não teria chegado até aqui, tornando-me a profissional de enfermagem que sou hoje em dia.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CCU – Cancro do Colo do Útero

CMIN – Centro Materno-Infantil do Norte

CPPP – Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade

CTG – Cardiotocograma

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

HPV – Vírus do Papiloma Humano

HTA – Hipertensão Arterial

ICM - *International Confederation of Midwives*

JBH - *Joanna Briggs Institute*

mmHg – Milímetro de Mercúrio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-Nascido

SR – *Scoping Review*

TP – Trabalho de Parto

UI – Unidade Internacional

VD – Visita Domiciliária

RESUMO

A elaboração do presente relatório de estágio insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e, tem como principal finalidade evidenciar o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher/casal/recém-nascido (RN)/família durante a prática clínica nos diversos contextos de ensino clínico. Mais especificamente, o meu percurso de aprendizagem também teve como objetivo desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para um processo de tomada de decisão partilhada relativamente à prática de episiotomia. Deste modo, foi essencial recorrer à evidência científica e à prática de cuidados, onde a prática reflexiva foi determinante na inclusão desta temática nos cuidados desenvolvidos.

A Teoria do Cuidar de Kristen Swanson (1991), foi o referencial teórico que me acompanhou, como suporte orientador dos cuidados especializados prestados e por sua vez, na aquisição e desenvolvimento das competências comuns e especializadas. No âmbito do processo metodológico, foi desenvolvida inicialmente uma *Scoping Review* (SR), para mapear toda a evidência científica existente e mais relevante sobre o tema em estudo. Neste sentido, a questão que norteou esta pesquisa foi a seguinte: **“O que influencia a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia?”**.

Durante o percurso de cuidados foi elaborado um questionário, em formato *Google Forms*, direcionado a enfermeiros obstetras com experiência profissional em contexto de bloco de partos e divulgado *online*. Optei assim, por uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, com o objetivo de compreender os fatores que influenciam os enfermeiros obstetras no processo de tomada de decisão para a prática de episiotomia. Obtive dados relativos ao âmbito sócio-demográfico e exercício profissional de 33 participantes. Notoriamente a maioria dos participantes considerou esta temática muito importante, apresentando os principais fatores que os influenciava à prática de episiotomia e mostrando estratégias que utilizavam para uma tomada de decisão partilhada.

Palavras-chave: enfermeiros obstetras, tomada de decisão, episiotomia.

ABSTRACT

This report is part of the Master Program in Maternal Health and Obstetrics Nursing at the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), and its main goal is to highlight the development of scientific, technical and relational skills in caring for the woman/couple/newborn/family during clinical practice in different clinical teaching contexts. More precisely, my learning pathway also aimed to build scientific, technical and relational skills for a shared decision-making process regarding the practice of the episiotomy. Scientific evidence and care practises were both crucial in the development of this objective, with reflective practise having an important role in the decision to include this subject in the care plan.

Kristen Swanson's Theory of Caring (1991) framework were used to support the specific care delivered and, therefore, the acquisition and development of general and specialised competences. A Scoping Review (SR) was initially developed as part of the methodological process to map all of the currently available and most pertinent scientific evidence on the subject under consideration. In this regard, the question that guided this study was: **“What factors determine the obstetric nurse's decision making to perform an episiotomy?”**.

A questionnaire addressing obstetric nurses with experience in the context of a delivery suit was created during the course of treatment and made available online in Google Forms format. To better understand the factors influencing obstetric nurses' decisions about the use of episiotomies, i decided to undertake an exploratory study using a qualitative methodology. Data of 33 participants' including their professional practice and socio-demographic characteristics were acquired. Notably, the majority of participants thought this topic was highly important, outlining the primary considerations that led them to practise episiotomy and describing the shared decision-making techniques they used.

Keywords: nurse midwives, decision making, episiotomy.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEITUAL	15
1.1 Episiotomia	15
1.2 Tomada de Decisão Partilhada	17
1.3 Teoria do Cuidar de Kristen Swanson.....	22
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
2.1 Scoping Review	25
2.1.1 Objetivos e questão de investigação.....	26
2.1.2 Critérios de inclusão e exclusão	26
2.1.3 Estratégia de pesquisa	27
2.1.4 Extração dos dados.....	28
2.1.5 Resultados da Pesquisa.....	28
2.2 Prática Baseada na Evidência: Estudo Empírico	31
2.3 Análise de Conteúdo	33
2.4 Considerações Éticas	35
3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	37
3.1 Cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, no âmbito do planeamento familiar, durante o período preconcecional e pré-natal.....	37
3.2 Cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto.....	45
3.3 Cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, durante o período pós-natal.....	51
3.4 Cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica e durante o período do climatério.....	58
4. RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO – Episiotomia: Competência do Enfermeiro Obstetra para uma Tomada de Decisão Partilhada	63
5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	71
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73

ANEXOS

Anexo I - Registo das atividades desenvolvidas durante o Relatório de Estágio

Anexo II - Certificado de participação no Congresso Científico CMIN Summit 2021 - "Nascer e Crescer Saudável no século XXI"

APÊNDICES

Apêndice I – Termos de pesquisa CINAHL e MEDLINE

Apêndice II – *Print* da pesquisa na base de dados CINAHL Plus® with Full Text

Apêndice III – *Print* da pesquisa na base de dados MEDLINE with Full Text

Apêndice IV – Fluxograma PRISMA

Apêndice V – Instrumento para extração dos dados

Apêndice VI – Síntese dos resultados da SR

Apêndice VII – Poster sobre "*Empowerment*: Competências do enfermeiro obstetra para uma tomada de decisão partilhada" realizado em contexto de cuidados de saúde primários

Apêndice VIII – Planeamento da sessão de formação sobre "Fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia: uma *scoping review*" realizado em contexto de bloco operatório de obstetrícia

Apêndice IX - Sessão de formação sobre "Fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia: uma *scoping review*" realizada em contexto de bloco operatório de obstetrícia

Apêndice X - Poster sobre "Fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia: uma *scoping review*" apresentado no Congresso Científico (CMIN Summit 2021 - "Nascer e Crescer Saudável no Séc. XXI")

Apêndice XI - Questionário e respectivo consentimento informado

Apêndice XII - Análise de conteúdo do questionário - categorias e subcategorias

Apêndice XIII - Carta dirigida à Presidente da ESEL

Apêndice XIV - Formulário para submissão de projeto de investigação à comissão de ética da ESEL

Apêndice XV - Parecer positivo da comissão de ética da ESEL

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do atual relatório de estágio insere-se no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em ESMO da ESEL, sendo esta a forma de descrever e refletir sobre a aquisição de competências de especialista e de grau de mestre, que será posteriormente apreciado e discutido publicamente.

A aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO), ocorre através da aquisição de conhecimento e da prática de cuidados baseada na evidência científica para que seja alcançada a melhoria contínua dos cuidados prestados, tendo assim como sua parte integrante o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019), bem como também as competências emanadas pela *International Confederation of Midwives* (ICM, 2019). Neste seguimento, delineei objetivos específicos para a aquisição de competências do EEESMO, que passo a citar:

- ✓ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, durante o período preconcecional e no âmbito do planeamento familiar, como forma de promover vivências positivas da sexualidade e parentalidade;

- ✓ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, durante o período pré-natal, para potenciar a sua saúde, detetar e tratar precocemente possíveis complicações, e assim promover o bem-estar materno e fetal;

- ✓ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto, como forma de promover um ambiente seguro e assim otimizar a saúde da parturiente e RN na sua adaptação à vida extrauterina;

- ✓ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, durante o período pós-natal, como forma de potenciar a saúde da puérpera e do RN, e de promover e apoiar o processo de transição e adaptação à parentalidade;

✓ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, como forma de potenciar a sua saúde;

✓ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, durante o período do climatério, como forma de potenciar a sua saúde e de promover e apoiar o processo de transição e adaptação à menopausa;

✓ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para um processo de tomada de decisão partilhada relativamente à prática de episiotomia.

O último objetivo acima descrito refere-se à continuidade do desenvolvimento do projeto já iniciado na unidade curricular de Opção II, que se refere às competências do enfermeiro obstetra para uma tomada de decisão partilhada relativamente à prática de episiotomia. Esta temática surgiu, através da visualização nos media de relatos de mulheres que afirmavam ter sido vítimas de violência obstétrica e após uma pequena pesquisa comprovei que realmente existem dados que nos alertam para esta problemática em Portugal. De acordo com os resultados decorrentes da aplicação da segunda edição do inquérito “Experiências de Parto em Portugal”, pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (2020), que ocorreu entre 2015 e 2019, cerca de 30% das mulheres inquiridas afirmaram terem sido vítimas de algum tipo de abuso, desrespeito ou discriminação, sendo que a forma de expressão deste tipo de violência foi a realização de intervenções hospitalares por parte dos profissionais de saúde, sem o seu consentimento. A prática de episiotomia sem o consentimento prévio da mulher foi uma das intervenções nomeadas, o que suscitou o meu interesse em querer aprofundar o meu conhecimento sobre esta prática específica da área de ESMO.

A Teoria do Cuidar escolhida para sustentar todo o percurso de desenvolvimento de competências foi a Teoria de Kristen Swanson (1991), pois esta baseia-se no estabelecimento de uma relação terapêutica e parceria dos seus intervenientes nos cuidados prestados, onde impera o respeito pelas preferências e desejos de quem está a ser cuidado.

A SR, com base no manual da *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Aromataris & Munn, 2020), foi a opção metodológica utilizada para o mapeamento da evidência científica acerca da temática em estudo, sendo que a questão de pesquisa que norteou a mesma foi a seguinte: “O que influencia a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de

episiotomia?”. Esta metodologia possibilitou a pesquisa, a análise e a reflexão sobre o conhecimento científico encontrado, influenciando a minha tomada de decisão na prática de cuidados nos diversos contextos de ensino clínico, permitindo a fundamentação e divulgação da nova evidência científica enquadrada na atualidade da prática de cuidados em ESMO

O presente relatório encontra-se assim dividido em seis capítulos, sendo que o primeiro refere-se ao enquadramento teórico e conceitual, onde abordarei os conceitos de episiotomia e de tomada de decisão partilhada, e a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson (1991) que irá introduzir e suportar a temática em estudo, com base na evidência científica disponível e o mais atualizada possível. O segundo capítulo diz respeito aos procedimentos metodológicos, onde apresento a realização da SR, através da exposição do objetivo e questão de investigação, dos critérios de inclusão e exclusão, da estratégia de pesquisa, da extração dos dados e dos seus principais resultados. Também neste capítulo descrevo a metodologia utilizada para a realização da prática baseada na evidência e as considerações éticas do estudo. A descrição e reflexão crítica sobre o percurso de aquisição de competências de especialista e do grau de mestre pelos diferentes contextos, está presente no terceiro capítulo. Seguidamente no quarto capítulo apresentarei os resultados da prática baseada na evidência, através da análise de conteúdo. Como forma de finalizar, termino com o quinto e sexto capítulo referente às limitações e considerações finais respetivamente, onde apresento algumas das limitações do estudo realizado e as principais conclusões da elaboração do presente relatório, como forma de promover a reflexão e conseguinte melhoria contínua dos cuidados prestados. As referências bibliográficas, anexos e apêndices estão apresentados posteriormente, como forma de expor toda a fundamentação teórico-científica utilizada e exposta de acordo com o estilo *American Psychological Association* 7.^a edição, bem como também todos os documentos elaborados e que complementam a realização deste relatório.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O processo do parto é composto por um conjunto de acontecimentos, que ao longo do tempo se foram tornando cada vez menos fisiológicos. Com o aparecimento de novas práticas e mais tecnologia na área da saúde, os cuidados tornaram-se mais mecanicistas, provocando danos físicos e emocionais à mulher durante o processo do parto (Duarte et al., 2019). Assim, tal como nos refere a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012), o nascimento deve ser encarado como um processo fisiológico no qual só se deve interferir para corrigir desvios da normalidade, com o objetivo da parturiente tomar decisões informadas e participar ativamente no decurso do parto.

Neste seguimento, abordarei o conceito de episiotomia e do processo de tomada de decisão partilhada, de forma a introduzir teoricamente o tema em análise, bem como também o modelo conceptual escolhido. Este foi a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson (1991), que permite fundamentar os objetivos que foram delineados e os cuidados especializados prestados ao longo dos vários contextos de ensino clínico, de forma a atingir as competências de EEESMO.

1.1 Episiotomia

A episiotomia é definida como um procedimento cirúrgico em que é realizada uma incisão reta no períneo durante o segundo período do parto (Guimarães et al., 2018; Rocha et al., 2018), com o objetivo de aumentar a abertura vaginal externa e assim prevenir lacerações vaginais e perineais descontroladas (Brito et al., 2009). Esta incisão cirúrgica pode ser realizada de uma forma mediana ou mediolateral, necessitando da sua correção através de sutura, procedimento este que é definido por episiorrafia. A prática de episiotomia proporciona assim, a secção da epiderme, da mucosa, do músculo transversal superficial do períneo e do músculo bulboesponjoso (Santos et al., 2008).

No ano de 1742, foi introduzida pela primeira vez esta prática, pelo obstetra irlandês Sir Fielding Ould, com a justificação de facilitar a expulsão fetal em partos complicados (Viana et al., 2011). Entretanto, a episiotomia foi realmente difundida apenas no ano de 1920 pelo obstetra Jos B. DeLee, com a justificação de que aliviava a dor, acelerava o período

expulsivo, reduzia as hemorragias, prevenia e reparava outros danos. Para este obstetra perante a primiparidade o uso de fórceps e da episiotomia deveria ser sempre colocado em prática (Viana et al., 2011).

Podemos assim verificar, que historicamente a prática de episiotomia foi realizada de uma forma profilática com o objetivo de promover o relaxamento da musculatura pélvica, prevenir lacerações perineais, reduzir o índice de morbimortalidade infantil, reduzir a ocorrência de prolapso da parede vaginal e da bexiga (Viana et al., 2011). Na década de 1980, começaram a surgir novos estudos sobre a prática de episiotomia, onde questionaram a sua eficácia e necessidade, uma vez que a sua realização de uma forma rotineira não apresentava qualquer suporte científico (Bento & Santos, 2006). Deste modo, existiu um progresso no estudo científico, onde notoriamente foi visível a mudança nas orientações transmitidas às mulheres, pois inicialmente as instituições hospitalares não abordavam o parto sem episiotomia, centrando-se demasiado no próprio procedimento.

A episiotomia seletiva comparada à episiotomia realizada de forma rotineira, está relacionada com um menor risco de trauma perineal posterior, menor necessidade de sutura e menos complicações no processo de cicatrização (Mattar et al., 2007; Amorim et al., 2010). Desta forma, esta prática implica maiores custos às instituições hospitalares, pois aumentam a ocorrência de hemorragia no pós-parto e o risco de infeção no período pós-natal, sendo necessário a utilização de mais antibióticos e anestésicos (Carvalho et al., 2010). Segundo Francisco et al. (2011) e Cruz e Barros (2010), a prática de episiotomia promove a ocorrência de dor perineal no pós-parto, o aparecimento de incontinência fecal e urinária de esforço, edema, hematoma e pode também desencadear disfunção sexual.

Esta prática sendo considerada um procedimento cirúrgico, deve ser informado e consentido pela mulher antes da sua realização, onde devem ser apresentados todos os seus benefícios e riscos (Santos & Shimo, 2008). Muitos estudos mostram-nos que a maioria das mulheres que são submetidas a episiotomia não são esclarecidas sobre o procedimento em nenhum momento antes do parto, e assim não conhecem os seus riscos, porque os profissionais de saúde negam-se a prestar quaisquer esclarecimentos, reforçando o poder que têm sobre o corpo das mesmas e demonstrando a falta de autonomia que as mulheres têm sobre o processo do parto e nascimento (Previatti & Souza, 2007). Esta ideia surge com a evolução histórica da medicina onde foram surgindo novas técnicas e procedimentos, o que tornou a sua realização em muitos casos rotineira, e assim a mulher começou a sentir-se como uma refém das decisões e práticas dos profissionais de saúde (Previatti & Souza, 2007), tal

como ainda é transmitido por grande parte das mulheres no nosso país, quando relatam a sua experiência de parto. Tal como foi apresentado no campo introdutório, existe uma percentagem significativa de cerca de 30% das mulheres portuguesas, que entre 2015 e 2019, afirmaram terem sido vítimas de algum tipo de abuso, desrespeito ou discriminação, onde incluíram a prática de episiotomia como um tipo de abuso, pois tinha sido realizada sem o seu consentimento por parte dos profissionais de saúde (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2020). Assim, esta prática quando é realizada sem o seu consentimento viola os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, e desrespeita os princípios éticos e legais dos profissionais de saúde (Projianti et al., 2008).

Os dados do *European Perinatal Health Report* (2010), revelam que a prática de episiotomia é realizada de forma rotineira em Portugal, onde a taxa é de cerca de 72,9%, o que ultrapassava a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) que referia que esta devia ser realizada em 10% dos partos, considerando já o seu uso rotineiro um cuidado inadequado e prejudicial para a mulher. Atualmente a OMS (2018), refere que a prática de episiotomia por rotina não é recomendada, sendo fundamental para a sua realização o consentimento por parte da mulher. Também Nassar et al. (2019), nos remete para a má prática da episiotomia por rotina, mas não excluem totalmente a sua necessidade como por exemplo em casos de hipóxia fetal ou como forma de prevenção de lacerações graves. Neste seguimento, é fundamental a análise de cada situação em particular integrando sempre a própria mulher neste processo, com o objetivo de visar sempre o seu bem-estar físico e psicológico.

1.2 Tomada de Decisão Partilhada

A tomada de decisão em enfermagem é definida como a operacionalização do conhecimento, onde existe um processo cognitivo complexo que origina ação e por sua vez comportamento, através da ocorrência de várias etapas sucessivas, que são suportadas pelo conhecimento teórico, prático, processual, tecnológico, organizacional e ético do profissional de enfermagem (Dias & Lopes, 2010; Macedo et al., 2015). Os enfermeiros são os profissionais de saúde que cuidam de pessoas, doentes ou saudáveis, logo devem ter a consciência da individualidade de cada ser humano durante a prestação de cuidados (Florin, 2007). A enfermagem é assim uma profissão que exige do seu profissional a confrontação

diária com uma grande diversidade de situações, levando-os a constantes tomadas de decisão que influenciam direta ou indiretamente a vida das pessoas que cuidam, e consequentemente das suas famílias e por sua vez, das comunidades. Neste sentido, é-lhes exigido uma capacidade de reflexão e pensamento crítico sobre a realização das suas intervenções, sobre os problemas relativos à sua prática, bem como também sobre a implementação dos cuidados de enfermagem centralizando os mesmos nas reais necessidades de cada pessoa.

De acordo com Tanner (2006), a utilização deste processo mental e comportamental na tomada de decisão em enfermagem é traduzido em julgamento e raciocínio clínico. O seu modelo de tomada de decisão é organizado em quatro etapas que são denominadas da seguinte forma: *Noticing*, *Interpreting*, *Responding* e *Reflecting*. A perceção e compreensão da situação é denominada de *Noticing*. Esta primeira etapa é influenciada pelos pré-requisitos do enfermeiro como a experiência pessoal, teórica e clínica, os seus valores e o próprio contexto onde decorre a prestação de cuidados. O *Interpreting* refere-se à forma como interpretamos a situação, e para isso é necessário questionar de uma forma clínica, utilizando os três tipos de raciocínio. O *Responding* compreende a tomada de decisão efetiva e adequada ao contexto de cuidados, onde o enfermeiro utiliza um ou mais padrões de raciocínio. A última etapa, corresponde ao *Reflecting* que reflete a resposta do cliente/família às intervenções desenvolvidas pelo profissional de enfermagem, conduzindo a uma reflexão que ocorre durante a prática de cuidados e sobre a prática desenvolvida. Desta forma, a utilização deste modelo representa uma competência ajustável e diferenciada para reconhecer factos importantes sobre uma dada situação clínica, interpretá-la, dar resposta adequada, refletir sobre todo o desempenho profissional e sobre os resultados obtidos e assim, alcançar ganhos na aprendizagem. Este processo acaba por influenciar sempre a próxima prestação de cuidados, levando como que à formação de um ciclo (Tanner, 2006).

Para que o julgamento exista é necessário que ocorra raciocínio, tal como se verifica neste modelo e para concretizarmos o nosso julgamento clínico é necessário utilizarmos um padrão de raciocínio que pode ser analítico, intuitivo ou narrativo (Tanner, 2006). O raciocínio intuitivo está associado à experiência profissional, pois com a prática contínua vamos adquirindo inconscientemente informação de acontecimentos similares o que permite que a nossa análise seja efetuada sem esforço, o que procede com julgamentos e por sua vez, a tomadas de decisão. O raciocínio narrativo refere-se à compreensão e interpretação da situação clínica a partir das histórias narradas pelo cliente e assim o profissional de saúde, analisa e realiza um julgamento sobre o que é mais indicado naquele determinado caso

(Marcolino, 2012). O raciocínio analítico funciona como que uma lógica dedutiva, onde o profissional de saúde toma a sua decisão baseando-se em normas, esquemas e na razão (Croskerry, 2009). O profissional acaba por gerar hipóteses, uma vez que verifica conscientemente os dados contra os resultados que poderá obter. Esta tipologia de raciocínio está intimamente ligado à estratégia de exaustão, o que traduz que inicialmente ocorre uma recolha de todos os dados relevantes e de seguida uma análise detalhada dos mesmos, com o objetivo de encontrar um diagnóstico (Croskerry, 2009). Portanto, existe uma organização dos conhecimentos na nossa memória, levando a uma conexão das várias categorias de conhecimento durante a análise de uma dada situação clínica (Bordage et al., 1990).

De acordo com Silva (2011), a tomada de decisão em enfermagem baseia-se em duas grandes teorias: a teoria da tomada de decisão analítico-racional e a teoria do processamento de informação. A tomada de decisão que assenta num modelo analítico-racional, tem início quando se reconhece e define o problema, organiza toda a informação mais importante, produz possíveis conclusões, testa possíveis hipóteses e por fim se avalia as conclusões (Silva, 2011). A capacidade do ser humano em identificar os componentes de informação mais relevante para determinada situação e a capacidade de produzir novas soluções que podem desencadear novas formas de resolução ou de abordagem das situações, são duas capacidades de que depende a eficiência do pensamento e da atividade humana, o que traduz a teoria do processamento de informação.

Existem vários modelos que explicam os processos cognitivos inerentes ao processo de tomada de decisão em enfermagem, mas é crucial tal como nos descreve Benner et al. (2001), que a visão holística das situações assente sobretudo no modelo experimental do saber isto é, o pensamento crítico intuitivo surge como componente intrínseca do enfermeiro perito, enquanto que quando o profissional de enfermagem é iniciante/principiante é orientado principalmente pelas tarefas e tem em consideração o pensamento crítico analítico quando coloca em prática o processo de enfermagem para realizar julgamentos clínicos.

Segundo Neves (2002), a tomada de decisão por parte dos profissionais de enfermagem é influenciada pela forma do saber ser e estar na vida pessoal e profissional, bem como também pelas competências adquiridas e pela natureza dinâmica e inconstante do ambiente onde acontece a prestação de cuidados de enfermagem. Desta forma, podemos considerar que o processo de tomada de decisão está dependente de fatores individuais, que estão relacionados com o conhecimento, a experiência profissional, os valores, as convicções, a forma como se lida com os eventos do dia a dia, o género, a idade, a capacidade de

pensamento crítico, a educação, entre outros (Benner & Tanner, 1987; Jesus, 2004; Neves, 2005; Fonseca, 2006; Nunes, 2007). Os fatores ambientais também contribuem para esta influência sendo estes, o contexto onde decorre a atividade profissional, a complexidade da situação ou do problema, o fator de risco associado, as características da pessoa de quem estamos a cuidar, os recursos existentes, as fontes de informação, o tempo disponível, a intensidade do trabalho, o fator de stress e as relações existentes no local de trabalho (Benner & Tanner, 1987; Jesus, 2004; Neves, 2005; Fonseca, 2006). Todos estes fatores são importantes e perceptíveis da forma como podem influenciar a nossa tomada de decisão perante determinada situação de cuidados, mas qualquer que seja a decisão final esta vai sempre influenciar a vida daquele de quem cuidamos.

Torna-se importante entendermos todo o processo cognitivo e comportamental que está implícito no processo de tomada de decisão de qualquer ser humano, pois este exige o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais que nos fazem chegar à importância de partilharmos as nossas decisões, enquanto profissionais detentores de conhecimento e experiência, com aqueles que vão receber os nossos cuidados, e assim dar-lhes a oportunidade de aceitar ou recusar os cuidados a que vão ser expostos. O doente tem o direito de ser livre e autónomo nas decisões sobre a sua saúde (Rodriguez-Osorio & Dominguez-Cherit, 2008; Huckman & Kelley, 2013; Sarasohn-Kahn, 2013), o que traduz a importância e o propósito da tomada de decisão partilhada nos cuidados de saúde.

A Declaração de Alma-Ata, em 1978, já realçava o direito e o dever dos cidadãos em se envolverem e participarem nos seus cuidados de saúde, existindo a necessidade de capacitação para a sua tomada de decisão relativamente às suas escolhas de saúde. A importância de colocar as pessoas no centro do processo de tomada de decisão para a promoção da sua saúde surge na Declaração de Jacarta, em 1997. Logo é recomendado, que ocorra a promoção da tomada de decisão entre o recetor e o prestador como forma de continuidade dos cuidados, de acordo com o contexto cultural onde primeiramente é essencial a necessidade de empoderar o cidadão (OMS, 1998). Assim, surge o conceito de *empowerment* que se refere a um processo que possibilita ao doente a promoção de maior poder e controlo sobre a sua vida, levando a um ganho do seu conhecimento e por sua vez, ao desenvolvimento de competências que lhe vai permitir a tomada de decisão e participação ativa e efetiva nos seus cuidados de saúde (Mesquita, 2007).

A construção do processo de *empowerment* do cidadão no sistema de saúde deve ocorrer a partir da relação dos clientes com os profissionais de saúde, como é o caso dos

enfermeiros pois, são estes que estão mais próximos das comunidades exercendo o seu papel de educadores na saúde. De acordo com Chinitiz (2005), o *empowerment*, os cuidados centrados no doente e a sua capacidade de decisão são considerados fatores essenciais na reforma dos sistemas de saúde. Neste seguimento é evidente a centralidade do cidadão neste tipo de reforma mas, para que este possa participar o cidadão deve estar informado sobre a sua situação de saúde pois, só assim este conseguirá fazer as suas escolhas. A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto) coloca assim, a pessoa como ator principal nos cuidados de saúde, com um papel ativo na tomada de decisão relativamente à sua vida, quando nomeia o estatuto do doente, delineando os seus direitos e deveres. Analisando os Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde apresentado pela Entidade Reguladora da Saúde (2021), é totalmente expresso o direito que o doente tem a uma tomada de decisão livre, mas fundamentada com informação adequada e de acordo com o seu nível de entendimento, com o intuito de ser esclarecido sem estar sob pressão para tomar uma decisão sobre a sua vida. O consentimento informado também é um direito do doente que evidencia a importância da transmissão da informação necessária (objetivos, riscos e benefícios) e de acordo com a sua situação de doença/saúde, para que assim este possa autorizar de uma forma informada e esclarecida, o procedimento a que vai ser submetido, seja este de cariz diagnóstico, terapêutico ou de investigação, tal como nos apresenta a Entidade Reguladora da Saúde (2021).

No que se concerne à prática de enfermagem, tal como nos demonstra o artigo 12.º do Capítulo V do Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, define que o enfermeiro tem o dever ético de proporcionar ao doente a informação possível relativamente aos cuidados de enfermagem que a ele digam respeito, e assim o seu consentimento seja totalmente esclarecido. Também o Código Deontológico do Enfermeiro emanado pela OE (2005), foca os valores universais que estes profissionais devem ter sempre durante a sua prática profissional, tais como a igualdade, a liberdade de escolha, a verdade, a justiça, o respeito, a excelência no exercício profissional, o aperfeiçoamento e a competência profissional. O artigo 84º e 85º deste código enaltece o dever de informação e do sigilo profissional, o que igualmente importa referir neste seguimento. Podemos assim analisar que estamos perante documentos que fundamentam a importância da tomada de decisão partilhada, pois os cuidados de saúde devem ser sempre centrados no cliente, mas o prestador de cuidados deve existir como que um parceiro nos cuidados prestados utilizando o seu conhecimento científico e experiência profissional para o benefício e empoderamento do outro. De acordo com Bauman et al. (2003), os cuidados centrados no cliente culminam com a satisfação dos

cuidados recebidos, a orientação e envolvimento nas intervenções do cuidado, a redução da ansiedade, a qualidade de vida, a satisfação do profissional de saúde e aumento da sua eficiência. Mas existem fatores que influenciam também a participação do cliente na tomada de decisão em enfermagem. O acesso à informação, a qualidade da relação entre enfermeiro e cliente, a disponibilidade demonstrada em tempo, a situação de saúde ou doença atual e as características pessoais do enfermeiro e do cliente, são exemplos destes mesmos fatores (Florin, 2007). A parceria entre enfermeiro e cliente é obviamente necessária, sendo que as dificuldades de comunicação são um entrave para a sua construção (Keatinge et al., 2002), o que comprometerá o empoderamento do cliente em participar ativamente na tomada de decisão.

É vital que o enfermeiro tome consciência dos seus deveres éticos e deontológicos e desenvolva o seu processo de tomada de decisão e que acima de tudo tenha conhecimento dos direitos e deveres dos seus clientes e assim, os capacite e dote de estratégias para que possa existir uma partilha de informação, valores e opiniões, sempre com base numa relação de respeito um pelo outro, e desta forma alcancem a melhor decisão através de um processo colaborativo.

1.3 Teoria do Cuidar de Kristen Swanson

Com o objetivo de desenvolver e colocar em prática a temática em estudo, apoiei a implementação dos meus cuidados em contexto clínico com o suporte científico da Teoria do Cuidar de Kristen Swanson (1991). Esta teoria surge uma vez que, a sua autora decide estudar os componentes que estão na essência do cuidar, bem como os seus significados pois, esta é a ferramenta central da profissão de enfermagem. Ao analisar cada conceito do metaparadigma, chegando aos cinco processos que suportam e dão significado ao cuidado inerente à prática de enfermagem, concluí que realmente esta teoria é a que dá voz à temática que escolhi e que despertou o meu interesse em querer aprofundar mais o meu conhecimento científico. O estabelecimento de uma relação terapêutica entre enfermeiro e a mulher/convivente significativo/família implica a parceria de cuidados, sendo este o principal enfoque desta teoria bem como também, para o desenvolvimento de competências para uma tomada de decisão partilhada, enquanto futura EEESMO.

Segundo Swanson (1991), os conceitos que norteiam a prática profissional são: Enfermagem, Saúde, Ambiente e Pessoa. A Enfermagem tem a obrigação e a responsabilidade pessoal, enquanto ciência direcionada para o cuidado e bem-estar dos seus clientes. Assim analisando este metaparadigma, este relaciona-se com as ciências humanas, a experiência clínica de cada profissional e as expectativas pessoais, bem como sociais do profissional de enfermagem e do cliente (Oliveira et al., 2018). A Saúde é como um bem-estar completo, onde é necessário estabelecer novos significados como a reparação da integralidade, a renovação de plenitude e a reestruturação do estado de saúde (Oliveira et al., 2018). O Ambiente é encarado de acordo com a diferença do contexto vivenciado e que por sua vez, vai influenciar a pessoa, tendo como seus principais componentes os fatores culturais, sociais, biofísicos e económicos (Oliveira et al., 2018). A Pessoa como é o elemento a ser cuidado deve ser encarado como um ser único em constante processo de transformação, sendo a sua plenitude manifestada em sentimentos, pensamentos e condutas (Oliveira et al., 2018). É importante referir que para Swanson (1991), as experiências de vida de cada ser humano estão relacionadas com a sua genética, a sua espiritualidade e com a sua capacidade de exercer a sua liberdade, assim cada pessoa é moldada de acordo com aquilo que vivencia.

Os cinco processos básicos que suportam esta teoria permitem a reflexão sobre a visão do cuidado de enfermagem, bem como o conhecimento aprofundado sobre a pessoa que está a ser cuidada conduzindo assim, a uma aproximação terapêutica e a uma classificação dos cuidados prioritários. Deste modo, é possível entender a importância de conhecer a parturiente, o contexto em que está inserida, a sua rede de apoio, as suas crenças, as suas preferências e atitudes, para que o momento do parto se torne uma experiência positiva para esta mulher e que não seja apenas um acontecimento biológico. O conhecimento sobre a pessoa permite um levantamento do histórico de enfermagem, onde é importante enfatizar as crenças permitindo assim, ao enfermeiro aproximar-se das reais necessidades daquela mulher/convivente significativo/família e assim, priorizar os seus cuidados. No processo “estar com”, o enfermeiro deve estar fisicamente e emocionalmente com a parturiente, de forma a que esta compreenda a preocupação e a atenção demonstrada pelo profissional, e assim nesta estrutura do cuidado o enfermeiro planeia, implementa e avalia os seus cuidados. Na estrutura do “fazer por” e “possibilitar” estão presentes as ações terapêuticas. O “fazer por” entende a construção individualizada de um plano que contemple as necessidades e desejos da parturiente, em que devemos fazer aquilo que a pessoa faria por ela própria, se assim fosse possível. O “possibilitar” implica permitir a expressão dos direitos sexuais e reprodutivos, o direito de escolha, a autonomia e bem-estar da parturiente e da sua família. O

processo de “manter as crenças” é algo que deve ser bem explorado e desenvolvido pois, a diversidade de reações que ocorrem e criação de uma relação empática que coloque a mulher e a criança que acabou de nascer como os elementos mais importantes daquele acontecimento.

Enquanto enfermeira e futura EEESMO, devo cuidar da mulher integrando-a na tomada de decisão de todos os procedimentos a que esta pode vir a ser submetida, tendo presente o consentimento informado, o respeito e os princípios da bioética. Neste seguimento, devo permitir o conhecer, o estar com, o fazer por, o possibilitar e o manter as crenças de quem estou a cuidar, para que exista uma tomada de decisão partilhada entre recetor e prestador de cuidados.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A qualidade em saúde estimula necessariamente um comportamento de avaliação e desenvolvimento da qualidade. Neste sentido é fundamental a investigação, o desenvolvimento e a inovação em saúde que são por excelência, processos de melhoria contínua essenciais para a sustentabilidade e competitividade do sistema de saúde. O enfermeiro deve apresentar o dever de se comprometer no desenvolvimento de um ambiente apropriado a tomadas de decisão e práticas baseadas na evidência (Abreu, 2011), pois só assim pode ser alcançada a qualidade de excelência da prestação de cuidados.

Deste modo, com o objetivo de desenvolver competências especializadas no âmbito da ESMO, adquirindo e aprofundando novo conhecimento, irei apresentar neste capítulo a SR, o estudo empírico, o método utilizado para análise de conteúdo e as considerações éticas do estudo.

2.1 *Scoping Review*

A SR permite antecipar uma avaliação do potencial da literatura existente, investigando a sua essência e até onde se estende a dimensão das suas evidências (Sousa et al., 2018). Este tipo de revisão está associado a uma natureza que é ampla e abrangente (Ribeiro, 2014), sendo assim um processo de mapeamento da literatura existente sobre uma determinada temática em estudo. Esta é uma ferramenta que proporciona a pesquisa da evidência existente e, não da melhor evidência científica (Peters, Godfrey, McInervey, Soares, Khalil & Parker, 2015), levando-nos a possuir conhecimento científico que sustenta as tomadas de decisão e por sua vez, a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados (Jordan et al., 2016).

Na unidade curricular Opção II iniciei o desenvolvimento deste projeto onde realizei um primeiro protocolo da SR. Este foi modificado, pois optei por alterar a minha questão de investigação inicial e assim, dar resposta ao que realmente era o meu interesse de pesquisa e também intimamente inerente ao tema em estudo. Foi elaborado o *background* sobre a episiotomia e a tomada de decisão partilhada, tal como está exposto no capítulo que se refere ao enquadramento teórico do presente relatório. Desta forma, é importante referir que a pesquisa teve o seu início no fim do ano de 2020, repetida também no ano de 2021 passados

cada seis meses, e no ano de 2022 foi novamente elaborada com o objetivo de verificar se existia nova evidência científica disponível.

2.1.1 Objetivos e questão de investigação

A SR desenvolvida e modificada no ano de 2021 e que teve como influência a primeira SR elaborada, bem como e necessariamente a temática escolhida a aprofundar, tem como título: “Fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia: uma revisão *scoping*”. Esta SR foi reformulada de acordo com o mais recente método proposto pela JBI (Aromataris & Munn, 2020).

O principal objetivo da presente SR é mapear a evidência científica que permite identificar os fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia. Apartir deste objetivo surgiu o propósito de identificar se existe uma tomada de decisão partilhada com a parturiente e se este é um fator que influencia o enfermeiro obstetra quando realiza procedimentos mais invasivos, como é o caso da episiotomia. Com o propósito de responder ao objetivo descrito anteriormente, foi necessário construir uma nova questão de investigação, tendo como base a mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC), sendo esta a seguinte: “O que influencia a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia?”. Neste seguimento, os elementos que compõem a questão são: (P)opulação – enfermeiro obstetra, (C)onceito – tomada de decisão e (C)ontexto – episiotomia. As palavras-chave são as seguintes: enfermeiro obstetra, tomada de decisão e episiotomia.

2.1.2 Critérios de inclusão e exclusão

Com a intenção de iniciar a SR foi necessário estabelecer os critérios de inclusão e de exclusão para assim, conseguir seleccionar os artigos encontrados através do decurso da pesquisa científica e que iriam responder à questão de investigação.

Neste sentido, defini os seguintes critérios de inclusão: artigos que incluam enfermeiros obstetras ou enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia; artigos

que incluam o que influencia a tomada de decisão dos profissionais definidos como população, em contexto de episiotomia; artigos disponíveis em texto integral, que incluam todo o tipo de estudos, publicados na língua inglesa, portuguesa ou espanhola, e no espaço temporal de pelo menos 9 anos (entre 2013 e 2022). Foi estabelecido este espaço temporal, pois deparei-me inicialmente com pouca informação recente e atual sobre a temática em estudo. Os critérios de exclusão é tudo o que é oposto aos critérios de inclusão apresentados, assim não existe nenhum critério de exclusão em específico que devo apresentar.

2.1.3 Estratégia de pesquisa

A SR é um método transparente que nos permite mapear temas específicos e apresentar as evidências disponíveis na literatura, onde é possível resumir e divulgar os resultados da investigação (Arksey & O'Malley, 2005; Cordeiro & Soares, 2019), sendo assim capaz de integrar publicações disponíveis tanto na literatura branca como na cinzenta. Neste seguimento, integrei 5 artigos que integram estudos sobre a temática a analisar e encontrados na pesquisa de literatura cinzenta.

Foi utilizada a estratégia de pesquisa organizada em três etapas, tal como está preconizado pela JBI (Aromataris & Munn, 2020). A primeira etapa teve início numa pesquisa limitada pelos elementos que constituem a questão de pesquisa, na plataforma *EBSCOhost* que agrega as bases de dados *CINHAL Plus® With Full Text* e *Medline With Full Text*, onde analisei os descritores e as palavras inseridas nos títulos e no resumo dos artigos obtidos, com a finalidade de identificar os termos de linguagem natural e os termos indexados das respetivas bases de dados, no que diz respeito ao meu objetivo de análise. Os termos de linguagem natural e indexados encontram-se descritos em formato de tabela no Apêndice I.

A segunda etapa da pesquisa foi referente à aplicação dos operadores booleanos “OR” e “AND” nas diferentes bases de dados, com o intuito de combinar os termos de linguagem natural e indexados entre si. Assim, com esta interligação obtive 18 artigos na CINHAL e 16 artigos na MEDLINE. Numa fase seguinte removi os artigos duplicados, apliquei os critérios de inclusão/exclusão e de seguida realizei a leitura dos títulos e respetivos resumos, o que reduziu o número de artigos selecionados na CINHAL para 2 e na MEDLINE para 1. Os históricos das pesquisas encontram-se disponíveis nos Apêndices II e III.

A terceira e última etapa culminou com a análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados, de forma a obter mais evidência que suportasse a temática em estudo. O fluxograma PRISMA, segundo Moher et al. (2009), representa de uma forma esquematizada os artigos encontrados e selecionados, estando exposto no Apêndice IV.

2.1.4 Extração dos dados

Com a seleção dos artigos foi necessário analisar e extrair a informação mais pertinente, com o objetivo de responder à minha questão de investigação. Para extrair os dados construí um instrumento baseado nas orientações da JBI (Aromataris & Munn, 2020), o que orientou e delineou quais os principais aspetos a ter em consideração na análise de cada artigo e assim, a sintetizar toda a informação significativa. Este instrumento que permitiu a extração dos dados encontra-se representado no Apêndice V e a tabela com a síntese da extração de dados dos 8 artigos selecionados, está presente no Apêndice VI.

2.1.5 Resultados da Pesquisa

De acordo com a evidência científica, os fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia são diversos e relacionados com fatores maternos, fetais, com os profissionais de saúde e com a política hospitalar/sistema de saúde (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013; Wu, Malhotra, Allen Jr., Lie, Tan & Østbye, 2013; Ahmed, 2014; Trinh et al., 2015; Al-Ghammari et al., 2016; Hussein et al., 2016; Piro & Ahmed, 2016; Khresheh & Barclay, 2020).

Os fatores maternos mais nomeados pelas parteiras foram a primiparidade, a idade materna avançada, o esforço materno ineficaz, o segundo estágio do trabalho de parto prolongado, as características do períneo, a prevenção de alterações nas características vaginais e de ocorrência de lacerações perineais de III e IV grau (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013; Wu, Malhotra, Allen Jr., Lie, Tan & Østbye, 2013; Ahmed, 2014; Trinh et al., 2015; Al-Ghammari et al., 2016; Hussein et al., 2016; Piro & Ahmed, 2016; Khresheh & Barclay, 2020). É importante esclarecer que relativamente ao segundo estágio do trabalho de parto prolongado, a prática de episiotomia ocorria no sentido de reduzir esta fase do

trabalho de parto (TP), e relativamente às características do períneo, a episiotomia ocorria perante períneos mais espessos, edemaciados e consequentemente menos elásticos (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013; Wu, Malhotra, Allen Jr., Lie, Tan & Østbye, 2013; Ahmed, 2014; Trinh et al., 2015; Khresheh & Barclay, 2020). Na prevenção de lacerações foi apresentado por algumas parteiras o receio de ocorrerem lacerações perineais graves, se não realizassem episiotomia (Hussein et al., 2016). Foram referidos outros fatores que se enquadram nos fatores maternos e que considero de extrema importância, pois refletem as diferenças da prática da episiotomia no âmbito cultural e profissional. Segundo Wu, Malhotra, Allen Jr., Lie, Tan e Østbye (2013), a etnia indiana é um fator materno que influencia as parteiras na prática de episiotomia, enquanto que de acordo com Ahmed (2014), a episiotomia é praticada em casos onde exista história materna de rotura perineal e cirurgia pélvica anterior e também uma vez que, as próprias parteiras acreditavam que existia uma melhor recuperação por parte da parturiente. Enquanto que, outras parteiras acreditavam que ao evitar a prática de episiotomia existia uma melhor recuperação materna no pós-parto (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013). De acordo com Piro e Ahmed (2016), as parteiras realizavam episiotomia com mais frequência, perante casos de obesidade materna, de elevado número de grávidas internadas e de não cooperação materna durante o TP e parto, o que vai ao encontro do referido por Hussein et al. (2016), que perante parturientes desinformadas e com uma visão negativa sobre o parto e o nascimento, as parteiras recorrem mais à prática de episiotomia.

A macrosomia fetal, o sofrimento fetal, a distocia de ombros, o aumento da pressão exercida pela cabeça fetal no períneo, o mau posicionamento fetal, o parto pélvico, foram aspetos apontados pelas parteiras como fatores fetais que estão inerentes à sua prática de episiotomia (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013; Wu, Malhotra, Allen Jr., Lie, Tan & Østbye, 2013; Ahmed, 2014; Trinh et al., 2015; Piro & Ahmed, 2016). Sendo que, relativamente ao sofrimento fetal algumas das parteiras referiram que realizavam episiotomia, pois tinham receio da sua ocorrência (Trinh et al., 2015; Khresheh & Barclay, 2020).

Num estudo direcionado para a prática de episiotomia por rotina em primíparas, foi importante entender que a maioria das parteiras tem a perceção de que esta prática é comum, recomendada e portanto segura, pois permite evitar complicações como: lacerações perineais; disfunção do pavimento pélvico; incontinência fecal; sofrimento fetal e materno; complicações secundárias da distocia de ombros; dor no parto; menos hemorragia; facilidade na sutura; e evita um parto instrumentado (Al-Ghammari et al., 2016).

Os fatores relacionados com os profissionais de saúde, foram referidos pelas parteiras como tendo influência na sua prática de episiotomia e entre eles estavam presentes: a idade avançada da parteira; a experiência profissional na área de obstetrícia; a facilidade na sutura; a obediência a uma ordem transmitida pelo médico obstetra; o receio de complicações; o receio de repercussões no seu local de trabalho; para manter boas relações no seu local de trabalho; número reduzido da equipa de enfermeiras parteiras; e a sua perceção clínica não consistente com as diretrizes internacionais mais atualizadas no âmbito desta prática (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013; Wu, Malhotra, Allen Jr., Lie, Tan & Østbye, 2013; Ahmed, 2014; Trinh et al., 2015; Al-Ghammari et al., 2016; Hussein et al., 2016; Piro & Ahmed, 2016; Khresheh & Barclay, 2020). Um pedido da parturiente também foi referido pelas parteiras, como sendo um fator preponderante para evitar ou não a realização de episiotomia (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013; Wu, Malhotra, Allen Jr., Lie, Tan & Østbye, 2013).

Num estudo foi apontado pelas parteiras que a elevada taxa de episiotomia no seu local de trabalho também se devia aos médicos obstetras, no que se refere a algumas das suas intervenções como: internamentos precoces; prescrição de ocitocina na sua grande maioria; redução do número de cirurgias; e indicação médica de episiotomia para todas as primíparas (Piro & Ahmed, 2016).

No que se concerne à política hospitalar/sistema de saúde, as parteiras atribuíram a inexistência de educação pré-natal e os cuidados rotineiros nos serviços, como motivos para a sua prática de episiotomia (Piro & Ahmed, 2016). Existem obstáculos que dificultam a redução das taxas de episiotomia realizadas por parteiras como a falta de formação, com o objetivo de minimizar a ocorrência de lacerações perineais e manter um períneo intato, a falta de tempo para estas aguardarem tranquilamente a normal dilatação perineal e a dificuldade em alterar a prática clínica mais tradicional (Trinh et al., 2015; Khresheh & Barclay, 2020), o que podemos concluir que existem barreiras individuais e institucionais à prática dos profissionais de saúde durante a assistência ao parto e barreiras educativas relativamente ao conhecimento e modo de estar das mulheres durante o TP e parto (Hussein et al., 2016). Assim é crucial, melhorar a assistência pré-natal e a assistência obstétrica durante o parto, e que ocorra a reforma do sistema de saúde e da política hospitalar (Piro & Ahmed, 2016).

Como forma de concluir, foi perceptível que os enfermeiros obstetras, representados pelas parteiras na análise destes 8 artigos, justificam e orientam muito a sua prática através das suas crenças e valores (Hussein et al., 2016; Khresheh & Barclay, 2020), não tendo bem

presentes as novas diretrizes internacionais que orientam a prática de episiotomia, apesar de existirem dois artigos onde o pedido da parturiente é considerado na sua tomada de decisão. Mas é notório, que consideram a necessidade de reduzir as taxas de episiotomia (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013; Piro & Ahmed, 2016) e determinar estratégias para melhorar a assistência obstétrica (Hussein et al., 2016; Khresheh & Barclay, 2020).

2.2 Prática Baseada na Evidência: Estudo Empírico

A prática baseada na evidência contribui para a melhoria da qualidade da prática em enfermagem, onde é fundamental a aplicação dos resultados que surgem da pesquisa na prática de cuidados (Galvão & Sawada, 2003). Tal como está descrito no código de ética para os profissionais de enfermagem, o desenvolvimento dos seus cuidados deve suportar-se e fundamentar-se nos resultados provenientes da investigação em enfermagem (International Council of Nurses, 2021), assim podemos concluir que a prática de enfermagem é baseada num carácter científico. De acordo com Kim (2010), compreende-se que o carácter científico são as tomadas de decisão na prática, orientadas pela ciência e conhecimento científico.

Reproduzir o conhecimento científico em ação nos cuidados de enfermagem é um processo complexo, dinâmico e evolutivo, que quando é realizado com sucesso traduz ganhos em saúde. Estes ganhos são reconhecidos pelas instituições de saúde, o que leva a um crescimento das pesquisas clínicas na área de enfermagem, com recurso a métodos bem definidos e com elevado grau de evidência, com o objetivo de fundamentar a enfermagem baseada na evidência (Danski et al., 2017). Segundo o documento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da OE (2021), estes cuidados apoiam-se em três grandes pilares, que passo a citar: a competência profissional; a prática baseada na evidência; e o respeito pelo(a) cliente dos cuidados, no que se refere aos seus processos psicológicos e corporais, às suas ações e projeto(s) de saúde. A prática baseada na evidência está intimamente ligada à tomada de decisão que por sua vez, assenta: na viabilidade, adequação e efetividade dos cuidados sustentados na melhor evidência científica disponível; no contexto de prestação dos cuidados; na individualidade de cada cliente; e no julgamento e perícia dos profissionais de saúde (OE, 2021). Assim, é fundamental introduzirmos a melhor evidência científica disponível nos cuidados especializados em ESMO para reduzir custos em saúde e melhorar os resultados em saúde e

por sua vez, conduzir à satisfação dos(as) clientes, bem como também dos(as) profissionais de saúde (OE, 2021).

Neste sentido, as competências do enfermeiro obstetra para uma tomada de decisão partilhada no âmbito da prática de episiotomia, insere-se num cuidado especializado do EEESMO ao qual me dediquei na pesquisa da melhor evidência e assim, divulgar e colocar em prática na prestação de cuidados especializados. Uma primeira pesquisa da evidência científica sobre a temática em estudo e elaboração do projeto durante o decurso da unidade curricular Opção II, constituíram o principal guia que orientou o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, sendo complementado posteriormente, com a realização de atividades na prática de cuidados nos diversos contextos de ensino clínico. Deste modo, foi possível elaborar uma nova SR de acordo com o que suscitou o meu interesse durante este trajeto e assim, divulgar os seus resultados nas equipas de enfermagem que integrei durante o desenvolvimento de cuidados especializados e contribuir para a melhoria dos mesmos.

O enfermeiro obstetra deve adquirir e desenvolver competências que são comuns e específicas à sua área de especialidade, sendo uma delas o dever de informar e orientar a grávida para uma tomada de decisão esclarecida, advogando e promovendo estratégias de *empowerment*. Assim, em contexto de cuidados de saúde primários elaborei um poster científico que teve como objetivo geral a reflexão com a equipa de enfermagem, sobre o *empowerment* da grávida para uma tomada de decisão partilhada e assim, definir e identificar a importância do *empowerment* neste contexto de cuidados de saúde, reconhecer a importância do *empowerment* para uma tomada de decisão partilhada, e refletir sobre o processo de tomada de decisão partilhada no contexto de cuidados pré-natais. Este poster (disponível no Apêndice VII) foi divulgado e apresentado junto da equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar onde desenvolvi o ensino clínico, deixando o mesmo afixado na sua sala de reuniões.

Os resultados da SR que foi elaborada durante a prática de cuidados, foram divulgados à equipa de enfermagem em contexto de bloco operativo de obstetrícia, através de uma sessão de formação em serviço, onde foi possível expor os principais resultados e conclusões decorrentes da elaboração da SR e assim, refletir sobre a tomada de decisão do enfermeiro obstetra na prática de episiotomia na atualidade e confrontá-los com as novas *guidelines* internacionais sobre esta prática. O planeamento e a apresentação da sessão de formação em serviço estão disponíveis no Apêndice VIII e IX, respetivamente. Junto da comunidade científica também divulguei os resultados que resultaram da SR referente aos fatores que

influenciam a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia, mais concretamente no congresso científico do Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) Summit 2021 – “Nascer e Crescer Saudável no século XXI”, com a participação através da elaboração de um poster científico, que está representado no Anexo II e no Apêndice X.

Com o objetivo de conhecer os fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia fui colhendo notas de campo durante vários momentos de reflexão com a equipa de enfermagem do bloco operatório de obstetrícia, mas que não consegui utilizar como instrumento de colheita de dados na prática de cuidados, devido à dificuldade de obtenção do Parecer da Comissão de Ética da Instituição de Saúde. Neste sentido, optei por desenvolver um estudo exploratório e de natureza qualitativa, implementado através da elaboração de um questionário em formato *Google Forms* (disponível no Apêndice XI), que divulguei via *online através* da plataforma digital *facebook* em grupos específicos para enfermeiros obstetras, bem como também a profissionais desta especialidade conhecidos da minha esfera de contatos pessoais e que por sua vez, divulgaram aos seus também conhecidos. A aplicação destes questionários permitiram-me realizar uma avaliação dos fatores que estão inerentes à tomada de decisão dos enfermeiros obstetras do nosso país, relativamente à prática de episiotomia e assim, confrontar estes resultados com os da evidência científica encontrada. Para utilização académica e científica dos dados colhidos, foi solicitado parecer à Comissão de Ética da ESEL (os documentos necessários para o pedido encontram-se disponíveis no Apêndice XIII e XIV), que foi positivo (disponível no Apêndice XV).

2.3 Análise de Conteúdo

Como forma de analisar os dados colhidos através dos questionários, optei por realizar uma análise dos dados qualitativos, de acordo com a metodologia de Bardin (2016). A análise de conteúdo é definida como um conjunto de métodos de análise das comunicações (Bardin, 2016). Na investigação qualitativa, a análise de dados é uma etapa do processo de investigação que está diretamente ligada ao método de escolha dos participantes e às medidas que conduzem à colheita de dados (Fortin, 1999).

Os questionários foram divulgados via *online*, entre o mês de dezembro de 2021 e o mês de fevereiro de 2022, tendo obtido 33 questionários na sua totalidade. De seguida,

procedi à análise do seu conteúdo, passando pelas diversas fases que estão preconizadas por Bardin (2016): a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dos resultados. Na fase da pré-análise existe o objetivo de organizar as ideias iniciais, de forma a estabelecer um plano de análise, sendo essencial a escolha dos documentos a analisar, a formulação das hipóteses e a elaboração da fundamentação necessária para a sua interpretação final (Bardin, 2016). Neste sentido, foi essencial realizar a síntese da evidência científica encontrada através da SR, para que esta fundamentasse a forma como construí o instrumento de colheita de dados. Todos os elementos obtidos através da implementação do questionário *online* permitiram-me espelhar os fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro obstetra na prática de episiotomia e desta forma, refletir sobre a tomada de decisão partilhada como competência do enfermeiro obstetra em contexto de episiotomia. Este é o *corpus* da análise que deve obedecer a determinados critérios: a exaustividade, onde todos os elementos do campo do *corpus* são considerados; a representatividade, onde a amostra é parte representativa do universo inicial; a homogeneidade, onde os documentos selecionados devem obedecer a determinados critérios de escolha; a pertinência, onde os documentos selecionados devem ser os mais apropriados para que correspondam aos objetivos da análise (Bardin, 2016). O facto de ter tido em consideração o compromisso dos critérios já mencionados, permitiu aumentar a validade e a confiabilidade dos resultados alcançados (Bardin, 2016).

A fase da exploração do material corresponde à codificação, decomposição ou enumeração, de acordo com regras que são previamente formuladas (Bardin, 2016). Neste seguimento, os resultados da SR foram a base para atribuir as categorias e subcategorias aos dados obtidos através da implementação do instrumento de colheita de dados. Assim, realizei a extração das unidades de registo, com o objetivo de identificar e nomear as unidades para cada tipologia de categoria e subcategoria. No Apêndice XII encontra-se disponível a análise de conteúdo dos questionários em categorias e subcategorias.

Por fim, na fase do tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação existe uma proposta de inferências e interpretações de acordo com os objetivos estabelecidos ou relativos a descobertas inesperadas, tendo os resultados mais significativos na sua posse (Bardin, 2016). Deste modo, relativamente a esta etapa é importante referir que analisei as categorias e subcategorias com base na evidência científica presente no enquadramento teórico e na elaboração da SR.

2.4 Considerações Éticas

O percurso que desenvolvi durante a aquisição de competências na área da ESMO, do qual obviamente faz parte o desenvolvimento da prática baseada na evidência, foi sempre pautado pelas questões éticas e deontológicas pela qual a profissão de enfermagem se autorregula e está bem presente no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, emanado pela OE (2015a).

Deontologicamente, as responsabilidades que estão inerentes ao exercício da profissão de enfermagem encontra a sua essência nos direitos humanos dos doentes, bem como também, embora mais particularmente, nos objetivos da própria profissão. De acordo com a OE (2015b), o enfermeiro enquanto pessoa, deve agir mantendo a autonomia ou liberdade e a dignidade humana. O ser humano tem o poder de se autodeterminar, o que é próprio da sua racionalidade, e isso é o que justifica a dignidade. O facto do ser humano agir determinado por princípios morais que estejam em consonância com imposições éticas livremente assumidas por si, é o que define a verdadeira expressão da existência da autonomia ou liberdade. O exercício dos direitos fundamentais passa pela expressão da dignidade humana, sendo que dentro destes direitos se encontra o direito à liberdade de consciência que é inviolável. Enquanto eticamente, a enfermagem importa-se com as razões comportamentais da prática profissional, os princípios que orientam essas normas, os valores éticos da prática profissional, as transformações e as modificações que decorrem ao longo do tempo.

Assim, tal como nos demonstra o artigo 5.º do Regulamento n.º 140/2019 o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal refere que o enfermeiro especialista deve demonstrar um exercício seguro, ético e profissional usando capacidades de tomada de decisão deontológica e ética, tendo sempre em consideração uma avaliação estruturada das melhores práticas e as preferências dos clientes, respeitando os direitos humanos e a responsabilidade inerente à própria profissão. De acordo com Meireles (2007), existem três princípios éticos que devem ser primeiramente salvaguardados, que passo a nomear: o princípio de beneficência, o princípio do respeito pela dignidade humana e o princípio da justiça.

A concretização deste relatório teve sempre estes princípios bem estabelecidos e que nortearam o desenvolvimento do mesmo. A aplicação dos questionários não apresentou qualquer perigo de dano para os seus participantes, estando sempre atenta e preparada para interromper a sua aplicação se assim existisse esse perigo (Polit et al., 2004; Meireles, 2007), e desta forma coloquei em prática o princípio da beneficência que defende a integridade ou

ausência de dano físico, psicológico, económico, social, entre outros. Na fase inicial do preenchimento do questionário encontra-se o consentimento informado que reflete o respeito pelo princípio da dignidade humana. Esta primeira questão permite ao participante decidir de forma voluntária se quer ou não participar no estudo, após ser informado e esclarecido sobre os objetivos do mesmo, mantendo também a liberdade de interromper o preenchimento do questionário, sempre que o participante assim o desejar (visível no Apêndice XI). Este princípio refere-se ao direito à revelação completa e à autodeterminação (Polit et al., 2004; Meireles, 2007). De acordo com os autores citados anteriormente, o princípio da justiça define-se pelo direito à privacidade e ao tratamento justo ou seja, a seleção justa e não discriminatória dos participantes, a análise sem preconceitos das pessoas que não aceitam participar, o cumprimento de todos os acordos estabelecidos com os participantes, o acesso do participante ao contato do investigador para quaisquer esclarecimentos em qualquer momento do estudo e a demonstração de respeito, bem como de sensibilidade pela existência de diferentes valores, crenças, culturas e hábitos de vida.

Todos os dados obtidos após a análise dos resultados decorrentes da prática baseada na evidência foram analisados mantendo sempre as crenças e opiniões dos participantes, utilizando os mesmos como forma de reflexão sobre as possíveis estratégias que possam contribuir futuramente para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem especializados. Tal como foi referido, foi disponibilizado no fim do preenchimento do questionário, o endereço de *email* do investigador como forma de esclarecimento, bem como também de partilha dos resultados obtidos com os próprios participantes, oferecendo assim, benefícios da sua participação.

Como forma de finalizar, é importante clarificar que cada questionário após ter sido preenchido foi automaticamente reenviado para o endereço de *email* do investigador principal sem estar denominado qualquer tipo de nome ou *email* do participante, sendo que posteriormente cada questionário foi codificado com um número (por exemplo, Q01), como forma de identificação na análise e discussão dos dados. Desta forma, os excertos que foram citados como forma de ilustrar e demonstrar as categorias e subcategorias, são representados pela unidade de registo referente a cada questionário, assegurando também o direito à proteção de dados pessoais e ao respeito pela vida privada.

3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Neste capítulo irei apresentar de uma forma crítico-reflexiva o meu percurso ao longo da unidade curricular de Estágio com Relatório, onde foi possível adquirir e desenvolver competências específicas da especialidade em ESMO e do grau de Mestre. Desta forma, irei expor e analisar a prática clínica experienciada em cada contexto clínico, onde é possível verificar no Anexo I a síntese do registo das atividades práticas desenvolvidas, refletindo com base na evidência científica e mobilizando o modelo concetual referente à Teoria do Cuidar de Kristen Swanson (1991). Importante será acrescentar, que as competências desenvolvidas e adquiridas em contexto de prática clínica estão estabelecidas no Regulamento n.º 391/2019 referente às competências específicas do EEESMO, no Regulamento n.º 140/2019 que apresenta as competências comuns dos enfermeiros especialistas e no ICM (2019) que define as competências essenciais para o exercício profissionalizado na área de Saúde Materna e Obstetrícia.

Neste seguimento, este capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos referentes às competências específicas do EEESMO, onde desenvolvi particularmente competências para uma tomada de decisão partilhada relativa à prática de episiotomia, bem como também noutros contextos da prática de cuidados de acordo com cada competência específica a analisar. Vivenciei diferentes realidades, estando perante diversas situações em que foi necessário tomar várias decisões de acordo com a prática clínica, o que me permitiu desenvolver um pensamento crítico-reflexivo e assim, integrar novos conhecimentos e uniformizar práticas de cuidados especializados, demonstrando progressivamente mais autonomia, necessária à qualidade dos cuidados prestados e culturalmente competentes.

3.1 Cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, no âmbito do planeamento familiar, durante o período preconcecional e pré-natal

O EEESMO apresenta um conjunto de competências específicas, que lhe permite demonstrar uma elevada capacidade de julgamento e de tomada de decisão nas diferentes

áreas específicas de intervenção. De acordo com o Regulamento n.º 391/2019, o EEESMO tem a responsabilidade de cuidar da mulher, inserida na família e comunidade, no âmbito do planeamento familiar, durante o período preconcecional e pré-natal, com o objetivo de promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas, vivências positivas da sexualidade e parentalidade e de potenciar a saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, garantindo a promoção do bem-estar materno-fetal. O desenvolvimento e aquisição destas competências decorreu em contexto de consulta de ginecologia em meio hospitalar, cuidados de saúde primários e de internamento materno-fetal.

Na consulta de ginecologia em meio hospitalar e em cuidados de saúde primários desenvolvi atividades no âmbito do planeamento familiar e saúde preconcecional. Ambos os contextos contribuíram para desenvolver atividades no âmbito do planeamento familiar, como o aconselhamento sexual e introdução de métodos contraceptivos, mas é importante referir que as orientações transmitidas durante as consultas ocorriam de acordo com a situação de cada mulher/casal respeitando as suas necessidades. No que se concerne à área da sexualidade e preconceção foram transmitidas orientações sobre métodos contraceptivos, comportamentos de risco, infeções sexualmente transmissíveis, sintomatologia e eventuais métodos de tratamento, existindo o encaminhamento se necessário para outros profissionais especializados. Em consulta incidi o meu foco e atenção ao aconselhamento e transmissão de informação pertinente e promotora da saúde da mulher. Considero que o aconselhamento é crucial neste âmbito, principalmente para quem vai pela primeira vez à consulta de planeamento familiar. Assim, sempre permiti a escolha informada de um método contraceptivo, através de esclarecimento atualizado, correto, objetivo e de acordo com as expectativas específicas de cada mulher/casal, com o objetivo de facilitar a adesão contínua do método escolhido e de alertar que devem recorrer ao profissional de saúde sempre que inicie sinais e sintomas que necessitem de ser avaliados, e que devem sempre prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, sendo possível voltar a ser fértil após a suspensão do método. Além de atualizar o meu conhecimento relativamente aos métodos contraceptivos existentes, no que concerne ao seu funcionamento e eficácia, forma de utilização, efeitos secundários mais comuns, riscos e benefícios para a saúde, também foi fundamental melhorar a forma como comunicava com o intuito de aconselhar e o modo como geria essa mesma comunicação. A gestão do tempo durante este processo de comunicação foi um desafio para mim, com o objetivo de constante melhoria, mas sobretudo permitiu-me entender que para ter sucesso no aconselhamento devemos: criar empatia, escutando e estabelecendo um clima de confiança; interagir, encorajando a cliente a comunicar e a colocar as suas dúvidas e questões; adequar a

informação à cliente; evitar informação excessiva; fornecer o método que a cliente escolhe; assegurar que toda a informação transmitida foi compreendida; e encorajar o contato com o serviço, de forma a esclarecer qualquer dúvida junto do enfermeiro ou médico assistente (Direção Geral da Saúde [DGS], 2008). Assegurando a escolha livre, esclarecida e adaptada a cada mulher/casal sempre disponibilizei métodos contraceptivos de forma gratuita, conforme está presente na orientação n.º 010/2015 emitida pela DGS (2015b).

Em cuidados de saúde primários tive a oportunidade de realizar consultas no âmbito preconcepcional, sendo que as principais orientações que forneci foram de acordo com as dúvidas apresentadas pelas mulheres/casais isto é, sobre os estilos de vida saudável, o processo da fecundidade e infertilidade, encaminhando para outros profissionais de saúde em caso de necessidade. Neste período preconcepcional reforcei essencialmente, a importância dos rastreios no âmbito da saúde ginecológica, como forma de prevenção e deteção precoce de possíveis problemas, reconhecendo os ganhos em saúde baseados numa intervenção sistemática e devidamente programada para esta fase, e assim promover gravidezes planeadas e saudáveis.

A vigilância pré-natal em cuidados de saúde primários, constitui a principal preocupação na assistência à mulher grávida, de forma a atingir a diminuição dos riscos associados, assegurando que a gestação culmine no nascimento de uma criança saudável sem qualquer prejuízo para a saúde materno-fetal e promovendo o bem-estar de toda a família (Corbett, 2008). Neste seguimento, foi crucial adquirir e desenvolver competências para assegurar a vigilância e prestação de cuidados à mulher e sua respetiva família e/ou convivente significativo, durante toda a sua fase gravídica. Durante as consultas de saúde materna foi uma prioridade a avaliação do bem-estar físico e psicológico da grávida e do seu núcleo familiar, a identificação e seguimento das situações de risco, a promoção do envolvimento ativo do pai e/ou companheiro, o incentivo da vinculação precoce, o aconselhamento e promoção do aleitamento materno e a realização de educação para a saúde à grávida/casal/família, com o objetivo de intervir sobre as suas reais necessidades. No âmbito da educação para a saúde abordei principalmente temáticas relativas ao desenvolvimento embrionário e fetal, aos estilos de vida, às competências parentais e legislação parental. Estas temáticas surgiam de acordo com a necessidade de conhecimento da grávida/casal/família, adequando a minha abordagem de acordo com a sua capacidade cognitiva e com a idade gestacional da mulher, adaptando assim a minha própria intervenção. O tipo de linguagem foi fundamental, mas igualmente importante foi conseguir dosear a informação que queria

transmitir em cada consulta, percebendo qual era a mais pertinente em determinado momento, pois só assim é possível assegurar que o nosso papel de educador foi atingido com sucesso e traduzido em ganhos para a saúde.

Tal como nos preconiza a DGS (2015a), sempre privilegiei a avaliação do risco pré-natal durante as consultas, utilizando a Escala de *Goodwin* Modificada, onde a informação relativa às condições socioeconómicas e estado mental da grávida são imprescindíveis para uma adequada avaliação. Estes são fatores de importante relevância e condicionadores de risco acrescido na saúde materno-fetal, tendo sido muito importante avaliar e ponderar a necessidade de encaminhar para outros profissionais. Desenvolvi também competências na monitorização e interpretação de parâmetros que se relacionam com o aumento ponderal, a medição da altura do fundo uterino, os resultados ecográficos e analíticos referentes a cada trimestre da gravidez, a realização das manobras de *Leopold* e a pesquisa do foco fetal através da auscultação do batimento cardio-fetal, com recurso ao *ecodoppler*.

Não foi possível participar em cursos de preparação para o parto e parentalidade (CPPP), pois devido à pandemia estavam a decorrer *online* e foi difícil conciliar os momentos de ensino clínico com os dias em que decorriam as sessões, o que nunca representou um desinteresse para mim enquanto promotora dos melhores cuidados para a grávida/casal/família. Em consulta sempre tive a preocupação de identificar qual o conhecimento e interesse da grávida/casal em frequentar o CPPP e assim, proceder à sua referência e esclarecer qualquer dúvida relativamente à essência e propósito destes cursos, promovendo a sua participação. De acordo com a DGS (2020), os CPPP são de extrema importância, pois possibilitam às mulheres/casais a aquisição de competências relativas à procriação, nomeadamente no que diz respeito ao exercício do consentimento informado, livre e esclarecido durante a gravidez e o parto, bem como também no que se refere ao exercício da maternidade e paternidade cuidadora.

Em todos os momentos de consulta o meu papel de educadora foi direcionado para o *empowerment* da grávida, pois sendo esta o centro de um grande conjunto de modificações, deve reunir a capacidade para enfrentar todas essas transformações, sejam estas físicas, emocionais ou sociais. Assim, é fundamental que esta adquira informação e conhecimentos que lhe confirmem autonomia, competência e poder para realizar as suas próprias escolhas em saúde. A pessoa detentora de *empowerment* é aquela que apresenta uma competência participativa responsável isto é, possui uma capacidade de se comprometer com os processos de tomada de decisão (Mesquita, 2007).

A evolução da gravidez é também uma oportunidade para conseguirmos identificar e/ou alterar situações de risco de patologia (DGS, 2015a), deste modo a sua evolução deve ser avaliada de uma forma sistemática e detalhada pelo EEESMO, para que seja possível a deteção precoce de quaisquer anomalias. No decurso do ensino clínico em materno-fetal foi possível desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais e assim, conseguir dar resposta às necessidades da mulher grávida com patologia, bem como também à sua família e/ou convivente significativo.

Segundo Silva et al. (2021), a gestação é apontada como alto risco quando existe a probabilidade de ocorrer um resultado prejudicial para a mulher e quando já existem fatores de risco que, podem provocar problemas de saúde ou mesmo causar a morte materna e fetal. A saúde da mulher e/ou do feto encontra-se assim, em perigo devido a patologia concomitante ou exclusivamente devido à gravidez, neste sentido a assistência a grávidas de alto risco exige a prestação de cuidados de enfermagem em situações mais complexas, onde é necessário procurar soluções, emitir juízos clínicos e tomar decisões fundamentadas na mobilização de conhecimento específico da área de Saúde Materna e Obstétrica, sendo assim imprescindível os cuidados do EEESMO. Ao longo do ensino clínico foi possível prestar cuidados a grávidas com diferentes patologias ou fatores de risco, que passo a citar: litíase biliar, hipertensão arterial (HTA) crónica, HTA gestacional, ameaça de parto pré-termo, colestase gravídica, pielonefrite, hipotireoidismo, oligoâmnios, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e restrição de crescimento intrauterino. No entanto, as mais frequentes foram a HTA crónica, a HTA gestacional e a diabetes gestacional.

Em todos os casos, foi importante analisar as especificidades da patologia e da situação em particular, com o objetivo de elaborar o plano de cuidados mais adequado e individualizado, face às reais e potenciais necessidades da grávida internada e sua família e/ou convivente significativo. O estabelecimento de uma relação interpessoal também foi fundamental para promover o bem-estar e o equilíbrio psicológico da mulher, pois esta passa inevitavelmente por um momento de *stress* quando é internada por complicações na gravidez, o que induz a alterações na sua própria rotina diária, bem como também na adaptação a um ambiente simultaneamente estranho e perturbador. Este relacionamento é assim, também importante para facilitar a capacitação da mulher na tomada de decisão e na sua transição para a parentalidade.

A própria gravidez pode levar ao aparecimento de HTA em mulheres que anteriormente eram normotensas ou agravá-la em mulheres que já padeciam da mesma antes da gestação

(Graça, 2017). Esta é das patologias clínicas mais frequentes durante a gravidez, interferindo com a evolução da mesma e com o desenvolvimento fetal, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal (Carnide et al., 2008). Segundo Campos et al. (2008), as síndromes hipertensivas são da mesma forma responsáveis pela morbidade e mortalidade do produto de concepção, o que se deve a alterações do fluxo placentário devido à doença ou ao seu tratamento, ou se deve à terapêutica ainda considerada imatura relacionada com a interrupção precoce da gestação nas formas mais graves dessas patologias. De acordo com Cunningham et al. (2016), estes distúrbios hipertensivos encontram-se classificados da seguinte forma: hipertensão gestacional; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; HTA crónica de qualquer etiologia; pré-eclâmpsia sobreposta à HTA crónica. A HTA gestacional surge após a metade da gestação, sendo diferenciada da pré-eclâmpsia, pois não ocorre proteinúria acima de 300 miligramas, enquanto que a HTA crónica é caracterizada pela elevação dos níveis tensionais acima de 140/90 mmHg, instalada previamente ao período gestacional ou antes da 20ª semana de gestação. É importante referir que a elevação dos valores tensionais acima dos valores citados anteriormente, presente em duas observações, com um intervalo superior a seis horas, é o que determina a existência de HTA durante a gravidez (Carnide et al., 2008). Existem outros autores que definem que a HTA crónica também é considerada quando a pressão arterial permanece elevada após 12 semanas do parto (Gadonski & Irigoyen, 2008).

A HTA gestacional e HTA crónica foram das patologias mais frequentes nas grávidas internadas durante o decurso do meu ensino clínico em materno-fetal, sendo que cada caso teve uma intervenção e avaliação particular. As atividades de vigilância foram individualizadas e com o objetivo de prevenir as complicações inerentes à HTA, com a avaliação diária da tensão arterial com a grávida sentada, pelo menos uma vez por turno ou sempre que se justificava, também da diurese, da proteinúria, do peso, a realização de cardiotocograma (CTG) uma vez por turno e de acordo com a idade gestacional, assim como o repouso no leito, preferencialmente em decúbito lateral esquerdo, e diminuição dos principais fatores de *stress* e ansiedade. Igualmente importante foi a vigilância dos sinais de HTA elevada tais como, cefaleias persistentes, alterações visuais, epigastralgias, tonturas, epistaxis ou até mesmo o cansaço.

A avaliação da tensão arterial foi sempre realizada com a grávida na posição de sentada, pois tal como nos corrobora Oliveira (2008) em decúbito lateral os valores tensionais têm um padrão mais baixo. O decúbito lateral esquerdo é a posição preferencial para o repouso no leito, pois não comprime a veia cava e assim, melhora o fluxo uteroplacentário, o fluxo renal,

a diurese e a filtração glomerular (Lowdermilk & Perry, 2008), favorecendo o débito cardíaco e a diminuição do edema dos membros inferiores. A detecção precoce do agravamento da situação clínica, prevenindo possíveis complicações materno-fetais é sem dúvida um dos principais objetivos da vigilância das grávidas com HTA. Desta forma, foi importante realizar uma avaliação inicial detalhada na admissão de cada grávida, tendo especial atenção aos antecedentes pessoais e familiares, bem como também à sua história pessoal e social, e assim conhecer a sua rede de apoio. O exame físico também fez parte da minha avaliação, onde inclui a avaliação dos parâmetros vitais e a pesquisa através do sinal de Godet da presença de possíveis edemas periféricos, faciais e periorbitais. Na maioria das situações foi perceptível que esta patologia na gravidez traduz-se em grande ansiedade na grávida e na sua família e/ou convivente significativo, pelo que foi necessário prestar apoio emocional e psicológico para entender quais os fatores geradores dessa ansiedade, qual a sua percepção do processo de doença, as razões do seu aparecimento e a necessidade de colaboração nos cuidados, incluindo a importância da toma da terapêutica prescrita.

A diabetes gestacional foi outra das patologias mais recorrentes nas grávidas internadas, situação patológica que se caracteriza pelo aumento dos níveis de glicémia, sendo que na gravidez, a grande complicação é o desequilíbrio metabólico, o que leva à macrosomia fetal (Lowdermilk & Perry, 2008). Durante o internamento foi um desafio satisfazer as reais necessidades destas grávidas, tendo bem presente o papel de educadora para a saúde. Neste sentido, foi fundamental apoiar e dar suporte à grávida na adaptação à sua nova realidade, cooperando na sua formação diária, de cariz preventiva ou como terapêutica, dando sempre incentivo à autovigilância e ao registo diário do perfil glicémico. Para que este processo fosse alcançado, tal como já referi no caso da HTA, foi necessário criar uma relação empática com a grávida e sua família e/ou convivente significativo, nos momentos em que estes estavam presentes, para que assim existisse um papel ativo entre profissional e cliente. Sempre foi uma prioridade para mim mostrar-me disponível e tornar-me indispensável em todos os cuidados prestados, sendo que para isso foi fundamental estabelecer em todos os contatos um ambiente calmo e sem interrupções, possibilitando o envolvimento da grávida no estabelecimento dos seus reais objetivos. Os objetivos como minimizar os efeitos adversos da diabetes gestacional, sensibilizando a grávida e a sua família e/ou convivente significativo para a importância do controlo metabólico, como forma de prevenção de complicações materno-fetais, foram definidos como fundamentais para alcançar a curto prazo. Enquanto que capacitar a grávida com conhecimentos e estratégias preventivas do aparecimento futuro de obesidade e diabetes materna, bem como também no RN, foi também um objetivo a cumprir, mas a longo prazo.

A realização de CTG, pelo menos uma vez por turno ou sempre que existisse necessidade, era uma intervenção comum a todas as grávidas internadas. De acordo com o Parecer n.º 07/2016 da OE, a cardiotocografia é um procedimento que permite a monitorização do bem-estar fetal e materno de uma forma não invasiva, tendo sido um objetivo pessoal melhorar a minha capacidade de monitorização, observação e interpretação do traçado cardiotocográfico. Este procedimento permite um registo contínuo e simultâneo da frequência cardíaca fetal, dos movimentos fetais ativos e das contrações uterinas, tornando-se numa competência específica do cuidado do EEESMO (OE, 2010). O estudo e pesquisa científica foi determinante para o desenvolvimento deste objetivo, bem como também a obtenção de conhecimento técnico através da prática diária de cuidados especializados, com a identificação do foco fetal, recorrendo às manobras de *Leopold*, e do fundo uterino, e assim, colocar os transdutores de forma adequada, possibilitando uma ótima qualidade do sinal, fator determinante para a interpretação correta do registo. Com os parâmetros do CTG devidamente registados é possível interpretá-los e classificar o padrão do traçado, classificação esta que tem por base a frequência cardíaca basal do feto, a variabilidade e a reatividade fetal, e o aparecimento de desacelerações. A consolidação de todo o conhecimento, decorrente das aulas teóricas, do estudo da evidência científica e da prática de cuidados, permitiu-me alcançar este objetivo de aprendizagem, conseguindo assim relacionar todos os fatores inerentes à interpretação do traçado do CTG. Esta relação permitiu-me entender a situação clínica de cada grávida, detetar precocemente potenciais problemas e assim, solucionar ou minimizar os problemas identificados e que interferem com o bem-estar materno-fetal, pois todos os estímulos externos interferem no ritmo cardíaco fetal.

Este conhecimento foi sempre importante para mim partilhá-lo com a mulher e sua família e/ou convivente significativo de quem estava a cuidar, para que existisse um entendimento dos cuidados que iriam ser prestados e por sua vez, para uma tomada de decisão partilhada nos cuidados de saúde. Todos estes cuidados prestados a 41 grávidas internadas em contexto de cuidados de saúde materno-fetais e seguidas no âmbito dos cuidados de saúde primários, foram essencialmente baseados em conseguir conhecer e estabelecer uma relação terapêutica com a mulher grávida e sua família e/ou convivente significativo, e assim permitir o estar verdadeiramente com estes. Neste envolvimento nunca foram esquecidas as suas crenças e valores, fazendo por elas aquilo que não podiam realizar sem o meu apoio, mas possibilitando sempre a sua intervenção autónoma detentora do seu direito de escolha.

3.2 Cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto

A evolução da gravidez permite o desenvolvimento do processo de transição para a parentalidade, mas é no TP que culmina esta etapa, com a chegada de um RN. O desenvolvimento da prática de cuidados em contexto de bloco operatório de obstetrícia possibilitou-me a aquisição e melhoria contínua da competência “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (Regulamento nº. 391/2019, p.13562). A minha prestação de cuidados durante o período do TP, sempre se baseou nas preferências e opções da parturiente/casal no que se refere à experiência de parto que estes decidiam vivenciar, tendo em consideração as suas crenças, valores e tradições.

Sempre privilegiei o primeiro contato com a parturiente/casal, pois este é o momento ideal para a promoção de uma relação empática. O apoio emocional permite estabelecer a confiança necessária para que estes verbalizem os seus medos e assim, possam esclarecer as suas dúvidas e desmitificar as suas ideias já pré-definidas, que podem não traduzir a verdadeira realidade. Através deste contato inicial realizava a primeira entrevista, fundamental para o desenvolvimento da avaliação inicial de enfermagem, que complementava com a informação de saúde da parturiente através da consulta do boletim de saúde da grávida e do processo clínico a nível informático. Toda esta colheita de dados no momento da admissão permite iniciar a identificação dos diagnósticos de enfermagem, de acordo com as verdadeiras necessidades de cada parturiente/casal e deste modo, iniciar a elaboração do seu plano de cuidados de enfermagem. Em todos os cuidados envolvi a mulher como minha parceira permitindo-lhe a sensação de controlo, possibilitando a sua participação no parto, reforçando a sua autoestima e o seu nível de satisfação (Lowdermilk & Perry, 2008). Neste sentido, sempre foi transmitida à parturiente/casal toda a informação necessária e de acordo com a possível ocorrência de determinadas intervenções de enfermagem, para que estes nunca fossem surpreendidos ou se encontrassem diante de uma situação em que tivesse de ser realizado algo para o qual não se sentissem preparados.

O TP diz respeito a um conjunto de fenómenos fisiológicos, que ao funcionar em grupo, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e por conseguinte à sua expulsão para o exterior (Graça, 2017). Este conjunto de fenómenos fisiológicos encontra-se dividido em quatro estádios: o primeiro estágio inicia-se com o

apagamento e termina com a total dilatação do colo uterino, que se divide em fase latente e fase ativa; o segundo estágio corresponde ao período expulsivo, sendo que se inicia com a total dilatação do colo uterino e termina com a expulsão do feto; o terceiro estágio inicia-se logo após a expulsão do feto e finaliza com a saída da placenta e das membranas, denominando-se esta fase por dequitação; e por fim, o quarto estágio refere-se ao puerpério imediato, ou seja, termina 2 horas após o nascimento (Lowdermilk & Perry, 2008).

O acompanhamento do tempo e da progressão do TP possibilitou-me verificar diferenças entre primíparas e multíparas, bem como também foi possível corroborar outras variações como a posição da parturiente, a adequação pélvica, o tamanho fetal, a apresentação e situação fetal, a utilização de analgesia, a eficácia das contrações, a idade da parturiente, a condição física e emocional da parturiente, e o tipo de suporte por parte do acompanhante. Estas foram variantes que sempre fiz questão de estar atenta durante a vigilância do TP, pois só assim é possível adquirir aprendizagem neste âmbito e assim, adequar a minha intervenção de acordo com cada parturiente/casal.

A dor é o principal fator stressante para a parturiente, logo foi essencial entender qual a sua tipologia, localização, intensidade e duração, relacionando com o estágio do TP, bem como também com todos os fatores fisiológicos, psicológicos, culturais e sociais específicos de cada parturiente. Assim, e de acordo com a condição materno-fetal, a parturiente era incentivada a deambular, como forma de facilitar a progressão do TP e aliviar a dor associada à contratilidade uterina, bem como também era estimulada a utilizar a bola de pilates que permite estimular a mobilidade e o relaxamento perineal e pélvico, aliviando também a dor. Todas as parturientes que preferiam ou estavam condicionadas à permanência no leito, eram incentivadas à alternância de decúbitos, preferencialmente utilizando os laterais, pois estes facilitam o fluxo uteroplacentário e renal, diminuindo o risco de ocorrência de hipotensão, muitas vezes manifestada por alterações da frequência cardíaca fetal, náuseas e vômitos (Lowdermilk & Perry, 2008). Completando estas estratégias também foram utilizadas técnicas de respiração e relaxamento, e técnicas de toque e massagem, onde permitia o envolvimento e participação do pai/acompanhante na realização das mesmas. Posso considerar que estas foram as medidas mais utilizadas no âmbito não farmacológico, adequando a sua aplicação ao momento do TP, bem como às preferências da parturiente.

As medidas farmacológicas para alívio e controlo da dor foram solicitadas pela maioria das parturientes, sendo a analgesia epidural a mais desejada. Esta era implementada durante a fase ativa do TP e sempre respeitando a vontade da parturiente, onde existia um

esclarecimento prévio à realização do próprio procedimento. De acordo com Martins et al. (2002), a analgesia epidural é considerada uma das técnicas mais eficazes no alívio e controle da dor, produzindo menos efeitos secundários sobre a fisiologia materna e fetal.

A avaliação da progressão do TP é realizada através da prática de vários procedimentos não invasivos e invasivos, onde o exame vaginal está incluído. Inicialmente foi algo que me ajudou bastante a entender determinados fatores relacionados com a progressão do TP, mas é importante referir que este sempre foi realizado quando estritamente necessário e sempre após aprovação da parturiente. Assim, através do exame vaginal foi possível obter informação sobre a evolução do colo uterino com recurso ao Índice de *Bishop*, a situação e variedade fetal, as condições do canal de parto associando a estimativa do peso fetal e as características das perdas vaginais (líquido amniótico, perda sanguínea e/ou corrimento). A realização das manobras de *Leopold*, a interpretação do CTG e a vigilância de sinais e sintomas que indicassem o comprometimento do bem-estar materno-fetal, foram dados igualmente importantes e que associava sempre à informação colhida através do exame vaginal. Todos estes dados permitiam a elaboração do partograma, representando graficamente a evolução do TP ao longo do tempo. O uso do partograma permite a reflexão e consequente tomada de decisão, reduzindo complicações do TP, pois o seu registo de forma adequada possibilita conhecer os fatores etiológicos que são responsáveis pela evolução normal ou anormal do TP (Vasconcelos et al., 2013).

A evolução do TP pode ser alterada com a ocorrência de certos procedimentos como, a amniotomia, o exame vaginal e a administração em perfusão por via endovenosa de ocitocina, pois estes podem conduzir desde ao aumento da contratilidade uterina à rotura espontânea ou artificial das membranas, sendo extremamente importante conhecer e realizar uma atenta vigilância materna e monitorização contínua do bem-estar fetal através do CTG. De acordo com Neilson (2013), o bem-estar materno-fetal durante o TP pode ser colocado em causa, pois as contrações uterinas podem interromper o fluxo sanguíneo materno-fetal, diminuindo a oxigenação fetal.

Existiram casos de maior vigilância materno-fetal, principalmente junto de parturientes com patologias concomitantes com a gravidez, sendo as mais frequentes a diabetes gestacional e a hipertensão gestacional. Nestes casos existiu uma monitorização da glicémia capilar, da tensão arterial e da diurese, aplicando os protocolos existentes no serviço, controlo da dieta, implementação do esquema de insulino-terapia, interpretação do CTG estando sempre atenta a possíveis indicativos de agravamento do estado fetal. Também existiram situações de

emergência como casos de disfunção contrátil uterina e de prolapso do cordão umbilical, sendo necessária uma rápida intervenção de forma a solucionar e interromper o risco materno-fetal, como simplesmente suspender a perfusão ocitócica e realizar técnicas de respiração e relaxamento. Nas situações que estavam para além da área da atuação do EEESMO sempre existiu uma referenciação para a equipa médica obstétrica.

O segundo estágio do trabalho de parto é esperado que seja o mais fisiológico possível, isto é, que seja o resultado da eficácia da força exercida pelas contrações uterinas, pela própria gravidade e pelos esforços maternos favoráveis ao desenvolvimento do TP (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras & Federação de Associações de Matronas de Espanha, 2009). Quando as parturientes iniciavam os esforços expulsivos, sendo visível a coroação da cabeça fetal, eram incentivadas a adotar a posição mais confortável de forma a facilitar os esforços expulsivos e a concentrarem-se nos mesmos, enquanto eram iniciados todos os procedimentos de limpeza perineal necessários. A limpeza perineal influencia a composição do microbioma vaginal, influenciando também a colonização inicial do microbioma do RN (Borges, 2018). A lavagem era realizada maioritariamente com água e sabão, tal como nos preconiza Medforth et al. (2017), sendo que quando existia uma descontinuidade na pele ou mucosa devido à ocorrência de episiotomia ou laceração, era utilizada a iodopovidona como antisséptico na região vulvovaginal. Atualmente existem antissépticos considerados mais indicados para a desinfeção do períneo, como é o caso do dicloridrato de octenidina e fenoxietanol, pois são de largo espectro antimicrobiano, não perdem a eficácia na presença de matéria orgânica, não apresentam qualquer efeito sistémico e colateral, o seu efeito residual é de 24 horas e não é absorvido pelo organismo, o que não ocorre com a iodopovidona (Sousa, 2019). Este foi um aspeto debatido com a equipa de enfermeiros especialistas, que já estavam a organizar uma formação em serviço para que esta prática fosse uniformizada e alterada segundo a nova evidência científica existente.

Foi crucial durante este estágio avaliar e orientar o controlo respiratório entre contrações, onde aconselhava as parturientes a realizar inspirações profundas, para que existisse uma oxigenação materna e fetal adequada, bem como também a concentrarem-se nos esforços expulsivos. Tal como nos corrobora Pacheco e Néné (2020), os esforços expulsivos podem ser dirigidos ou espontâneos, sendo que o método que adotei foi respeitar ao máximo a vontade das parturientes em realizá-los de forma espontânea, de forma a incentivar a sua autonomia durante o período expulsivo. A posição das mulheres compromete a descida da apresentação fetal, impedindo muitas vezes de estas sentirem necessidade de realizar esforços

expulsivos, mas existem outros fatores que influenciam também a sua eficácia. A eficácia das contrações uterinas, o estado físico e emocional materno, o nível de atividade, a paridade, a compatibilidade feto-pélvica, o tamanho fetal, a apresentação fetal, a dosagem e tipo de analgesia administrada, a situação fetal, o suporte materno, entre outros, são exemplos desses fatores e que tive a possibilidade de perceber. Das parturientes que acompanhei foram muito poucas aquelas que preferiram adotar posições verticalizadas durante este estágio. Posso nomear apenas duas parturientes que adotaram a posição de cócoras e outras duas que adotaram a posição lateralizada no leito durante os esforços expulsivos, mas a expulsão fetal acabou por se realizar em posição de litotomia. A maioria das parturientes preferiam inicialmente apoiar os pés nas pernas e segurar na face externa dos seus membros inferiores quando iniciavam os esforços expulsivos, e numa fase posterior a posição de litotomia puxando os “ferros” laterais da cama para si, sendo que a monitorização fetal através do CTG ocorria de forma contínua para despiste de qualquer sinal de sofrimento fetal.

Sempre adotei uma atitude expectante, permitindo que os esforços expulsivos e a movimentação da apresentação fetal evoluíssem de forma natural, realizando apenas a manobra de *Ritgen* modificada no momento da coroação da cabeça fetal. Esta é uma técnica de “*hands-on*”, onde é aplicada uma pressão perineal com uma mão e com a outra mão evitar a deflexão rápida da cabeça fetal (Fatia & Tinoco, 2016). Após a saída da cabeça fetal sempre pesquisei a presença de circulares a nível cervical, onde existiu a necessidade de laqueação precoce do cordão em pelo menos cinco situações. A prática de episiotomia nunca foi uma opção rotineira, pois quando não existiam fatores maternos e fetais que justificassem a sua prática esta não era realizada. Tal como nos preconiza a OMS (2018), a prática de episiotomia por rotina não é recomendada, sendo fundamental para a sua realização o consentimento por parte da mulher. Realizei 15 episiotomias em 40 partos eutócicos, todas consentidas pelas parturientes e por motivos de sinais de sofrimento fetal detetados através da monitorização fetal por CTG. Assim, esta tomada de decisão sempre foi partilhada com a parturiente/casal, processo que fazia questão de preparar desde o momento da admissão para que uma relação terapêutica fosse previamente estabelecida.

De acordo com os desejos das parturientes, após a expulsão fetal era realizado contato pele a pele, que segundo Feldman et al. (2014), mantém o RN quente, calmo, com menores níveis de hormonas de *stress*, adaptando-se à mama mais cedo que os recém-nascidos que são afastados das suas mães. Posteriormente, encorajava o pai ou a mãe a cortar o cordão umbilical após clampagem do mesmo 1 minuto após o nascimento, tal como nos é indicado

pela OMS (2018). Estas duas intervenções também eram estabelecidas, de acordo com os desejos e expectativas manifestadas pela parturiente/casal que permitiam estabelecer precocemente a vinculação entre pais/filho(s) e promover a interação dos pais na adaptação do RN à vida extrauterina e por sua vez, contribuir para uma experiência de parto positiva.

Durante o terceiro estágio do trabalho de parto desenvolvi intervenções de vigilância materna e do RN relativamente à sua adaptação à vida extrauterina, bem como também adotei uma conduta expectante relativamente ao processo de dequitação. A expulsão da placenta decorreu maioritariamente de forma espontânea, onde sempre respeitei o seu tempo fisiológico, através do mecanismo de Schultze. Também foi possível verificar o mecanismo de Duncan, mas em menos processos de dequitação e apenas tive a oportunidade de verificar uma situação de retenção da placenta que não consegui retirar manualmente e para qual necessitei de apoio da equipa médica obstétrica. Tal como nos refere Graça (2017), o EEESMO pode aguardar 45 minutos a uma hora até que ocorra a dequitação, desde que as perdas sanguíneas não sejam abundantes. De seguida era colocado em perfusão um polielectrolítico com glicose adicionando 30 UI de ocitocina por via endovenosa, tal como estava protocolado no serviço, tendo o objetivo de prevenir a hemorragia no pós-parto, estimulando a contratilidade uterina após a dequitação. Após a expulsão da placenta, sempre foi verificada a presença do globo de segurança de *Pinard*, e de seguida avaliava a placenta, verificando se estava aparentemente completa bem como as suas membranas, sem transformações anatómicas visíveis e com um cordão umbilical também sem alterações.

O quarto estágio do TP permitiu-me avaliar a extensão da episiotomia, a presença de lacerações ou outras alterações do canal de parto, desenvolvendo competências técnicas de sutura. Posteriormente prestei os cuidados perineais e de higiene corporal da puérpera, para que esta se sentisse mais confortável e seguidamente promovi a amamentação na primeira hora de vida. Momento que acarreta vantagens para a mãe e filho tais como: promove a contratilidade uterina, pois estimula a libertação de ocitocina, diminuindo as perdas hemáticas no pós-parto; favorece o vínculo afetivo entre a mãe e o filho; como o RN na primeira hora de vida está mais reativo, com bons reflexos, possibilita um maior sucesso na pega, oferecendo uma maior segurança para a mãe; e contribui para a diminuição da taxa de mortalidade e morbilidade neonatal (Boccolini et al., 2013). Durante este estágio, que tinha a duração de cerca de 2 horas, proporcionei essencialmente esclarecimento e apoio na amamentação, promovendo a autonomia da díade mãe/filho e desenvolvi a vigilância hemodinâmica da puérpera e RN.

3.3 Cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, durante o período pós-natal

A fase do puerpério compreende o intervalo entre o nascimento e a involução uterina até ao estado não gravídico, que normalmente ocorre entre três a seis semanas, variando de mulher para mulher (Martins-Costa et al., 2017). Podemos dividir este período em três fases com uma duração temporal específica ou seja, o puerpério imediato (ocorre entre o 1º e o 10º dia), o puerpério tardio (ocorre entre o 10º dia e o 45º dia) e o puerpério remoto (ultrapassa o 45º dia e é de duração imprecisa) (Azevedo et al, 2018).

Durante o período pós-natal prestei cuidados de enfermagem especializados a 101 puérperas e a 103 recém-nascidos saudáveis, sempre em colaboração com a equipa multidisciplinar do contexto de internamento hospitalar, mais especificamente em bloco operatório de obstetrícia e puerpério, e em cuidados de saúde primários. Acompanhei a puérpera e RN de forma a capacitar a autonomia das próprias puérperas, com intervenções que permitissem o desenvolvimento do seu autocuidado, bem como também dos seus recém-nascidos (Graça, 2017). Assim, a prática de cuidados em contexto de internamento e de cuidados de saúde primários, permitiu-me adquirir competências no cuidado à mulher e família durante o período pós-natal, no potenciar a saúde da puérpera e RN, prestando apoio durante o processo de transição e adaptação à parentalidade (Regulamento nº. 391/2019).

A aquisição e desenvolvimento de competências relacionais junto da díade (mãe/RN), bem como junto da tríade (mãe/pai/RN), foi algo que delineie de forma a realizar e a melhorar durante a prática de cuidados nos contextos já especificados. O agente de humanização é o enfermeiro, logo o momento do acolhimento é da sua responsabilidade, pois este conhece as variáveis que podem influenciar o cliente, transmite confiança, conhece os mecanismos de comunicação e as vantagens do acolhimento e, ainda mais importante, tem preocupação para com o cliente, a família e a comunidade (Silva, 2010). Além de conhecer os aspetos mais importantes e que devem constar no momento do acolhimento, o enfermeiro deve adquirir competências de comunicação e por sua vez, relacionais. Para conseguir estabelecer uma relação terapêutica junto da díade e tríade, foi importante aprender a saber escutar, comunicar quando necessário, possibilitar a colocação de questões, ser honesta, demonstrar respeito e disponibilidade, e nunca demonstrar desinteresse (Pontes et al., 2008). Desta forma,

conseguimos deixar de nos centrar apenas nos cuidados prestados, passando a olhar para aquele que cuidamos de uma forma holística, tendo em consideração a sua forma de agir, pensar e sentir, tornando os cuidados personalizados e por sua vez, conseguir cuidados de qualidade.

Segundo Torre (2001), acontecem grandes mudanças que continuam a provocar transformações e estados de desequilíbrio, traduzido por alterações súbitas a nível hormonal, pela fadiga, pelo desconforto físico e pouca experiência em cuidar de um filho, pelas mudanças na rotina diária de vida e pelo reajuste de papéis no ciclo familiar. Logo, a puérpera exige não só uma vigilância da sua recuperação física relativa a este período, como também a uma educação e promoção para a saúde relacionada com o seu autocuidado, cuidados ao RN e ao reconhecimento de sinais de alerta, relativamente ao RN e a si própria. Neste seguimento, é perceptível a importância de adquirir e desenvolver competências relacionais junto da díade, bem como da tríade, onde inclui sempre que foi possível a figura paterna durante os momentos de educação e promoção da saúde. As competências técnicas e educacionais de forma a prestar cuidados especializados no contexto de puerpério, também foram pontos a concretizar. Para atingir estas competências foi importante a constante pesquisa da melhor evidência científica, adequando os cuidados com as diversas situações clínicas, sociais e culturais com que tive contato durante os vários ensinamentos clínicos. Assim, consegui desenvolver atividades de vigilância e de diagnóstico de forma a promover o bem-estar da puérpera/casal/RN e despistar precocemente situações de risco.

Em contexto de internamento hospitalar, a vigilância da puérpera passou pela prestação de cuidados muito específicos onde sempre promovi a autonomia da mulher, mas existiram aqueles cuidados que tiveram mais impacto na minha especialização. Na maioria das situações as mulheres necessitavam de uma ajuda parcial na satisfação do seu autocuidado de higiene e conforto, pois ainda se encontravam fragilizadas/cansadas do TP e parto, e porque ainda não podiam realizar levantar. De acordo com Beckmann et al. (2010), a puérpera submetida a parto vaginal com recurso a analgesia por via epidural, deve realizar levantar 4 horas após o parto ou assim que o bloqueio motor decorrente da analgesia fosse revertido e a puérpera tivesse tolerado a alimentação. Este sempre foi o meu procedimento, conforme também estava protocolado no serviço, sendo que no momento do primeiro levantar avaliava os parâmetros vitais para entender o padrão fisiológico da puérpera na posição horizontal e avaliá-lo na posição ortostática. No caso da puérpera ter sido submetida a cesariana o levantar

era realizado 6 horas após o parto, conforme o protocolado no serviço, tendo em consideração todos os cuidados necessários durante o levante, conforme já referi.

Na maioria das situações as mulheres ficavam perfeitamente independentes após o primeiro levante, sendo que aquelas que apresentavam sinais e sintomas de hipotensão ortostática, náuseas, vômitos, entre outros, necessitavam de mais umas horas de repouso e de medicação para atenuar a sintomatologia, sempre de acordo com prescrição médica. O levante quando não podia ocorrer de uma forma precoce, as puérperas eram incentivadas a realizar movimentos ativos no leito (Martins-Costa et al., 2017), pois o levante e a deambulação precoce está associado a uma diminuição do risco de problemas tromboembólicos (Berghella, 2018), bem como também favorece a função vesical e intestinal. Assim, e consequentemente necessitavam de ajuda inicial nos cuidados de higiene e conforto, e de uma supervisão e vigilância no próximo levante.

A vigilância da contração uterina, bem como as características dos lóquios foram mais dois exemplos de cuidados especializados que prestei às puérperas. De acordo com a OMS (2014), “a vigilância do tônus uterino através da palpação abdominal é recomendada em todas as mulheres para possibilitar a identificação precoce de atonia uterina pós-parto” (p.4). A par da vigilância encontra-se a transmissão de informação à mulher, acerca dos cuidados que estamos a prestar. Durante a palpação do útero explicava à mulher que esta observação possibilitava a verificação da existência de contração uterina, sendo que esta permite que o útero involua até ao seu local anatómico, o que leva à hemóstase do local onde estava inserida a placenta, processo este que provoca dor, tipo cólica menstrual. Segundo Lowdermilk e Perry (2008), o útero regride cerca de 1 a 2 centímetros por dia, de uma forma irregular, até ocupar de novo a cavidade pélvica, num período compreendido entre 3 a 6 semanas pós-parto. O fluxo dos lóquios pode aumentar com o primeiro levante, a deambulação, devido ao efeito da gravidade, e também com a própria amamentação, decorrente da ação da ocitocina, sendo que sempre informei a mulher para esta ocorrência, de forma a tranquilizá-la e a informá-la dos reais sinais de normalidade e de alerta. Um sinal de alerta é a persistência de lóquios hemáticos e em grande quantidade no pós-parto imediato o que pode representar retenção de restos placentares (Torre, 2001) ou lacerações vaginais que necessitam de uma nova avaliação. Assim, é essencial e realmente necessária a vigilância da normal involução uterina e das características dos lóquios. Nunca me deparei com uma situação de hemorragia no pós-parto, mas esta é a complicação obstétrica mais frequente e é definida como uma perda de sangue superior a 500 mililitros nas primeiras 24 horas após o parto. De acordo com a OMS

(2014), esta é a principal causa de morte materna em países subdesenvolvidos e a primeira em quase um quarto dos países a nível global.

A dor no pós-parto é referida pela grande maioria das mulheres, nos mais diversos locais anatómicos, dependendo do tipo de parto. A puérpera pode manifestar dor perineal, devido a trauma perineal, ferida cirúrgica perineal ou pela presença de hemorróidas, dor abdominal, devido à ferida cirúrgica secundária da cesariana ou decorrente da amamentação, ou dor músculo-esquelética devido ao próprio TP. Estas eram as principais manifestações de dor comprometendo muitas vezes o bem-estar da puérpera e assim, interferindo no seu autocuidado e nos cuidados ao RN. Assim, sempre tive a preocupação de entender se a puérpera estava a sentir dor e contribuir para o seu alívio através de medidas farmacológicas ou não farmacológicas. Na maioria das situações as puérperas realizavam analgesia conforme prescrição médica, se assim fosse a sua decisão, e também aplicavam gelo, principalmente quando apresentavam dor na região perineal ou desconforto pela presença de hemorróidas. Segundo Nunes e Vargens (2014), a crioterapia constitui um método não farmacológico eficaz no alívio da dor, sendo mais utilizado em situações de ferida cirúrgica perineal, hematoma ou edema. O gelo provoca um efeito de vasoconstrição, reduzindo o processo inflamatório e por sua vez, promovendo o conforto e alívio da dor.

A par dos cuidados à puérpera também estão patentes os cuidados ao RN. Estes dizem respeito à vigilância do seu bem-estar, devido à grande vulnerabilidade na fase de adaptação ao meio extrauterino, mas também pelo papel que o EEESMO tem junto do casal para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências parentais. Este foi o meu foco, avaliando sempre os conhecimentos que os pais detinham relativamente aos cuidados que deveriam ter com o seu filho e assim, apoiá-los e ajudá-los neste processo de transição. Cardoso et al. (2015) refere que o foco primordial das intervenções do EEESMO deve ser o dotar os pais de conhecimentos e competências parentais, e que deve começar mesmo antes do nascimento, com o objetivo de melhorar a confiança, a satisfação e a melhoria do desempenho do papel parental. Nos diferentes contextos percebi que a maioria dos pais apresentavam dificuldades e bastantes dúvidas relativamente à higiene do RN, à mudança da fralda e consequente higiene dos genitais e cuidados à pele, dos cuidados ao coto umbilical, da técnica de desengasgamento, à frequência e duração das mamadas. Estas foram as principais dificuldades que detetei e que acabei por perceber que existiam porque a maioria dos pais não tinha frequentado o CPPP, devido à situação pandémica que veio alterar o funcionamento de muitas Unidades de Saúde Familiar. Neste sentido, foi extremamente

importante integrar nos cuidados especializados a promoção e educação dos pais relativamente às dificuldades que estes apresentavam nos cuidados ao RN.

Nos momentos educacionais aos pais e realizados em contexto hospitalar ou em cuidados de saúde primários, aproveitava para avaliar o crescimento e desenvolvimento do RN, avaliando os reflexos presentes e respostas espontâneas do RN, o choro, a capacidade dos órgãos dos sentidos, a capacidade de interação, a regurgitação, a aparência e achados na pele. Esta avaliação era partilhada e esclarecida, pois os pais questionavam acerca do que também estavam a observar. A situação social acabava por avaliar também durante os momentos educacionais, no sentido de entender quais as reais necessidades daquela determinada família, no sentido de prestar ajuda e se assim o desejassem solicitar apoio da assistente social. A maioria aceitava, pois o desemprego aumentou com a pandemia existindo em muitos agregados familiares apenas um elemento do casal que trabalhava para sustentar 4 a 5 elementos do agregado. Esta também foi uma atividade enriquecedora e gratificante, pois enquanto profissional de saúde também é minha função e obrigação sinalizar estas situações de risco e assim, contribuir para a estabilidade familiar.

Cuidar de puérperas e recém-nascidos de diferentes culturas também foi bastante enriquecedor, pois a língua é diferente, bem como são diversos os costumes e crenças durante este momento particular das suas vidas. Não fui confrontada com nenhum costume e crença em concreto, mas prestei cuidados a uma puérpera polaca e a alguns casais indianos, em que a língua portuguesa era sua familiar, mas apresentavam bastantes dificuldades na fala e na sua pronúncia. Foi desafiante para mim utilizar a língua inglesa para conseguir realizar alguns momentos de educação para a saúde e esclarecimento de dúvidas, pois não é hábito regular usar esta língua no meu dia a dia apesar de entender perfeitamente quem a utiliza para comunicar. As puérperas e/ou casais sempre se mostraram recetivos e entenderam a minha dificuldade, dando-me tempo para conseguir desenvolver o meu raciocínio, e assim, promover “ (...) cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.” (Regulamento n.º 391/2019, p. 13565).

A aquisição e desenvolvimento de competências técnicas e educacionais no âmbito da promoção do aleitamento materno, permitiu-me também estar mais perto da mulher/pai/RN. A amamentação possibilita a administração de leite materno, alimento este que é natural e adequado às necessidades do RN, previne infeções, diminui o risco de alergias e de desenvolvimento de certas doenças no futuro, mas não é apenas benéfico para o RN também é para a mãe, ajuda na involução uterina, diminui o risco de cancro da mama e facilita o

regresso ao estado pré-gravídico (Levy & Bértolo, 2012). É também um alimento seguro e económico, e ainda proporciona sensações prazerosas para a díade. Como já referi a pandemia veio alterar o normal funcionamento ou mesmo a realização de CPPP, tendo como consequência o défice de informação e por sua vez, a fácil desistência à mínima dificuldade durante o processo de adaptação à amamentação. A prática da amamentação por si só já é uma prática que gera frequentemente ansiedade e insegurança, o que leva à existência de sentimentos de angústia e de diminuição da autoconfiança e por sua vez, da autoestima, logo se a mulher não apresentar qualquer informação relativamente à mesma, essa insegurança e ansiedade será muito mais exacerbada. Foi importante entender que o apoio e o incentivo à amamentação por parte do EEESMO é extremamente importante, mas ainda mais crucial é a transmissão de informação acerca das opções existentes e que ajude a mulher a decidir se quer realmente amamentar, promovendo a tomada de decisão informada e partilhada. Não foi só a influência do défice de informação que observei na prática de cuidados, mas existiram outras razões corroboradas por Ferreira (2004) que influenciaram a mulher a recusar a amamentação, sendo estas de natureza física, cultural ou mesmo psicológica, pois o puerpério é uma fase bastante delicada.

O puerpério é um período coberto de emoções e as primeiras 24 a 48 horas são extremamente intensas, pois a puérpera encontra-se fragilizada e cansada após o parto e por outro lado encontra-se feliz por ter o(s) seu(s) filho(s), tendo muita vontade de satisfazer todas as suas necessidades. Foi importante entender como as puérperas se sentiam relativamente ao TP e parto, e assim perceber se estavam a sentir sentimentos de frustração e desilusão, pois o seu estado emocional interfere no processo da lactação e é importante a puérpera entender isso, no sentido de que uma mãe ansiosa e triste também vai transmitir esses sentimentos ao(s) seu(s) filho(s). A amamentação deve decorrer num ambiente tranquilo e deve ser prazeroso para a díade, de forma a promover uma maior vinculação. Assim, demonstrei formas para estimular o RN durante as mamadas, ajudei a posicionar a mãe e o RN para que este apresentasse uma boa pega, demonstrando ao mesmo tempo à mãe quais são os sinais de boa pega, quais os posicionamentos que esta pode adotar para amamentar, bem como a duração média e o tempo que deve existir entre cada mamada.

O momento em que observava as mamadas também era uma oportunidade para verificar como estavam as mamas, no que diz respeito ao estado dos mamilos e consistência das mamas. Algumas mulheres apresentavam mamilos macerados, nas primeiras 24 horas de puerpério muitas vezes devido a uma pega incorreta, referindo que era importante a adoção de

uma pega correta e de hidratarem o mamilo após as mamadas por exemplo, com algumas gotas de colostro, pois este apresenta propriedades cicatrizantes, deixando sempre que possível secar ao ar ambiente (Levy & Bértolo, 2012). Também foi possível prestar cuidados a mulheres com mamilos curtos, com dificuldade em se formarem após tentativa de adaptação do RN, sendo uma alternativa a adoção de mamilos de silicone o que facilitava a pega. Foi possível informar as mulheres e alertar para a descida do leite que ocorre entre o segundo e terceiro dia após o parto, levando ao aparecimento de mamas mais quentes, pesadas e duras, o que potencia um ligeiro aumento da temperatura corporal, que não deve exceder os 38 graus durante 24 horas. Expliquei que esta é uma situação natural em que a mulher deve continuar a amamentar, voltando a sentir as mamas mais moles passado 3 a 4 dias e por sua vez, um maior conforto (Levy & Bértolo, 2012). Se a mãe sentisse dificuldade e com o objetivo de prevenir o ingurgitamento mamário, deveria aplicar calor antes da mamada para através da vasodilatação facilitar a saída do leite e durante a mamada massajar a mama de uma forma suave, sendo que no fim da mamada a aplicação de gelo prevenia a turgescência mamária.

Temáticas como a sexualidade e a contraceção após o parto, também foram abordadas junto dos casais, pois a maioria não questiona sobre estes temas, mas apresenta algumas dúvidas e receios. Desta forma, sempre demonstrei disponibilidade e apoio ao casal com o principal objetivo de promover a sua capacitação e tomada de decisão informada, livre e esclarecida. Assim, procurei preparar precocemente a alta do RN e da puérpera, desenvolvendo um processo de orientação e promoção de autonomia no que se refere aos cuidados básicos ao RN, ao reconhecimento e rápida atuação perante situações de risco que possam conduzir a complicações no domicílio (Couto & Praça, 2009), e relativamente ao autocuidado da puérpera/casal.

A promoção da saúde da mulher e RN durante o período pós-natal, o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações para a saúde da mulher e RN, e o encaminhamento de cuidados nas situações que poderiam afetar negativamente a saúde da mulher e RN, foi algo que proporcionei em ambiente hospitalar e em cuidados de saúde primários. Sendo que é importante referir que em cuidados de saúde primários realizei consultas de vigilância ao RN e à puérpera, incluindo a visita domiciliária (VD).

Segundo Lacerda (2008), a VD é considerada uma oportunidade para estabelecer a autonomia dos elementos que compõem a família, pois a prestação de cuidados no domicílio é um momento em que o enfermeiro está a vivenciar situações de saúde-doença com a família no seu ambiente relacional. Considero que este ambiente envolvente potencia o

desenvolvimento de competências no cuidar de uma forma mais holística. Tal como nos refere Basto (2007), o enfermeiro em contexto de domicílio estabelece uma relação de proximidade, onde partilha sentimentos e permite o “estar com”, acabando por desenvolver técnicas de comunicação e assim, reconhecer atitudes e permitir o aperfeiçoamento da relação com os seus utentes e com a sua rede de apoio profissional. Esta foi sem dúvida uma mais valia na prestação de cuidados, pois conduzi diretamente àquela família no seu próprio domicílio, a assistência de saúde de que esta realmente necessitava.

Como forma de concluir, no período do pós-parto a assistência de saúde deve ser especializada, pois segundo Rice (2004) “(...) o nascimento envolve um período de recuperação, que deve ser supervisionado, bem como uma crise de desenvolvimento, que a nova família deve resolver para se manter saudável.” (p.413), e assim ocorra um crescimento saudável e harmonia familiar.

3.4 Cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica e durante o período do climatério

A competência que se refere ao cuidar da mulher, inserida na família e comunidade, a vivenciar processos de saúde ou doença ginecológica (Regulamento nº. 391/2019), foi desenvolvida em contexto de cuidados de saúde primários e em contexto hospitalar maioritariamente no serviço de consulta de ginecologia, sendo que foi possível acompanhar uma situação clínica no serviço de internamento de ginecologia. A aquisição e desenvolvimento desta competência passa pela promoção da saúde ginecológica da mulher, o diagnóstico precoce e prevenção de complicações relacionadas com afeções do aparelho geniturinário e/ou mama e a prestação de cuidados à mulher com afeções do aparelho geniturinário e/ou mama facilitando a sua adaptação a uma nova situação de vida.

Em contexto de internamento hospitalar de ginecologia foi possível acompanhar uma mulher grávida de 19 semanas e 6 dias no dia da sua admissão no serviço. Esta tinha internamento para cirurgia ginecológica programada, pois apresentava um quisto de grandes dimensões, cerca de 20 centímetros, no ovário direito, que como está implícito necessitava de ser retirado para que não comprometesse o desenvolvimento da sua atual gravidez, bem como também a sua saúde reprodutiva futuramente. Este momento de aprendizagem permitiu-me adquirir conhecimento teórico acerca da condição patológica que desencadeou o internamento

desta mulher, bem como também conhecê-la e estar com a mesma e a sua família, permitindo o desenvolvimento de competências relacionais e educacionais, no que diz respeito ao esclarecimento de dúvidas e receios que esta pudesse ainda apresentar antes da realização da cirurgia. Esta situação particular de cuidados foi curta, mas essencial, pois possibilitou o desenvolvimento de duas importantes competências específicas do exercício profissional do EEESMO.

No serviço de consulta de ginecologia foi possível participar e intervir nas consultas de patologia do colo uterino, de histeroscopia e de tratamento do colo uterino, sendo que nas consultas em cuidados de saúde primários foi possível intervir no rastreio do cancro do colo do útero (CCU). Nas diferentes tipologias de consulta foi do meu interesse adquirir competências científicas, técnicas, relacionais e educacionais, com o objetivo de promover a saúde reprodutiva, ginecológica e sexual da mulher/casal. Não foi possível em todos os momentos acompanhar a díade (mulher/companheiro(a)) devido à pandemia, mas sempre tentei englobar na consulta, referindo nos momentos de educação para a saúde a importância do(a) companheiro(a) ser também acompanhado(a), no sentido de promover a saúde ginecológica e sexual de ambos os elementos do casal.

O CCU é dos tipos de cancro mais comuns entre as mulheres e estima-se que ocorram cerca de 470 600 novos casos em termos mundiais, com uma mortalidade de 233 400 casos (Tojinha, 2013). A DGS (2007) diz-nos que a maioria dos casos de CCU estão associados à infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV) de elevado risco oncogénico. Neste sentido, é fundamental a sua prevenção e o seu tratamento, pois esta é uma doença prevenível através do cumprimento de protocolos de prevenção, incluindo o rastreio populacional, o diagnóstico, o tratamento e o seguimento de todas as lesões intraepiteliais com potencial evolutivo para cancro (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2011). Estes são os principais objetivos da consulta de patologia do colo, de histeroscopia e de tratamento do colo, mas independentemente da importância dirigida ao exame de diagnóstico que pode ser realizado em qualquer uma das consultas, onde também tive a oportunidade de intervir, dirigi o meu interesse à responsabilidade que devo apresentar antes, durante e após cada procedimento. A maior parte dos exames de diagnóstico são desencadeadores de ansiedade, não só devido ao procedimento em si, mas decorrente dos resultados que se pode obter, logo é fundamental a mulher ser esclarecida quanto ao tipo de intervenção que vai ser realizada, qual o seu objetivo, quando e quem o irá proceder, a sua duração (Tojinha, 2013) e quais os cuidados a ter antes e depois de realizado o exame. Esta foi a principal intervenção que desenvolvi nestas consultas dirigidas à patologia do colo e que ocorre antes, durante e após qualquer intervenção médica.

Para desenvolver estas competências educacionais foi essencial procurar a melhor evidência científica, de forma a transmitir a informação correta e a desenvolver competências relacionais junto da mulher.

Estas consultas não existem apenas como meio de diagnosticar e tratar a patologia clínica, mas também como veículo de prevenção, nomeadamente a prevenção primária e secundária. Como prevenção primária é importante sensibilizar e informar a população dos fatores de risco associados ao CCU e a importância da vacinação profilática contra o HPV, quer no plano de vacinação quer fora dele (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2011). Durante as consultas de patologia do colo foi bastante recorrente sensibilizar as mulheres para adoção de comportamentos saudáveis no que diz respeito à prática de sexo seguro, com o uso de preservativo e diminuição do número de parceiros sexuais. Tal como nos refere Correia (2011), o incentivo à redução do número de parceiros sexuais e a utilização de preservativo deve ser encorajado e reforçado.

Como prevenção secundária intervi na realização de rastreio através da realização de exames de papanicolau com o intuito de detetar precocemente lesões cervicais, que quanto mais cedo são detetadas mais precocemente serão tratadas diminuindo a incidência do CCU (Belo, 2009). O rastreio que era realizado na consulta de patologia do colo passava pela citologia cervico-vaginal e tipagem do HPV a mulheres com resultados citológicos alterados. De acordo com o Parecer n.º 141/2009 da OE, o EEESMO tem a responsabilidade de promover a saúde e prevenir a doença da mulher, devendo efetuar os exames necessários à identificação precoce e ao encaminhamento adequado das situações que sejam consideradas anormais, estando inerente a realização de citologia cervical na vigilância da saúde da mulher durante o ciclo reprodutivo. Não foi possível realizar este exame em contexto hospitalar, pois era o médico ginecologista que o realizava, mas foi possível intervir apoiando a mulher e prestando-lhe todos os ensinamentos inerentes ao rastreio. Já em cuidados de saúde primários realizei 13 colpocitologias, com consequente observação ginecológica, desenvolvendo desta forma esta componente técnica.

A competência que diz respeito ao cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério (Regulamento n.º 391/2019), foi possível adquirir e desenvolver durante a minha intervenção nas consultas de rastreio do CCU em cuidados de saúde primários, em algumas das consultas de patologia do colo, de histeroscopia ou mesmo durante certos tratamentos do colo uterino. A grande maioria das mulheres encontrava-se a passar por este processo de transição que as sujeita a mudanças, principalmente na vivência da sua sexualidade. A vivência da sexualidade no climatério, para algumas mulheres, é um

período vivido sob grande sofrimento, sendo que muitas se mostram renitentes à própria atividade sexual (Vieira et al., 2018). Deste modo, o enfermeiro deve apoiar e capacitar a mulher durante este período, percebendo como estas vivenciam esta fase com a intenção de planearem a sua atuação, de forma a satisfazerem as suas necessidades (Vieira et al., 2018).

Considero que foi difícil para mim entender como as mulheres viviam este período das suas vidas, pois durante as consultas era notório que estas não verbalizavam muito sobre as vivências da sua sexualidade e se tinham algum tipo de complicação decorrente do climatério. Comunicar e expor a sexualidade perante o outro, mesmo que seja perante um profissional de saúde, é algo desconfortável para muitas pessoas, tornando-se ainda na atualidade uma temática *tabu*. Através do acompanhamento de vários elementos das equipas multidisciplinares que integrei, permitiu-me desenvolver estratégias que me ajudaram a desenrolar a conversa em consulta de forma descontraída e animada para que fosse mais fácil a mulher expor os seus problemas, o que maioritariamente acabou por resultar. Muitas mulheres não interligam a dificuldade na vivência da sua sexualidade à fase do climatério, pois muitas desconhecem o seu significado. É extremamente importante capacitarmos primeiro a mulher, esclarecendo-a sobre este processo de transição natural, que não é mais do que uma mudança entre o período produtivo e a incapacidade reprodutiva, ao longo da qual ocorre o declínio progressivo da função ovárica, terminando este período um ano depois da menopausa (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016), e que decorrente desta fase, surgem alterações corporais, como a atrofia e secura vaginal, a perda da libido e a dispareunia (Freire et al., 2016). Deste modo, e neste seguimento é mais fácil delinear um plano de atuação devidamente personalizado e assim dar resposta às reais necessidades de cada mulher/casal. A falta de informação das mulheres foi algo evidenciado e que me permitiu melhorar o meu conhecimento teórico nesta área, obrigando-me a procurar e a enriquecer as minhas competências teóricas, bem como relacionais, e assim contribuir para melhorar a qualidade de vida destas mulheres/casais, eliminando mitos e superstições que dificultam a vivência da sexualidade na sua vertente cultural e biológica.

Durante as consultas de rastreio do CCU, fundamentalmente em contexto de cuidados de saúde primários, também abordava junto das mulheres a importância do rastreio do cancro da mama. Inicialmente tentava perceber se era habitual as mulheres realizarem exames complementares de diagnóstico, como por exemplo ecografia mamária ou mamografia dependendo da sua faixa etária, através da entrevista e consulta do processo clínico, quando estas não sabiam ao certo a última vez que tinham realizado este tipo de exames. Também

alertava para a importância de realizarem o auto-exame da mama, semanalmente, e para os principais sinais e sintomas deste tipo de cancro. Segundo Marins et al. (2017), a ação educativa é fundamental durante a consulta de enfermagem, pois o profissional de saúde tem a autonomia de acentuar as orientações relativas ao autoexame clínico da mama, abordando aspetos mamários normais e aspetos característicos do cancro da mama, assim como também realizar o próprio exame clínico às mamas.

4. RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO – Episiotomia: Competência do Enfermeiro Obstetra para uma Tomada de Decisão Partilhada

No presente capítulo irei apresentar, com base na fundamentação resultante da pesquisa científica decorrente da SR, os resultados obtidos através da implementação da minha investigação na prática de cuidados. Além de descrever estes resultados, irei assim mobilizados em forma de discussão, apresentando as principais conclusões do estudo implementado.

Os resultados obtidos da pesquisa resultante da SR, foram o fundamento científico para a construção do instrumento de colheita de dados utilizado na investigação da temática. O instrumento construído foi um questionário em formato *Google Forms* implementado via *online* e direcionado aos enfermeiros obstetras, com o objetivo de identificar os fatores que influenciam estes profissionais a realizar episiotomia. Para além de conhecer estes fatores, considerei importante caracterizar primeiramente a minha amostra de participantes a nível sócio-demográfico e profissional, com recurso a perguntas de escolha múltipla ou resposta direta, sendo esta a primeira parte do meu questionário. Na segunda parte apresentei questões de escolha múltipla, de forma a caracterizar a prática de episiotomia nos seus locais de trabalho e de acordo com a sua experiência profissional. Também nesta seção coloquei maioritariamente questões abertas, que se referiram à apresentação das vantagens/benefícios e desvantagens/malefícios da prática de episiotomia, dos fatores que influenciavam a prática deste procedimento, da inclusão ou não da mulher neste processo de tomada de decisão e de que forma este era realizado, da evidência científica/*guidelines* que estavam presentes no seu processo de tomada de decisão, e por fim foi apresentada uma questão onde os enfermeiros obstetras poderiam dar a sua opinião relativamente à importância desta temática.

Relativamente à caracterização sócio-demográfica e profissional dos participantes, verificou-se que 15,2% dos mesmos foram do género masculino e 84,8% do género feminino, com idades compreendidas entre os 29 e os 60 anos, sendo a média das idades de 42,76 anos. A totalidade dos participantes (N=33) apresenta formação na área da Saúde Materna e Obstetrícia, sendo que 75,8% tem o curso de Especialidade nesta área e 24,2% o curso de Mestrado. O participante com menos experiência profissional nesta área referiu 1 ano de exercício profissional e o mais experiente 34 anos, sendo que a média da experiência

profissional foi de 10,82 anos. No que se refere à prática de episiotomia, 84,8% dos participantes menciona que esta prática não se realiza de forma rotineira no seu local de trabalho, enquanto que 15,2% considera que esta é uma prática rotineira. Dos partos que acompanharam, 63,6% dos participantes refere que entre 0% a 24% foi a percentagem estimada de episiotomias efetuadas, 24,2% estimaram esta prática para uma percentagem entre 50% a 74%, 6,1% expõe que a estimativa está entre 25% a 49% e 6,1% nomeia que a percentagem encontra-se entre 75% a 100%.

Com o objetivo de conhecer as **“Vantagens/Benefícios da prática de episiotomia”** (categoria), foi determinante analisar as respostas à questão: “Que vantagens/benefícios identifica da realização da episiotomia?”. Ao analisar o conteúdo das respostas surgiram sete subcategorias, que passo a citar: **“Proteção fetal”, “Facilitar e abreviar o período expulsivo”, “Prevenção de lacerações”, “Facilitar a reconstrução perineal”, “Caraterísticas do períneo e bacia materna”, “Melhor recuperação materna” e “Sem vantagens/benefícios”**. Assim, posso nomeiar algumas das expressões relativas às subcategorias acima descritas, pois a análise completa do conteúdo referente à totalidade das categorias e subcategorias encontra-se no Apêndice XII, sendo estas: “(...) de segurança do recém-nascido (...)” (Q01); “(...) perante CTG de categoria 3, grandes prematuros (...)” (Q27); “Facilitar/abreviar a extração do feto (...)” (Q06); “Acelerar o período expulsivo.” (Q21); “Menos rotura dos tecidos. Períneos mais íntegros (...)” (Q10); “Evita lacerações do períneo e do esfíncter retal (...) das estruturas envolventes.” (Q19); “(...) Facilitar a reconstituição do períneo (...)” (Q04); “(...) pelas características anatómicas da mãe.” (Q01); “(...) períneos pouco elásticos e sangrativos.” (Q33); “(...) Melhor recuperação puerpério.” (Q10); “(...) não tem vantagens nem benefícios.” (Q14).

A descrição das vantagens/benefícios da prática de episiotomia, possibilitou-me primeiramente conhecer a opinião e conhecimento dos enfermeiros obstetras e, por sua vez tirar algumas conclusões do que poderia influenciá-los a realizar esta prática. Verificou-se que a maioria dos participantes referiu que seria vantajosa a prática de episiotomia, no sentido de prevenir a ocorrência de lacerações, para facilitar e/ou abreviar o período expulsivo e como forma de proteger o feto. Também foi considerada vantajosa perante determinadas caraterísticas do períneo e bacia materna, pela facilidade na reconstrução perineal e apenas uma das respostas referiu que este procedimento contribuía para uma melhor recuperação materna. Existiram participantes que consideram que não existe vantagens nem benefícios na prática de episiotomia, tendo sido estes representados por 9 das respostas. Tal como nos

corroborar Trinh et al. (2015) e Khresheh e Barclay (2020), as razões apontadas pelas parteiras como sendo decisivas para a prática de episiotomia foram a redução das lacerações perineais do III e IV grau, um períneo mais espesso e edemaciado, a facilidade de sutura, reduzir o segundo estagio do trabalho de parto e o receio de ocorrer sofrimento fetal.

A categoria **“Desvantagens/Malefícios da prática de episiotomia”**, surgiu da questão: **“Que desvantagens/malefícios identifica da realização da episiotomia?”**. Analisando todas as respostas a esta questão, foi possível detetar a existência de dez subcategorias, sendo estas as seguintes: **“Risco de incontinência urinária e fecal”**, **“Risco de hemorragia”**, **“Risco de infecção”**, **“Trauma perineal e outras alterações ou lesões”**, **“Prática mutiladora”**, **“Prática desnecessária”**, **“Dor/Desconforto”**, **“Implicações na recuperação materna no pós-parto”**, **“Compromisso da sexualidade do casal”** e **“Sem desvantagens/malefícios”**. Referente a estas subcategorias posso destacar algumas expressões, como: **“(…) complicações uroginecológicas a médio/longo prazo”** (Q30); **“Hemorragia.”**(Q21); **“(…), risco de infecção.”** (Q25); **“(…) impor um trauma muito maior no períneo (…)”** (Q01); **“Maior risco de laceração perineal (…)”** (Q17); **“Castração.”** (Q13); **“Traumatismo desnecessário (…)”** (Q06); **“(…) dor no pós-parto (…)”** (Q02); **“Desconforto para a utente (…)”** (Q25); **“Maior tempo de recuperação.”** (Q03); **“(…), auto-imagem da mulher (…)”** (Q27); **“(…), alteração na vida sexual.”** (Q24); **“Dispareunia pós-parto (…)”** (Q26); **“(…) não tem desvantagem ou malefícios.”** (Q15).

A maioria dos participantes referiu como uma desvantagem/malefício a dor/desconforto que advém da prática de episiotomia, as implicações na recuperação materna no pós-parto, o trauma perineal e outras alterações ou lesões, e o compromisso da sexualidade do casal. Outras desvantagens/malefícios foram nomeadas, mas com menos referência pelos participantes, como foi o caso do risco de infecção, de incontinência urinária e fecal, de hemorragia, a menção desta prática como sendo desnecessária e mutiladora, sendo que apenas duas respostas se reportaram à inexistência de desvantagens/malefícios na prática de episiotomia. De acordo com Trinh et al. (2015), a existência de uma maior prevalência de hemorragia no pós-parto, dificuldade na cicatrização, aumento da dor perineal e ocorrência de incontinência urinária, foram alguns dos resultados que as parteiras nomearam perante a realização de uma prática de episiotomia por rotina. Existem muitas parteiras que tentam evitar a prática de episiotomia, pois sentem que a recuperação materna é mais longa e desconfortável, em comparação com mulheres que não sofrem de procedimentos cirúrgicos durante o parto ou que apresentam apenas uma laceração que foi suturada (Piro & Ahmed,

2016). Um outro estudo também demonstrou que a ocorrência de uma episiotomia, resulta em piores resultados maternos no pós-parto em comparação com a ocorrência de uma laceração perineal de II grau, afirmando também que aumenta o risco de incontinência fecal e dificulta a função sexual no pós-parto (Wu, Malhotra, Allen Jr., Lie, Tan & Østbye, 2013).

A questão que se seguiu, “O que o influencia a realizar a prática de episiotomia? Explícite as razões que influenciam o seu raciocínio e julgamento clínico que o levam à tomada de decisão.”, permitiu-me detetar mais uma categoria, que revela os **“Fatores que influenciam a tomada de decisão para a prática de episiotomia”**, fatores estes que vão ao encontro das subcategorias nomeadas nas categorias anteriormente analisadas. As subcategorias que destaquei da análise efetuada às respostas referentes a esta terceira categoria, foram as seguintes: **“Sofrimento fetal”**, **“Prematuridade fetal”**, **“Caraterísticas fetais”**, **“Paridade materna”**, **“Consentimento da mulher”**, **“Colaboração materna no período expulsivo”**, **“Caraterísticas do períneo e da bacia materna”**, **“Risco de lacerações perineais”**, **“Experiência e formação profissional”**, **“Relação entre enfermeiro/mulher”** e **“Nenhum fator”**. Passo a nomear algumas das expressões que caracterizam estas subcategorias: “Sinais de sofrimento fetal (...)” (Q04); “(...) expulsão do bebé está demorada e este está a desacelerar.” (Q12); “Prematuridade do feto (...)” (Q15); “Percentil do bebé (...)” (Q07); “(...), tipo de apresentação.” (Q19); “(...) primipara ou multipara (com partos vaginais), (...)” (Q25); “Explico a utente e com o seu consentimento realizo.” (Q25); “(...), exaustão materna (...)” (Q17); “(...), condições anatómicas e fisiológica da parturiente (...)” (Q01); “As condições do períneo.” (Q20); “Receio do aparecimento de lacerações graves no períneo.” (Q06); “(...) a formação.” (Q06); “Experiência (...)” (Q11); “(...) ligação do enfermeiro que faz o parto e da mulher que está em período expulsivo.” (Q01); “Não realizo episiotomia (...)” (Q27).

Os participantes referiram como principais fatores que influenciam a sua prática, o sofrimento fetal, as caraterísticas do períneo e da bacia materna, o risco de lacerações perineais e as caraterísticas fetais. Outros fatores também foram apontados, mas com menos resultados como, a prematuridade fetal, a colaboração materna no período expulsivo, a experiência e formação profissional, a relação entre enfermeiro/mulher, a paridade materna e o consentimento da mulher. Apenas 3 participantes referiram que não existia nenhum fator, pois não era da sua prática realizar episiotomia. Alguns estudos dividem os fatores identificados em fatores maternos, fetais e outros fatores (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013; Ahmed, 2014), sendo que outros estudos nomeiam, além dos fatores

maternos e fetais, fatores relacionados com a parteira, com os obstetras e com a política hospitalar e sistema de saúde (Wu, Malhotra, Allen Jr, Lie, Tan & Østbye, 2013; Piro & Ahmed, 2016). Périneos desfavoráveis, um fraco esforço materno e a primiparidade surgem como fatores maternos apontados pelas parteiras (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013; Ahmed, 2014; Trinh et al., 2015; Hussein et al., 2016; Piro & Ahmed, 2016), tal como foi possível verificar na análise dos resultados da prática. É importante referir que a primiparidade encontra-se descrita como um fator decisivo na prática da episiotomia pela maioria das parteiras, tornando-o num fator de risco e praticado por rotina (Wu, Malhotra, Allen Jr, Lie, Tan & Østbye, 2013; Ahmed, 2014; Trinh et al., 2015; Al-Ghammari et al., 2016; Piro & Ahmed, 2016; Khresheh & Barclay, 2020). O sofrimento fetal, a ocorrência de distocia de ombros, o tamanho e/ou peso fetal e o mal posicionamento fetal estão inseridos nos fatores fetais (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013; Wu, Malhotra, Allen Jr, Lie, Tan & Østbye, 2013; Ahmed, 2014; Trinh et al., 2015; Al-Ghammari et al., 2016; Piro & Ahmed, 2016). Outros fatores, como a prevenção ou receio que ocorram múltiplas lacerações, uma laceração iminente ou que ocorra a extensão de uma laceração de III e IV grau, as parteiras incluem como sendo fatores prioritários na sua tomada de decisão (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013; Wu, Malhotra, Allen Jr, Lie, Tan & Østbye, 2013; Ahmed, 2014; Trinh et al., 2015). Um pedido realizado por parte da mulher determina a tomada de decisão das parteiras, principalmente no que se refere a evitar a prática de episiotomia (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013; Piro & Ahmed, 2016). A formação e a experiência na área da obstetrícia, também foram consideradas fontes de informação que influenciam o processo de tomada de decisão das parteiras na sua prática de episiotomia (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013; Piro & Ahmed, 2016; Khresheh & Barclay, 2020).

Os resultados da prática indicaram que um dos fatores que influenciava os enfermeiros obstetras para realizar episiotomia foi o consentimento da mulher, mas apenas um dos participantes apontou este fator como sendo significativo para determinar a sua tomada de decisão. Apesar desta constatação, ao questionar os participantes sobre se integravam a mulher na sua tomada de decisão para realizar episiotomia, 81,8% responderam que sim, enquanto que 18,2% mencionaram que não. Neste seguimento, surgiu a questão “Se respondeu que sim, justifique de que forma o faz.”, o que permitiu o aparecimento de mais uma categoria, **“Processo de tomada de decisão partilhada”**. Apartir da análise desta categoria, surgiram quatro subcategorias, que passo a identificar: **“Identificação das expectativas/desejos da mulher”**, **“Transmissão de informação”**, **“Obtenção do**

consentimento informado” e “Respeito pelos direitos e escolhas da mulher/casal”. No sentido de caracterizar estas subcategorias, irei expor de seguida algumas das suas expressões: “(...) questionar a mulher se pretende que não se faça episiotomia (...)” (Q06); “Explico e exponho a minha tomada de decisão.” (Q03); “Explico os motivos à parturiente (...)” (Q14); “Explicar a mulher os casos em que poderá ser necessário (...) e o motivo para ser necessária.” (Q29); “(...) solicito o seu consentimento antes de proceder ao mesmo.” (Q08); “Questionando a parturiente quanto a realização do procedimento (...)” (Q31); “Se a utente diz que não quer de jeito nenhum não o vou fazer. A não ser que esteja em causa a vida.” (Q10).

Como forma de explicitar a forma como colocavam em prática a tomada de decisão partilhada, os participantes nomearam mais frequentemente, que este processo ocorria com a transmissão de informação e a obtenção do consentimento informado, e com menos resultados apontaram a identificação das expectativas/desejos da mulher e respeito pelos direitos e escolhas da mulher/casal. Presente em alguns estudos, está expressa a importância da obtenção do consentimento da mulher antes da realização da episiotomia, sendo também necessária a explicação do motivo para o culminar desta prática por parte do profissional de saúde (Al-Ghammari et al., 2016; Piro & Ahmed, 2016), existindo por parte de alguns dos participantes o desejo de melhorar a sua prática de cuidados, o que passa pela centralização dos cuidados na mulher (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013).

Como forma de conhecer qual a **“Evidência científica/Guidelines que fundamenta a tomada de decisão”** (categoria) surge a questão, “Que evidência científica ou que guidelines suportam a sua tomada de decisão no que se refere à prática de episiotomia?”. Deste modo, ao analisar esta categoria identifiquei a existência de cinco subcategorias, que passo a citar: **“Organizações nacionais e internacionais”**, **“Experiência e formação profissional”**, **“Documentação científica”**, **“Outras”** e **“Nenhuma evidência científica”**. As expressões utilizadas pelos participantes e que permitem compreender as subcategorias que foram nomeadas, são as seguintes: “Guidelines da OMS, orientação do colégio da Especialidade, quer médico, quer de enfermagem, guidelines da ordem dos enfermeiros para a ESMO (...)” (Q05); “Organização mundial de saúde, ACOG, APEO.” (Q26); “(...) própria evidência da prática clínica.” (Q11); “Congressos com divulgação de estudos.” (Q23); “Publicações de âmbito científico (...)” (Q11); “Artigos científicos (...)” (Q29); “A mesma dos que defendem a não realização de episiotomia.” (Q15); “Não há evidência científica para a prática de episiotomia.” (Q13); “Não efectuo episiotomia rotineira.” (Q20).

Os resultados mais apontados pelos participantes foram: as organizações nacionais e internacionais; a documentação científica; e a experiência e formação profissional. Foram apresentadas 3 respostas, identificáveis pela subcategoria “Outras”, pois não se enquadravam em nenhuma subcategoria em específico e, apenas 5 participantes referiram que não existe nenhuma evidência científica que suporte a sua prática, em contexto de episiotomia. É notório que as parteiras não acreditam na evidência mais recente, no que se concerne aos potenciais danos que podem advir da realização de uma episiotomia desnecessária, baseando assim a sua prática essencialmente nas suas crenças (Khresheh & Barclay, 2020), que são por sua vez, uma influência da sua formação inicial e experiência profissional (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013; Hussein et al., 2016; Khresheh & Barclay, 2020). Alguns participantes expressam a sua falta de experiência técnica e conhecimento relativamente às diretrizes mais atuais e protocolos recomendados (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013; Trinh et al., 2015), enquanto que noutros apenas é visível que as suas crenças contradizem completamente as evidências mais atuais (Wu, Malhotra, Allen Jr, Lie, Tan & Østbye, 2013; Trinh et al., 2015; Al-Ghammari et al., 2016; Piro & Ahmed, 2016), considerando até a prática de episiotomia por rotina uma prática segura (Trinh et al., 2015; Al-Ghammari et al., 2016; Hussein et al., 2016).

Para concluir, foi efetuada a questão “Considera importante esta temática? Justifique a sua resposta.”, da qual foi possível obter a categoria **“Importância da tomada de decisão partilhada”**. As subcategorias identificadas da análise das respostas dos participantes foram três, que passo a nomear: **“Temática importante”**, **“Temática sem importância”** e **“Temática desinteressante”**. Existiram várias unidades de registo que caracterizam a exposição da opinião dos enfermeiros obstetras relativamente a esta temática, existindo mais afirmações positivas, do que negativas e/ou indiferentes. Assim, posso nomear algumas das expressões, no sentido de representar as subcategorias: “Muito importante (...) investir cada vez mais em formação para uma prática de cuidados holísticos e com qualidade.” (Q02); “Considero importante (...). Cada mulher tem direito a decidir sobre o seu corpo, desde que devidamente esclarecida (...). A formação dos profissionais desta área deve ser ajustada e ter em consideração os desejos da mulher, desde que devidamente esclarecida.” (Q05); “Sim, (...) a tomada de decisão para realizar a episiotomia é da parturiente. O corpo é da mulher e é ela que decide.” (Q13); “Sim para abolir a utilização rotineira da episiotomia.” (Q20); “Sim é bastante importante (...) o tema violência obstétrica é bastante falado é necessário saber o que realmente é considerado (...) e saber os riscos e benefícios de práticas como a episiotomia. (...)” (Q25); “Sim, apesar de cada vez mais a episiotomia ser seletiva e não realizada de

forma rotineira.” (Q31); “Sim. Melhoria dos cuidados obstétricos.” (Q33); “Não. A episiotomia só é executada quando necessária (...) que obedece a um evidente suporte científico. (...) só deve ser tomada pelo obstetra.” (Q19); “Indiferente.” (Q15).

Maioritariamente os participantes concordaram que a temática em estudo é bastante importante, justificando a sua opinião, o que representa 31 das respostas, enquanto que apenas 1 participante não considera a temática relevante e outro participante considera uma temática desinteressante. Estudos apontam para o facto de que as parteiras consideram importante a redução das taxas de episiotomia praticadas (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013; Piro & Ahmed, 2016), sendo assim necessário conhecer a evidência científica mais recente para uniformizar e melhorar a assistência durante o parto, reformar o sistema e a política de saúde existente, e melhorar os cuidados prestados no período pré-natal (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tan & Østbye, 2013; Hussein et al., 2016; Piro & Ahmed, 2016). Para que neste seguimento, exista uma melhor reputação das equipas de saúde nos locais de trabalho e por sua vez, maior satisfação dos profissionais durante a sua prática clínica (Wu, Lie, Malhotra, Allen Jr., Tay, Tan & Østbye, 2013). Na análise das expressões proferidas pelos participantes do questionário é possível constatar o que os estudos enaltecem, mas é importante realçar as afirmações que nomeiam a importância que deve ser dada à mulher durante todo o processo, sendo crucial o respeito pelos seus desejos e expectativas.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresenta as suas limitações, não só devido a questões da própria constituição do estudo como devido à própria experiência na área da investigação por parte da investigadora principal. Neste capítulo irei refletir sobre as limitações que considero que este estudo acarreta.

Este estudo tem apenas uma componente qualitativa, o que me permitiu realizar uma análise da opinião e experiência da prática profissional referida por uma pequena amostra de participantes que aceitou participar no preenchimento do questionário *online*. A pequena dimensão da amostra permitiu-me atingir a saturação dos dados, não sendo possível generalizar os mesmos. Através do método bola de neve, a cadeia de participantes neste estudo foi iniciada com os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia que pertencem à minha lista de contactos pessoais, que por sua vez foram os primeiros participantes e divulgadores do estudo pelos seus conhecidos e também profissionais nesta área de cuidados de enfermagem. É importante referir que também foi utilizada a plataforma digital *facebook* para a divulgação do estudo, mais especificamente num fórum destinado aos Enfermeiros de Saúde Materna e Obstetrícia. A obtenção da amostra foi assim, condicionada pela vontade dos profissionais em querer participar neste estudo, o que interferiu na obtenção de mais resultados.

Relativamente à investigadora principal existiram algumas limitações, pois inicialmente ocorreram dificuldades na forma como iria obter resultados dentro da temática em estudo, não só devido a entraves de obtenção de parecer por parte da Comissão de Ética na instituição de saúde onde gostaria de ter implementado o estudo, bem como também devido à minha própria inexperiência na área da investigação. Por fim, acabei por generalizar o estudo e realizá-lo a nível *online*. Neste seguimento, existiu alguma limitação temporal influenciada não só pela alteração de estruturação do estudo, bem como também na obtenção final de parecer por parte da Comissão de Ética da ESEL, após algumas reestruturações solicitadas e bem necessárias.

Também existiram algumas mudanças na minha vida pessoal, nomeadamente a ocorrência de uma gravidez muito desejada que, atrasou um pouco a concretização deste estudo, considerando também esta situação uma limitação que acabou por ser reversível. No entanto, apesar das limitações nomeadas considero que a perspetiva colhida dos participantes neste estudo tem imenso potencial e que irá contribuir para a definição de estratégias que conduzirão à mudança da prática de episiotomia no nosso país e enaltecer a importância da

tomada de decisão partilhada, centralizando os cuidados na mulher/casal e permitindo assim, o desenvolvimento da investigação nesta área em específico.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando o presente relatório, importa realizar uma pequena reflexão sobre todo o caminho percorrido na aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EEESMO e referentes ao grau de Mestre. Este percurso foi pautado por muita dedicação e consequente aprendizagem, que decorreu da reflexão e pensamento crítico sobre a implementação de todas as intervenções e atividades desenvolvidas durante a prática clínica de cuidados, e direcionadas à mulher/casal/RN/família. Assim, estas vivências permitiram-me atingir os objetivos necessários para a conclusão da unidade curricular Estágio com Relatório, bem como também aqueles que foram definidos por mim, tendo sempre como fundamento a prática baseada na evidência.

No decorrer dos ensinamentos clínicos foi possível desenvolver e adquirir competências científicas, técnicas e relacionais no cuidar a mulher, enquadrada na família e comunidade, durante o período preconcepcional, pré-natal, em TP, período pós-natal, em processo de climatério e de saúde/doença ginecológica. Mais especificamente e tendo como base o modelo conceitual da Teoria do Cuidar de Kristen Swanson (1991), também foi um objetivo desenvolver e adquirir competências no âmbito do processo da tomada de decisão partilhada, mais particularmente em contexto de episiotomia, onde foi também necessário aprofundar o conhecimento na área da investigação. Sempre foi do meu interesse orientar os meus cuidados com base nos princípios da humanização, empoderando a mulher em todo o processo gravídico-puerperal, onde se insere a temática que delineie como específica do meu percurso de aprendizagem. É importante destacar que a competência relacional esteve na base da aquisição e desenvolvimento deste objetivo, pois a relação terapêutica representa o respeito, a disponibilidade e o suporte fornecido, sendo a base para o sucesso de qualquer prestação de cuidados.

Todo este processo foi bastante desafiante e difícil ao mesmo tempo, pois a temática em estudo, apesar de estar ligada à temática atual da violência obstétrica, ainda se encontra pouco estudada pela comunidade científica, o que dificultou inicialmente o mapeamento da evidência científica disponível. Assim, foi necessário direcionar e estruturar a minha linha de pensamento, estipulando o que realmente era do meu interesse investigar. Neste sentido, o meu objetivo foi conhecer os fatores que influenciavam o processo de tomada de decisão dos enfermeiros obstetras para a realização de episiotomia, procurando nestes fatores se encontra a importância da partilha dos cuidados do EEESMO com a mulher/casal.

Ao refletir e analisar os resultados do estudo implementado, é perceptível que os fatores que estão inerentes à tomada de decisão do enfermeiro obstetra para realizar episiotomia são diversos e por vezes complexos, mas essencialmente estes fatores estão relacionados com a mulher, com o feto ou com o próprio enfermeiro. Dentro dos fatores maternos está inserida a componente relacional entre enfermeiro/mulher, que apesar de não se refletir nas respostas à questão mais direta sobre estes fatores, reflete-se substancialmente na questão direcionada ao processo de tomada de decisão partilhada, onde a grande maioria dos participantes considera que integra a mulher neste processo. Denota-se que conhecem evidência científica atual e que fundamenta a prática da episiotomia, mas também é visível que a tomada de decisão por vezes, é pautada por algum receio de ocorrer complicações para a mulher ou para o feto ou simplesmente pela facilidade do próprio procedimento, o que se traduz numa prática precipitada. Mas, por outro lado foi muito importante perceber que os enfermeiros obstetras compreendem quais são as desvantagens/malefícios decorrentes desta prática e que não realizam simplesmente a episiotomia de uma forma rotineira, considerando importante o estudo desta temática com o objetivo de melhoria dos cuidados obstétricos, privilegiando os cuidados holísticos e centralizados na mulher.

Deste modo, é fundamental terminar com a ideia da necessidade de investir nos cuidados prestados com base nas competências relacionais que são o suporte da tomada de decisão partilhada. Neste sentido, espero que a realização deste trabalho contribua para enriquecer o conhecimento de quem tiver o interesse de o ler e assim, influenciar de forma positiva a mudança da prática dos cuidados de muitos profissionais de saúde na área da Saúde Materna e Obstetrícia. Esta temática além de ser muito relevante na prática clínica, torna-se também muito pertinente na área da investigação logo, espero que este estudo sirva de motivação para que surjam muitos mais estudos neste âmbito num futuro próximo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. de (2011). Transições e Contextos Multiculturais – contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais. (2ª edição). Formasau – Formação e Saúde.
- Ahmed, H. M. (2014). Midwives' Clinical Reasons for Performing Episiotomies in the Kurdistan Region: Are they evidence-based? Sultan Qaboos University Medical Journal, 14 (3), e369-e374. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25097773/>
- Al-Ghammari, K., Al-Riyami, Z., Al-Moqbali, M., Al-Marjabin, F., Al-Mahrouqi, B., Al-Khatiri, A., & Al-Khasawneh, E. M. (2016). Predictors of routine episiotomy in primigravida women in Oman. Applied Nursing Research, 29, 131–135. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.05.002>
- American Psychological Association (2020). Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas (7ª edição). Universidade de Aveiro.
- Amorim, M. M. R., Porto, A. M. F. & Souza, A. S. R. (2010). Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. Femina, 38 (11), 583-591. <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n11/a583-591.pdf>
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology, 8 (1), 19-32. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>
- Aromataris, E., Munn, Z. (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras & Federação de Associações de Matronas de Espanha (2009). Iniciativa Parto Normal: Documento de Consenso. Lusodidacta. <https://www.apeo.pt/Outras-Publica%C3%A7%C3%B5es/>
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (2020). Inquérito Experiências de Parto em Portugal. (2.ª edição).

<https://associacaogravidezeparto.pt/campanhas-e-eventos/inquerito-experiencias-de-parto-em-portugal-2-a-edicao/>

- Azevedo, E. B., Mendes, F. S., Teixeira, M. M., Freitas, P. L. S. & Cardoso, P. O. B. (2018). Período puerperal e atuação do enfermeiro: uma revisão integrativa. *Revista Ensaio*, 22 (3), 157-165. <https://revista.pgsskroton.com/index.php/ensaioeciencia/article/view/4712>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. (1ª edição). Edições 70 LDA/ Almedina Brasil. <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>
- Basto, M. L. (2007). Da tarefa ao cliente como ser cultural: saberes utilizados por enfermeiras num centro de saúde. *Revista portuguesa de saúde pública*, 25 (1), 59-70. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/95442/1/1-05-2007.pdf>
- Bauman, A. E., Fardy, H. J. & Harris, P. G. (2003). Getting it right: why bother with patient-centred care?. *Medical Journal of Australia*, 179 (5), 253-256. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05532.x>
- Beckmann, C. R. B., Ling, F. W., Barzansky, B. M., Herbert, W. N. P., Laube, D. W. & Smith, R. P. (2010). *Obstetrics and Gynecology*. (6ª edição). Lippincott Williams & Wilkins.
- Belo, J. C. L. (2009). Os rastreios do cancro da mama, do cancro do colo do útero e do cancro do cólon do recto. Tese de Mestrado de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Repositório da Universidade de Coimbra: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/15932>
- Benner, P. & Tanner, C. (1987). Clinical Judgment: How Expert Nurses Use Intuition. *The American Journal of Nursing*, 87 (1), 23–31. <http://dx.doi.org/10.2307/3470396>
- Benner, P., Queirós, A. A. & Lourenço, B. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Bento, P. A. de S. S. & Santos, R. da S. (2006). Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. Escola Anna Nery. *Revista de Enfermagem*, 10 (3), 552-559. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300027>

- Berghella, V. (2018). Cesarean birth: Postoperative issues. Uptodate. https://www.uptodate.com/contents/cesarean-birth-postoperative-issues?search=cesarean%02deliverypostoperativeissues&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Boccolini, C. S., Carvalho, M. L. de, Oliveira, M I. C. de, & Pérez-Escamilla, R. (2013). Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *Jornal de pediatria*, 89 (2), 131-136. <https://www.scielo.br/j/jped/a/3wWtc8cZqvHt3LpSmkW3fLP/?format=pdf&lang=pt>
- Bordage, G., Grant, J. & Marsden, P. (1990). Quantitative assessment of diagnostic ability. *Medical Education*, 24 (5), 413-425. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2215294/>
- Borges, C. M. B. M. (2018). Stressores positivos potenciados pelo EEESMO no desenvolvimento do microbioma do recém-nascido. Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Repositório Comum: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/24318>
- Brito, P. S, Thays, B, Oliveira, J. & Esther, M. (2009). Importância da Assistência de Enfermagem - No Parto Humanizado. (1ª edição). Clube de Autores.
- Campos, D. A. de, Montenegro, N. & Rodrigues, T. (2008). Protocolos de medicina materno-fetal. (2ª edição). Lidel.
- Cardoso, A., Silva, A. P. e, & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV (4), 11-20. <https://scielo.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a02.pdf>
- Carnide, C., Branquinho, M., Almeida, J., Barata, C., & Silva, I. (2008). Hipertensão arterial na gravidez: considerações para o seu diagnóstico. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 2 (1), 34–37. http://www.fspog.com/fotos/editor2/1_ficheiro_228.pdf
- Carvalho, C. C. M. de, Souza, A. S. R., & Filho, O. B. M. (2010). Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56 (3), 333-339. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000300020>

- Chinitiz, D. (2005). Citizen empowerment: opportunities or threats for health management? *Eurohealth*, 11 (3), 02-36. <https://www.lse.ac.uk/lse-health/assets/documents/eurohealth/issues/eurohealth-v11n3.pdf>
- Collière, M. F. (1999). Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem (2ª Tiragem). Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Corbett, R. W. (2008). Cuidados de Enfermagem durante a gravidez. In D. L., Lowdermilk & S. E., Perry (Eds.), *Enfermagem na Maternidade* (pp. 245-303). Lusodidacta.
- Cordeiro, L. & Soares, C. B. (2019). Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)*. 20 (2), 37-43. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021863>
- Correia, A. I. L. da S. (2011). Prevenção do cancro do colo do útero. Monografia de Mestrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Repositório Aberto da Universidade do Porto: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61045/2/PREVEN%C3%83O%20DO%20CANCRO%20O%20COLO%20DO%20TERO%20Ana%20Correia.pdf>
- Couto, F. F. & Praça, N. de S. (2009). The preparedness of the parents to take care of a premature child after the hospital discharge: a literature review. *Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem*, 13 (4), 886-891. <https://www.scielo.br/j/ean/a/z4KcsTFjrGMGchJp4mnrfMM/?format=pdf&lang=pt>
- Croskerry, P. (2009). A Universal Model of Diagnostic Reasoning. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 84 (8), 1022-1028. https://www.researchgate.net/publication/26701699_A_Universal_Model_of_DiagnostD_i_Reasoning
- Cruz, A. P. da & Barros, S. M. O. de (2010). Práticas obstétricas e resultados maternos e neonatais: análise fatorial de correspondência múltipla em centros de parto normal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (3), 366-371. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000300009>

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M. & Sheffield, J. S. (2016). *Obstetrícia de Williams*. (24ª edição). AMGH Editora.
- Danski, M. T. R., Oliveira, G. L. R. de, Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16 (2), 1-6. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304>
- Decreto de Lei nº 161/96 (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República* n.º 205/1996, Série I – A de 1996-09-04, 2959-2962. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Dias, C. M. & Lopes, M. I. (2010). Raciocínio Clínico em Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 21, 33-45.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2007). Comunicado do Diretor-Geral de Saúde sobre a vacina contra o vírus do papiloma humano. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/?cr=11191>
- DGS (2008). Saúde Reprodutiva. Planeamento Familiar. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (Edição revista e atualizada). Direção-Geral da Saúde. https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- DGS (2015a). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- DGS (2015b). Disponibilidade de métodos contraceptivos. Orientação nº 010/2015 da Direção-Geral da Saúde. https://www.spdc.pt/files/Orientao_n10-2015_Contracetivos.pdf
- DGS (2020). Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade – CPPP e Cursos de Recuperação Pós-Parto – CRPP: Equidade na Transição para a Maternidade e a Paternidade. Direção de Serviços de Proteção da Doença e Promoção da Saúde – Núcleo sobre Género e Equidade em Saúde. <https://pt.scribd.com/document/474359899/Orientacoes-Para-a-Realizacao-Dos-Cursos->

- Duarte, M. R., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Souza, K. V. de, Pereira, A. V. & Pimentel, M. M. (2019). Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: Contribuição para o parto e nascimento. *Cogitare Enfermagem*, 24: e54164. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/54164>
- Entidade Reguladora da Saúde (2021). Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde. Porto: Entidade Reguladora da Saúde. <https://www.ers.pt/media/wdlld321/direitos-e-deveres-dos-utentes-dos-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde-atualiza%C3%A7%C3%A3o-de-01-06-2022.pdf>
- European Perinatal Health Report (2010). Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. <https://www.europeristat.com/our-indicators/euro-peristat-perinatal-health-indicators-2010.html>
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Fisiologia do Trabalho de Parto. In M., Nené, R., Marques & M. A., Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 321-323). Lidel.
- Feldman, R., Rosenthal, Z. & Eidelman, A. I. (2014). Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biological Psychiatry*, 75 (1), 56-64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24094511/>
- Ferreira, M. da S. (2004). Determinantes da tomada de decisão do tempo de amamentação. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina, Universidade da Beira Interior. Repositório Digital da UBI: <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/4950>
- Florin, J. (2007). Patient participation in clinical decision making in nursing – a collaborative effort between patients and nurses. (S.I.). Heinz Merten. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:137380/FULLTEXT01.pdf>
- Fonseca, C. J. V. da (2006). A tomada de decisão dos enfermeiros face aos cuidados que prestam no hospital. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta. Repositório Aberto da Universidade Aberta: <http://hdl.handle.net/10400.2/722>

- Fortin, M. F. (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. https://www.academia.edu/42384751/O_processo_de_investiga%C3%A7%C3%A3o_FORTIN
- Francisco, A. A., Oliveira, S. M. J. V. de, Santos, J. de O. & Silva, F. M. B. da (2011). Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24 (1), 94-100. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000100014>
- Freire, A. L., Araújo, K. S. de, Vila, A. C. D. & Araújo, M. A. da S. (2016). Assistência de enfermagem à mulher no climatério e sua sexualidade: Relato de experiência na atenção básica. *Revista Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos – Universo/Goiânia*, 1 (1), 1-12. <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=3GOIANIA4&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=2366&path%5B%5D=1519>
- Gadonski, G. & Irigoyen, M. (2008). Aspectos fisiológicos da hipertensão arterial na gravidez. *Hipertensão*, 11 (1), 4-8.
- Galvão, C. M. & Sawada, N. O. (2003). Prática baseada em evidências: estratégias para a sua implementação na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56 (1) 57-60. <https://www.scielo.br/j/reben/a/rtV56ThJyGnxWTY4xTPZB3v/abstract/?lang=pt>
- Graça, L. M. da (2017). *Medicina Materno-Fetal*. 5ª Edição. Lisboa: Lidel.
- Guimarães, N. N. A., Silva, L. S. R. da, Matos, D. P. & Douberin, C. A. (2018). Análise de fatores associados à prática da eipisotomia. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 1046-1053. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231010/28667>
- Huckman, R. S., & Kelley, M. A. (2013). Public Reporting, Consumerism, and Patient Empowerment. *The New England Journal of Medicine*, 369 (20), 1875–1877. DOI: 10.1056/NEJMp1310419
- Hussein, S. A. A. A., Dahlen, H. G., Duff, M., & Schmied, V. (2016). The barriers and facilitators to evidence-based episiotomy practice in Jordan. *Women and Birth*, 29 (4), 321–329. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.12.006>

- International Confederation of Midwives (2019). Essencial competencies for midwifery practice – 2018 update. 2-22. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf
- International Council of Nurses (2021). The ICN Code of Ethics for Nurses: Revised 2021. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf
- Jesus, É. H. de (2004). Padrões de Habilidade Cognitiva no Processo de Decisão Clínica de Enfermagem. Dissertação de Doutorado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Repositório Aberto da Universidade do Porto: <http://hdl.handle.net/10216/9768>
- Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z. & Aromataris, E. (2018). The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 17 (1), 58-71. DOI: 10.1097/XEB.0000000000000155
- Keatinge, D, Bellchambers, H., Bujack, E., Cholowski, K., Conway, J. & Neal, P. (2002). Communication: principal barrier to nurse-consumer partnerships. *International Journal of Nursing Practice*, 8 (1), 16-22. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2002.00344.x>
- Khresheh, R., & Barclay, L. (2020). Knowledge, attitude and experience of episiotomy practice among obstetricians and midwives in Jordan. *Women and Birth*, 33 (2), e176–e181. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.007>
- Kim, H. S. (2010). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. (3ª edição). New York: Spring Publishing Company. <https://pdf4pro.com/cdn/the-nature-of-theoretical-thinking-in-nursing-ax-243-n-375833.pdf>
- Lacerda, M. R. (2008). Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do individuo e da família-na perspectiva da área pública. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (5), 2621 – 2626. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a36.pdf>
- Lei n.º 48/90 (1990). Lei de Bases da Saúde. Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24, 3452-3459. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/48-1990-574127>

- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual de aleitamento materno. OMS/UNICEF. <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). Enfermagem na maternidade. (7ª edição). Loures: Lusodidacta.
- Macedo, A. P., Petronilho, F. & Cainé, J. (2015). Nursing Information Systems: From Documentation as Evidence to Documentation as a Support to the Clinical Decision Making. In Healthcare Administration: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications (Ed.), Information Resources Management Association (pp. 959-977). IGI Global.
- Marcolino, T. Q. (2012). O raciocínio clínico da terapeuta ocupacional ativa. Revista Ceto, 13 (13), 14-25. <https://ceto.pro.br/wp-content/uploads/2021/03/03-marcolino-1.pdf>
- Marins, G., Macedo, D. C. & Vieira, F. H. A. (2017). O papel do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama. Revista científica eletrônica de ciências aplicadas a FAIT. Itapeva, 1-10.
- Martins, E., Marques, M. J. & Tomé, J. (2002). Analgesia epidural obstétrica. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 18 (3), 163-168. <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9878>
- Martins-Costa, S. H., Ramos, J. G. L., Magalhães, J. A., Passos, E. P. & Freitas, F. (2017). Rotinas em Obstetrícia. (7ª edição). Artmed.
- Mattar, R., Aquino, M. M. A. de & Mesquita, M. R. de S. (2007). A prática da episiotomia no Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 29 (1), 1-2. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032007000100001>
- Medforth, J., Walker, L., Battersby, A. & Stables, S. (2017). Oxford Handbook of midwifery. (3ª edição). Oxford: Oxford University Press.
- Meireles, M. A. (2007). Aspectos Éticos em Investigação Qualitativa. In A. A. Queiroz, M. A. Meireles & S. R. Cunha (Eds.), Investigar para Compreender (pp. 25-39). Lusodidacta.

- Mesquita, A. C. N. (2007). Empowerment na doença crônica. (1ª edição). Instituto de Formação em Enfermagem.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62 (10), 1006–1012. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.005>
- Nassar, A. H., Visser, G. H. A., Ayres-de-Campos, D., Rane, A., Gupta, S. & for the FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee (2019). FIGO Statement: Restrictive use rather than routine use of episiotomy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 146 (1), 17-19. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12843>
- Neilson, J. P. (2013). Fetal electrocardiogram (ECG) for fetal monitoring during labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), 1-22. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000116.pub4>
- Neves, M. (2002). A tomada de decisão em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 6 (2), 25-35.
- Neves, M. A. (2005). Intervenções de enfermagem: razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras. *Pensar Enfermagem*, 9 (2), 2-13.
- Nunes, F. M. (2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. *Revista Nursing Portuguesa*, 17 (219), 7-11.
- Nunes, S. & Vargens, O. M. da C. (2014). O uso do gelo para alívio da dor no cuidado à parturiente: Revisão Integrativa. *Enfermagem Obstétrica*, 1 (3), 95-99. <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/22>
- Oliveira, R. da S. (2008). Hipertensão na Gravidez. Monografia de Conclusão do Curso de Fisioterapia, Universidade Veiga de Almeida. <https://www.yumpu.com/pt/document/read/46114105/hipertensao-na-gravidez-uva>
- Oliveira, T. da C., Silva, A. L. L. da, Oliveira, J. F. da S., Pereira, E. de A. T. & Trezza, M. C. S. F. (2018). A assistência de enfermagem obstétrica à luz da teoria dos cuidados de Kristen Swanson. *Enfermagem em Foco*, 9 (2), 03-06. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2018.v9.n2.1138>

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise dos Casos. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- OE (2009). Parecer n.º 141/2009. Execução de citologia cervical. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%20141_02%2006%202009_execu%c3%a7%c3%a3o%20de%20citologia%20eesmo_VFinal.pdf
- OE (2010). Parecer n.º 275/2010 - Realização de cardiocotografia. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%20275_11%2003%202010_realiza%c3%a7%c3%a3o%20de%20cardiotocografia_ceesmo%20docx_PARECER%20SITE_RevASLN.pdf
- OE (2012). Documento do consenso “Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada”. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Livro_Partto_Normal.pdf
- OE (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- OE (2015b). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- OE (2016). Parecer n.º 07/2016. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer07_2016_MC EESMO_%20EquipaBlocoPartos.pdf
- OE (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, Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padrões-qualidade-dos-cuidados-esmo.pdf

Organização Mundial de Saúde [OMS] (1978). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1-3.
<https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>

OMS (1996). Care in normal birth: a practical guide. Safe Motherhood.
https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

OMS (1997). Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no Século XXI. Declaração adoptada na 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Jacarta, República da Indonésia, 1-8. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/declaracao-de-jakarta.aspx>

OMS (1998). Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy.
http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/1988adel_en_WHO.pdf

OMS (2014). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. Organização Mundial de Saúde.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf?sequence=12

OMS (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

Pacheco, H. & Néné, M. (2020). Esforços Expulsivos. In A. Sequeira, O., Pousa & C., Amaral (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 131-136). Lidel.

- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H. & Parker, D. (2015). Methodology for JBI scoping reviews. In E. Aromataris (Ed., The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual (pp. 3-24). Joanna Briggs Institute. <https://nursing.lsuhsu.edu/jbi/docs/reviewersmanuals/scoping-.pdf>
- Piro, S. S., & Ahmed, H. M. (2016). Midwives' perspectives regarding episiotomy practice in Kurdistan region/Iraq. *Zanco Journal of Medical Sciences*, 20 (1), 1233–1240. <https://doi.org/10.15218/zjms.2016.0014>
- Polit, D. F., Beck, C. T., Hungler, B. P. & Thorell, A. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. (5ª edição). Artmed.
- Pontes, A. C., Leitão, I. M. T. A. & Ramos, I. C. (2008). Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Instrumento Essencial do Cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (3), 312-318. <https://www.scielo.br/j/reben/a/pfJgqD8hM7CNH6XLtjMk8Yh/?format=pdf&lang=pt>
- Previatti, J. F. & Souza, K. V. de (2007). Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (2), 197-201. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000200013>
- Projianti, J. M., Araújo, L. M. de & Mouta, R. J. O. (2008). Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 12 (1). 45-49. <https://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a07.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, Série II de nº 26/2019*, p. 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio de 2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República, Série II de nº 85/2019*, p. 13560-13565. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- Ribeiro, J. L. P. (2014). Revisão de Investigação e Evidência Científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (3), 671-682. <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150309>

- Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários – conceitos e aplicação*. (3ª edição). Lusociência.
- Rocha, E. S., Mela, C. C., Westphal, F. & Goldman, R. E. (2018). Prática de episiotomia entre residentes em enfermagem de obstétrica. *Revista Cogitare Enfermagem*, 23 (4), e54455. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/54455/pdf>
- Rodriguez-Osorio, C. A. & Dominguez-Cherit, G. (2008). Medical decision making: paternalism versus patient-centered (autonomous) care. *Current Opinion in Critical Care*, 14 (6), 708–713. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19005314/>
- Santos, J. de O., Bolanho, I. C., Mota, J. Q. C. da, Coleoni, L.. & Oliveira, M. A. de (2008). Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. *Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem*, 12 (4), 658-663. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400008>
- Santos, J. de O. & Shimo, A. K. K. (2008). Discurso do sujeito coletivo das mulheres que sofreram episiotomia. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 11 (4), 432-438. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/369>
- Sarasohn-Kahn, J. (2013). A Role for Patients: The Argument for Self-Care. *American Journal of Preventive Medicine*, 44 (1), S16–S18. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.09.019>
- Silva, M. A. D. R. da (2010). *Necessidade pré-operatória do doente cirúrgico. Acolhimento em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto. Repositório Aberto da Universidade do Porto: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26919/2/Dissertaao%20de%20Mestrado%20em%20Ciencias%20de%20Enfermagem%202010.pdf>
- Silva, M. A. T. da C. P. e (2011). *Intenções Dominantes nas Concepções de Enfermagem: estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8685>
- Silva, M. P. B., Ferreira, I. L. de A., Santos, S. L. dos, Leite, A. C., Sousa, M. V. A. de, Machado, B. A. da S., Moura, L. C. de, Silva, G. O. da, Campos, M. R. G., Dias, N. M.,

- Filho, M. A. R., Silva, R. L. L., Araujo, G. B., Apolinário, J. M. dos S. da S., Arruda, M. D. I. S., & Oliveira, A. R. do N. (2021). O pré-natal e a assistência de enfermagem à gestante de alto risco. *Research, Society and Development*, 10 (9), 1-10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17173>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2011). Consenso sobre Infecção HPV e lesões intraepiteliais do colo, vagina e vulva. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. <https://pt.slideshare.net/FClinico/consenso-sobre-infeco-hpv-e-leses-intraepiteliais-do-colo-vagina-e-vulva>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2016). Consenso Nacional sobre Menopausa. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/Consenso_Menopausa_2016.pdf
- Sousa, L. M. M. de, Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P. & Pestana, H. C. F. C. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1 (1), 45-54. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/20>
- Sousa, L. (2019). Limpeza e assépsia perineal em mulher em trabalho de parto (Norma de procedimento de trabalho). Lisboa.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40 (3), 161-165. https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1991/05000/Empirical_Development_Of_a_Middle_Range_Theory_of.8.aspx
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45 (6), 204-211. https://www.researchgate.net/publication/7003793_Thinking_Like_a_Nurse_A_Research-Based_Model_of_Clinical_Judgment_in_Nursing
- Tojinha, S. A. G. S. (2013). Uniformização de procedimentos na consulta de patologia cervical da ULSLA. Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Universidade de Évora. Repositório da Universidade de Évora: <http://hdl.handle.net/10174/10741>

- Torre, M. A. M. D. da (2001). *Assistência em Cuidados de Enfermagem à Puérpera numa Perspectiva Antropobiológica*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Repositório Aberto da Universidade do Porto: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9727>
- Trinh, A. T., Roberts, C. L., & Ampt, A. J. (2015). Knowledge, attitude and experience of episiotomy use among obstetricians and midwives in Viet Nam. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15 (101), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0531-2>
- Vasconcelos, K. L., Martins, C. A., Mattos, D. V., Tyrrell, M. A. R., Bezerra, A. L. Q., & Porto, J. (2013). Partograma: instrumento para segurança na assistência obstétrica. *Revista de Enfermagem. UFPE on Line*, 7 (2), 619–624. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13685/16587>
- Viana, I. O., Quintao, A., Andrade, C. R. A., Ferreira, F. A., Dumont, R. D., Ferraz, F. O., Lobato, H., Prado, C. E. V. & Osanan, G. C. (2011). Episiotomia e suas complicações: revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, 21 (2), 43-46. <http://rmmg.org/artigo/detalhes/893>
- Vieira, T. M. M., Araújo, C. R. de, Souza, E. C. da S. de, Costa, M. A. R., Teston, E. F., Benedetti, G. M. dos S. & Marquete, V. F. (2018). Vivenciando o climatério: Percepções e vivências de mulheres atendidas na atenção básica. *Revista Enfermagem em Foco*, 9 (2), 40-45. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1084/443>
- Wu, L. C., Lie, D., Malhotra, R., Allen Jr., J. C., Tay, J. S. L., Tan, T. C. & Østbye, T. (2013). What factors influence midwives' decision to perform or avoid episiotomies? A focus group study. *Midwifery*, 29 (8), 943–949. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.017>
- Wu, L. C., Malhotra, R., Allen Jr., J. C., Lie, D., Tan, T. C. & Østbye, T. (2013). Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Arquivos de Ginecologia e Obstetrícia*, 288, 1249–1256. DOI: 10.1007/s00404-013-2897-6

ANEXOS

ANEXO I - Registo das atividades desenvolvidas durante o Relatório de Estágio

13. Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family counselling and health promotion</i>	<u>39</u>
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant woman</i>	
• Exames Pré-Natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100)	<u>136</u>
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor.</i>	
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40)	<u>40</u>
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	<u>0</u>
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiple births</i>	<u>0</u>
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	<u>4</u>
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	<u>15</u>
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	<u>32</u>
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy</i> (40)	<u>41</u>
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	<u>14</u>
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	<u>7</u>
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	<u>101</u>
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/ <i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100)	<u>103</u>
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	<u>14</u>
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/ <i>Supervision and care to the women with gynaecological pathology</i>	<u>43</u>

9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/*Supervision and care to the woman in the area of sexual health*

- Colocação de DIU/IUD *insertion practice* 4
- Colocação de implantes/*implants insertion practice* 4
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 13

10. Prática Simulada/*Simulated practice*

- Prática em partos eutócicos/*Practice eutocic delivery* 4
- Prática em partos de apresentação pélvica/*Practice in breech presentation deliveries* 1
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/*Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* 2
- Prática na colocação de DIU/IUD *insertion practice* 1
- Prática na colocação de implantes/*Implants insertion practice* 1
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 1

Lisboa, 7 / 11 / 2021

Estudante/*Student*

Jana Filipa Simões Carvalho

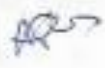
Docente/*Teacher*

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

Dr. Anabela Figueira dos Santos

Dr. Anabela Figueira dos Santos

14. Contexto Clínicos: datas e locais (quadro síntese)/Clinical Practices: places and dates (summary table)

Contexto Clínico/ Clinical Practice	Datas/ Dates	Nº de semanas/ Nº of weeks	Nº total de horas/Nº of Hours	Local de realização /Clinical Practices Location	Docente/ Teacher
Ginecologia	25/01/2021 a 11/02/2021	3 semanas	75 Horas		
Puerpério	22/02/2021 a 14/03/2021	3 semanas	75 Horas		
Cuidados de Saúde Primários	15/03/2021 a 30/04/2021	6 semanas	150 Horas		
Medicina Materno-Fetal	21/12/2020 a 23/01/2021	6 semanas	150 Horas		
Neonatologia	12/07/2021 a 14/07/2021	1 semana	25 Horas		
Bloco de Partos	24/05/2021 a 25/10/2021	18 semanas	521,5 Horas		

Lisboa, 7 1 11 2021

O Regente do Estágio com Relatório/The Internship Manager with Report

11.º Anabela Figueiredo da Silva

Coordenador do Curso/The Course Coordinator

11.º Anabela Figueiredo da Silva

**ANEXO II - Certificado de participação no Congresso Científico CMIN Summit
2021 - "Nascer e Crescer Saudável no século XXI"**



CMIN SUMMIT '21 13 > 15 outubro
Auditório ICBAS-UP*
+ transmissão online

NAScer E CRESCer SAUDÁVEL NO Séc. XXI

TO BE BORN AND GROW
HEALTHY IN THE 21ST CENTURY

Certificado de Presença

Certifica-se para os devidos efeitos que

Joana Carvalho

participou no **CMIN Summit'21 – Nascer e Crescer Saudável no Séc. XXI**, que decorreu nos dias 13, 14 e 15 de outubro de 2021 em formato híbrido no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, no Porto.

Porto, 15 de outubro de 2021

Prof. Doutor Caldas Afonso
Diretor do CMIN

Prof. Doutor António Tomé Pereira
(Diretor Departamento Mulher e da
Medicina Reprodutiva)

Maria Joana Tavares
Enfermeira Gestora CMIN (CHUP)



*participação presencial condicionada
à evolução da situação pandémica

APÊNDICES

Apêndice I – Termos de Pesquisa CINHALL e MEDLINE

	Termos de pesquisa	Linguagem natural	Termos indexados	
			CINAHL	MEDLINE
População	Enfermeiros obstetras	- Midwives - Nurse Midwives	- Nurse Midwives - Midwives - Obstetric Nursing - Nursing Practice - Advanced Nursing Practice - Advanced Practice Nurses - Midwifery - Maternal -Child Nursing	- Nurse Midwives - Obstetric Nursing - Advanced Practice Nursing - Nursing Faculty Practice - Midwifery - Maternal -Child Nursing
Conceito	Tomada de decisão	Decision Making	- Psychology - Decision Making - Decision Making, Clinical - Critical Thinking	- Psychology - Clinical Decision-Making - Problem Solving - Decision Making
Contexto	Episiotomia	Episiotomy	Episiotomy	Episiotomy

Apêndice II - *Print* da pesquisa na base de dados CINAHL Plus® with Full Text

MEU



Thursday, May 19, 2022 6:39:42 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S18	S14 AND S15 AND S16	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20130101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	9
S17	S14 AND S15 AND S16	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	18
S16	S10 OR S11 OR S12 OR S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	57,513
S15	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	67,816
S14	(MM "Episiotomy")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	643
S13	(MM "Critical Thinking")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica	2,847

			Base de dados - CINAHL Complete	
S12	(MM "Decision Making, Clinical")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	14,628
S11	(MM "Decision Making")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	24,962
S10	S1 OR S2 OR S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	15,541
S9	(MM "Psychology")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	7,048
S8	(MM "Maternal-Child Nursing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	1,038
S7	(MM "Midwifery")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	13,141
S6	(MM "Advanced Practice Nurses")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica	3,746

			Base de dados - CINAHL Complete	
S5	(MM "Advanced Nursing Practice")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	7,969
S4	(MM "Nursing Practice")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	25,032
S3	(MM "Obstetric Nursing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	3,841
S2	(MM "Midwives")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	7,092
S1	(MM "Nurse Midwives")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	1,431

Apêndice III - *Print da pesquisa na base de dados MEDLINE with Full Text*



Thursday, May 19, 2022 6:07:11 PM

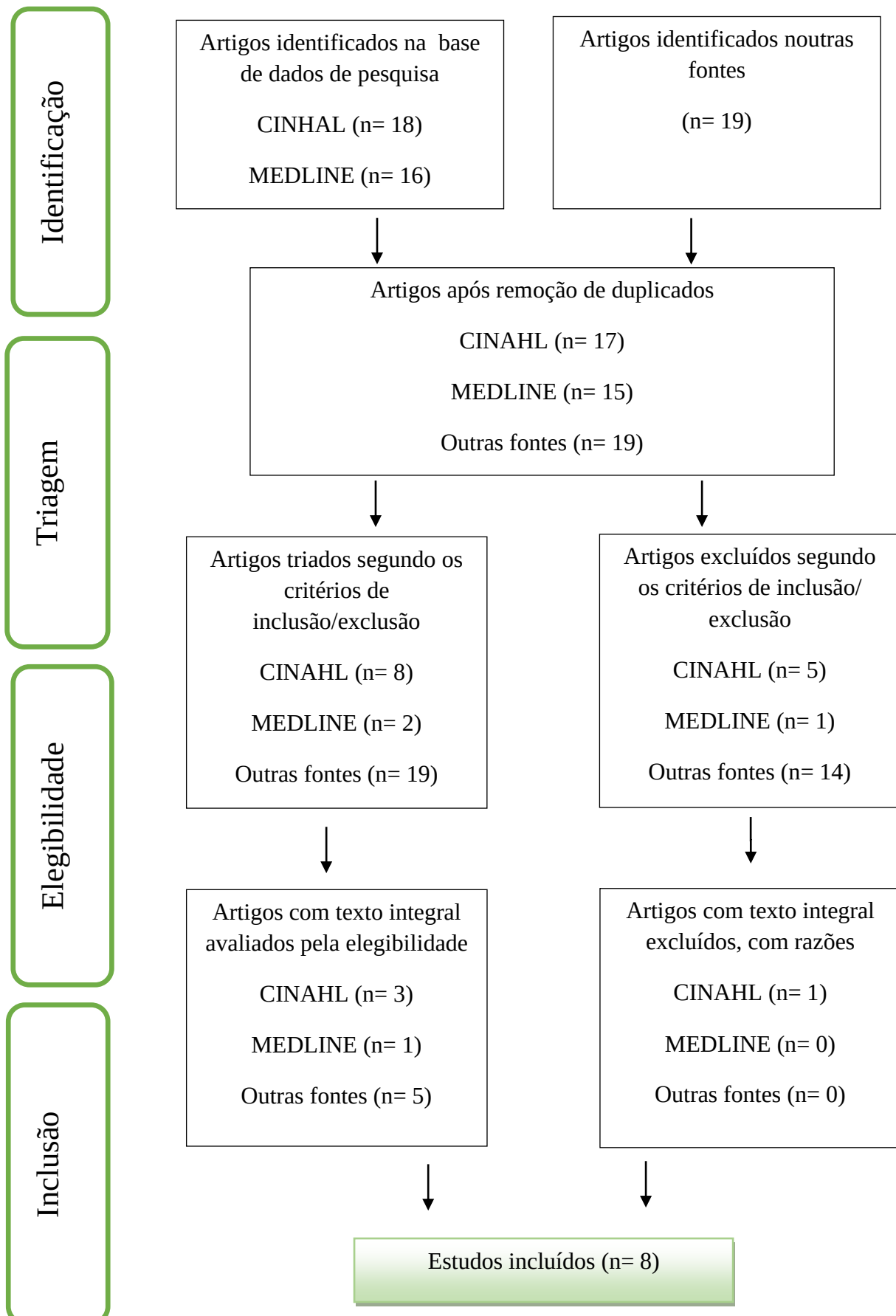
#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S16	S12 AND S13 AND S14	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20130101- 20201231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	3
S15	S12 AND S13 AND S14	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	16
S14	S8 OR S9 OR S10 OR S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	79,468
S13	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	37,808
S12	(MM "Episiotomy")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	1,383
S11	(MM "Decision Making")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica	45,636

			Base de dados - MEDLINE Complete	
S10	(MM "Problem Solving")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	11,237
S9	(MM "Clinical Decision-Making")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	4,842
S8	S1 OR S7	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	18,515
S7	(MM "Psychology")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	12,746
S6	(MM "Maternal-Child Nursing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	1,328
S5	(MM "Midwifery")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	15,379
S4	(MM "Nursing Faculty Practice")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica	488

			Base de dados - MEDLINE Complete	
S3	(MM "Advanced Practice Nursing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	1,652
S2	(MM "Obstetric Nursing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	1,950
S1	(MM "Nurse Midwives")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	5,769

Apêndice IV - Fluxograma PRISMA

Prisma Flow Diagram da Scoping Review



Apêndice V – Instrumento para extração dos dados

Autores						
Ano de Publicação	Título	Objetivos	Desenho do Estudo	População/ Tamanho da Amostra	Metodologia/Métodos	Principais Resultados
País de Origem						

Apêndice VI – Síntese dos resultados da SR

Síntese dos resultados da SR: Fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia

Autores	Título	Objetivos	Desenho do Estudo	População/ Tamanho da Amostra	Metodologia/Métodos	Principais Resultados
Wu, L. C., Lie, D., Malhotra, R., Allen Jr., J. C., Tay, J. S. L., Tan, T. C. & Østbye, T. (2013) Singapura	<i>What factors influence midwives' decision to perform or avoid episiotomies? A focus group study</i>	Verificar as razões das parteiras para realizar ou para evitar a prática de episiotomia, bem como a sua motivação para mudar a sua prática.	Estudo qualitativo.	20 das 79 parteiras licenciadas com idades compreendidas entre os 28 e os 70 anos, que realizavam partos de forma independente num Hospital Materno e Infantil com grande afluência em Singapura.	Foi utilizada uma amostragem intencional, dividindo a mesma em três grupos focais que realizaram sessões, compostas por perguntas abertas que permitiram perceber quais as razões pessoais para realizar ou evitar a prática de episiotomia, bem como também recolher informação pertinente e opiniões sobre as práticas futuras e utilizadas no passado. Estas sessões foram gravadas e posteriormente transcritas e examinadas por três investigadores de forma independente. Ocorreu um processo interativo para que fosse	As participantes referiram que existiam fatores maternos e fetais, entre outros, que influenciavam a sua decisão, sendo que os principais motivos para evitar a prática de episiotomia foram: pedido da parturiente, melhor recuperação materna, reputação da parteira e satisfação no trabalho. Os grandes motivos para a ocorrência desta prática foram atribuídas à sua experiência na área da

					conseguido um consenso relativamente à codificação dos dados em temas. Para a interpretação dos dados foi utilizada a Teoria Fundamentada nos Dados e assim, conduzir a um referencial teórico para a compreensão do raciocínio que influencia a prática de episiotomia. O estudo foi aprovado pelo <i>SingHealth Centralized Institutional Review Board</i>.	obstetrícia, do medo em provocar danos e da percepção de uma expectativa clínica não consistente com as diretrizes internacionais mais atualizadas, para a prática de episiotomia. As participantes concordaram com a necessidade de reduzir as taxas de episiotomia.
Wu, L. C., Malhotra, R., Allen Jr., J. C., Lie, D., Tan, T. C. & Østbye, T. (2013) Singapura	<i>Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery</i>	Avaliar os fatores de risco e as razões referidas pelas parteiras para a realização de episiotomia a mulheres submetidas a partos vaginais, e verificar a relação existente entre a episiotomia e o grau de	Estudo quantitativo.	77 parteiras de um Hospital Materno e Infantil com grande afluência em Singapura.	A primeira fase do estudo passou por uma análise dos processos clínicos de mulheres submetidas a partos vaginais que tinham sido realizados por parteiras, verificando a proporção de episiotomias realizadas durante o período de um mês. A segunda fase passou pela discussão em grupos focais de parteiras com o objetivo de elaborar uma lista de verificação com as razões que conduziam à realização de episiotomia. Por fim, a terceira fase passou pela elaboração de documentação baseada na lista de	A primiparidade, a idade materna avançada, a etnia indiana, a macrosomia fetal e a idade avançada da parteira foram motivos associados à prática de episiotomia. Apesar desta nomeação, as participantes referiram como principais razões para a realização de episiotomia: a primiparidade, o sofrimento fetal, o esforço materno e o trabalho de parto prolongado. Uma minoria

		laceração perineal.			verificação e colheita de dados sobre fatores maternos e neonatais, características da prática de obstetrícia, bem como também de acordo com as razões que foram reportadas pela parteiras para a realização de episiotomia e o grau de lacerações perineais que ocorriam entre mulheres que tinham sido submetidas a parto vaginal conduzido por parteiras, durante um período de dois meses. O estudo foi aprovado pelo <i>SingHealth Centralized Institutional Review Board</i>.	reportou que realizava episiotomia pela presença de um períneo pouco favorável, para evitar a ocorrência de lacerações, por macrosomia fetal, para prevenir múltiplas lacerações, pela facilidade de suturar, para prevenir a extensão de lacerações de grau III e IV, e por fim, face a um pedido da parturiente. Esta foi uma prática que se verificou ser bastante frequente e em que um dos principais fatores que exerce maior influência para justificar a sua prática é o caso do sofrimento fetal, como é referido pelas diretrizes internacionais como sendo uma justificação válida para a sua prática. Também neste estudo foi possível concluir que as mulheres submetidas a episiotomia sofreram pelo menos uma laceração perineal de II grau em comparação com mulheres sem episiotomia.
--	--	---------------------	--	--	---	---

Khresheh, R. & Barclay, L. (2020) Jordânia	<i>Knowledge, attitude and experience of episiotomy practice among obstetricians and midwives in Jordan</i>	Determinar o conhecimento, as atitudes e a experiência da prática de episiotomia entre médicos obstetras e parteiras nos hospitais públicos da Jordânia.	Estudo transversal e quantitativo.	Parteiras e médicos obstetras de três hospitais públicos, sendo que cada hospital pertence a uma região da Jordânia.	Foi utilizado um método de amostragem aleatória por conglomerados no sentido de selecionar os três hospitais onde o estudo iria ser realizado. Após esta seleção foram incluídos todos os médicos obstetras e parteiras que realizavam episiotomia nos contextos hospitalares selecionados. Os chefes de departamento apoiaram este estudo e colaboraram na escolha dos participantes elegíveis, prestando todas as informações referentes ao estudo e distribuindo os questionários aos participantes, em nome dos autores do estudo. O questionário dispunha de consentimento informado e estava dividido em quatro seções, tendo como principal objetivo investigar o conhecimento, as atitudes e a experiência do uso da prática de episiotomia entre os participantes que exercem funções nos hospitais públicos da Jordânia. Este estudo teve aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de	Este estudo mostrou que a grande maioria dos médicos obstetras e parteiras realizam episiotomia independentemente da evidência científica, confiando nas suas crenças para orientar a sua prática. Os fatores mais apontados pelas parteiras, como sendo determinantes para a prática de episiotomia foram os seguintes: a redução de lacerações perineais de III e IV grau; as características do períneo (espesso e edemaciado); a facilidade da sutura; a redução do segundo estágio do trabalho de parto; e o receio da ocorrência de sofrimento fetal. Os principais obstáculos nomeados pelas parteiras, face à redução das taxas elevadas de episiotomia foram: a falta de formação no sentido de

					Enfermagem da Universidade de <i>Mutah</i> e do Ministério da Saúde da Jordânia. A análise dos dados foi realizada através do <i>IBM SPSS Statistics 25</i> .	minimizarem a ocorrência de lacerações perineais e manter um períneo íntegro; a falta de tempo para aguardar a dilatação perineal durante o segundo estágio do trabalho de parto; e a dificuldade de alterar a prática clínica mais tradicional.
Trinh, A. T., Roberts, C. L. & Ampt, A. J. (2015) Vietname	<i>Knowledge, attitude and experience of episiotomy use among obstetricians and midwives in Viet Nam</i>	Determinar o conhecimento, as atitudes e a experiência dos médicos obstetras e das parteiras no Vietname.	Estudo quantitativo.	Os médicos obstetras e as parteiras que exercem assistência ao parto no Hospital <i>Hung Vuong</i> .	Os médicos obstetras e as parteiras que exercem assistência ao parto no Hospital <i>Hung Vuong</i> preencheram um questionário, que permitiu colher dados sobre características referentes aos participantes, tais como, a profissão, o sexo e os anos de experiência em cuidados obstétricos, bem como também incluiu questões referentes à prática clínica, tais como, a frequência da prática de episiotomia entre nulíparas e múltiparas, o tipo de episiotomia utilizada e os motivos do uso da episiotomia. Outra seção do questionário incluía questões direcionadas para o conhecimento dos resultados associados ao uso	Este estudo demonstrou que as parteiras realizavam episiotomia principalmente com o objetivo de reduzir as lacerações perineais de III e IV grau, mas também realizavam esta prática de acordo com as características do períneo (em períneos espessos e edemaciados), pela facilidade de suturar, para encurtar o segundo estágio do trabalho de parto e pelo receio de ocorrer sofrimento fetal. Estes são os resultados mais significativos, mas é importante também referir

					rotineiro da episiotomia, baseado na realização prévia de uma revisão da literatura. Por fim, a última parte do questionário referia-se à opinião dos participantes relativamente à taxa atual de episiotomia, à adequação da prática de episiotomia em nulíparas e multíparas, e às barreiras que foram percecionadas no sentido de reduzir a taxa de episiotomia. Os chefes de departamento distribuíram as informações sobre o estudo e os próprios questionários em nome dos investigadores. Após o preenchimento dos questionários, os investigadores recolheram os mesmos. É importante referir que os questionários dispunham de um consentimento informado e que o estudo foi aprovado pelo Conselho de Revisão Institucional do Hospital <i>Hung Vuong</i>. A análise dos dados foi realizada através do EpiInfo™ 7 (<i>Centers, for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, USA</i>).	que foi relatado pelos participantes que existe falta de formação na manutenção de um períneo íntegro, sendo este um dos grandes obstáculos para reduzir as taxas elevadas da prática de episiotomia.
--	--	--	--	--	---	--

Ahmed, H. M. (2014) Curdistão (Iraque)	<i>Midwives' Clinical Reasons for Performing Episiotomies in the Kurdistan Region</i> <i>Are they evidence-based?</i>	Conhecer os motivos referidos pelas parteiras para realizar episiotomia e identificar a relação entre essas razões e as características demográficas das próprias parteiras.	Estudo transversal e quantitativo.	53 parteiras que exercem funções, à pelo menos um ano, na sala de partos de três maternidades governamentais de ensino, existentes nas três principais cidades da região do Curdistão (Iraque).	Os objetivos do estudo foram explicados a todas as participantes durante entrevistas pessoais, tendo sido obtido o consentimento informado de forma verbal. A colheita de dados do estudo foi obtida através destas entrevistas e aplicação de um questionário que estava dividido em três partes, também preenchido pelas parteiras durante as entrevistas. O questionário visou determinar as características demográficas das participantes, o seu nível de formação, o tipo de episiotomia realizada, quem decidia a realização da episiotomia e as razões das parteiras para realizar esta prática. O estudo foi aprovado pela Direção de Saúde de Erbil, Dohuk e Sulaymaniyah, bem como também pela Comissão Científica e Ética da Escola de Enfermagem da <i>Hawler Medical University</i>. O estudo foi realizado entre o dia 1 de julho e o dia 30 de setembro de 2013. Os dados foram analisados através do <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> (SPSS), versão 18 (IBM,	A maioria das parteiras referiram que a decisão de realizar episiotomia foi sua, sem qualquer influência da equipa médica, e que não receberam nenhuma formação para treinar habilidades no que se refere à prática de episiotomia. A principal razão nomeada pelas parteiras para realizar episiotomia foi a macrosomia fetal, mas existiram muitos outros motivos estando estes divididos em fatores maternos, fetais e outros fatores. Os fatores maternos nomeados foram os seguintes: melhor recuperação por parte da parturiente; história de rotura perineal materna; cirurgia pélvica anterior; esforço materno ineficaz durante o trabalho de parto; e a existência de um períneo espesso e pouco elástico. Os fatores fetais
---	---	---	---	--	---	---

					<i>Corp., Chicago, Illinois, EUA).</i>	referidos, além do já referido anteriormente como sendo o principal motivo, foram os seguintes: sofrimento fetal; distocia de ombros; para diminuir a pressão exercida no períneo pela cabeça fetal; mau posicionamento fetal; parto instrumentado; e parto pélvico. Enquadrado nos outros fatores, as parteiras nomearam a prática de episiotomia por rotina a primíparas, a facilidade da sutura e por terem sido ordenadas pelo médico obstetra a realizar este procedimento.
Piro, S. S. & Ahmed, H. M. (2016) Crudistão (Iraque)	Midwives' perspectives regarding episiotomy practice in Kurdistan region/ Iraq	Conhecer as perspectivas das parteiras sobre a prática de episiotomia nas três principais cidades da região do Curdistão	Estudo transversal, descritivo, quantitativo e qualitativo.	53 parteiras que exercem funções, à pelo menos um ano, na sala de partos de três maternidades de hospitais universitários,	Foi realizada uma entrevista individual junto das parteiras com o objetivo de explicar o estudo. Os dados foram colhidos através de entrevista, tendo sido construído um questionário pelos investigadores que englobava questões demográficas e questões sobre a prática e perspectiva das	As participantes consideraram que a taxa de episiotomia é elevada nos seus locais de trabalho. Os motivos nomeados pelas parteiras para o facto desta taxa ser elevada, foram relacionados com fatores maternos (primiparidade,

		(Iraque).		existentes nas três principais cidades da região do Curdistão (Iraque).	participantes quanto à taxa de realização da episiotomia. Este questionário apresentava perguntas abertas para conhecer os motivos das parteiras na realização de episiotomia. O estudo foi aprovado pela Direção de Saúde de cada cidade, bem como também pela Comissão de Ética da Escola de Enfermagem da <i>Hawler Medical University</i> . O estudo foi realizado entre o dia 1 de julho de 2013 e o dia 10 de julho de 2014. Os dados foram analisados através do <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> (SPSS), versão 18 (<i>IBM, Corp., Chicago, Illinois, EUA</i>) e as questões que se referiam à opinião das parteiras sobre a prática de episiotomia foram analisadas de forma qualitativa.	exaustão materna, não cooperação materna, obesidade materna, elevado número de grávidas internadas), fetais (macrossomia fetal, recém-nascidos exaustos e com mecónio), das parteiras (receio de complicações, receio de punição em caso de problemas, número reduzido de parteiras), dos obstetras (internamento precoce, elevado uso de ocitocina, número reduzido de cirurgias, ordem transmitida pelos obstetras para todas as primíparas) e da política hospitalar/sistema de saúde (inexistência de educação pré-natal e cuidados rotineiros). Como forma de diminuir a taxa de episiotomia, as participantes incluem a melhoria da assistência obstétrica durante o parto, a reforma do sistema de saúde, a reforma da política hospitalar e a melhoria dos
--	--	-----------	--	---	--	--

						cuidados durante a gravidez.
Al-Ghammari, K., Al-Riyami, Z., Al-Moqbali, M., Al-Marjabi, F., Al-Mahrouqi, B., Al-Khatri, A. & Al-Khasawneh, E. (2016) Omã	<i>Predictors of routine episiotomy in primigravida women in Oman</i>	Determinar a prática e os fatores que influenciam a ocorrência da episiotomia de rotina em primigestas, no país de Omã.	Estudo transversal e quantitativo.	269 participantes, dos quais fizeram parte parteiras, médicos obstetras e enfermeiras generalistas, que exercem funções em 11 hospitais, que pertencem a cinco regiões de Omã.	Foram realizadas entrevistas no sentido de recrutar os participantes. Durante estas entrevistas os participantes deram o seu consentimento por escrito para participar no estudo e preencheram o questionário de pesquisa. Este instrumento de colheita de dados foi desenvolvido pelos investigadores e validado internamente através de um estudo piloto e assim, testar a confiabilidade do instrumento. O questionário incluía questões demográficas e questões sobre a prática de episiotomia de rotina em primigestas e o nível de concordância dos participantes com percepções retiradas da literatura sobre a prática de episiotomia, neste caso concreto. Esta prática foi analisada através de três principais questões, no sentido de conhecer a taxa da prática de episiotomia e as razões para a realizar ou não. Este estudo teve a aprovação ética da	Os participantes, onde estão incluídas as parteiras, referiram que para a realização de episiotomia de rotina em primigestas, estão inerentes os seguintes motivos: para prevenir complicações; para economizar tempo; facilitar a sutura; facilitar o parto; e para prevenir lacerações. A maioria dos participantes acreditava que a episiotomia em primigestas era considerada uma prática comum, recomendada e portanto, segura. Quando os participantes foram confrontados com as percepções existentes na literatura sobre esta temática, concordaram que a prática de episiotomia em primigestas evita lacerações perineais e a disfunção do pavimento pélvico, previne

					Universidade <i>Sultan Qaboos</i> e permissão prévia do Ministério da Saúde de Omã e dos hospitais envolvidos no estudo. O estudo foi realizado entre abril e julho de 2014. Os dados foram analisados através do <i>software SPSS</i> versão 21 (IBM, 2012).	a incontinência fecal, o sofrimento fetal e materno, ajuda na redução de complicações decorrentes da distocia de ombros, reduz a dor decorrente do parto, reduz a hemorragia, facilita a sutura e evita um parto instrumentado.
Hussein, S. A. A. A., Dahlen, H. G., Duff, M. & Schmied, V. (2016) Jordânia	<i>The barriers and facilitators to evidence-based episiotomy practice in Jordan</i>	Examinar as barreiras à prática de episiotomia baseada em evidências na Jordânia e identificar estratégias que podem ser eficazes na introdução da prática baseada em evidência.	Estudo qualitativo e quantitativo.	20 parteiras, 2 médicos obstetras, 3 gestores seniores, 8 enfermeiras generalistas e 2 auxiliares de enfermagem, com idades compreendidas entre os 24 e os 47 anos, que exercem funções na maternidade do Hospital <i>Princess Badeea</i>, em	Este estudo encontra-se dividido em três fases. Na primeira fase foram selecionados e analisados 300 registos de nascimentos, que incluíam mulheres múltiparas e primíparas com parto vaginal ou instrumentado. Na segunda fase foi colocado um folheto na maternidade para informar todos os profissionais de saúde acerca do estudo e desta forma a convidá-los a participar, tendo sido realizadas entrevistas semiestruturadas a 10 parteiras, 2 médicos obstetras e 3 gestores seniores. Estes participantes também preencheram um breve questionário com questões sociodemográficas e é	As parteiras que participaram na segunda e terceira fase do estudo referiram como motivo para a realização de episiotomia: a primiparidade; para evitar defeitos na forma vaginal; com receio de ocorrer lacerações perineais graves; a facilidade de sutura; com medo de repercursões no local de trabalho; para manter boas relações no local de trabalho; perante parturientes desinformadas e com uma visão negativa do nascimento. Assim, foi concluído que existem

				<i>Irbid</i> (norte da Jordânia).	importante referir que as entrevistas foram gravadas através de um gravador de áudio digital. Por fim, a terceira fase foi realizada passado um a dois meses da colheita de dados da primeira e segunda fase, onde existiu um recrutamento semelhante ao realizado na segunda fase, para a realização de uma sessão de discussão e <i>feedback</i> semiestruturada. Nesta sessão participaram parteiras, enfermeiras generalistas e auxiliares de enfermagem, após a obtenção do seu consentimento por escrito. Os dados obtidos da primeira fase foram analisados através do <i>SPSS</i> versão 20, enquanto que os dados referentes à segunda e terceira fase foram analisados de forma qualitativa, existindo uma análise por temática.	barreiras institucionais, individuais relativamente aos profissionais de saúde que exercem assistência ao parto e educativas relativamente ao conhecimento e modo de estar das mulheres durante o trabalho de parto e parto. Barreiras estas que demonstram que a prática de episiotomia na Jordânia não é baseada em evidência científica, mas sim em crenças e valores dos profissionais de saúde.
--	--	--	--	--	---	--

Apêndice VII – Poster sobre "*Empowerment*: Competências do enfermeiro obstetra para uma tomada de decisão compartilhada" realizado em contexto de cuidados de saúde primários

Carvalho, J. ⁽¹⁾; Nepomuceno, M. ⁽²⁾; Serra, I. ⁽³⁾
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

- (1) Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL
(2) Orientadora Clínica em Contexto de Cuidados de Saúde Primários
(3) Docente Orientadora da Unidade Curricular Estágio com Relatório

Introdução

Os profissionais de saúde têm a função de assegurar a participação ativa dos cidadãos, o que implica escolhas e autoresponsabilização ¹. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO) deve dedicar-se com o objetivo de informar e orientar a utente para uma tomada de decisão esclarecida, advogando e promovendo estratégias de *empowerment*. Este conceito é utilizado cada vez mais no contexto de cuidados pré-natais como um processo dinâmico, onde é necessário o desenvolvimento de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o casal ², e assim, levar à criação de estratégias de intervenção mais eficazes e motivadoras no âmbito do processo da gravidez, do trabalho de parto e adaptação à parentalidade.

Objetivo Geral:

- Refletir com a equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar sobre o *empowerment* da grávida para uma tomada de decisão partilhada.

Objetivos Específicos:

- Definir e identificar a importância do *empowerment* no contexto de cuidados de saúde;
- Reconhecer a importância do *empowerment* para a tomada de decisão partilhada;
- Refletir sobre o processo de tomada de decisão partilhada no contexto de cuidados pré-natais.

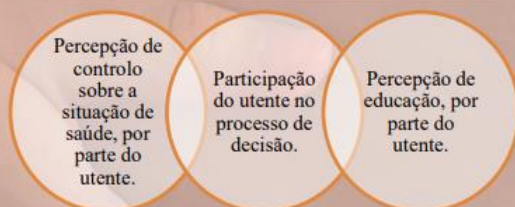
Metodologia

Pesquisa nas bases de dados científicas (CINAHL e MEDLINE), *websites* de organizações nacionais e internacionais (OE e Organização Mundial de Saúde (OMS)) e livros de referência.

Empowerment em Saúde ³

Segundo a OMS (1998) este é um processo psicológico, social, cultural ou político onde os cidadãos podem manifestar as suas necessidades e preocupações, determinar estratégias para se envolverem na tomada de decisão em saúde e concretizar ações que conduzam à satisfação das suas necessidades.

Dimensões do Empowerment ⁴



Assim, é necessário um processo de educação, colaboração, cooperação e mutualidade entre os elementos envolvidos, nomeadamente os profissionais de saúde. ⁵ Neste sentido, o profissional de saúde deve apoiar, ajudar e/ou criar condições para que os utentes se consciencializem e assumam o controlo sobre a sua situação de saúde.

Vantagens da promoção do Empowerment ⁶

Maior autonomia e independência dos utentes.

Tomada de decisão por parte dos utentes.

Poder de intervenção por parte dos utentes.

Empowerment nos Cuidados Pré-Natais ^{7,8}

O EESMO deve dedicar-se à adoção de estratégias promotoras de *empowerment* da grávida e casal, conhecendo as suas reais necessidades no âmbito da:

Consulta de enfermagem pré-natal

Preparação para o parto

Preparação para a parentalidade

Processo de Tomada de Decisão Partilhada

A participação do utente nos cuidados, mais concretamente, na tomada de decisão em enfermagem, permite considerar essa decisão como partilhada ⁹. A tomada de decisão partilhada está incluída na definição de cuidados de saúde centrados no utente ¹⁰.

Princípios do Sistema de Cuidados Centrado no Utente ¹¹:

Respeito/ Escolha e *Empowerment*/ Envolvimento dos utentes na Política de Saúde/ Acesso e Apoio/ Informação

Considerações finais

O utente tem o direito e a responsabilidade de participar, conforme as suas capacidades e preferências, como um parceiro na tomada de decisão nos cuidados de saúde, sendo assim crucial o desenvolvimento do seu *empowerment* ¹¹. No âmbito da Saúde Materna e Obstetrícia é necessário que o EESMO também possua elevado nível de *empowerment* para que os seus cuidados pré-natais sejam eficazes e assim, consiga influenciar as mulheres na sua capacitação em decisões para o trabalho de parto, parto e puerpério, e neste sentido contribuir para uma tomada de decisão partilhada onde está implícita a participação da grávida/casal nos cuidados de saúde prestados ².

1 - Barros, A. L. (2007). *Empowerment dos cidadãos em saúde: qual o papel do profissional de saúde? Qual a percepção do cidadão*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde Pública da Universidade de Lisboa. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
2 - Harrison, S. & Harrison, L. (2011). *Empowerment in the workplace context – a critical review and analysis*. *Midwifery*, Vol. 27, p. 811-816.
3 - Organização Mundial de Saúde (1998). *Health Promotion Glossary*. Actualizado a 4 de abril de 2021 e disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/health-promotion-glossary>
4 - Orlowski, R., Swanson, J. C., Ichniowski, L. W. (2006). *Dimensions of Patient Empowerment: Implications for Professional Services Markets*. *Health Marketing Quarterly*, Vol. 31, 3.

7 - Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 191/2019 - Regulamento das competências específicas de enfermagem obstétrica em enfermagem de saúde materna obstétrica. Diário da República, 2.ª série - n.º 95, p. 13566-13567, Lisboa, Portugal.
8 - Jardim, M. J. A., Silva, A. A. & Fonseca, L. M. B. (2019). *The Nurse's Contribution to Promoting and Ensuring Adherence to Prenatal Clinical Care: Evidence-Based Practice, Cuidado e Fundamental*.
9 - Flann, J. (2007). *Patient participation in clinical decision making in nursing – a literature review*. *International nursing review*, 52(2), 104-112.
10 - Guretski, M. et al. (1993). *Through the patient's eyes: understanding and promoting nursing research*. *Nursing News*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Apêndice VIII – Planeamento da sessão de formação sobre "Fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia: uma *scoping review*" realizado em contexto de bloco operatório de obstetrícia

Planeamento da Sessão de Formação

Formação: Fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia – uma revisão *scoping*.

Formadora: Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa sob orientação da Professora Isabel Serra.

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Bloco Operatório de Obstetria.

Objetivos:

- Exposição dos principais resultados e conclusões decorrentes da realização da revisão de *scoping*;
- Reflexão em equipa sobre a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia.

Data: 18 de setembro de 2021

Tempo Previsto: 25 minutos

Horário Previsto: 14h30 minutos

Módulos	Conteudos Programáticos	Recursos	Tempo
Apresentação	- Exposição do sumário.	- Expositivo - Expositivo/ Participativo - <i>Datashow</i>	2 minutos
Escolha da Temática	- Justificação da escolha da temática.		1 minuto
Contextualização da Temática	- Enquadramento teórico sobre a prática de episiotomia; - <i>Guidelines</i> sobre a prática de episiotomia; - Enquadramento teórico sobre o processo de tomada de decisão, mais especificamente na prática de cuidados de enfermagem;		5 minutos
Planeamento e Metodologia de Pesquisa	- Objetivo da revisão de <i>scoping</i> ; - Questão de pesquisa científica; - Método de pesquisa científica.		2 minutos
Resultados e Conclusões de Pesquisa	- Apresentação dos principais resultados da revisão de <i>scoping</i> ; - Apresentação das principais conclusões da revisão de <i>scoping</i> .		5 minutos
Reflexão Final	- Esclarecimento de dúvidas; - Momento de partilha sobre a experiência profissional dos formandos; - Apresentação das referências bibliográficas.		10 minutos

Apêndice IX - Sessão de formação sobre "Fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia: uma *scoping review*" realizada em contexto de bloco operatório de obstetrícia

Docente Orientadora:
Isabel Serra

Mestranda:
Ana Carvalho

Mestranda:
Enfermeira Joana Carvalho

- ### *Episiotomia*

- ### *Escolha da temática*

-

-

[illegible]

Tomada de Decisão em Enfermagem

O processo de tomada de decisão clínica em enfermagem tem presente o raciocínio analítico bem como o intuitivo, sendo a componente analítica muito importante para prática clínica de qualidade (Lamond & Thompson, 2000, citados por Jesus, 2006).

- A tomada de decisão em enfermagem, baseada na evidência, desenvolveu-se, tornando-se um modelo presente na decisão clínica. A teoria deve ser utilizada para tomar decisões na prática (Thompson et al., 2004).

A newborn baby is wrapped in a white cloth and held by a person wearing a green surgical gown and a white mask. The baby's face is visible, and the person's hands are gently holding the baby. The background is a solid light blue color.

-

Tomada de Decisão em Enfermagem



Teoria Interpretativa de Benner (2001) – “De Iniciada a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem”



Tomada de Decisão Partilhada

A participação do doente nos cuidados, mais especificamente, na tomada de decisão em Enfermagem, faz com que essa tomada de decisão seja partilhada.

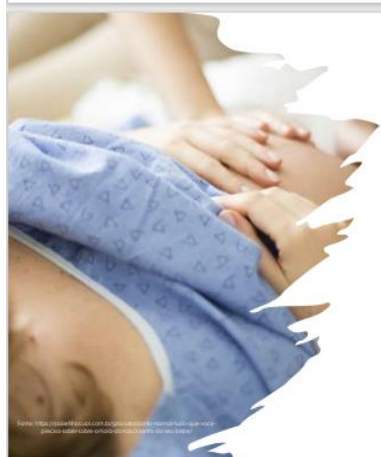
A decisão clínica partilhada é um dos elementos incluídos na definição dos cuidados de saúde centrados no doente (Gerstein et al., 1993).



Tomada de Decisão Partilhada

Princípios do Sistema de Saúde Centrado no Doente (IAPO, 2006):

- ✓ Respeito;
- ✓ Escolha e Empowerment;
- ✓ Envolvimento do doente na política de saúde;
- ✓ Acesso e Apoio;
- ✓ Informação.



Planeamento e Metodologia de Pesquisa

Revisão de Scoping – Mapear a evidência científica disponível sobre os fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia.

Questão de Pesquisa – “O que influencia a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia?”

Palavras-chave: enfermeiro obstetra, tomada de decisão, episiotomia.

Pesquisa realizada na Plataforma **EBSCOhost** nas bases de dados **CINAHL** e **MEDLINE**.



Resultados e principais conclusões da pesquisa

Artigo – “Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery” (Wu, L. C., Malhotra, R., Allen Jr., J. C., Lie, D., Tan, T. C. & Østbye, T., 2013)

Resultados

Fatores de Risco para a Prática de Episiotomia:

- Primiparidade;
- Idade Materna;
- Etnia Materna;
- Macrossomia Fetal;
- Idade da Enfermeira Obstetra.

Razões para a Tomada de Decisão da Enfermeira Obstetra para a Prática de Episiotomia:

- Primiparidade;
- Sofrimento Fetal;
- Fraco esforço materno durante o período expulsivo.

Conclusões

A realização de episiotomia por parte das enfermeiras obstetras é realizada muitas vezes de forma precipitada, devido a:

- Receio de contribuir para a ocorrência de uma laceração perineal grave, se evitar esta prática;
- Falta de conhecimento sobre as guidelines mais atuais;
- Inexistência de protocolos/guidelines de atuação no serviço de prestação de cuidados.

Resultados e principais conclusões da pesquisa

Artigo – “What factors influence midwives decision to perform or avoid episiotomies? A focus group study” (Wu, L. C., Lie, D., Malhotra, R., Allen Jr., J. C., Tay, J. S. L., Tan, T. C. & Østbye, T., 2013)

Resultados

Razões apontadas pelas Enfermeiras Obstetras para realizar episiotomia:

- Fatores Maternos (Primiparidade; Períneo desfavorável como um períneo curto e rígido; 2º estágio do trabalho de parto prolongado; Pobre esforço materno; História de laceração grave);
- Fatores Fetais (Macrossomia e Sofrimento Fetal);
- Outros Fatores (Pedido da utente; Facilidade na sutura; Acelerar o parto; Prevenção de múltiplas lacerações; Prevenção de lacerações de III e IV grau; Laceração iminente).

Razões apontadas pelas Enfermeiras Obstetras para evitar a episiotomia:

- Melhor recuperação da utente;
- Pedido da utente;
- Reputação profissional;
- Satisfação profissional.

Resultados e principais conclusões da pesquisa

Artigo – “What factors influence midwives decision to perform or avoid episiotomies? A focus group study” (Wu, L. C., Lie, D., Malhotra, R., Allen Jr., J. C., Tay, J. S. L., Tan, T. C. & Østbye, T., 2013)

Resultados

Fontes de informação influenciam a prática:

- O passado da prática profissional em contexto de aprendizagem;
- A experiência profissional;
- Influência da prática dos nossos colegas profissionais sob a nossa própria prática;
- Falta de protocolo de atuação.

Tendência da taxa de episiotomia:

- Decréscimo na realização desta prática, devido à presença de profissionais e utentes mais informados;
- Muito frequente em mulheres primíparas;
- Prática mais utilizada por médicos obstetras do que pelas enfermeiras obstetras.

Resultados e principais conclusões da pesquisa

Artigo – “What factors influence midwives decision to perform or avoid episiotomies? A focus group study” (Wu, L. C., Lie, D., Malhotra, R., Allen Jr., J. C., Tay, J. S. L., Tan, T. C. & Østbye, T., 2013)

Conclusões

Os cuidados de enfermagem mostraram-se ser centrados na mulher.

As enfermeiras obstetras demonstram estar recetivas à prática de episiotomia de acordo com as guidelines mais atuais, com o objetivo de diminuir a taxa de realização de episiotomia, mas comprovou-se a falta de conhecimento sobre as mesmas.

As participantes neste estudo consideram a redução da taxa de episiotomia como um resultado positivo, existindo maior satisfação e reputação no local profissional.

A interpretação do profissional de saúde sobre o processo do parto é muito subjetivo e variável, logo é difícil avaliar a necessidade da prática de episiotomia.

As visões e diferentes experiências das enfermeiras obstetras devem se tornar estratégias para mudar a prática de episiotomia.

Reflexão Final

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

Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros (2019)

"Toda a mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso."

Organização Mundial de Saúde (2014)

Referências Bibliográficas

- ✓ Anwar, M. M., & Hadd, L. (2008). O papel da epistémia no obstetico moderno. *Revista*, 34 (1), 47-54.
- ✓ Barros, P. (2001). De incógnito o parto: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra, Portugal: Quêntica Editora, 2001.
- ✓ Chen, L., Raval, M., Allen, M., Allen, C., Liu, D., Chen, T., & Tsui, T. (2013). Risk factors and maternal-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Birth*, 40(4), 258-264.
- ✓ Cornett, M. et al. (1995). Through the patient's eyes: understanding and promoting patient centered care. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- ✓ UNO (2004). Declaration on Patient-Centered Healthcare. Acessado a 12 de outubro de 2020 e disponível em: <https://www.who.org/act/declaration/declaration.pdf>, 2014.pdf
- ✓ Jacsó, É. e. (2008). *Problemas de realidade Cognitiva e Processos de Decisão Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Tomazini.
- ✓ Lourenço, D., & Pires, S. (2019). *Enfermagem na maternidade (7^{ed})*. Lisboa, Portugal: Lusobooks.
- ✓ Magrinis, E. M., Li, C., et al. C. A., Toy, L. L., Kishimoto, A., Sun, J. C., Jones, D., & Dillman, T. (2012). Infant factors influence mothers' decision to perform or avoid episiotomy: A focus group study. *Am JPN*, 140-146.
- ✓ Nazari, A. H., Vasei, G. H. A., Aguiar-de-Campos, D., Rome, A., Gupta, S., Barreto, E., de Beriti, L., Di Berito, G. C., Escobar, M. F., Lloyd, L., Nicholson, W. F., Shah, F. F., Stone, M., Sun, L., Swain, D., & Matsui, S. (2019). FICO Statement: Aesthetic use rather than routine use of episiotomy. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 146(1), 1-14.
- ✓ Neves, M. (2002). Intervenções de enfermagem – saúde e bases do tomado de decisão pela enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 4(2), 3-13.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2012). Documento de consenso "Direito ao parto normal – um voto partilhado". Lisboa: Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Organização Mundial de Saúde (2014). *Promoção e eliminação de abusos, desrespeito e mau-trato durante o parto em instituições de saúde*. Acessado a 1 de outubro de 2020 e disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/142201/1/142201.pdf>
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 2/2019 – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especializado em enfermagem de saúde materna e ginecologia. *Diário da República*, 2^a série, n.º 85, p. 1562 - 1566, Lisboa, Portugal. Acessado a 1 de outubro de 2020 e disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/webui/14550/15621566.pdf>
- ✓ Tammis, J., et al. (2012). Physical, patient, and contextual factors affecting treatment decisions in older adults with cancer and modes of decision making: a decision making. *Oncology Nursing Forum*, 39(1), 70-83.
- ✓ Thompson, C., Cullen, M., McCaughan, D., Whelan, T. & Raftery, P. (2006). Nurses' information use and clinical decision making – the role of the patient in evidence-based decision making. *Evidence-Based Nursing*, 7, pp. 48-73.
- ✓ World Health Organization. (2018). *Antepartum care for a positive childbirth experience*.

Apêndice X - Poster sobre "Fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia: uma *scoping review*" apresentado no Congresso Científico (CMIN Summit 2021 - "Nascer e Crescer Saudável no Séc. XXI")

Fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia: uma *scoping review*

Carvalho, J. ⁽¹⁾; Serra, I. ⁽²⁾; Serrão, I. ⁽³⁾; Oliveira, P. ⁽³⁾.
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

(1) Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na ESEL (joana-carvalho@campus.esel.pt)

(2) Docente Orientadora da Unidade Curricular Estágio com Relatório

(3) Orientadoras Clínicas em Contexto de Bloco de Partos

Introdução:

A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais utilizados na assistência ao parto, que tem sido alvo de estudo científico nos últimos anos com o objetivo de humanização do parto e nascimento. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1996), esta é uma prática utilizada na sua grande maioria de forma inadequada, sendo assim recomendado o seu uso de forma restrita ¹. Assim, torna-se importante entender quais os fatores que estão inerentes a este processo de tomada de decisão, promovendo a reflexão sobre a prática de cuidados especializados em enfermagem.

Objetivo:

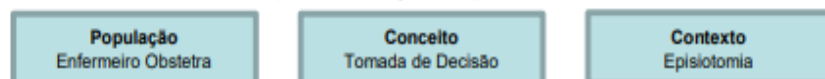
Mapear a evidência científica existente sobre os fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia.

Palavras-Chave:

Enfermeiro obstetra, tomada de decisão, episiotomia.

Metodologia:

Desenvolvida uma *scoping review* de acordo com o método *Joanna Briggs Institute* ², em abril de 2021. Com esta revisão pretendi dar resposta à questão de investigação: "O que influencia a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia?".



CrITÉRIOS DE INCLUSÃO: Artigos que incluíram o que influencia a tomada de decisão do enfermeiro obstetra a realizar episiotomia; e artigos que incluíram todo o tipo de estudos, com texto integral disponível, escritos na língua portuguesa, inglesa ou espanhola e publicados nos últimos oito anos.

CrITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Artigos que não estavam disponíveis para consulta em texto integral, fora do contexto da pesquisa ou realizados com outra população.

Pesquisa Bibliográfica da Evidência Científica: Base de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete, através da plataforma EBSCOhost Integrated Search, utilizando os operadores booleanos "OR" e "AND" nas diferentes bases de dados, de forma a combinar os termos de linguagem natural (*midwives; nurse midwives; decision making; episiotomy*) e indexados (*obstetric nursing; nursing practice; advanced nursing practice; nursing faculty practice; midwifery; maternal-child nursing; nursing practical; nurse midwives OR psychology; decision making, clinical; critical thinking; clinical decision-making; problem solving*) entre si. Dentro de cada termo da questão, as palavras foram unidas com o operador booleano "OR" e entre os termos da questão foi aplicado o operador booleano "AND".



Fatores Fetais

- ✓ Macrossomia fetal ^{3,4}
- ✓ Sofrimento fetal ^{3,4}

Fatores Maternos

- ✓ Primiparidade ^{3,4}
- ✓ Périneo com características desfavoráveis ⁴
- ✓ Fraco esforço materno durante o período expulsivo ^{3,4}
- ✓ 2º estadiu do trabalho de parto prolongado ⁴
- ✓ História de laceração grave ⁴

Razões para realizar episiotomia

Outros Fatores

- ✓ Pedido da utente ⁴
- ✓ Facilidade na sutura ⁴
- ✓ Acelerar o parto ⁴
- ✓ Prevenção de múltiplas lacerações ⁴
- ✓ Prevenção de lacerações de III e IV grau ⁴
- ✓ Laceração iminente ⁴

Razões para evitar a prática de episiotomia

- ✓ Melhor recuperação materna ⁴
- ✓ Pedido da utente ⁴
- ✓ Reputação profissional ⁴
- ✓ Satisfação profissional ⁴

Resultados:

O processo de tomada de decisão é complexo, existindo vários fatores que influenciam o enfermeiro obstetra na prática de episiotomia ^{3,4}. Foram incluídos nesta *scoping review* 2 artigos que cumpriram os critérios de inclusão, tendo sido avaliadas as principais razões apontadas pelos enfermeiros obstetras para realizar ou evitar a prática de episiotomia. Os dois estudos utilizaram grupos focais para identificar os fatores que estavam inerentes à tomada de decisão dos enfermeiros obstetras.

Conclusão:

A tomada de decisão é influenciada sobretudo pela visão e experiência profissional dos enfermeiros obstetras, sendo importante verificar que alguns dos fatores apontados estão presentes nas atuais diretrizes internacionais para a prática de episiotomia ⁴. Assim, é essencial o debate e consciencialização sobre esta prática para que a mulher seja cuidada de forma digna e respeitosa, atingindo o seu melhor padrão de saúde ⁵.

Referências Bibliográficas:

1. Organização Mundial de Saúde (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Genebra, Suíça: Maternal and Neonatal Health/Childbirth Unit. Acesso a 05 de abril de 2021 e disponível em: <https://portal.unicef.org/indicators/indicators-in-context-a-practical-guide/>
2. Peters, M., G., G., P. M., Z. M., AC, T., & Khalil, H. (2017). *Guidance for the Conduct of a Scoping Review*. Chapter 11. *Scoping Review: Scoping Review, Understanding Scoping Reviews: Definition, Purpose, and Process*. Acesso a 05 de abril de 2021 e disponível em: http://www.researchgate.net/publication/318713589_2017_Guidance_for_the_Conduct_of_a_Scoping_Review
3. Chien, L., Rahul, W., John, M., Allen, C., Liu, G., Chye, T., & Tsai, T. (2013). Risk factors and mother-reported reason for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. 1269-1284.
4. Matheis, R., Wu, A., G., G., A., W., J. B. L., Mendenhall, A., Sun, T. C., Hsu, M. D., & Chetty, T. (2013). What factors influence midwives' decision to perform or avoid episiotomy? A focus group study. *Midwifery*, 29, 943-949.
5. Organização Mundial de Saúde (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Acesso a 05 de abril de 2021 e disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/135883/WHO-WP_14.23_por.pdf

Apêndice XI - Questionário e respectivo consentimento informado

Nº código:

QUESTIONÁRIO GOOGLE FORMS

O meu nome é Joana Filipa Simões Carvalho, sou enfermeira e estudante do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e encontro-me a realizar um estudo sobre a “Episiotomia: Competências do enfermeiro obstetra para uma tomada de decisão partilhada”. O objetivo desta colheita de dados é identificar quais os fatores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia e identificar de que forma o processo de tomada de decisão partilhada está inerente à prática de episiotomia.

Neste sentido, solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário e asseguro que serão mantidos o anonimato e a confidencialidade da colheita efetuada e que todos os dados recolhidos serão usados para fins académicos ou para divulgação científica, sendo posteriormente destruídos após cinco anos.

Consentimento Informado

Declaro ter sido informado e esclarecido acerca dos objetivos do presente estudo e que os dados serão utilizados apenas para fins académicos e científicos. Consinto a minha participação, sabendo que a qualquer momento sou livre de cessar o meu contributo para o mesmo, se assim o desejar.

- ☐ Sim
- ☐ Não

Dados Sociodemográficos

1. Género:

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

2. Idade ____ (anos)

Nº código:

3. Formação Académica:

- ☐ Especialidade
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

3.1. Área Específica _____

4. Tempo de experiência profissional enquanto EEESMO _____(anos)

Questões

1. Considera que a prática de episiotomia é realizada de forma rotineira no serviço onde exerce funções?

- ☐ Sim
- ☐ Não

2. Dos partos que acompanhou, qual pensa ter sido a percentagem estimada de episiotomias efetuadas:

- ☐ Entre 75% a 100%
- ☐ Entre 50% a 74%
- ☐ Entre 25% a 49%
- ☐ Entre 0% a 24%

3. Que vantagens /benefícios identifica da realização da episiotomia?

4. Que desvantagens /malefícios identifica da realização da episiotomia?

Nº código:

5. O que o influencia a realizar a prática de episiotomia? Explícite as razões que influenciam o seu raciocínio e julgamento clínico que o levam à tomada de decisão.

6. Inclui a mulher no seu processo de tomada de decisão para a realização de episiotomia?

- ☐ Sim
☐ Não

- 6.1. Se respondeu que sim, justifique de que forma o faz.

7. Que evidência científica ou que guidelines suportam a sua tomada de decisão no que se refere à prática de episiotomia?

8. Considera importante esta temática? Justifique a sua resposta.

Nº código:

Obrigado pela sua participação!

Caso seja necessário algum esclarecimento ou obtenção dos dados decorrentes deste estudo pode contactar-me através do seguinte e-mail: joana-carvalho@campus.esel.pt

Apêndice XII - Análise de conteúdo do questionário - categorias e subcategorias

Análise de conteúdo do questionário online em formato *Google Forms* – categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo	Unidades de Frequência
Vantagens/Benefícios da prática de episiotomia	Proteção fetal	“(…) de segurança do recém-nascido (…)” Q01 “(…) o feto está em sofrimento (…)” Q02 “Facilitação da saída da apresentação fetal em casos de desacelerações (…)” Q08 “Protecção polo fetal em caso de prematuridade.” Q15 “(…) de distocia traz vantagens nas manobras.” Q22 “(…) perante CTG de categoria 3, grandes prematuros (…)” Q27 “(…) sofrimento fetal (…)” Q28 “(…) ajuda em manobras em casos de distocia de	9

		ombros.” Q29 “EFNT (...)” Q33	
	Facilitar e abreviar o período expulsivo	“(...) é necessário abreviar o expulsivo.” Q02 “Facilitar a passagem do bebê (...)” Q05 “Facilitar/abreviar a extração do feto (...)” Q06 “(...) demora no período expulsivo (...)” Q08 “Facilita expulsão.” Q09 “Facilitar a expulsão do bebê.” Q12 “Abreviar período expulsivo (...)” Q17 “Acelerar o período expulsivo.” Q21 “Abreviar período expulsivo (...)” Q27 “Abreviar o parto (...)” Q28 “Abreviação período expulsivo (...)” Q31	11

	Prevenção de lacerações	“Não haver lacerações. (...)” Q04 “Prevenção de lacerações graves.” Q07 “(…) Prevenção de lacerações descontroladas (...)” Q08 “Menos rotura dos tecidos. Périneos mais íntegros. (...)” Q10 “Evitar lacerações grau 3/4.” Q11 “(…) prevenir laceração perineal e uretrais graves.” Q17 “Evita lacerações do períneo e do esfíncter retal (...) das estruturas envolventes.” Q19 “Evitar lacerações de 3 e 4 grau no caso de má proteção do períneo (...)” Q25 “Prevenção de laceração de grau 4.” Q26 “(…) previsão de lacerações perineais de grau 3 ou superior.” Q27 “(…) prevenção de lacerações perineais graves.” Q28	13
--	-------------------------	---	----

		“Prevenção de lacerações grau II (...)” Q29 “(…), diminuição do risco de múltiplas lacerações/grandes lacerações – grau III e IV.” Q31	
	Facilitar a reconstrução perineal	“(…) Facilitar a reconstituição do períneo (...)” Q04 “(…) Facilidade da sutura (...)” Q08 “Facilita perineorrafia.” Q23	3
	Caraterísticas do períneo e bacia materna	“(…) pelas características anatómicas da mãe.” Q01 “(…) em períneos muito tensos.” Q05 “(…) em períneos que não cedem.” Q06 “(…) períneo pouco elástico.” Q25 “(…) a rigidez perineal (...)” Q28 “(…) períneos pouco elásticos e sangrativos.” Q33	6

	Melhor recuperação materna	“(...) Melhor recuperação puerpério.” Q10	1
	Sem vantagens/benefícios	“Sem vantagens.” Q03 “Nenhuma.” Q13 “(...) não tem vantagens nem benefícios.” Q14 “Não verifiquei (...)” Q16 “Nenhuma.” Q18 “Nenhuma.” Q20 “Nenhum.” Q24 “Nenhum benefício.” Q30 “Não identifico.” Q32	9
	Risco de incontinência urinária e fecal	“(…), incontinência urinária e fecal.” Q17 “(…) complicações uroginecológicas a médio/longo	2

Desvantagens/Malefícios da prática de episiotomia		prazo.” Q30	
	Risco de hemorragia	“(…), hemorragia (…)” Q17 “Hemorragia.” Q21	2
	Risco de infecção	“(…), de infecção.” Q02 “Ferida cirúrgica numa zona suja (…)” Q11 “(…), infecções (…)” Q17 “(…), risco de infecção.” Q25	4
	Trauma perineal e outras alterações/lesões	“(…) impor um trauma muito maior no períneo (…)” Q01 “Falta de distensão do períneo, risco de lesar outras estruturas (…)” Q04 “(…), danifica musculatura de forma permanente.” Q05	9

		“Traumatismo desnecessário no períneo (...)” Q06 “(...) risco de corte de terminações nervosas.” Q08 “Rotura artificial dos tecidos. Feridas maiores.(...)” Q10 “Alteração da anatomia e fisiologia.” Q12 “Maior lesão tecido e muscular.” Q16 “Maior risco de laceração perineal (...)” Q17	
	Prática mutiladora	“É mutiladora (...)” Q05 “Castração.” Q13	2
	Prática desnecessária	“Pode ser desnecessária (...) assim é menos um corte.” Q07 “Traumatismo desnecessário (...)” Q06 “(...) sem necessidade.” Q11 “Corte desnecessário (...)” Q32	4

	Dor/Desconforto	“(…) dor no pós parto (…)” Q02 “(…), dolorosa (…)” Q05 “Dor.” Q09 “Mais dor.” Q10 “(…) dor no pós parto (…)” Q17 “(…) dor no processo de cicatrização (…)” Q18 “Dor no pós parto (…)” Q21 “Dor (…)” Q22 “Dor, desconforto (…)” Q24 “Desconforto para a utente (…)” Q25 “(…), desconforto.” Q26 “Desconforto para a mulher (…)” Q27 “Dor no pós parto (…)” Q28 “Desconfortos para a puérpera.” Q29	14
--	-----------------	---	----

	Implicações na recuperação materna no pós-parto	“Maior tempo de recuperação.” Q03 “(…) Recuperação mais difícil.” Q04 “Maior demora da cicatrização (…)” Q08 “(…) difícil recuperação no pós-parto (…)” Q14 “(…) mais dificuldade de cicatrização.” Q22 “Para a puérpera.” Q23 “(…), dificuldade no cuidar do bebê (…)” Q24 “(…) deiscência da sutura (…)” Q25 “(…), auto-estima da mulher (…)” Q27 “(…), impacto na auto imagem da mulher, alteração dos tecidos após cicatrização (…) na sua elasticidade e tonicidade.” Q28 “Recuperação pós-parto, (…)” Q30 “Recuperação pós parto.” Q31 “Recuperação materna.” Q33	13
--	--	--	-----------

	Compromisso da sexualidade do casal	“(…), risco de dispareunia (…)” Q02 “(…) influência na intimidade do casal.” Q14 “(…), dispareunia (…)” Q17 “(…) desconforto durante as relações sexuais.” Q18 “(…), alteração na vida sexual.” Q24 “Dispareunia pós-parto (…)” Q26 “(…), sexualidade do casal.” Q27 “(…), dispareunia (…)” Q28	8
	Sem desvantagens/malefícios	“(…) não tem desvantagem ou malefícios.” Q15 “Nenhuma.” Q19	2
	Sufrimento fetal	“Bem estar fetal, premência no período expulsivo (…)” Q01	18

Fatores que influenciam a tomada de decisão para a prática de episiotomia		“Situações de sofrimento fetal (...)” Q02 “Sinais de sofrimento fetal (...)” Q04 “(…), dificuldade na descida, bradicardia fetal (...)” Q07 “(…) demora na saída associada a desaceleração (...) bradicardia fetal (...)” Q08 “Sofrimento fetal.” Q10 “(…) expulsão do bebê está demorada e este está a desacelerar.” Q12 “(…) de sofrimento fetal.” Q14 “Sofrimento fetal (...)” Q16 “Presença de CTG suspeito ou patológico (...)” Q17 “Dificuldade na expulsão da cabeça fetal.” Q18 “CTG patológico.” Q21 “(…), sofrimento fetal.” Q26 “(…) alterações no CTG sugestivas de sofrimento fetal.” Q28	
---	--	---	--

		“(…) abreviar período expulsivo por estado fetal não tranquilizador.” Q30 “(…), sofrimento fetal.” Q31 “Sofrimento fetal.” Q32 “EFNT (…)” Q33	
	Prematuridade fetal	“Prematuridade do feto (…)” Q15 “(…), período expulsivo prolongado em pré termo.” Q16 “(…), partos pré termo (…)” Q19	3
	Caraterísticas fetais	“Evolução da coroação da apresentação (…), avaliação das dimensões da cabeça fetal (…)” Q05 “Percentil do bebé (…)” Q07 “(…)/apresentação.” Q09 “(…), tipo de apresentação.” Q19	6

		“(…), tamanho do RN.” Q22 “(…), distócia de ombros (…)” Q26	
	Paridade materna	“(…) primipara ou multipara (com partos vaginais), (…)” Q25	1
	Consentimento da mulher	“Explico a utente e com o seu consentimento realizo.” Q25	1
	Colaboração materna no período expulsivo	“(…), colaboração da mesma no período expulsivo (…)” Q01 “(…), exaustão materna (…)” Q17	2
	Caraterísticas do períneo e da bacia materna	“(…), condições anatómicas e fisiológica da parturiente (…)” Q01 “Períneo rijo (…)” Q04	16

		“(…), elasticidade dos tecidos (…), coloração e comportamento do tecido perineal (…) (distensão e elasticidade).” Q05 “Bacia/períneo (…)” Q09 “Períneo rígido (…)” Q10 “(…), falta de elasticidade evidente do períneo.” Q15 “(…) períneo muito curto.” Q17 “A não elasticidade do períneo (…)” Q19 “As condições do períneo.” Q20 “Tipo de períneo (…)” Q22 “(…) não há mais espaço (…) obscurecidos estão completamente distendidos.” Q23 “Visualizo o períneo e a sua elasticidade (…)” Q25 “Fragilidade tecidual no início da coroação do pólo cefálico fetal, rigidez perineal (…)” Q28 “Avaliação do períneo e observação da distensão do	
--	--	---	--

		mesmo (...)” Q29 “Integridade e características dos tecidos (...)” Q31 “(...) períneos pouco elásticos e sangrativos.” Q33	
	Risco de lacerações perineais	“Risco de grandes lacerações.” Q03 “Risco de laceração.” Q04 “Receio do aparecimento de lacerações graves no períneo.” Q06 “(…), estiramento excessivo dos tecidos (...)” Q07 “(...) sinais de laceração eminente; Receio de lacerações descontroladas (...) risco de laceração descontrolada (...)” Q08 “Possível laceração grau 4 (...)” Q26 “Prevenir laceração superior a grau II (...)” Q30	7
	Experiência e formação	“(...) a formação.” Q06	2

	profissional	“Experiência (...)” Q11	
	Relação entre enfermeiro/mulher	“(...) ligação do enfermeiro que faz o parto e da mulher que está em período expulsivo.” Q01	1
	Nenhum fator	“Não realizo episiotomia (...) não há vantagens/benefícios para o parto.” Q13 “Não realizo.” Q24 “Não realizo episiotomia (...)” Q27	3
Processo de tomada de decisão partilhada	Identificação das expetativas/desejos da mulher	“no momento da admissão, validando as expectativas da mulher ao longo de todo o trabalho de parto.” Q01 “Identifico previamente qual o desejo da mulher, e se a mesma conhece riscos e benefícios da episiotomia.” Q05 “(....) questionar a mulher se pretende que não se faça episiotomia (...)” Q06	3

	Transmissão de informação	“Importante clarificar, todas as opções (...)” Q01 “Explico e exponho a minha tomada de decisão.” Q03 “Informo das razões da minha intenção (...), antes de fazê-la.” Q04 “(…) e colocá-la a par caso seja necessário efetuar.” Q06 “Explico à mulher (e companheiro se presente) (...)” Q08 “Todo o procedimento deve ser explicado segundo o nosso código deontológico.” Q11 “Informo o casal que não realize episiotomias (...)” Q13 “Explico os motivos à parturiente (...)” Q14 “Verbalmente.” Q15 “Explico a razão da necessidade (...). E que será executado se for mesmo necessário.” Q16 “Explico o motivo (...)” Q17 “Verbal.” Q18	22
--	---------------------------	--	----

		“Explicar o que está a acontecer (...)” Q21 “Explico antecipadamente que a decisão da episio vai ser tomada de acordo com a necessidade (...)” Q23 “Antes do parto explico o que é, e quando é que tem que ser realizada. (...) que só faço se vir necessidade para tal. (...) que não realizo por rotina (...)” Q25 “Informo que considero ser necessária (...)” Q26 “Converso com a mulher/casal (...) acerca das poucas situações que podem levar-me a pedir-lhe (...)” Q27 “Exponho o porquê da minha necessidade em efetuar (...)” Q28 “Explicar a mulher os casos em que poderá ser necessário (...) e o motivo para ser necessária.” Q29 “(...) abordar o tema da episiotomia (...)” Q30 “(...), justificando a causa (...)” Q31 “Informo sobre situação clínica do bebé (...)” Q33	
--	--	--	--

	Obtenção do consentimento informado	“(…) a mulher decida de forma consciente partilhando isso com o profissional.” Q01 “Se decidir que vou realizar episiotomia pergunto (…) se posso realizar a mesma.” Q05 “(…) solicito o seu consentimento antes de proceder ao mesmo.” Q08 “(…) peço o consentimento.” Q14 “(…) peço o seu consentimento.” Q17 “Questionando se autoriza que o faça.” Q20 “(…) questionar a mulher.” Q21 “(…), pergunto se posso fazer.” Q25 “(…) pedir-lhe autorização para realizar a episiotomia.” Q27 “(…) questiono para obter o seu consentimento.” Q28 “(…) solicitar consentimento caso haja necessidade de	14
--	-------------------------------------	---	----

		realizar (...)” Q30 “Questionando a parturiente quanto a realização do procedimento (...)” Q31 “Consentimento informado e esclarecido.” Q32 “(...) peço autorização.” Q33	
	Respeito pelos direitos e escolhas da mulher/casal	“Se a utente diz que não quer de jeito nenhum não o vou fazer. A não ser que esteja em causa a vida.” Q10 “(...) peço o consentimento. Se ela não der, não realizo.” Q14	2
Evidência científica/Guidelines que	Organizações nacionais e internacionais	“OMS.” Q01 “OMS, ICM, APEO, APDMGP.” Q02 “Guidelines da OMS, orientação do colégio da Especialidade, quer médico, quer de enfermagem, guidelines da ordem dos enfermeiros para a ESMO (...)” Q05	15

fundamenta a tomada de decisão		“As guidelines quer da OMS quer da ordem dos enfermeiros (...)” Q07 “A OMS (...)” Q08 “(…) OMS.” Q17 “NICE.” Q18 “Organização Mundial de Saúde.” Q21 “OMS.” Q22 “OMS, FIGO.” Q24 “Guidelines da OMS.” Q25 “Organização mundial de saúde, ACOG, APEO.” Q26 “(…) OMS.” Q28 “OMS.” Q31 “OMS, ACOG, NICE.” Q32	
--	--	--	--

	Experiência e formação profissional	“O conhecimento de anatomia e fisiologia, (...) experiência profissional.” Q04 “Experiência (...)” Q09 “(...) própria evidência da prática clínica.” Q11 “(…), workshop, formação profissional.” Q16 “Congressos com divulgação de estudos.” Q23 “(...) experiência profissional.” Q29	6
	Documentação científica	“(…), entre outros estudos internacionais.” Q05 “(...) estudos sobre o tema.” Q09 “Estudos científicos.” Q10 “Publicações de âmbito científico (...)” Q11 “Revisão bibliográfica (...)” Q16 “Estudos (...)” Q27	7

		“Artigos científicos (...)” Q29	
	Outras	“A mesma dos que defendem a não realização de episiotomia.” Q15 “Evitar o sofrimento fetal e mais fácil cicatrização.” Q19 “A mesma resposta que leva à tomada de decisão de realizar.” Q30	3
	Nenhuma evidência científica	“Nenhuma.” Q03 “Não faço episiotomia por rotina.” Q06 “Não há evidência científica para a prática de episiotomia.” Q13 “Nenhuma. Muitas das vezes que fiz, fui pressionada por colegas mais experientes e por médicos.” Q14	5

		“Não efectuo episiotomia rotineira.” Q20	
Importância da tomada de decisão partilhada	Temática importante	“Cada vez mais, mas essencialmente uma discussão (...) de abordar as novas temáticas da obstetrícia. (...) A promoção de um parto como ato natural, fisiológico (...) uma literacia em saúde dirigida e bem estruturada. A decisão da mulher, a centralidade em todo o processo (...), deve ser bem acompanhada (...), mas essencialmente bem esclarecida (...). A participação dos enfermeiros deve partir de outra premissa, apoiando uma escolha consciente (...)” Q01 “Muito importante (...) investir cada vez mais em formação para uma prática de cuidados holísticos e com qualidade.” Q02 “Sim.” Q03 “Sim, (...) pode comprometer o futuro obstétrico e a sexualidade da mulher.” Q04	31

		“Considero importante (...). Cada mulher tem direito a decidir sobre o seu corpo, desde que devidamente esclarecida (...). A formação dos profissionais desta área deve ser ajustada e ter em consideração os desejos da mulher, desde que devidamente esclarecida.” Q05 “Sim, para se combater o uso da episiotomia como prática rotineira.” Q06 “Sim. É sempre importante discutir temas que nos façam evoluir profissionalmente e pensar para evoluir!” Q07 “(…) a episiotomia considerada de forma indiscriminada como violência obstétrica pelos média parece-me que a temática está na ordem do dia e é muito pertinente.” Q08 “Sim, para melhorar conhecimento.” Q09 “Sim. Faz parte da prática diária.” Q10 “Sim.” Q11 “Sim” Q12 “Sim, (...) a tomada de decisão para realizar a episiotomia é da parturiente. O corpo é da mulher e é ela	
--	--	---	--

		que decide.” Q13 “Considero muito importante e gostaria que todos os profissionais se regessem pela evidência científica atual e que as suas intervenções fossem para benefício da mulher/casal (...)” Q14 “Sim, desmitificar crenças sobre as vantagens de uma episiotomia.” Q16 “Sim, pois é uma prática obstétrica que só é útil se existir critérios bem definidos para a sua utilização.” Q17 “Sim, a episiotomia não tem que ser uma prática rotinária. Apenas quando seja necessário.” Q18 “Sim para abolir a utilização rotineira da episiotomia.” Q20 “Sim. Para que não seja realizada de forma rotineira.” Q21 “Na melhoria da qualidade dos cuidados.” Q22 “Sim.” Q23	
--	--	--	--

		“Sim. É uma prática nociva para a mulher e que ainda é feita sem qualquer justificação.” Q24 “Sim é bastante importante (...) o tema violência obstétrica é bastante falado é necessário saber o que realmente é considerado (...) e saber os riscos e benefícios de práticas como a episiotomia. (...)” Q25 “Sim, dado o impacto que a episiotomia tem na vida da mulher.” Q26 “Sim. Cada vez mais se pode evitar esta prática (...), considero uma mutilação genital.” Q27 “Sim, no sentido de melhoria da prática clínica. (...) o passo correcto é melhorar a prática no sentido de empoderar a mulher e a sua envolvimento na decisão clínica, explicando o porquê antes de obter o seu consentimento. Respeitar a sua decisão final, mas com proteção jurídica para o profissional que não a realiza por negação da mulher.” Q28 “Sim.” Q29 “Sim. A justificação prende-se no binómio	
--	--	--	--

		risco/benefício.” Q30 “Sim, apesar de cada vez mais a episiotomia ser seletiva e não realizada de forma rotineira.” Q31 “Sim.” Q32 “Sim. Melhoria dos cuidados obstétricos.” Q33	
	Temática sem importância	“Não. A episiotomia só é executada quando necessária (...) que obedece a um evidente suporte científico. (...) só deve ser tomada pelo obstetra.” Q19	1
	Temática desinteressante	“Indiferente.” Q15	1

Apêndice XIII - Carta dirigida à Presidente da ESEL

Click or tap here to enter text.

De: Joana Filipa Simões Carvalho

Para: Exma. Presidente da ESEL

Assunto: Autorização de parecer pela Comissão de Ética

Nome Joana Filipa Simões Carvalho, licenciado em Enfermagem, vem solicitar autorização para apreciação do projeto pela Comissão de Ética, no âmbito do projeto de mestrado, do curso de mestrado da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, intitulado de 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

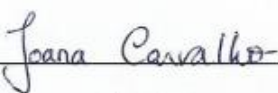
Para a instrução do pedido anexo a documentação solicitada.

Com os melhores cumprimentos,

Santarém

1 de dezembro de 2021

O/A investigador/a

A handwritten signature in black ink, reading "Joana Carvalho", is written over a horizontal line.

(Assinatura manuscrita)

Apêndice XIV - Formulário para submissão de projeto de investigação à comissão de
ética da ESEL

FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO À CE DA ESEL

O formulário é de utilização obrigatória. Os itens que não se adequam ao estudo devem ser preenchidos com o termo "não se aplica".

O investigador pode anexar os documentos que ajudem na compreensão e análise do estudo.

1. TÍTULO DO PROJETO

Episiotomia: Competências do enfermeiro obstetra para uma tomada de decisão partilhada.

2. AUTORES/PROMOTOR PRINCIPAL

Nome:

Joana Filipa Simões Carvalho

Filiação Institucional:

Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2020/2021).

Enfermeira que exerce funções no serviço de Medicina Interna do Hospital Distrital de Santarém, E.P.E., desde março de 2015 até ao momento.

Licenciada em Enfermagem na Escola Superior de Saúde de Leiria, no ano de 2013.

Pós-graduada em Ventilação Não Invasiva na Universidade de Évora, no ano de 2016.

3. COLABORADORES

Professora da ESEL: Maria Anabela Ferreira dos Santos.

4. OBJETIVOS DO ESTUDO

Objetivo Geral:

- Refletir sobre a importância de uma tomada de decisão partilhada para a realização de episiotomia por parte do enfermeiro obstetra.

Objetivos Específicos:

- Identificar os fatores que influenciam o processo de tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia;
- Identificar de que forma o processo de tomada de decisão partilhada está inerente à prática de episiotomia;
- Conhecer a evidência científica que está na base da tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia.

5. JUSTIFICAÇÃO e FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Atualmente existem dados que nos alertam para o facto de existirem muitas mulheres em Portugal que referem que foram vítimas de violência obstétrica, tal como nos comprova os resultados decorrentes da aplicação da segunda edição do inquérito "Experiências de Parto em Portugal" pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, que ocorreu entre 2015 e 2019. Das suas principais conclusões é importante referir que cerca de 30% das mulheres afirmam terem sido vítimas de algum tipo de abuso, desrespeito ou discriminação, sendo que a forma de expressão deste tipo de violência foi a realização de intervenções hospitalares por parte dos profissionais de saúde, sem o seu consentimento. A prática de episiotomia sem o consentimento prévio da mulher foi uma das intervenções nomeadas, o que suscitou o meu interesse em querer aprofundar o meu conhecimento sobre esta prática específica da área de Saúde Materna e Obstétrica. Desta forma, surgiu o tema "Episiotomia: Competências do enfermeiro obstetra para uma tomada de decisão partilhada" para o desenvolvimento do meu estudo de investigação.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2018), a prática de episiotomia realizada por rotina não é recomendada, sendo fundamental para a sua realização o consentimento por parte da mulher. Também Nassar, Visser, Ayres-de-Campos, Rane, Gupta & for the FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee (2019), nos remete para a má prática da episiotomia por rotina, mas não excluem totalmente a sua necessidade como por exemplo em casos de hipóxia fetal ou como forma de prevenção de lacerações graves. Assim, devemos encarar o nascimento como um processo fisiológico no qual só devemos interferir para corrigir desvios da normalidade, com o objetivo da parturiente tomar as suas decisões informadas e participar ativamente no decurso do seu parto (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Esta intervenção tem como base uma tomada de decisão que é influenciada por vários fatores, sendo que para incluirmos a mulher neste processo de tomada de decisão devemos ter como base os princípios que regem o Sistema de Saúde Centrado no Utente (International Alliance of Patients' Organizations (IAPO), 2006), tornando a tomada de decisão partilhada. Estes princípios incluem o respeito, a escolha e o empowerment, o envolvimento do utente na política de saúde, o acesso e apoio, e a informação (IAPO, 2006).

Segundo Florin et al. (2006), o acesso à informação é uma das condições fundamentais para a participação do utente na tomada de decisão clínica, sendo esta também uma competência crucial para o desempenho dos enfermeiros na sua prática de cuidados (Tanner, 2006; Thompson & Stapley, 2011), pois a tomada de decisão quando permite a participação do utente é um fator da sua satisfação relativamente à prestação de cuidados de saúde (Doherty & Doherty, 2005).

De acordo com Malhotra et al. (2013), a tomada de decisão para a prática de episiotomia é influenciada sobretudo pela visão e experiência profissional dos enfermeiros obstetras, logo é essencial identificar os factores que influenciam a sua tomada de decisão e conhecer se o processo de tomada de decisão partilhada está inerente à prática de episiotomia nos cuidados prestados pelos enfermeiros obstetras.

6. METODOLOGIA E MÉTODOS

Tipo de estudo:
Estudo de metodologia mista, utilizando técnica de amostragem não probabilística por bola de neve.
População e amostra/participantes:
Enfermeiros obstetras.
Critérios de inclusão e exclusão:
Critérios de Inclusão: Enfermeiros com Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
Locais onde decorre a investigação:
Não se aplica, devido ao tipo de estudo e técnica de amostragem.
Instrumento de recolha de dados (anexar):
Questionário Google Forms para enfermeiros obstetras (em anexo).

7. RISCOS/ BENEFÍCIOS

Que benefícios poderão advir para os participantes?
Após a análise dos dados colhidos irei relacioná-los com os resultados encontrados na evidência científica e permitir a reflexão sobre estratégias que possam contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.
Que riscos ou incómodos poderão ocorrer para os participantes?
Não se prevêem riscos ou incómodos para os participantes, pois o questionário é anónimo e apresenta um consentimento informado antes do seu preenchimento.

8. CONFIDENCIALIDADE

Como é garantida a confidencialidade dos dados?
Os dados do estudo serão usados apenas para fins académicos ou para divulgação científica, sendo destruídos após cinco anos da sua colheita. O questionário é online onde será mantido o anonimato e confidencialidade da colheita de dados efetuada. A cada questionário será atribuído um número de código (ex. Q01). O consentimento informado será disponibilizado primeiramente aos participantes, onde estes têm o direito em aceitar ou recusar participar neste estudo.

9. CONSENTIMENTO

Está prevista a obtenção do consentimento livre e esclarecido?
Sim ☒ Não ☐ Não aplicável ☐
Está contemplada uma informação escrita para o participante, esclarecedora dos objetivos, dos riscos e dos benefícios decorrentes da participação no estudo, bem como da sua liberdade para decidir da sua aceitação ou retirada do estudo?
Sim ☒ Não ☐ Não aplicável ☐
Se sim junte cópia da informação a prestar bem como do impresso a ser assinado para esse fim.

10. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador principal, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras. Mais declaro que, no decorrer do estudo, serão respeitados os direitos humanos e o estabelecido na lei, nos códigos deontológicos e nas recomendações constante nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Data: 1 de dezembro de 2021

Jana Carvalho

O investigador principal

(Assinatura manuscrita)

Apêndice XV - Parecer positivo da comissão de ética da ESEL

DE: Comissão de Ética da ESEL

PARA: Exmo. Sr. Presidente da ESEL, Professor João Santos

ASSUNTO: Pedido da Mestranda Joana Filipa Simões Carvalho, para apreciação do projeto **“Episiotomia: Competências do Enfermeiro Obstetra para uma tomada de decisão partilhada”**.

Processo Nº 7211/2021/CE

Data: 21 de janeiro 2022

Da apresentação dos factos:

A Comissão de Ética da ESEL recebeu, com data de 01 de dezembro de 2021 o pedido da senhora enfermeira Joana Filipa Simões Carvalho, para (re)apreciação do projeto de investigação **“Episiotomia: Competências do Enfermeiro Obstetra para uma tomada de decisão partilhada”**.

Documentos:

1. Carta dirigida ao Presidente da ESEL a solicitar a apreciação do projeto pela CE da ESEL;
2. Formulário para submissão de projeto de investigação à CE da ESEL, reformulado;
3. Questionário em formato google forms.

Da apreciação dos factos:

A CE emitiu em 28 de julho de 2021 parecer intermédio nos seguintes termos: “o projeto apresenta debilidades que implicam questões éticas e que por isso carece de reformulação a fim de poder ser reapreciado”.

O projeto agora apresentado, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL, foi reformulado no seu todo. Assim, tem como objetivo geral:

- Refletir sobre a importância de uma tomada de decisão partilhada para a realização de episiotomia por parte do enfermeiro obstetra.

Como objetivos específicos, os seguintes:

- Identificar os fatores que influenciam o processo de tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização de episiotomia;
- Identificar de que forma o processo de tomada de decisão partilhada está inerente à prática de episiotomia;
- Conhecer a evidência científica que está na base da tomada de decisão do enfermeiro obstetra para a realização da episiotomia.

O projeto apresenta uma fundamentação e justificação pertinente e atual.

A metodologia redefinida está adequada ao tipo de estudo e de amostragem. Os participantes são os “enfermeiros obstetras”, sendo o critério de inclusão o ser “Enfermeiro com Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia”, selecionados através da técnica de amostragem, não probabilística, em bola de neve. Os dados são obtidos através de um questionário on-line, com o formato google forms.

Os princípios éticos estão definidos no início do questionário pelo que cabe ao enfermeiro a livre escolha de participar no estudo.

Das questões com implicações éticas:

Amostragem - Não se conhece quem são os informantes chave que darão início à cadeia de possíveis participantes no estudo. A sua proveniência pode implicar uma autorização específica e prévia.

Questionário – Apesar de o questionário ser anónimo aquando da sua submissão, e de ser garantida a confidencialidade da informação, há que acautelar o direito à proteção de dados pessoais e ao respeito pela vida privada, uma vez que os dados se encontram numa plataforma digital.

O tempo de preenchimento do questionário, assim como os contactos do investigador para esclarecimento de eventuais dúvidas, são elementos em falta.

Da decisão da CE:

A Comissão de Ética é de parecer que o projeto reformulado tem condições para ser aprovado desde que as questões com implicações éticas sejam consideradas.

Lisboa, 21 de janeiro 2022

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por : **MARIA ANTÓNIA MIRANDA
REBELO BOTELHO ALFARO VELEZ**
Num. de Identificação: 04585273
Data: 2022.01.25 12:15:37+00'00'



(Prof.ª Coordenadora Maria Antónia Rebelo Botelho)

