



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

**Minimizar o Trauma Perineal da Mulher
em Trabalho de Parto
Contributos do Enfermeiro Obstetra**

Helena Cristina Trindade Ferreira

**Lisboa
2017**





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

**Minimizar o Trauma Perineal da Mulher
em Trabalho de Parto
Contributos do Enfermeiro Obstetra**

Helena Cristina Trindade Ferreira

Orientador: Prof.^a Esmeralda Maria Batalha Henriques Afonso

**Lisboa
2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Aqueles a quem servimos,
como os servimos
e porque continuamos a servir,
obrigam-nos a uma atitude apaixonada
que integre a ciência, o eu,
a preocupação com a humanidade
e o cuidar.”*

Kristen Swanson

Quero aqui deixar o meu agradecimento às pessoas que de alguma forma contribuíram
para a concretização deste trabalho:

Ao João, meu porto de abrigo

Aos meus pais, filhos e família por estarem sempre comigo

Á professora Esmeralda pelo constante apoio, motivação
e acompanhamento construtivo nesta caminhada académica

Ás EESMO orientadoras de estágio que contribuíram para a minha "moldagem profissional".

Pela sua excelência no cuidar humanizado levo-as como modelos para as minhas práticas
enquanto futura EESMO

Ás minhas amigas Carla, Sandra e Telma, companheiras desta jornada,
Que me incentivaram a embarcar nesta viagem e levá-la até ao fim

aos restantes amigos e colegas de trabalho
pela disponibilidade e palavras de ânimo

Senti-me verdadeiramente cuidada por todos vós

A todos o meu eterno agradecimento

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

APPT – Ameaça de Parto Pré-termo

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CINAHL – Cumulative Index of Allied Health and Nursing Literature

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

CPNP – Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção-Geral da Saúde

EBSCO – Elton B. Stephens Company Publishing

EC – Ensino Clínico

EESMO – Enfermeiro(s) Especialista(s) em Saúde Materna e Obstétrica.

ER – Estágio com Relatório

ERC – Estudos Randomizados Controlados

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EV – Endovenosa

FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de España

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HPP – Hemorragia Pós-Parto

ICM – International Confederation of Midwives

ICN – International Council of Nurses

JBI – The Joanna Briggs Institute

LA – Líquido Amniótico

LGP – Laceração Grave do Períneo

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development

OMS – Organização Mundial de Saúde

OP – Occipito-posterior

PBE – Prática Baseada na Evidência

PPTP – Paragem da Progressão do Trabalho de Parto

PV – Parâmetros Vitais

RCM – Royal College of Midwife

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RN – Recém-Nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UNICEF – United Nations Children's Fund

WHO – World Health Organization

RESUMO

O presente relatório retrata o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, nos Serviços de Urgência Obstétrica e Ginecologia e Bloco de Partos de duas instituições de saúde.

A Organização Mundial de Saúde defende que os processos fisiológicos e dinâmica do nascimento devem ser respeitados e que o recurso a intervenções deve ser criterioso, enfatizando que qualquer interferência com o processo natural do trabalho de parto deve acontecer por uma razão válida e não de forma rotineira. É premente a mudança de paradigma, centrado num modelo biomédico intervencionista, para um paradigma centrado na mulher, baseado num modelo holístico de cuidados e apoiado numa prática baseada na evidência.

Uma das intervenções frequentemente usada, de modo inadequado e invasivo, é a episiotomia. Neste sentido, o projeto “*Maternidade com Qualidade*” da Ordem dos Enfermeiros aponta a adoção da prática de episiotomia seletiva como marcador de qualidade na atenção e humanização do parto, recomendando ainda o uso de técnicas não cirúrgicas com o objetivo de minimizar o trauma perineal.

O trauma perineal a que a mulher está sujeita durante o parto vaginal, pode trazer consequências nefastas para a sua saúde e qualidade de vida futura, pelo que elegi esta área temática como foco de aprendizagem, com o objetivo específico de desenvolver competências especializadas para minimizar o trauma perineal. Como modelo holístico para a prática de cuidados especializados, elegi a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson.

Como estratégia para a identificação e mobilização da evidência científica, foi realizada uma revisão da literatura a partir duma questão elaborada segundo a mnemónica PICO: “*Quais as intervenções que minimizam o trauma perineal decorrente do parto vaginal?*”

Os principais resultados obtidos através da evidência e da prática reflexiva mostram que o uso restritivo e criterioso de execução de episiotomias, a massagem perineal pré-natal, o apoio contínuo e comunicação efetiva com a mulher, a condução calma e controlada do período expulsivo, o uso adequado de técnicas de proteção do períneo e o posicionamento da mulher no período expulsivo com atenção às suas preferências e fatores de risco, contribuem para minimizar o trauma perineal.

Palavras-chave: Enfermeira obstetra; Parto obstétrico; Períneo/lesões; Lacerações/prevenção; episiotomia

ABSTRACT

This report presents the development of specialized skills in Obstetrics and Maternal Health Nursing in the Obstetrics and Gynaecology Emergency Services and Delivery Rooms of two hospitals.

The World Health Organization advocates that the physiological process and dynamics of birth should be respected, and emphasizes that any interference in the natural process of labour should take place only when there is a valid reason and not as a routine. A paradigm shift is needed, from a biomedical intervention-based model to a woman-centred model, based on a holistic standard of care and supported by evidence-based practice.

One of the most frequently used (and often inadequate and invasive) interventions is episiotomy. The "*Maternidade com Qualidade*" (Quality Maternity) project of the Ordem dos Enfermeiros (Portuguese Nursing Association) suggests the adoption of selective episiotomy as a marker of quality care and humanization during labour, and recommends the use of non-surgical techniques in order to minimize perineal trauma.

Perineal trauma during vaginal delivery can have harmful consequences for women's future health and quality of life. Therefore, we chose this study subject so as to develop specialized competences to minimize perineal trauma. We elected Kristen Swanson's Theory of Caring as the holistic model for specialized care practice.

Our strategy was to identify and collect scientific evidence through a literature review that started from the PICO question: "*Which interventions minimize perineal trauma due to vaginal delivery?*"

The main results obtained from evidence and from reflective practice show that restrictive and judicious use of episiotomy, prenatal perineal massage, continuous and effective support and communication with the woman, calm and controlled leading of the expulsive stage of labour, adequate use of perineal protective techniques and positioning of women during the expulsive stage according to their individual risk factors and preferences can contribute to minimizing perineal trauma.

KeyWords: Nurse Midwives; Delivery, obstetric; Perineum/injuries; Lacerations/prevention and control; episiotomy

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1. Trauma perineal no trabalho de parto	14
1.2. O cuidado especializado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia	19
2. METODOLOGIA DE TRABALHO	22
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	24
3.1. Cuidado à mulher/família que recorre ao SUOG	24
3.2. Cuidado à mulher/RN/família durante o Trabalho de Parto	27
3.3. Minimizar o trauma perineal – da evidência científica á prática clinica	40
3.3.1. Estratégia de Pesquisa	41
3.3.2. Apresentação e análise dos resultados	43
3.3.3. Prática Clínica – Integração da evidência científica e avaliação dos resultados	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICES	
Apêndice I: Guião orientador de observação e colheita de dados	
Apêndice II: Síntese dos estudos incluídos na revisão da literatura	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Componentes da questão PICO	41
Quadro 2: Componentes da questão PICO e respectivos descritores	42

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Integridade/ trauma perineal por contexto de estágio (CE)	53
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Integridade/ trauma perineal	54
Gráfico 2: Posições adotadas no período expulsivo e trauma perineal	55
Gráfico 3: Abordagem <i>Hands on/ hands off</i> e trauma perineal	56

INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde materna e infantil são cruciais, constituindo um componente fundamental de qualquer sistema de saúde, trazendo os investimentos nesta área retornos importantes não só ao nível da saúde propriamente dita, mas também sociais e económicos. O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) ocupa um lugar privilegiado neste investimento, sendo que a enfermagem obstétrica (*Midwifery* no original) se associa a uma utilização melhorada e eficiente dos recursos e a melhores resultados quando os cuidados são prestados por profissionais competentes, com claros benefícios para a saúde e bem-estar das mulheres/famílias e menos custos debitados aos sistemas de saúde (Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2016; Renfrew *et al*, 2014; International Confederation of Midwives [ICM], 2015). Atendendo a este pressuposto, as vivências em contexto de ensino clínico (EC), revelam-se singulares na aquisição e consolidação de conhecimentos e competências, sendo as experiências de aprendizagem fundamentais para o processo formativo, resultando num crescimento humano, académico e profissional.

A realização do presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório (ER), do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O estágio decorreu no Bloco de Partos (BP), com serviço de urgência obstétrica e ginecológica (SUOG) integrado, de duas unidades hospitalares distintas. Iniciei o estágio numa unidade hospitalar de apoio perinatal da região sul do país e terminei num hospital de apoio perinatal diferenciado da Região de Lisboa e Vale do Tejo, ambas integradas no Serviço Nacional de Saúde. Teve a duração de 18 semanas repartidas igualmente pelas duas unidades hospitalares, entre 29 de fevereiro e 8 de julho de 2016.

Foram delineados objetivos cujo cumprimento visou o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, com foco no desenvolvimento de competências dentro de uma área temática que me suscitou interesse. Estes, enquadram-se nos perfis das competências do EESMO (Regulamento n.º 127/2011), das competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011) e das competências definidas pela ICM (2013) – “*Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*”. Assim, os objetivos delineados para o estágio foram os seguintes:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados, à mulher/família a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e/ou obstétrica que recorre ao serviço de urgência obstétrica e ginecológica.

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente/família durante os 4 estádios do trabalho de parto, apoiando a transição à parentalidade e a adaptação do recém-nascido (RN) à vida extrauterina.

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, no sentido de minimizar o trauma perineal durante o trabalho de parto.

Durante o primeiro semestre deste curso fui confrontada com dados do Relatório Europeu de Saúde Perinatal, em que Portugal se posicionava como o 2º país europeu onde tinham sido praticadas mais episiotomias no ano de 2010, com uma taxa de 72,9%, contrastando com países escandinavos que apresentavam taxas inferiores a 10% (Euro-Peristat, 2013). A este propósito, um comentário num artigo irlandês sugeria que estas taxas elevadas de episiotomia não levavam em conta a evidência científica (Begley, 2014). Estas constatações provocaram em mim algumas interrogações e inquietações. De facto, segundo a classificação de práticas do parto normal definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a episiotomia é referida como uma prática frequentemente utilizada de modo inadequado, sendo o seu uso rotineiro claramente prejudicial ou ineficaz (World Health Organization [WHO], 1996). Ao aprofundar a temática constatei que estudos randomizados controlados (ERC) e revisões sistemáticas da literatura (RSL) concluem que o uso rotineiro de episiotomia se associa a taxas mais elevadas de trauma perineal e a menor incidência de mulheres com períneo íntegro, sendo mais prejudicial do que benéfico para a saúde das mulheres, o que pode suscitar uma forte questão ética ao quebrar-se o princípio da não-maleficência.

Em conversas informais com EESMO e médicos obstetras, verifiquei opiniões díspares e, apesar de todos conhecerem as recomendações para a prática restritiva de episiotomia, o julgamento clínico que precede cada situação específica acaba por variar largamente de profissional para profissional. Vários profissionais referiram que preferiam executar uma episiotomia a correr o risco da ocorrência de lacerações irregulares de difícil reparação ou da ocorrência de lacerações que atingissem o esfíncter anal com graves consequências para a mulher. De facto, nos países escandinavos, à exceção da Finlândia, a par das taxas reduzidas de episiotomia verificavam-se taxas elevadas de lacerações de 3º e 4º grau (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2015). Os potenciais efeitos do trauma perineal a que as mulheres estão sujeitas durante o parto, especialmente se atingido o esfíncter anal, trazem-lhes múltiplos problemas, pelo que, para Albers, Sedler, Bedrick, Teaf e Peralta

(2006), os cuidados com o períneo devem ser uma prioridade para os enfermeiros obstetras. A este respeito, a ICM (2013, p.11) define que o enfermeiro obstetra (midwives no original) deve possuir conhecimentos sobre “princípios de prevenção de lesões do pavimento pélvico e lacerações do períneo” e sobre “indicações para realizar uma episiotomia”, executando-a quando necessário.

Com estas preocupações em mente, senti a necessidade de aprofundar e recrutar conhecimentos, baseados na melhor evidência científica disponível, que apoiassem uma prática alicerçada “em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Regulamento n.º 122/201, p.8649) no sentido de efetuar episiotomias de forma restritiva e judiciosa, reunindo simultaneamente uma série de estratégias e intervenções que minimizassem o trauma perineal, proporcionando assim às mulheres uma experiência mais positiva e com evidentes ganhos para a sua saúde.

A necessidade da evidência científica para fundamentar as práticas de enfermagem é, por demais, reconhecida. Segundo Pearson e Craig (2004, p.10) “os cuidados de enfermagem envolvem uma variedade de intervenções e precisam de se apoiar numa ampla gama de evidência baseada na investigação” e, especificamente no que concerne à saúde da mulher, a Ordem dos Enfermeiros (OE) refere que os pontos-chave da assistência do EESMO têm com pilares os cuidados centrados na mulher e baseados em evidência científica (OE, 2015a). Cabe desta forma ao EESMO a responsabilidade de reconhecer a necessidade de identificar e avaliar a melhor evidência integrando-a nas competências e perícias clínicas de forma a assegurar cuidados de enfermagem de elevada qualidade (Craig & Smyth, 2004). Assim, foi percorrido um caminho com várias etapas metodológicas para assegurar uma prática baseada na evidência (PBE), desenvolvendo competências no sentido de minimizar o trauma a que as mulheres estão sujeitas durante o parto vaginal.

A existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem especializada é um elemento que se destaca como otimizador da eficiência e eficácia dos cuidados prestados pelo EESMO, revelando-se um importante contributo para a excelência dos cuidados (OE, 2015a). Ao longo dos últimos anos, a criação de teorias e modelos teóricos de enfermagem, surgiram da necessidade de clarificar a especificidade dos cuidados de enfermagem, orientar a prática, servir de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem (Keróuac *et al*, 1996) tendo como consequência o “deslocamento do modelo biomédico” para o modelo holístico, melhorando os padrões de qualidade da prática de enfermagem (Ramalho, p.16, 2005). Pela sua aplicabilidade à área de Obstetrícia e Ginecologia, a prática de cuidados de enfermagem especializados sustentou-se na teoria de médio alcance do

cuidar de Kristen Swanson que, com os seus conceitos globais, contribuiu para organizar e estruturar estratégias de atuação (Tomey & Alligood, 2004).

Este relatório constitui um instrumento de análise, avaliação e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem percorrido. Pretende-se que seja um trabalho sucinto e organizado, simplificando a sua leitura e análise. Assim, é composto pela presente introdução, seguida do primeiro ponto onde apresento o enquadramento teórico, expondo a problemática do trauma perineal durante o trabalho de parto e a otimização dos cuidados de enfermagem especializados centrados na mulher tendo em conta a teoria de médio alcance de Kristen Swanson. No segundo ponto explano a metodologia de trabalho utilizada para atingir os objetivos propostos. No terceiro ponto, faço uma análise crítico-reflexiva das atividades e competências desenvolvidas, terminando com as considerações finais em que reflito sobre as principais conclusões tiradas da experiência formativa.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico encontra-se organizado em 2 pontos. No ponto 1.1 proporciono uma melhor clarificação do tema em estudo – Trauma perineal no trabalho de parto – e justificação da sua pertinência. No ponto 1.2 explano alguns pressupostos do cuidar especializado em saúde materna e obstétrica e da teoria de médio alcance de Kristen Swanson, que com os seus conceitos, valores e crenças, serviu de suporte teórico neste processo.

1.1. Trauma perineal no trabalho de parto

A lesão do períneo é um dos traumatismos que mais frequentemente ocorre durante o parto, podendo ser definida como qualquer lesão causada no períneo de forma espontânea, ou intencional (Aasheim, Nilsen, Lukasse & Reinar, 2011). Aproximadamente 50 a 80% das mulheres que têm parto vaginal sofrem algum tipo de trauma perineal causado pela realização de uma episiotomia, pela ocorrência de lacerações espontâneas, ou por ambas (Beckmann & Stock, 2013). Estas taxas variam consoante as características das mulheres, o local onde ocorreu o parto e as práticas dos provedores de cuidados obstétricos (Smith, Price, Simonite & Burns, 2013; Rogers *et al.*, 2014). Este parece ser um problema relevante para as mulheres, pois alguns investigadores referem que a tendência ascendente da taxa de cesarianas se deve, em parte, ao medo do parto vaginal e à preocupação perante a perspectiva da ocorrência de trauma perineal, especialmente pela laceração do esfíncter anal (Pirhonen, Gissler, Hartgill & Pirhonen, 2011).

As lacerações perineais são classificadas consoante os planos teciduais atingidos. Segundo o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2015) e o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2016) as lacerações do períneo classificam-se da seguinte forma:

- Laceração de 1º grau – quando atinge a pele do períneo e/ou mucosa vaginal;
- Laceração de 2º grau – quando, além das estruturas anteriores, atinge os músculos perineais sem, no entanto, envolver o esfíncter anal;
- Laceração de 3º grau – quando envolve o complexo do esfíncter anal. Esta pode subdividir-se em três grupos:
 - Laceração de 3º grau a – quando atinge menos de 50% da espessura do esfíncter anal externo;

- Laceração de 3º grau b – quando atinge mais de 50% da espessura do esfíncter anal externo;
- Laceração de 3º grau c – quando atinge toda a espessura do esfíncter anal externo e também o esfíncter anal interno;
- Laceração de 4º grau – quando atinge as estruturas anteriores e se estende ao epitélio anorretal.

Durante o parto vaginal, podem também ocorrer lacerações dos órgãos genitais externos. No entanto estas, estão normalmente associadas a morbidade reduzida, não sendo necessário intervir a não ser que a laceração esteja sangrante ou provoque distorção anatômica (Kettle & Tohill, 2011; ACOG, 2016).

Os potenciais efeitos do trauma perineal durante o parto podem trazer múltiplos problemas para as mulheres, sendo que o risco e a severidade das complicações são proporcionais à extensão do trauma (Williams, Herron-Marx & Carolyn, 2007).

Um dos efeitos do trauma perineal é a dor. Esta interfere com os cuidados maternos ao RN incluindo a dificuldade em encontrar posições confortáveis para a amamentação, influenciando a autoconfiança da mãe (Soong & Barnes, 2005; Way, 2012) e o bem-estar do RN já que este depende, também, do bem-estar da sua mãe (Alberts & Borders, 2007). Também a dispareunia, consequência, muitas vezes, do trauma perineal, pode ter um importante impacto na relação conjugal (Andrews, Thakar, Sultan & Jones, 2008).

De todas as lacerações do períneo, as de 3º e 4º grau (laceração grave do períneo – LGP)¹ constituem uma morbidade grave, sendo uma das complicações obstétricas mais preocupantes, com impacto no bem-estar físico, psicológico e social da mulher (Dahlen, Mid, Priddis & Thornton, 2015). Mesmo quando o dano é diagnosticado e suturado imediatamente após o parto, 30-50% das mulheres afetadas por este tipo de lesão irão sofrer incontinência fecal ou urinária, dor ou disfunção sexual, com consequências importantes na sua qualidade de vida (Leenskjold, Høj & Pirhonen, 2015), sendo que, algumas mulheres chegam a sofrer isolamento e marginalização social (Priddis, Dahlen & Schmied, 2013).

Ao rever diferentes estudos sobre LGP, deparamo-nos com uma grande variedade de fatores de risco. Numa meta-análise de 22 estudos incluindo 651934 mulheres, 2,4% tiveram

¹ As lacerações de 3º e 4º grau são descritas pelos vários estudos ingleses, como Severe Perineal Trauma (SPT) ou Severe Perineal lacerations (SPL) ou mais frequentemente como Obstetric anal sphincter injuries (OASIS). Como em português não encontro nenhum termo que defina estes dois tipos de laceração em conjunto, neste relatório irei referir-me às lacerações de 3º e 4º graus com o termo Laceração Grave do Períneo (LGP).

LGP (Pergialiotis, Vlachos, Protopapas, Pappa & Vlachos, 2014). Nos estudos incluídos nesta meta-análise, os fatores de risco que se associavam mais fortemente a LGP eram, por ordem decrescente: parto assistido com fórceps, parto assistido com ventosa, episiotomia mediana e macrossomia fetal. Outros fatores associados, mas com menor incidência, foram: primiparidade, etnia asiática, indução do TP, uso de ocitocina para acelerar o TP, analgesia epidural, e variedade fetal occipito-posterior (OP) persistente (Pergialiotis *et al.*, 2014). A episiotomia medio lateral surge como fator de risco em alguns estudos enquanto noutros parece ter um efeito protetor (Smith *et al.*, 2013; Preston & Fowler, 2016).

O profissional que assiste a mulher em TP tem que estar ciente dos fatores de risco associados, apesar de estes, por si só, não permitirem prever com exatidão quais as mulheres que irão sofrer LGP (RCOG, 2015). No entanto, a sua prevalência pode ser reduzida através duma gestão apropriada do TP e prestação de cuidados obstétricos de elevada qualidade (OECD, 2015).

Episiotomia

A Episiotomia é um procedimento cirúrgico usado em obstetrícia com o objetivo de ampliar a abertura vaginal no final do segundo estágio do TP, necessitando posteriormente de sutura (Carroli & Mignini, 2012; Graça, 2010b; Sugy, 2014; Robinson, 2016). É sempre efetuada no períneo posterior, a partir do introito vaginal. Alguns autores consideram que a episiotomia corresponde a uma laceração de 2º grau visto ser uma incisão que atinge a musculatura do períneo (Borges, Serrano & Pereira, 2003).

Há vários tipos de episiotomias sendo que, a mais recomendada e usada nos países europeus, nomeadamente em Portugal, é a medio-lateral (Graça, 2010b; ACOG, 2016). A episiotomia medio-lateral é efetuada a partir da linha média da fúrcula em direção à tuberosidade isquiática, distanciando-se o suficiente do esfíncter anal. Habitualmente são incisados a pele, o tecido subcutâneo, o músculo bulboesponjoso e fáscia, o músculo transverso do períneo e o músculo elevador do ânus, quando a incisão atinge essa profundidade (Sugy, 2014).

A episiotomia foi introduzida há mais de 250 anos na prática clínica, tornando-se no procedimento cirúrgico obstétrico mais comum em todo o mundo, tendo como justificação a prevenção de lacerações perineais graves, uma melhor preservação da função sexual, uma redução da incidência de incontinência urinária e fecal e a proteção do RN ao abreviar o período expulsivo, mas sem uma evidência científica que fundamentasse todos estes benefícios (Graça,

2010b). Entre 1915 e 1935, não obstante a falta de demonstração científica quanto à sua eficácia e efeitos secundários, a episiotomia foi encorajada como medida profilática para diminuir a morbidade e mortalidade materna e fetal (Borges *et al.*, 2003). O seu uso vulgarizou-se ainda mais na segunda metade do século XX com a deslocação do parto do domicílio para o hospital, e consequente aumento do envolvimento dos obstetras nos cuidados à parturiente, tendo sido instituída uma política de episiotomia rotineira em muitos hospitais, especialmente nos EUA, na América Latina e na Europa (Europeristat, 2013). Esta política foi posta em causa num estudo liderado por parteiras, em Inglaterra no início dos anos 80 do século XX, e posteriormente noutros estudos, tendo também começado a ser posta em causa pelas mulheres que pretendiam um parto mais natural e humanizado (Europeristat, 2013).

Apesar de abreviar o período expulsivo, todos os outros efeitos que, ao longo dos anos, foram sendo reclamados para justificar a prática rotineira da episiotomia, têm sido recentemente questionados por estudos devidamente controlados. Em 2005, numa RSL conduzida por Hartmann *et al.* (2005), apesar da fraca qualidade dos estudos incluídos na revisão, os autores concluíram que a evidência científica não apoia os benefícios tradicionalmente atribuídos à episiotomia de rotina. Na realidade a utilização de episiotomia de rotina pode ser considerada uma pior opção, já que um certo número de mulheres que apenas sofreria lesões de menor grau, é sujeita a uma incisão cirúrgica.

O Relatório Europeu de Saúde Perinatal, publicado no âmbito do projeto Euro-Peristat (2013) é um relatório muito detalhado sobre saúde e cuidados a mulheres grávidas e a crianças na Europa reunindo dados de 29 países. Fornece dados sobre formas alternativas de prestação de cuidados e levanta questões sobre a efetividade das políticas de saúde e do papel da evidência científica nessas mesmas políticas e orientações. Segundo este mesmo relatório, em 2010, as taxas de episiotomia variavam largamente entre os diferentes países europeus, sendo superiores a 70% no Chipre, Portugal, Polónia e Roménia; 16 a 36% no País de Gales, Escócia, Finlândia, Estónia, França, Suíça, Alemanha, Malta, Eslovénia, Luxemburgo, Bélgica, Letónia e Inglaterra e verificando-se as taxas mais baixas na Dinamarca (4,9%), Suécia (6,6%) e Islândia (7,2%). Esta discrepância na utilização de episiotomia ilustra a variedade de práticas obstétricas existente nos diversos países europeus e levanta questões sobre o modo como a evidência científica é integrada nas decisões clínicas (Europeristat, 2013; Begley, 2014).

Quanto às indicações para a realização de episiotomia, em 1996 a OMS recomendava a realização de episiotomia em situações em que existem sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto, e iminência de LGP (incluindo mulheres que tiveram este tipo de laceração em partos anteriores), no entanto esta última indicação deve ser muito ocasional uma

vez que a incidência de LPG é muito reduzida (WHO, 1996). A ACOG (2006) reconhece que a melhor evidência científica não suporta a prática rotineira de episiotomias devendo o seu uso ser restrito e justificado com indicações maternas ou fetais, tais como evitar lacerações maternas graves ou facilitar/acelerar partos difíceis sendo que o julgamento clínico continua a ser o melhor guia para decidir da necessidade do procedimento.

Quanto às taxas aceitáveis de episiotomia, a OMS baseando-se num estudo desenvolvido por Sleep, na Inglaterra, em que foi encontrada uma taxa de episiotomia de 10% sem prejuízo materno ou fetal, definiu essa meta como adequada (WHO,1996). Belizan (1993), num estudo randomizado em que comparava a episiotomia restritiva com a rotineira, no qual foram incluídas 2606 mulheres, concluiu que não se justificavam taxas de episiotomia superiores a 30%. Apesar das indicações para a realização de episiotomia, alguns profissionais defendem que uma incisão cirúrgica controlada é mais fácil de reparar do que as lacerações espontâneas irregulares (Robinson, 2016). Embora as indicações e vantagens da episiotomia não sejam consensuais, as complicações e riscos associados a esse procedimento são amplamente divulgadas e relacionam-se com lesões anorretais por extensão da episiotomia, resultados anatómicos insatisfatórios (assimetria do introito vaginal, estreitamento do introito, deiscência da sutura), prolapso vaginal, fístulas retovaginais, perdas hemáticas aumentadas, hematoma e edema, mais dor no pós-parto, infecção e disfunção sexual (Lowdermilk, 2008c; Graça, 2010b; Robinson, 2016).

Segundo Albers, Sedler, Bedrick, Teaf e Peralta (2005), os cuidados com o períneo devem ser uma prioridade para os enfermeiros obstetras pelos potenciais efeitos nefastos que o trauma perineal traz para a mulher. A realização de episiotomias de forma seletiva e o desenvolvimento de competências que minimizem o trauma perineal, irá beneficiar as mulheres, melhorando a sua saúde e bem-estar e irá também melhorar a eficiência dos serviços de saúde, uma vez que as mulheres irão necessitar de menor número de suturas, menos assistência obstétrica e cuidados pós-parto, menor recurso a medicação analgésica, etc. (Albers *et al.*, 2005).

No contexto nacional, em 2011, a OE aprovou o “Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica”, onde são considerados com indicadores de qualidade, sensíveis aos cuidados do EESMO, as taxas de episiotomias e as taxas de períneos íntegros em partos eutócicos por eles assistidos. Estes podem ser excelentes indicadores diferenciadores entre cuidados do EESMO e cuidados prestados por outros profissionais, permitindo “que se reflita sobre os efetivos contributos dos enfermeiros, nos diferentes níveis de cuidados” (OE, 2011, p. 27). Em 2012 é criado pela OE e Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO), o documento de consenso “*Pelo*

direito ao parto normal – uma visão partilhada”, ratificado pela Direção-geral da Saúde (DGS), referindo que a execução da episiotomia não deve ser implementada por rotina, devendo ser justificada e suportada por evidência científica com o fim de facilitar a progressão do TP (OE & APEO, 2012).

Mais recentemente no projeto “*Maternidade com Qualidade*” da Mesa do Colégio da Especialidade de enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, a OE (2013) aponta a difusão e adoção da prática da “episiotomia seletiva” como um marcador de qualidade na atenção e humanização do parto. Este projeto tem como objetivo estratégico uma redução de 50% de episiotomias praticadas pelo EESMO em primíparas com parto eutócico e de 70% em múltiparas com parto eutócico com o conseqüente aumento do número de períneos íntegros. É recomendado ainda o uso de técnicas não cirúrgicas, baseadas na evidência científica, com o objetivo de minimizar o trauma perineal.

1.2. O cuidado especializado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia

Segundo a ICM (2015), o estabelecimento de uma relação empática com a mulher, mostrando presença e apoio, é uma parte essencial dos cuidados prestados pelos EESMO, sendo fundamental conciliar conhecimentos e perícia clínica com competências interpessoais e culturais. Do mesmo modo a OE (2015b, p.14) manifesta-se, referindo que, “não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos gente que cuida de gente, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora”. É assim importante que o EESMO siga um modelo assistencial holístico, em que trabalhe em parceria com a mulher, adequando os cuidados às suas necessidades individuais, no pressuposto que sejam otimizados os processos biológico, psicológico, social e cultural, colocando a mulher num lugar central, promovendo o seu *empowerment* e assumindo o papel de seu defensor e do parto normal (OE, 2015a; ICM, 2015).

A teoria de médio alcance de Kristen Swanson, com os seus 5 processos do cuidar, enquadra-se nesta filosofia. Esta teoria insere-se no paradigma da transformação, segundo o qual os cuidados de enfermagem têm como objetivo manter / restabelecer o bem-estar da pessoa tal como ela o define. Enfermeiro e pessoa são parceiros nos cuidados, numa relação em que o enfermeiro disponibiliza os seus conhecimentos e acompanha a pessoa nas suas experiências de saúde/doença, de acordo com o ritmo e caminho que ela escolher (Kérouac *et al.*, 1996).

Kristen Swanson desenvolveu a teoria de médio alcance do cuidar a partir de vários estudos fenomenológicos, fornecendo orientações sobre estratégias úteis e eficazes para a prática de cuidados de enfermagem. Swanson (1991) define Enfermagem como o cuidar informado que

tem como finalidade o bem-estar do outro. Ao cuidar, define como uma forma de se relacionar, crescendo com um outro significativo, com o qual se tem um sentimento pessoal de compromisso e de responsabilidade. Para Swanson (1993), as pessoas são seres únicos em transformação, que manifestam a sua plenitude através de pensamentos, sentimentos e comportamentos. São dotadas de experiências de vida, que são influenciadas pela sua herança genética, pelo seu dom espiritual e pela sua capacidade de exercer livre arbítrio. Não estão estagnadas, estão a crescer e à procura de se ligar com os outros. Moldam-se e são moldadas pelo ambiente que as rodeia.

A mesma autora (1991,1993) descreve o cuidar como compreendendo 5 processos ou categorias: “**conhecer**”, “**estar com**”, “**fazer por**”, “**possibilitar**” e “**manter a crença**”. Cada um dos processos tem definições e subdimensões que servem de base para as intervenções de enfermagem.

“**Conhecer**” significa perceber o significado que um acontecimento tem na vida do outro. Pressupõe evitar suposições, procurar pontos-chave, avaliar exaustivamente, centrando-se na pessoa de quem se cuida. É um processo de compromisso e envolve o *self* de quem cuida e de quem é cuidado. O prestador de cuidados parte do pressuposto que o seu principal objetivo é compreender a realidade pessoal daquele que cuida e a sua filosofia consiste no conhecimento integral da pessoa e no desejo de conhecer o outro como um ser significativo (Swanson, 1991, 1993).

“**Estar com**” significa estar emocionalmente presente com o outro, demonstrando disponibilidade contínua e partilhando sentimentos. No entanto esta presença e partilha são controladas para que o que cuida não seja uma sobrecarga para o que é cuidado. “**Estar com**”, pode ocorrer mesmo na ausência física do cuidador, manifestando-se através do envolvimento, estima e desejo de bem-estar do outro (Swanson, 1991,1993).

“**Fazer por**” significa fazer pelo outro aquilo que ele faria sozinho se tivesse recursos e conhecimentos (Swanson, 1993). Inclui antecipar as necessidades do cliente, confortando-o e protegendo-o, atuando com competência e habilidade, respeitando a sua dignidade. A preservação da dignidade do outro é fundamental, uma vez que se torna constrangedor para a pessoa que é cuidada estar dependente de outrem para cumprir determinadas atividades. Esta é uma das categorias do cuidar mais valorizada pelos clientes (Swanson, 1991, 1993).

“**Possibilitar**” significa facilitar a passagem do outro pelas transições da vida (nascimento, morte) e por acontecimentos desconhecidos. Consiste em ajudar o cliente a focalizar o acontecimento, informando, explicando, apoiando, validando sentimentos dando *feedback* e ajudando a encontrar alternativas. É utilizar os seus conhecimentos específicos para

o bem daquele a quem presta cuidados, possibilitando o seu crescimento e atualização e promovendo o seu autocuidado (Swanson, 1991, 1993).

“Manter a crença” consiste em acreditar na capacidade do outro para superar um acontecimento ou transição e enfrentar o futuro com sentido, envolvendo-o em estima, mantendo uma atitude de esperança e de otimismo realista (Swanson, 1991, 1993).

Estes processos sobrepõem-se como dimensões de um fenómeno abrangente, não podendo existir separadamente. Segundo Swanson (1993), o cuidado de enfermagem fundamenta-se na manutenção de uma “crença básica” nas pessoas, apoiada no “conhecimento” da sua realidade, expressa através do “estar com” e posta em ação através de “fazer por” e de “possibilitar”.

As teorias de enfermagem, como a que acima explano, ajudam os profissionais a visualizar os fenómenos numa perspetiva diferente, conduzindo a uma mudança de pensamentos, perceções e valores (Watson, 2002). O EESMO ao assumir o papel de defensor da mulher, desempenha um papel determinante nesta mudança de um paradigma mecanicista e intervencionista para um paradigma holístico (OE, 2015a). Segundo Capra (1982), este paradigma dá-nos uma visão dum universo onde tudo está interligado, o todo é mais do que a soma das partes, cada indivíduo é um ser único e indivisível, mas ao mesmo tempo um todo com os outros indivíduos e com o meio em que vive. Assim, o enfermeiro especialista deve reconhecer a sua responsabilidade ética, e o impacto das suas atitudes nas respostas humanas aos processos de transição de vida e de saúde/doença (OE, 2015a).

2. METODOLOGIA DE TRABALHO

A definição clara da metodologia de trabalho é fundamental para a compreensão das etapas percorridas bem como da sua evolução.

Numa primeira etapa, foi elaborado um projeto individual que teve início no 2º semestre do 1º ano do CMESMO, onde foi abordada a temática específica a aprofundar “*Minimizar o trauma perineal da mulher em TP – Contributos do Enfermeiro Obstetra*”, com respetiva contextualização, justificando a sua pertinência e interesse pessoal. Foram ainda delineados objetivos fundamentados nas competências definidas pela OE e ICM para o exercício profissional do EESMO e planeamento de respetivas atividades.

Após ter levado a cabo uma primeira pesquisa bibliográfica para contextualizar a problemática a aprofundar, conduzi outra pesquisa mais focalizada e estruturada da literatura, procurando a melhor evidência científica disponível, para conhecer as estratégias passíveis de aplicação pelos EESMO, para minimizar o trauma perineal.

A premissa nº 1 das competências essenciais para a prática das parteiras, a ICM (2013, p. 3) estabelece que estas devem ter conhecimentos sobre “princípios de pesquisa, prática baseada na evidência, interpretação crítica da literatura profissional e de interpretação (...) dos resultados da pesquisa”. O EESMO deve reconhecer a necessidade de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência na sua prática clínica (Craig e Smyth, 2004), visando melhorar a qualidade dos cuidados, através da identificação e promoção de práticas eficazes e eliminando as ineficientes ou prejudiciais (Akobeng, 2005).

O acesso à evidência científica, é fundamental para o desenvolvimento de uma adequada atuação clínica. Deste modo, a PBE acompanhada de uma prática reflexiva tornou-se numa metodologia fundamental no contexto da prática clínica. A PBE é entendida como um método de resolução de problemas no âmbito das decisões clínicas, que visa integrar a melhor e mais recente evidência, com a experiência e avaliação clínica, bem como, com as preferências dos utentes no contexto do cuidar (Pearson & Craig, 2004; International Council of Nurses, 2012).

Para assegurar que as decisões clínicas fossem, dentro do possível, suportadas pela evidência da investigação corrente, foi seguido o processo de 5 etapas sugerido por Sackett e colaboradores (Sackett *et al.*, 2000 cit. por Craig, 2004):

- Converter as necessidades de informação em questões claras;
- Procurar a evidência para responder a essas questões;
- Avaliar (apreciar criticamente) a evidência pela sua validade e utilidade;

- Integrar os resultados na perícia clínica, necessidades e preferência dos utentes e aplicar esses resultados quando apropriado;
- Avaliar o desempenho (e os resultados da nossa decisão/prática).

O *Joanna Briggs Institute* (JBI) considera este como um processo cíclico. A evidência é coligida e os resultados são avaliados, sintetizados e transferidos para os centros de prestação de serviços e para os profissionais de saúde que os utilizam. O seu impacto nos resultados em saúde, nos sistemas de saúde e na prática profissional é avaliado, contribuindo para analisar/questionar a evidência (Jordan, Lockwood, Aromataris & Munn, 2016).

A prática reflexiva é também uma componente-chave dos cuidados de saúde baseados na evidência. Uma boa prática profissional reflete sobre pressupostos que norteiam a prática diária, através dos quais avaliamos os resultados das interações e intervenções nos utentes (Pearson & Craig, 2004). Para facilitar a reflexão sobre a prática clínica em contexto de BP, e avaliação dos respetivos resultados, foi previamente construído um “*Guião Orientador de Observação e Colheita de Dados*” (Apêndice I). Os dados colhidos através do processo clínico e durante os momentos de observação e de interação com as mulheres/casais relacionavam-se, sobretudo, com os fatores que podiam influenciar o trauma perineal, as técnicas utilizadas para minimizá-lo, os resultados perineais e neonatais entre outros. Para facilitar a sua organização e interpretação, foram posteriormente registados numa base de dados que criei com o programa *Microsoft Excel*.

Segundo Pearson e Craig (2004) a verdadeira PBE deve ser centrada nos utentes, atender às suas preferências e características, visando o seu bem-estar. Do mesmo modo, a OE (2015a) refere que a assistência do EESMO deve ter como pilares, uma PBE e um modelo assistencial holístico onde a mulher deve ser colocada num lugar central assegurando o seu bem-estar psicossocial. A teoria do cuidar de Swanson com os seus 5 processos, foi mais uma “ferramenta útil” para nortear o raciocínio, o pensamento crítico e a tomada de decisão na prática de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Foram ainda tidos em conta e salvaguardados os princípios gerais do Código Deontológico de Enfermagem (Lei n.º 156/2015), durante a prática clínica e durante a redação do presente relatório. Foi salvaguardado o sigilo profissional e o respeito pela privacidade, mantendo sempre o anonimato das mulheres/famílias, das orientadoras que me acompanharam e das instituições onde decorreu o estágio.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Os momentos de ensino clínico são um tempo, por excelência, de desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas, de relacionamento interpessoal e crítico-reflexivas. Como defende Benner (2001), a construção de conhecimentos consiste na acumulação de saber teórico (saber) e de saber prático (saber fazer), adquiridos no decorrer da experiência clínica, sendo esta experiência fundamental para o desenvolvimento da perícia. O ER, como já mencionado na introdução, foi desenvolvido em duas unidades hospitalares diferentes, o que se tornou um fator enriquecedor em termos de variedade de experiências adquiridas.

Analisar e refletir sobre o percurso de aprendizagem torna-se fundamental para demonstrar a aquisição e o desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem na área de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Neste ponto é feita uma descrição e análise crítico-reflexiva das competências científicas, técnicas e humanas adquiridas e desenvolvidas, no sentido de atingir os objetivos delineados para o EC-ER, descritos na introdução do presente documento. Está organizado em 3 subpontos distintos – no subponto 3.1 começo por descrever e analisar as competências desenvolvidas durante a assistência à mulher/família que recorre ao SUOG, no ponto 3.2 descrevo e analiso competências desenvolvidas durante a assistência à mulher/família nos 4 estádios do TP e finalmente, no subponto 3.3 descrevo e analiso o desenvolvimento de competências para minimizar o trauma perineal que a mulher pode sofrer durante o parto vaginal.

3.1. Cuidado à mulher/família que recorre ao SUOG

Horton e Astudillo (2014, p. 1075) referem que a enfermagem obstétrica (*midwifery* no original) “não é um serviço vertical oferecido num segmento estreito do sistema de saúde”, mas sim “uma peça central da cobertura do serviço de saúde universal”. Neste sentido, a minha passagem pela urgência obstétrica e ginecológica, embora que por poucos períodos, foi de extrema importância, tendo desenvolvido competências no cuidado especializado a mulheres nas várias fases do seu ciclo de vida sexual e reprodutivo e mobilizado conhecimentos transversais a várias unidades curriculares deste curso.

No primeiro contexto de estágio a triagem era realizada por um enfermeiro da urgência geral (sendo a mulher encaminhada depois para o SUOG), mas no 2º contexto de estágio a triagem era realizada diretamente no SUOG, especificamente por um EESMO. Sendo este um

profissional com conhecimentos profundos no domínio da saúde/doença obstétrica e ginecológica, possui competências para fazer uma primeira abordagem de excelência à mulher que recorre ao SUOG. Nos vários episódios de triagem avaliei detalhadamente os motivos de recurso ao serviço, identificando problemas e necessidades e estabelecendo prioridades, o que me permitiu colaborar no diagnóstico atempado, prevenindo potenciais complicações do foro obstétrico e/ou ginecológico.

O acolhimento da mulher e convivente significativo no serviço de urgência surge como um cuidado crucial dentro de todo o contexto de atuação. O recurso ao SUOG pode gerar sentimentos de ansiedade e de vulnerabilidade nas utentes, pelo que foi proporcionado um atendimento afetuoso e promovido um ambiente acolhedor, garantindo o respeito pela privacidade, intimidade e confidencialidade. Identifiquei-me sempre como aluna do CMESMO e demonstrei uma atitude de parceria, empatia, disponibilidade e escuta ativa, fundamentais para o estabelecimento de uma relação de confiança e terapêutica.

Durante a minha permanência, os principais motivos e diagnósticos que levaram as mulheres a recorrer ao SUOG foram: infeções urinárias/vaginais, hemorragias vaginais, dores pélvicas e complicações pós-abortamento; grávidas em início do TP, com rotura prematura de membranas, em ameaça de parto pré-termo (APPT), com pré-eclâmpsia, para avaliação do bem-estar materno fetal, entre outros.

Especificamente nas situações em que as mulheres recorreram à urgência por afeções ginecológicas, procurei cuidar a mulher consoante os diagnósticos e potenciais problemas identificados, em estreita colaboração com a equipa multidisciplinar, prevenindo ou minimizando as complicações. Atendendo às necessidades individuais, também promovi momentos de educação para a saúde, “possibilitando” a mulher a “alcançar o máximo potencial de saúde” (OE, 2011, p. 6), através de aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis e informando sobre recursos disponíveis, como por exemplo consultas de planeamento, de rastreio do cancro do colo e da mama.

Relativamente ao cuidado à mulher grávida que recorreu ao serviço de urgência, desenvolvi e aprofundei competências “de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (Regulamento n.º 127/2011, p.8664). Neste sentido, avaliei e determinei o bem-estar materno-fetal através da realização e interpretação da cardiocografia (CTG), da auscultação dos batimentos cardíacos fetais, da avaliação do padrão de movimentos fetais e do exame geral da grávida, incluindo avaliação dos parâmetros vitais (PV). Quando identificados sinais de alerta e desvios dos padrões esperados

foram instituídas medidas de “primeira linha” independentes ou colaborativas baseadas nos protocolos locais (ICM, 2013), como foi o caso de situações de APPT e pré-eclâmpsia.

“É dever de todo o EESMO ajudar a cliente a maximizar o seu potencial de saúde” (OE, 2015a, p.25), pelo que a educação para a saúde ocupa um lugar privilegiado enquanto intervenção por excelência do EESMO. Assim, e mediante as necessidades, informei e orientei a grávida/família sobre os sinais e sintomas de risco gravídico, sobre os sinais e sintomas do início do TP, sobre medidas de alívio dos desconfortos mais comuns da gravidez e sobre estilos de vida saudáveis (Regulamento n.º 127/2011; ICM, 2013), mantendo uma atitude disponível que permitisse o esclarecimento de preocupações e dúvidas.

Em ambas as unidades hospitalares em que estagiei, o internamento da mulher no BP quando em fase ativa do TP, podia ser uma decisão autónoma do EESMO. Tive a oportunidade de colaborar nesta tomada de decisão, através da avaliação das queixas da grávida e do exame vaginal, sendo de extrema importância distinguir a fase latente da fase ativa do TP, evitando internamentos precoces no BP que podem conduzir a um aumento do intervencionismo e da iatrogenia (Federación de Asociaciones de Matronas de España [FAME] & Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras [APEO], 2009). A avaliação inicial, no momento do acolhimento e internamento da parturiente, incluía a entrevista e a observação física e obstétrica. Durante a entrevista, e recorrendo em simultâneo ao Boletim de Saúde da Grávida (BSG), recolhia dados sobre os antecedentes pessoais, história ginecológica e obstétrica, vigilância da gravidez atual e exames pré-natais realizados. Determinar outros aspetos, como planeamento e aceitação da gravidez, identificação da pessoa significativa, frequência de curso de preparação para o nascimento e parentalidade (CPNP) e existência de plano de parto foram também informações relevantes que procurei obter. Ao proceder ao exame físico eram avaliados os PV e o estado nutricional da mulher. No exame obstétrico era avaliada a estática fetal através das manobras de Leopold, efetuada a auscultação da frequência cardíaca fetal (FCF) e, através do toque vaginal, eram avaliadas as características do colo uterino, a integridade das membranas e características do líquido amniótico (LA) quando membranas fragmentadas, a apresentação fetal e se possível a variedade e a proporção feto-pélvica.

Nas situações de urgência/emergência torna-se particularmente evidente a necessidade do EESMO basear “a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Regulamento n.º 122/2011, p.8649), e ser capaz de mobilizar e aplicar adequadamente os seus conhecimentos especializados perante as várias situações clínicas. Desta forma, foi necessário estabelecer prioridades, mobilizar conhecimentos e aplicá-los adequada e atempadamente à prática clínica. Esta experiência, permitiu-me desenvolver

capacidades e conhecimentos adequados a uma prática de cuidados de enfermagem especializados em situações de urgência, de forma a promover a saúde e bem-estar e a detetar, prevenir e tratar precocemente complicações na área da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva da mulher.

3.2. Cuidado à mulher/RN/família durante o Trabalho de Parto

A gravidez e o TP são marcos importantíssimos do ciclo vital da mulher/família, provocando um “estado de ser” em mudança, transformando a mulher em mãe, física e emocionalmente (Begley, 2014). O parto é muito mais do que um evento físico e o que acontece no seu decurso pode influenciar de forma determinante a relação entre mãe, filho e restante família, assim como o próprio futuro reprodutor da mulher (Karen, Marshall & Brydon, 2014 cit. em Rodrigues, 2016). Assim, cabe ao EESMO, colocar os seus conhecimentos ao serviço do bem-estar da parturiente e RN, inseridos na família, proporcionando a melhor experiência de parto possível (OE, 2015a).

O primeiro contato com a mulher e convivente significativo é um momento determinante para o início de um relacionamento de confiança. “Saber estar em termos comunicacionais e relacionais é a base de todo o construto que é a relação com a grávida e respetiva família” revelando-se “o alicerce de uma prática de qualidade” (Fonseca, 2016, p.362). Desde esse primeiro contato, torna-se importante “conhecer” a realidade, expectativas e receios da mulher perante o TP (OE, 2015a). Quanto mais se explora e conhece a sua realidade, mais individualizadas serão as intervenções de enfermagem (Fonseca, 2016). Para Swanson (1991) “conhecer” pressupõe que se explore e avalie meticulosamente todos os aspetos da sua condição e realidade, esforçando-nos por compreender o significado que um determinado acontecimento tem na sua vida. Para isso devemos evitar suposições, não significando, no entanto, que se menospreze o conhecimento das condições físicas daquela pessoa (Swanson, 1993). “Conhecer” o outro é, no entanto, um processo contínuo que decorre ao longo da assistência, tornando-se por vezes necessário esperar por um momento oportuno que facilite este processo. Muitas vezes as mulheres só estavam capazes de expor os seus sentimentos e expectativas, após uma gestão adequada do controlo da dor.

No contexto do EC, para “conhecer” a mulher/família, realizava então uma anamnese cuidada, centrando-me na evolução e vigilância da gravidez em si, antecedentes, especificidades, receios e expectativas. Consultava também o BSG e o processo clínico afim de recolher dados acerca da história de saúde materno-fetal, nomeadamente da história

ginecológica e obstétrica. De igual modo procedia a uma cuidadosa avaliação do TP e do bem-estar materno-fetal, sendo todos estes aspetos essenciais para posteriores tomadas de decisão.

Ainda no sentido de “conhecer”, o plano de parto é um instrumento valioso, principalmente quando não se conhece antecipadamente a mulher (OE, 2015a). Apenas cuidei de duas mulheres que tinham elaborado, por escrito, um plano de parto. As restantes, apesar de não terem plano de parto, foram encorajadas a pronunciar-se sobre as suas preferências que foram respeitadas, sempre que possível. Discutir estas questões com a mulher, fá-la sentir-se valorizada e envolvida na tomada de decisão, abrindo-se espaço para o início de uma relação de confiança entre esta e a enfermeira obstetra (OE, 2015a). No entanto a OE (2015a) recomenda que os planos de parto sejam analisados para verificar a sua viabilidade de forma a manter um ambiente seguro. Assim sendo, as preferências das mulheres foram discutidas/negociadas de forma a conseguir estratégias para efetivar o plano de parto, garantindo simultaneamente o máximo de segurança e dignidade humana. Por vezes foi necessário flexibilizar protocolos e rotinas institucionais para satisfazer as suas preferências, proporcionando-lhes a melhor experiência possível.

Para Swanson (1991, 1993), no processo de “conhecer” o outro, toda a atenção do cuidador deve centrar-se no que é cuidado, resultando daí o compromisso entre dois seres, ou seja “estar com”. A este respeito, a OE (2015a) considera que a essência da assistência do EESMO é “estar com” a mulher. “Estar com” a mulher e respetivo convivente significativo, a partir do primeiro estágio de TP, através duma presença empática e de total disponibilidade, foi crucial para o estabelecimento deste compromisso e de uma efetiva relação de confiança, facilitando a relação terapêutica. Para Swanson (1991, 1993) tal consiste em estar emocionalmente envolvido e aberto para a realidade do outro, escutando-o atentamente e permitindo que exponha os seus sentimentos, expressando autenticidade e interesse pela sua pessoa e pelas suas necessidades, preocupações e experiências. Só quando se consegue transmitir este “estar com”, é que o EESMO ganha efetivamente a confiança da mulher para, e de acordo com Swanson (1991, 1993), “possibilitar” e “fazer por”.

“Possibilitar”, outra das categorias do cuidar de Swanson, foi mais um ponto chave neste processo de cuidar a mulher/convivente significativo na sala de partos, facilitando a sua “passagem pelas transições de vida e acontecimentos desconhecidos” (Swanson, 1991, p.164), nomeadamente o processo do TP. Segundo Swanson (1991), o cuidador usa o seu conhecimento de perito para o aperfeiçoamento do outro com o propósito de o empoderar no seu crescimento, cura e autocuidado. Isto envolve informar e oferecer apoio (*coaching*), ajudando o outro a concentrar-se na sua experiência, trabalhando em parceria para o ajudar a resolver problemas e

a criar alternativas, oferecendo feedback sobre o seu progresso e aprendizagem (Swanson, 1993). “Possibilitei” a mulher/convivente significativo ao estabelecer com eles uma parceria de cuidados, promovendo a sua capacitação (empowerment), autocuidado e envolvendo-os na tomada de decisão devidamente esclarecida (ICM, 2013; OE, 2015a). A este propósito, estudos têm demonstrado que quando a mulher se sente envolvida na tomada de decisão, a sua satisfação aumenta, com efeitos positivos na progressão do TP (Hodnett, Downe & Walsh, 2012).

A OE (2015b, p.60) refere que “a informação antecede as escolhas, de forma a que estas possam ser livres e esclarecidas”. Assim, é dever deontológico de todo o enfermeiro respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, salvaguardando as situações em que o princípio da beneficência se sobrepõe (OE, 2015b). As mulheres têm o direito a receber informação completa, adequada e imparcial, ou seja, assente na melhor evidência científica disponível, relativamente aos cuidados que lhes venham a ser prestados, seus benefícios, prejuízos e alternativas (APEO & OE, 2012). Com base nesta informação a mulher deve então dar o seu consentimento livre de coação, devendo este ser posteriormente validado (OE, 2015b). Antes da realização de qualquer intervenção de enfermagem foi promovido o consentimento informado, escrito ou verbal, validando a compreensão da parturiente/acompanhante e respeitando a sua vontade, na aceitação ou recusa dos cuidados.

Respeitando o princípio ético da autonomia (consentimento informado), sempre que possível, um dos assuntos discutidos com a mulher era a realização, ou não realização de episiotomia. Este assunto, por vezes não foi fácil abordar durante o TP, nomeadamente em situações em que a mulher era admitida em período expulsivo. Nas situações em que foi necessário efetuar episiotomia sem obtenção do consentimento prévio, foi tido em conta o princípio da não maleficência em detrimento do princípio da autonomia, explicando-se *a posteriori* o porquê do ato.

“Fazer pela” mulher, habilmente e com competência, aquilo que ela faria autonomamente se tal lhe fosse possível (Swanson 1991, 1993), constituiu outro dos pilares no processo de cuidar, tendo sempre em vista a promoção da sua parceria, do seu *empowerment* e autocuidado, como já referido. “Fazer por” incluiu antecipar as necessidades, promover o conforto, a vigilância e a prevenção de complicações, protegendo a mulher e preservando a sua dignidade. Segundo Swanson (1993) estas intervenções são revestidas de um enorme valor para aqueles que cuidamos. A forma como o fazemos, a arte com que cuidamos, particularmente ao nível do cuidado especializado, marca a qualidade do nosso trabalho. É importante ter em mente que “fazer pela” mulher não significa, pressionar, substituir ou tratar, no sentido biomédico da palavra, mas antes fazer com que ela se sinta apoiada e com o controlo da situação (OE, 2015a).

“Manter a crença” na capacidade da mulher para enfrentar o TP foi uma constante ao longo de todo o processo de cuidados. Para Swanson (1993), o EESMO deve manter a fé que, com a sua ajuda, a mulher ultrapassará segura e humanamente o parto. Este deve partir sempre do princípio que o corpo da mulher se vai adaptar fisiologicamente ao processo do TP, até que um desvio da normalidade seja evidente. Em trabalhos de parto prolongados e perante a dor e desconfortos, algumas mulheres começavam a referir esgotamento físico, desalento e incapacidade para continuar. Nestas alturas foi importante manter uma atitude de esperança, oferecendo otimismo realista, envolver a mulher em estima (Swanson, 1991), reconhecendo o seu potencial e reforçando-o positivamente. As mulheres receberam encorajamento verbal constantemente, orientações/sugestões e elogios.

Cabe ao EESMO conceber, implementar e avaliar “Intervenções adequadas à evolução do TP, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto” (Regulamento n.º 127/2011, p.8664), possuindo e aplicando sistematicamente conhecimentos e métodos que otimizem o desenvolvimento fisiológico do TP (APEO & OE, 2012). Neste sentido procurei exercer uma prática promotora do parto normal, fornecendo recursos e ferramentas para ajudar as mulheres a alcançar um parto saudável, seguro e o mais fisiológico possível.

O **1º Estádio do TP**, compreende o período entre o início do TP e a dilatação completa, podendo ser um processo moroso. Neste estádio, a mulher era incentivada e apoiada a adotar comportamentos que facilitassem a dilatação e a progressão da apresentação. A informação constante, o apoio emocional, a promoção do conforto e bem-estar, a presença e assistência duma pessoa significativa, a hidratação oral, fizeram parte dos cuidados otimizadores do processo fisiológico do TP. Durante o meu estágio em BP cuidei de 89 mulheres no 1º Estádio de TP, acompanhando 56 destas durante os restantes estádios, garantindo sempre que possível, a continuidade assistencial em todo o processo do trabalho de parto (FAME & APEO, 2009).

Hodnett, Gates, Hofmeyr e Sakala (2013), na sua RSL, mostraram que a presença de uma pessoa significativa para a mulher, tem benefícios vários, tais como TP mais curto, diminuição da necessidade de analgesia, menos partos instrumentados e cirúrgicos, melhores scores de Apgar neonatal e maior satisfação das mulheres. A este respeito, como prática promotora do parto normal, a OE (2015a) recomenda que se facilite este apoio contínuo durante o TP, já que a presença de alguém emocionalmente significativo, aumenta o sentimento de segurança e conforto da mulher. Neste sentido, foi facilitada e encorajada a presença dessa pessoa, capacitando-a com medidas de suporte destinadas a apoiar a mulher e envolvendo-a como membro da equipa no processo de cuidados. A maior parte das mulheres de quem cuidei,

escolheu o pai do RN para as acompanhar, opção que pode influenciar positivamente a formação do vínculo familiar (Perdomini & Bonilha, 2011). Porém, algumas mulheres escolheram uma irmã ou a mãe (3 mulheres) e poucas optaram por ficar sozinhas por períodos ou durante todo o TP (3 mulheres), sendo respeitadas as suas escolhas.

A qualidade do ambiente pode influenciar a capacidade de *coping* da mulher para com a dor do TP (Lowdermilk, 2008a). Assim, procurei garantir um ambiente favorável, tranquilo e acolhedor, ajustando os estímulos ambientais (luminosidade, temperatura e música) de acordo com as preferências da mulher.

Promovi e providenciei a hidratação e nutrição adequada às mulheres em todas as fases de TP. A partir da fase ativa do TP e até à dequitação foram oferecidas pequenas quantidades de água ou de líquidos claros como chás, sumos sem polpa e gelatinas, prática apoiada pelas *guidelines* atuais em TP lineares e de baixo risco (ACOG, 2009; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2016; American Society of Anesthesiologists, 2016).

A evidência científica demonstra as imensas vantagens da deambulação e da utilização de posições mais verticalizadas durante o 1º estágio de TP. Uma meta-análise de Lawrence, Lewis, Hofmeyr e Styles (2013) que compara as posições mais verticalizadas e a deambulação com as posições de deitada ou recostada na cama durante o 1º estágio de TP, demonstrou que as primeiras diminuíam a duração do TP em cerca de 1h20 minutos e também a taxa de cesarianas. Neste sentido, as mulheres a quem prestei cuidados, foram incentivadas a deambular e a adotar várias posições em alternância com o repouso na cama. Apoiei a liberdade de movimentos limitando o recurso a perfusões endovenosas (EV) e oferecendo instrumentos que possibilitassem a posição vertical e deambulação, tais como a bola de nascimento, a *walking* epidural ou CTG por telemetria (os dois últimos apenas no 2º contexto de estágio).

Todas as parturientes devem poder contar com métodos de alívio da dor durante o TP, devendo o EESMO ser conhecedor das medidas não farmacológicas e farmacológicas passíveis de ser utilizadas para proporcionar conforto e alívio da dor no TP, assegurando a sua disponibilidade e informando sobre os seus riscos e benefícios (APEO & OE, 2012; ICM, 2013; OE, 2015a). Estas técnicas são complementares e podem ser usadas sequencialmente ou em combinação. Assim, foram oferecidos cuidados individualizados consoante as necessidades e preferências das mulheres (medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas), sendo implementadas intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor, de forma autónoma ou em cooperação com outros profissionais (Regulamento n.º 127/2011). A minha intervenção passou por promover e implementar medidas não farmacológicas, tais como, massagem lombar, técnicas respiratórias, liberdade de movimentos e deambulação, bola de nascimento,

hidroterapia, entre outros, bem como implementar medidas farmacológicas prescritas ou protocoladas, as quais passaram pela administração de analgesia EV, analgesia inalatória com óxido nítrico e analgesia epidural, sendo esta última, a principal escolha das mulheres.

Compete ao EESMO identificar e monitorizar o TP (Regulamento n.º 127/2011) sendo detentor de conhecimentos sobre a sua progressão normal (ICM, 2013). Sendo o exame vaginal um importante meio de avaliação do início e da evolução do TP, o EESMO deve ter competências para realizar um exame completo e cuidadoso, desenvolvendo aptidões técnicas para avaliar a dilatação e apagamento do colo, a apresentação e variedade fetal e sua progressão, a integridade das membranas e características do LA, e a proporção feto-pélvica (Regulamento n.º 127/2011; ICM, 2013). Este é, no entanto, um exame invasivo, desconfortável e associado a um aumento do risco de infeção (OE, 2015a), pelo que a sua utilização foi sempre justificada, limitando ao máximo o nº de intervenções. As dificuldades iniciais na realização e interpretação deste exame foram gradualmente ultrapassadas, à medida que fui adquirindo prática na sua execução, sendo fundamentais o apoio dado pela enfermeira orientadora, e o aprofundamento dos conhecimentos teóricos nesta área.

Os dados obtidos por este exame, assim como, as características do CTG, o grupo sanguíneo materno, os PV, entre outros eram registados no partograma, ferramenta utilizada pelo EESMO com a finalidade de monitorizar a evolução do TP a partir da fase ativa do seu 1º estágio. Este, quando devidamente preenchido, é uma “ferramenta absolutamente essencial no trabalho de parto (...) [como] instrumento de diagnóstico” (OE, 2015a, p. 42). A sua correta interpretação é determinante para uma apropriada gestão dos cuidados durante o TP, podendo ajudar na identificação de padrões anormais de progressão do TP e levar a que sejam iniciados os procedimentos adequados ou a que se proceda à referenciação da parturiente (ICM, 2013). Como a OE refere, “a avaliação da evolução do trabalho de parto e a sua condução são um aspeto fundamental da assistência da parteira, com interferência direta nos resultados maternos e neonatais” (OE, 2015a, p.42). Assim, é importante que o EESMO tenha presente a mecânica do TP e o domínio completo dos seus padrões normais de progressão (ICM, 2013; Prada & Rafael, 2016), sendo fundamental que respeite o ritmo do parto e que baseie a sua atuação nas recomendações mais atuais. A este respeito, a DGS (2015) publicou um conjunto de recomendações sobre os tempos e atuações a considerar perante uma paragem da progressão do trabalho de parto (PPTP). Estas foram tidas em consideração durante toda a minha atuação, referenciando as situações que indiciavam uma PPTP.

Outro aspeto importante na condução do TP, é a monitorização atenta do bem-estar da mãe e do feto. O bem-estar materno era assegurado pela vigilância do estado geral da mulher,

nomeadamente o seu estado comportamental, os sinais vitais, os fluídos administrados, a eliminação vesical, a hidratação oral e a contratilidade uterina. No que respeita ao bem-estar fetal, o TP “representa um período de stress fisiológico para o feto, pelo que a monitorização contínua do seu estado de saúde é parte essencial dos cuidados de enfermagem durante esse período” (Lowdermilk, 2008b, p.389). A interpretação cuidadosa de todo o registo eletrónico da FCF através da CTG contínua, permitem que se faça uma análise mais precisa e confiável do estado do feto, e oferece a possibilidade de realização de uma avaliação retrospectiva da condição fetal ao longo de todo o TP (Graça, 2010a; El-Chaar, 2014). Por outro lado, a auscultação intermitente da FCF é um método aceitável e recomendável para avaliar a condição fetal em mulheres saudáveis e com TP de baixo risco, com a vantagem de ser menos invasiva e de permitir maior liberdade de movimentos à mulher (El-Chaar, 2014). No entanto, a partir da fase ativa de TP, e para que esta prática seja segura, preconiza-se um rácio enfermeira obstetra/parturiente de 1:1 (OE, 2015a; NICE, 2016), realidade algo distante da portuguesa. Relativamente ao 1º contexto do meu estágio, uma EESMO ficava responsável por todas as mulheres admitidas no Bloco de parto, pelo que só raramente se conseguia atingir este rácio. No segundo contexto de estágio a relação era geralmente de 1:2. No entanto no 2º e 3º estágio do TP – fase em que a parturiente mais necessita de apoio permanente, conseguia-se um rácio de 1:1 através da gestão adequada da distribuição dos EESMO pelas utentes, da ajuda e cooperação entre membros da equipa e do recurso ao registo cardiotocógrafo contínuo para vigilância do bem-estar materno-fetal das restantes mulheres. Desta forma, e tendo em consideração os protocolos de cada unidade hospitalar, a vigilância da FCF e seus padrões era promovida predominantemente através da CTG contínua. Não quero no entanto deixar de referir que, de modo a proporcionar medidas de conforto às parturientes, promovi breves períodos de auscultação intermitente, quando o risco era reduzido e apresentavam previamente um CTG tranquilizador.

São da competência do EESMO reconhecer os desvios ao padrão normal do TP e as situações de risco materno-fetal, instituindo medidas de primeira linha independentes ou colaborativas, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (Regulamento n.º 127/2011; ICM, 2013). Assim, durante o EC, perante desvios à normalidade, foram levados a cabo procedimentos de forma judiciosa, e mediante os protocolos institucionais, que me permitiram desenvolver competências técnicas para otimizar o bem-estar materno-fetal. Recorri ao uso de agentes uterotónicos (perfusão ocitócica EV) para estimular ou aumentar a contratilidade uterina, realizei 11 amniotomias por PPTP, ou para avaliar as características do LA, em suspeitas de estado fetal não tranquilizador, 7 monitorizações internas

da FCF quando havia suspeitas de compromisso do estado fetal e dificuldade em obter um traçado nítido e 2 amniotomias perante CTG pouco tranquilizadora numa fase muito precoce do TP.

Providenciei cuidados a mulheres com patologia associada, e/ou concomitante, à gravidez e/ou ao TP (Regulamento n.º 127/2011), utilizando como base de atuação, os protocolos institucionais, como era o caso de mulheres com diabetes gestacional ou prévia, obesidade, hipertensão crónica ou induzida pela gravidez, pré-eclampsia, APPT, tendo referenciando e cooperado com a equipa médica nas situações que ultrapassavam a minha área de atuação.

O **2º estágio do TP**, que começa com a dilatação e apagamento completo do colo e culmina com o nascimento do bebé, sendo o período mais aguardado pela mulher/família é, frequentemente, o período mais stressante de todo o processo de gravidez e TP tanto para a mulher como para o feto e, também, para o provedor de cuidados (Kopas, 2014). O EESMO tem um papel determinante na gestão deste estágio devendo, por exemplo, “reconhecer que a dilatação completa não significa o início do período expulsivo” (OE, 2015a, p. 44). Antes do período expulsivo – fase ativa do 2º estágio do TP – a mulher pode passar por um período de descanso – fase latente – em que não sente necessidade de efetuar esforços expulsivos (Lowdermilk, 2008c). É importante reconhecer que a existência de um período de descanso permite que o feto faça a rotação e descida pelo canal de parto de forma passiva, conservando assim, a energia da mulher para os esforços expulsivos (Brancato, Church & Stone, 2008).

A promoção de um “período de descanso” antes do período expulsivo tem-se verificado ser especialmente vantajosa nas mulheres que se submetem a analgesia epidural. Neste sentido, vários ERC e meta-análises, a maior parte dos quais envolvendo mulheres nulíparas, evidenciam que, nas parturientes submetidas a analgesia epidural, a promoção de um período de descanso, com consequente atraso no início dos esforços expulsivos, apesar de aumentar o tempo do 2º estágio de TP, reduz o tempo gasto nos esforços expulsivos, facilita a rotação espontânea do feto para occipito-anterior, aumenta o número de partos vaginais espontâneos, diminui a incidência de trauma perineal e a ocorrência de desacelerações da FCF, e melhora os scores de Apgar (Kopas, 2014).

Assim, às parturientes a quem prestei cuidados, na ausência de necessidade de um período expulsivo rápido (ex. casos de suspeita de sofrimento fetal) e perante a ausência do ímpeto para realizar esforços expulsivos por parte da mulher, foi promovido um “período de descanso”, particularmente nas nulíparas com analgesia epidural, que podia ir de uma a duas horas a partir

do início do 2º estágio do TP (esta prática verificou-se sobretudo no 2º contexto de estágio).² A gestão da analgesia epidural segundo protocolo, feita pelos EESMO, no 2º contexto de estágio, foi um fator que achei particularmente importante na gestão deste período, pois ao evitar a administração de doses elevadas de analgesia, a mulher conseguia ter mobilidade suficiente para alternar posições que favorecessem a rotação e descida fetal e permitia-lhes ter a sensação/ímpeto para realizar esforços expulsivos espontâneos.

Relativamente aos esforços expulsivos, a evidência sugere que estes devem ser preferencialmente espontâneos (com a glote aberta). Os esforços expulsivos dirigidos (manobra de Valsalva – glote fechada) devem ser utilizados só em situações pontuais, sob indicação (ex: acelerar o parto em caso de sofrimento fetal ou quando os esforços expulsivos espontâneos são ineficazes no caso de analgesia epidural) (Kopas, 2014). Assim, cada mulher foi encorajada a exercer esforços expulsivos espontâneos, ou dirigidos se fossem mais eficazes no seu caso. As mulheres foram também encorajadas e apoiadas a efetuar os esforços expulsivos nas posições em que se sentiam mais confortáveis, sendo no entanto aconselhadas e encorajadas a evitar a posição supina (Kopas, 2014, NICE, 2016). Durante esta fase foram alternando as várias posições verticais (de cócoras, de joelhos, no banco de partos), mas muitas mulheres acabaram por optar pela posição sentada na marquesa no final do período expulsivo.

Compete ao EESMO aplicar “as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica, e em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica” (Regulamento n.º 127/2011, p.8664). Sempre que possível assisti o parto das mulheres que já havia seguido no 1º estágio, com as quais já tinha estabelecido uma relação empática e de parceria, registando-se apenas 3 situações em que conheci a mulher já durante o período expulsivo. Deste modo, prestei cuidados a 59 mulheres no 2º estágio de TP. Destas, 55 tiveram um parto eutócico. As restantes foram referenciadas para o médico obstetra por situações que ultrapassavam a área de competência do EESMO, culminando em partos distócicos – 1 cesariana, 2 ventosas e 1 fórceps.

Das 55 mulheres cujo parto foi eutócico, foi necessário efetuar 9 episiotomias, permitindo o desenvolvimento de competências no reconhecimento das situações em que é necessário o recurso a esta técnica, na aplicação de anestesia local e na realização de episiorrafia (ICM, 2013). Sendo um dos objetivos específicos o desenvolvimento de competências para minimizar o trauma perineal, este assunto será desenvolvido no subponto 3.3.

² Com o advento da analgesia epidural, o tempo em que a mulher pode permanecer no 2º estágio do TP (fase latente + fase ativa) tem vindo a sofrer alterações. As recomendações da DGS preconizam um máximo de 2 horas na nulípara e 1 hora na múltípara, acrescendo 1 hora caso tenham epidural (DGS, 2015).

Após expulsão da cabeça fetal, pesquisei a existência de circular cervical e, na sua presença, geri esta fase de forma a manter o cordão intacto para maximizar a adaptação do feto ao meio extrauterino, passando o cordão pela cabeça ou corpo fetal ou, em último recurso, procedendo a laqueação e corte precoce do cordão. Em algumas situações, o nascimento do corpo fetal foi apoiado pela mãe iniciando de imediato o contato pele a pele. Esta prática foi facilitada pelas posições de parto mais verticalizadas ou na posição em lateral, podendo considerar que esta é uma vantagem acrescida destas posições.

Num dos partos que assisti tive que gerir uma distócia de ombros que foi eficazmente resolvida com a manobra de McRobert.

Após o nascimento do RN dá-se início ao **3º estágio do TP** que termina com a expulsão da placenta e membranas. Este processo deve ser assegurado de maneira eficaz e segura. A condução do 3º estágio pode ser expectante (fisiológica) ou ativa. Na abordagem expectante aguarda-se que a placenta “mostre” sinais de descolamento, sendo a sua expulsão espontânea sob o efeito da gravidade (OMS, 2014) ou com o auxílio dos esforços expulsivos maternos (Begley, 2011). A abordagem ativa envolvia a administração profilática de uterotónicos (ocitocina), o clampeamento e corte precoce do cordão umbilical e a tração controlada do cordão umbilical para expulsar a placenta (Begley, 2011; OMS, 2014). Esta gestão, quando comparada com a gestão expectante, está associada a um menor risco de hemorragia pós-parto (HPP), de anemia materna e de necessidade de transfusão sanguínea pós-parto (Begley, 2011).

Mais recentemente a OMS (2014) reavaliou cada componente da gestão ativa do 3º estágio do TP e, em função das novas evidências disponíveis, preconizou novas recomendações. Assim, considerou o uso de uterotónicos como a principal intervenção da gestão ativa do 3º estágio do TP, recomendando esta intervenção em todos os partos, sendo a ocitocina o fármaco de eleição. O clampeamento precoce do cordão (< 1 minuto) passou a ser recomendado apenas nas situações em que o RN necessitasse de reanimação cardiorespiratória imediata, sendo nas restantes situações, recomendado o seu clampeamento tardio (aproximadamente 1 a 3 minutos após o nascimento). A tração controlada do cordão umbilical passou a ser considerada opcional, ou nas situações de placenta retida. O NICE (2016) e a OE (2015a) consideram que as mulheres, com baixo risco de HPP, que escolhem uma abordagem fisiológico do 3º estágio do TP devem ser apoiadas na sua decisão, partindo-se para uma abordagem ativa apenas se ocorrer hemorragia ou se a placenta não se descolar na 1ª hora após o nascimento. Considerando estas recomendações, o clampeamento e corte do cordão do RN foi sempre efetuado 1-3 minutos após o nascimento ou quando o cordão deixava de pulsar, iniciando-se simultaneamente os cuidados essenciais ao RN e o contato precoce pele a pele, caso fosse o desejo da mãe. As

únicas exceções ao corte tardio do cordão foram as situações em que o casal pretendia a criopreservação do sangue do cordão. Foi efetuada tração controlada do cordão após os primeiros sinais de descolamento da placenta, exceto nas situações em que a mãe desejava uma abordagem mais fisiológica deste estágio. Sempre que possível, incentivei e apoiei a mulher ou o acompanhante a procederem ao corte do cordão umbilical do RN, reforçando desta forma, a sua identidade como agentes ativos no TP e favorecendo a vinculação precoce.

Após a dequitação, era feita uma avaliação das estruturas placentárias e membranas de forma a garantir a integridade das mesmas. Por duas ocasiões, houve a suspeita de membranas fragmentadas, pelo que foi efetuada revisão digital com posterior controlo ecográfico pela equipa médica, de forma a prevenir o risco de HPP e infeção puerperal.

A OMS (2014) recomenda a massagem uterina persistente e vigorosa apenas no tratamento de HPP. A sua prática preventiva é considerada desconfortável e desnecessária em mulheres que fizeram ocitocina profilática. Atendendo às recomendações da OMS (2014), após a dequitação, procedi a uma suave palpação abdominal para confirmar a formação do globo de segurança de *Pinard* e identificação precoce de hipotonia uterina. A administração de ocitocina EV profilática foi efetuada consoante os protocolos locais.

Após a dequitação era avaliada “a integridade do canal de parto e aplicadas técnicas de reparação” (Regulamento n.º 127/2011, p.8664) nas situações de laceração de 1º grau sangrantes, de 2º grau ou após execução de episiotomia. Não se verificaram desvios da normalidade – lacerações de 3º e 4º graus ou lacerações do colo – não sendo necessário referenciar nenhuma situação. Por vezes foi-me difícil identificar os diferentes graus de laceração, sobretudo distinguir se as lacerações correspondiam ao 2º ou 3º grau, pelo que necessitei da ajuda das minhas orientadoras. Saber diagnosticar as lacerações de 3º e 4º graus é de extrema importância, já que estas têm habitualmente consequências nefastas para a saúde e bem-estar da mulher, podendo ser agravado o seu prognóstico se não forem corretamente diagnosticadas, reparadas e providenciados os devidos cuidados (ACOG, 2016). A sutura perineal foi realizada logo a seguir à dequitação, de forma a promover a cicatrização, reduzir a perda de sangue e o risco de infeção (Lowdermilk, 2008c; OE, 2015a). Uma dificuldade e preocupação encontrada, principalmente no início do estágio, prendeu-se com a aplicação correta das técnicas de reparação do períneo, uma vez que estas devem ser executadas de forma a melhorar a condição pós-parto da mulher e a prevenir problemas físicos, psicológicos, sexuais e sociais (OE, 2015a). Esta dificuldade foi gradualmente ultrapassada, sendo que no final do estágio já conseguia proceder à reparação dos tecidos com autonomia e segurança. O períneo é uma área muito sensível e a sua reconstrução pode causar dor e estresse num momento

privilegiado em que a tríade está a tentar estabelecer o seu primeiro contacto e vinculação (Begley, 2014). Para facilitar esta tarefa, foi promovido um ambiente calmo, providenciado conforto e, nos casos em que as mulheres não tinham analgesia epidural, foi aplicada anestesia local no períneo.

Após o parto e a dequitação, dá-se início ao **4º estágio do TP** ou puerpério imediato – constituindo um período de observação importante, por forma a identificar e prevenir complicações tais como HPP.

Assisti 68 puérperas neste período, provenientes dos partos eutócicos a que assisti, e dos partos que culminaram em distócia. Fi-lo tendo em mente a garantia da continuidade de cuidados especializados e da relação de confiança previamente estabelecida e desenvolvida.

Durante este estágio a mulher sofre um conjunto de adaptações fisiológicas e psicológicas. Corresponde a um período crucial para a mulher/convivente significativo, por se tratar de um período de recuperação do processo físico do parto e do estabelecimento da vinculação e das relações familiares (Lowdermilk, 2008c). Assim, nesta fase o papel do EESMO não se pode ficar pela monitorização dos processos fisiológicos, estendendo a sua atuação à vigilância da transição e adaptação saudável à parentalidade. Desta forma, tal como previsto no Regulamento de competências específicas (Regulamento n.º 127/2011, p.8664) foram concebidas, implementadas e avaliadas “intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos”, e assumida a supervisão deste processo, no sentido de promover relacionamentos positivos, “potenciando a parentalidade responsável”.

Sempre que possível, foi promovido o contacto pele a pele entre a mãe e o RN, durante pelo menos a primeira hora de vida, mantendo desta forma o aquecimento do RN e favorecendo a amamentação e a vinculação precoce (WHO, 2013).

Incentivei e apoiei o aleitamento na 1ª hora de vida, sempre que este fosse o desejo da mãe, constituindo este o 4º passo para o sucesso da amamentação (Levy & Bértolo, 2012), preconizado nas diretivas adotadas pelos hospitais onde decorreu o estágio, ambos creditados pela OMS/UNICEF como Hospitais Amigos dos Bebés.

O EESMO tem um papel crucial na preparação da mulher/casal para esta nova fase da sua vida em que emergem novos papéis familiares, sendo os conhecimentos e capacidades que os pais adquirem para o exercício do papel parental (OE, 2011) um indicador de qualidade, sensível aos cuidados de enfermagem. Neste sentido, e tendo o cuidado de ser o mais objetiva possível, procurei aproveitar todas as oportunidades para informar e capacitar a mulher/casal, com o intuito de promover o desenvolvimento das suas competências no processo de transição para a parentalidade.

Durante este período foi ainda importante fazer uma correta avaliação do estado geral da puérpera, dos PV, do globo de segurança de *Pinard*, das perdas hemáticas e do períneo, proporcionando medidas de conforto e controlo da dor e providenciando uma alimentação e hidratação adequada.

No que respeita aos cuidados ao RN, é da competência do EESMO otimizar a adaptação do mesmo à vida extrauterina, prevenir ou diagnosticar precocemente complicações para a sua saúde (Regulamento n.º 127/2011). O saber teórico-prático e as experiências vividas ao longo dos 18 anos do meu percurso profissional – 15 na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), e os restantes no BP – facilitaram o desenvolvimento de competências específicas no cuidado ao RN e família. De acordo com o Regulamento n.º 122/2011, o enfermeiro especialista deve congrega na sua prática, competências de cuidados gerais de enfermagem com as que resultam do aprofundamento de conhecimentos diferenciados, pelo que, ao longo deste percurso de formação académica, procurei consolidar e integrar novos conhecimentos.

Cabe ao EESMO a responsabilidade de assegurar “a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina” e em situações de emergência assegurar a sua reanimação (Regulamento n.º 127/2011, p.8664). Estudos têm revelado que durante a adaptação à vida extrauterina, cerca de 10% dos RN necessita de algum tipo de assistência para iniciar respiração espontânea e menos de 1% necessita de uma reanimação diferenciada (Kattwinkel *et al.*, 2010; European Resuscitation Council, 2010). Esta necessidade de reanimação ou estabilização é mais provável quando há evidência de compromisso fetal antes do parto. Nesta perspetiva, foi importante avaliar a existência de fatores de risco tais como presença de mecónio espesso, prematuridade, CTG não tranquilizadora, TP prolongado ou até antecedentes maternos, para poder antecipar a necessidade de reanimação. Tal como refere Kattwinkel *et al.* (2010), a antecipação, a preparação adequada, uma avaliação correta e iniciação atempada das manobras de suporte de vida são fundamentais para o sucesso da reanimação neonatal.

Após o nascimento, o RN era colocado em cima do abdómen materno, procedendo-se à sua secagem e estimulação e assegurando a permeabilização das vias aéreas. Em simultâneo procedia-se a uma rápida avaliação do seu bem-estar e índice de Apgar, sendo prestados os cuidados adequados. Se o estado do RN o permitisse e fosse do desejo da mãe, ficavam então em contato pele a pele, ambos cobertos com lençóis aquecidos, assegurando a manutenção da termorregulação.

Os RN a quem prestei cuidados apresentaram boa vitalidade e boa adaptação à vida extrauterina, após os cuidados imediatos supracitados. Tive, no entanto, a oportunidade de

colaborar com a equipa multidisciplinar na reanimação e organização da transferência de 2 RN, grandes prematuros (25 e 27 semanas respetivamente), para a UCIN. O nascimento de um RN prematuro, e o seu conseqüente internamento, é acompanhado por sentimentos de angústia e ansiedade por parte dos pais. Nestas situações específicas "estar com" o casal e "manter a crença" tornou-se particularmente importante, ajudando os pais a ultrapassar as dificuldades, durante esta fase de separação do RN, aquando da sua transferência para a UCIN.

Após a avaliação inicial do RN eram feitas avaliações subseqüentes do seu estado, verificando a sua vitalidade, choro, tónus e coloração. Além destes, eram ainda prestados outros cuidados, de acordo com as orientações e protocolos locais – identificação (confirmada pelos pais), avaliação do peso e administração de vitamina K para prevenir a doença hemorrágica neonatal. Concomitantemente era feita uma avaliação física e comportamental do RN, no sentido de identificar "alterações morfológicas e funcionais" (Regulamento n.º 127/201, p.8664) e providenciar referenciação atempada, se necessário.

Para assegurar a continuidade dos cuidados, foram efetuados registos sistemáticos e fidedignos, no processo clínico, no partograma e no BSG, que incorporavam a avaliação inicial, as necessidades de cuidados de enfermagem das utentes, as intervenções e interações e os resultados obtidos. Após o parto, a vigilância e os cuidados à puérpera e RN eram assegurados durante pelo menos duas horas e se as condições o permitissem, procedia-se à transferência da mãe para o serviço de obstetrícia.

3.3. Minimizar o trauma perineal – da evidência científica á prática clinica

Este ponto apresenta-se organizado consoante as etapas percorridas para encontrar a melhor evidência, no sentido de minimizar o trauma a que as mulheres estão expostas durante o parto vaginal, culminando na sua aplicação e avaliação em contexto de estágio. Assim, em primeiro lugar apresento a questão formulada e a estratégia de pesquisa para encontrar a melhor evidência; posteriormente e após ter sido feita uma apreciação dos estudos quanto à sua qualidade e aplicabilidade ao contexto de trabalho, são apresentados os principais resultados encontrados; por último apresento a integração da evidência científica na minha prática clínica e respetiva avaliação dos resultados.

3.3.1. Estratégia de Pesquisa

Para Craig (2004), se um enfermeiro pretende incorporar a melhor evidência na tomada de decisão, deverá transformar as necessidades de informação em questões claras e focalizadas. Segundo este autor, uma questão formulada cuidadosamente, proporcionando orientação à estratégia de pesquisa e possibilita uma melhor triagem dos estudos que respondam à questão. Assim sendo, foi usando o esquema de referência PICO, que engloba as seguintes componentes: população, intervenção, comparação da intervenção (pode ou não ser feita uma comparação) e *outcomes*/resultados pretendidos. A questão formulada, tendo por base a mnemónica PICO, foi a seguinte: **quais as intervenções que minimizam o trauma perineal decorrente do parto vaginal?**

O quadro seguinte decompõe as componentes da questão PICO permitindo triar a pesquisa que será feita seguidamente.

Quadro 1 Componentes da questão PICO

População	Intervenção	Outcomes/ Resultados
Mulheres grávidas/parturientes que esperam um parto vaginal.	Intervenções (da competência do EESMO) que minimizem a ocorrência de trauma perineal.	Redução da incidência e severidade do trauma perineal Redução da incidência de episiotomia

A estratégia de pesquisa incluiu três etapas como sugere o JBI (2014). O objetivo é identificar tantos estudos de interesse sobre o tema quanto possível. Na primeira etapa foi feita uma pesquisa limitada às bases de dados MEDLINE e CINAHL, porque se trata das duas bases de dados da área da saúde que utilizam termos de indexação, permitindo assim obter termos indexados, orientar a pesquisa para resultados mais precisos e melhor localizar os estudos pretendidos. Foi feita uma análise das palavras contidas nos títulos e resumos dos artigos, obtendo desta forma os descritores para prosseguir com a pesquisa. A este processo Beaven (2004) designa de *brainstorming* de descritores, em que todos os sinónimos e frases diferentes que possam ser usados para descrever cada componente chave da questão PICO, devem ser listados. Numa segunda etapa, a pesquisa foi alargada a outras plataformas e bases de dados eletrónicas, tais como a Cochrane Database Library, Medclatina, ScienceDirect, B-on, Scielo, e Google académico, tendo sido utilizados todos os descritores identificados na primeira etapa (Quadro 2). Na terceira etapa foram consultadas referências bibliográficas relevantes

identificadas nos artigos anteriormente selecionados, com o objetivo de encontrar estudos adicionais que dessem resposta à questão de pesquisa.

Quadro 2 Descritores usados para cada componente da questão PICO

	População	Intervenções	Outcomes (Resultados)
Descritores	Pregnant Women	Lacerations/ prevention and control	perineal trauma
	Delivery, obstetric	Perineal support	perineal outcomes
	Expectant mothers	Perineal care	intact perineum
	Childbirth	Management of labor	anal sphincter rupture
	Vaginal Birth	Tears and lacerations/ prevention	anal canal/ injuries
	Women	and control	Perineum/injuries episiotomy

A pesquisa foi conduzida ligando os descritores que pertenciam à mesma componente da questão com o boleano “*or*” e ligando os descritores que pertenciam a componentes diferentes da questão com o boleano “*and*” obtendo assim a combinação das componentes necessárias para a questão (Beaven, 2004).

Os critérios de inclusão foram: artigos de estudos científicos primários ou RSL com ou sem meta-análise, gratuitos, disponíveis em texto integral, publicados entre o ano de 2006 e 2016. Apenas foram incluídos estudos sobre intervenções para reduzir a incidência de trauma perineal (prevenção primária). Não foram incluídos estudos sobre intervenções após o trauma ter ocorrido, como por exemplo, tipo de sutura e *follow up* (prevenção secundária e terciária), nem estudos já incluídos nas RSL selecionadas.

Dos 268 estudos encontrados nas várias bases de dados, após análise dos seus títulos e resumos, foram excluídos 189 que não davam resposta à questão PICO ou que se encontravam repetidos. Posteriormente foram excluídos 68 estudos que não tinham texto integral disponível gratuitamente. Por último foi realizada a leitura integral com apreciação crítica dos estudos tendo sido selecionados 11 estudos (Apêndice I). Segundo Newman e Roberts (2004), as competências de apreciação crítica são cruciais para distinguir os níveis de evidência dos estudos. O processo engloba a apreciação da qualidade e a apreciação da sua aplicabilidade ao contexto de trabalho e aos utentes-alvo específicos. Uma vez que no presente trabalho se pretendia determinar a eficácia de intervenções para minimizar o trauma, foi dada primazia a revisões sistemáticas da literatura (“*the golden standard*”) com ou sem meta-análise e a estudos randomizados como nos sugere Newman e Roberts (2004), por apresentarem nível de evidência

1. Foram também considerados para análise estudos de coorte e analíticos correspondendo a níveis de evidência 3 e 4 respectivamente segundo, o JBI (2013). Foram por fim consultadas as *guidelines* do NICE, da ACOG, do RCOG e do Royal College of Midwife (RCM), artigos de opinião e revisões narrativas relacionadas com a temática, para discussão dos resultados encontrados nos estudos analisados, que será apresentada no ponto seguinte.

3.3.2. Apresentação e análise dos resultados

A análise e interpretação dos estudos permitiram identificar diferentes abordagens para minimizar o trauma perineal estando, no entanto, todas elas relacionadas entre si. Assim sendo, emergiram desta pesquisa seis categorias de intervenções/ estratégias implícitas na prevenção do trauma perineal que serão expostas seguidamente.

Massagem perineal anteparto e intraparto

A massagem perineal tem o propósito de reduzir a resistência da musculatura perineal reduzindo a probabilidade de ocorrerem lacerações durante o parto (ACOG, 2016). Para evitar a episiotomia e as lacerações do períneo, mulheres e profissionais de saúde podem praticar alguns procedimentos para ajudar a aumentar a elasticidade do períneo (Begley, 2014).

Uma RSL da Cochrane, com meta-análise, realizada por Beckmann e Stock (2013) acerca da massagem digital perineal antenatal que incluiu 4 ERC (2497 mulheres), mostrou a eficácia da massagem perineal no período anteparto a partir das 34 semanas de gestação, quando praticada duas a três vezes por semana, sendo que as mulheres que executaram massagem perineal tiveram uma redução significativa do trauma perineal com necessidade de sutura. Tal ficou a dever-se principalmente a menores taxas de episiotomia sem que se registasse aumento das lacerações de 3º e 4º graus. Esta técnica mostrou maior eficácia na redução do trauma perineal com necessidade de sutura nas mulheres sem nenhum parto vaginal prévio. Todos os estudos incluídos nesta revisão foram considerados de qualidade fiável, concluindo os autores que as mulheres devem ser consciencializadas dos prováveis benefícios da massagem perineal e informadas sobre como a executar.

Na RSL da *Cochrane* conduzida por Aasheim, Nilsen, Lukasse e Reinar (2011), a meta-análise de 2 estudos incluindo 2147 mulheres, concluiu que a massagem perineal durante o 2º estágio do TP reduziu significativamente a incidência de lacerações de 3º e 4º graus, não se registando, no entanto, diferença significativa nas taxas de períneos intactos nem nas taxas de

episiotomias. A massagem perineal durante o 2º estágio do TP pode ajudar a reduzir as lacerações do 3º e 4º grau, mas o conforto e a aceitabilidade da técnica pelas mulheres e pelas enfermeiras obstetras não foram convenientemente avaliados, pelo que a técnica deve ser usada com precaução (Moore & Moorhead, 2013) e sempre com o consentimento da mulher. O NICE (2016) desencoraja esta prática, no entanto, a ACOG (2016) sugere que a massagem pode reduzir as lacerações de 3º e 4º grau, mas classifica-a como recomendação de nível B, uma vez que esta prática é baseada em evidência científica limitada ou inconsistente.

Posicionamento da mulher durante o período expulsivo

Numa RSL da *Cochrane*, com meta-análise, conduzida por Gupta, Hofmeyr e Shehmar (2012) incluindo 22 estudos, com um total de 7280 mulheres não submetidas a analgesia epidural, as posições verticalizadas e o decúbito lateral, quando comparadas com as posições supinas ou de litotomia, associaram-se a uma redução nas taxas de episiotomia e a uma redução significativa dos partos instrumentados (22%) que, por sua vez, se associam a um risco acrescido de trauma perineal. Não houve impacto significativo nas lacerações de 3º e 4º graus, apesar de apenas 5 dos 22 estudos analisarem este *outcome*. Em contrapartida, nas posições verticais houve um aumento na incidência de lacerações de 2º grau. Segundo os autores da RSL, estes resultados devem ser interpretados com precaução uma vez que a maior parte dos estudos nela incluídos, apresentava fraca qualidade metodológica e intervenções inconsistentes.

Outra meta-análise de 5 ERC, incluindo 879 mulheres com analgesia epidural, mas em que apenas 2 estudos (englobando 173 mulheres) incluíram o trauma perineal como *outcome*, não mostrou benefício claro nem prejuízo relativamente à adoção de posições verticalizadas quando comparadas com posições mais horizontalizadas (Kemp, Kingswood, Kibuka & Thornton, 2013).

Num ERC realizado por Walker *et al* (2012), incluindo 199 mulheres que realizaram analgesia epidural, a posição em decúbito lateral associada a um adiamento dos esforços expulsivos, quando comparada com a posição em litotomia associada a esforços expulsivos logo após a dilatação estar completa, associou-se a um maior número de períneos intactos (40% versus 12%) e redução significativa das taxas de episiotomia (21.0% versus 51.4%).

Os resultados da RSL, conduzida por Lodge e Haith-Cooper (2016), que inclui 8 estudos de coorte e 2 ERC, sugerem que as diferentes posições maternas durante o parto, afetam o grau e incidência do trauma perineal. A maior incidência de períneos intactos foi conseguida na posição de quatro apoios seguida da posição de joelhos, sendo que, a posição de cócoras e

sentada na cama e no banco de partos apresentaram maior incidência de trauma perineal, com taxas superiores a 85,7% nas primíparas. Relativamente à utilização do banco de parto, um ERC conduzido por Thies-Lagergren, Kvist, Christensson e Hildingsson (2011), com 1002 mulheres, não encontrou diferenças no grau e incidência de trauma perineal ao comparar o parto no banco com o parto noutras posições maternas. No entanto neste estudo, o uso do banco não excedeu 20 minutos consecutivos, sendo alternado com outras posições quando o 2º estágio de TP se prolongava, para evitar o edema associado ao seu uso prolongado.

Gupta *et al.* (2012) e Kemp *et al.* (2013) concluem que, na ausência de “evidência mais robusta”, as mulheres, com ou sem epidural, devem ser capacitadas e autorizadas a fazer escolhas informadas sobre as posições que desejam adotar no 2º estágio do TP.

O NICE (2016) defende que as mulheres devem ser aconselhadas e encorajadas a procurar a posição mais confortável para si, devendo a enfermeira obstetra facilitar este processo. No entanto, as mulheres devem ser informadas acerca do aumento ou diminuição do risco de laceração em consequência da posição escolhida. Para Lodge e Haith-Cooper (2016), o enfermeiro obstetra deve estar atento ao tempo que a mulher passa no banco de parto quando esta é a posição escolhida.

Aplicação de calor húmido no períneo

Segundo Albers *et al.* (2005) e Dahlen *et al.* (2007) o calor aplicado com compressas humedecidas, permite um aumento do fluxo sanguíneo local e relaxamento muscular, podendo aumentar a elasticidade e distensibilidade dos tecidos do períneo e alteração da perceção da dor.

Para comprovar a eficácia desta técnica, foi realizada uma meta-análise de dois ERC (Aasheim *et al.*, 2011), incluindo 1525 mulheres, sendo comparada a aplicação de compressas quentes e humedecidas no períneo durante a fase ativa do 2º estágio do TP, com a sua não aplicação. Os autores concluíram que o uso de compressas reduz significativamente a ocorrência de lacerações de 3º e 4º grau do períneo, não tendo, no entanto, aumentado o nº de mulheres com períneo íntegro. A aplicação desta técnica foi bem aceite pelas mulheres incluídas nestes estudos. É um método disponível, não-invasivo, de baixo custo, que não causa dano e que as mulheres consideram confortável (Moore & Moorhead, 2013), sendo por isso, o seu uso durante os esforços expulsivos recomendado pelo RCM (2012), pelo RCOG (2015) e pela ACOG (2016).

Suporte perineal intraparto

O uso de técnicas de suporte manual para proteger o períneo na fase final do período expulsivo tem-se mantido controverso quanto à sua eficácia e aceitação (Fretheim, Tanbo, Vangen, Reinar & Rottingen, 2011; Begley, 2014).

O suporte manual do períneo durante o parto, descrito por muitos estudos como “*hands on*”, é comumente praticado em várias partes do mundo, mas com uma variedade de técnicas descritas globalmente (ACOG, 2016). Com estas técnicas, o profissional que assiste o parto pode controlar a velocidade do desprendimento da cabeça fetal e dos ombros contribuindo para a prevenção da laceração perineal. O coroamento através do canal de parto é controlado, para que seja lento e suave, com adequada extensão da cabeça e gradual distensão do períneo (Oppenheimer & Black, 2014). Numa abordagem alternativa de assistência ao período expulsivo, denominada “*hands off*”, o técnico assistente do parto observa o coroamento sem tocar no períneo, no entanto mantém-se preparado para auxiliar no controle da expulsão fetal se necessário (Oppenheimer & Black, 2014). As técnicas *hands off* variam na sua definição, podendo o profissional de saúde manter as mãos afastadas até ocorrer o coroamento fetal ou durante todo o parto, intervindo apenas se necessário. O facto de existir uma variedade de definições tem vindo a afetar os resultados dos vários estudos efetuados (Aasheim *et al.*, 2011).

De entre as várias técnicas de suporte manual do períneo, ou técnicas *hands on*, destacam-se as técnicas de flexão da cabeça fetal e a manobra de Ritgen ou a modificação de ambas, passando de seguida, a descrever as mais usuais.

A técnica de flexão da cabeça do feto com pressão manual foi descrita por DeWees em 1889. Envolve a manutenção da flexão da cabeça fetal durante o coroamento, através de uma leve pressão no polo cefálico em direção ao períneo (a cabeça nunca deve ser retida com força), exercida pelo profissional que assiste o parto, para que a expulsão da cabeça seja lenta e a flexão controlada (Oppenheimer & Black, 2014).

A Manobra de Ritgen remonta a 1855, quando Ferdinand August Marie Franz von Ritgen a descreveu numa revista científica alemã (Greve, 2009). Posteriormente foi descrita pela mesma autora em 1903 na 1ª edição do livro Williams Obstetrics. A manobra é executada entre as contrações, sendo que durante este intervalo a cabeça é expulsa de forma lenta e gradual sob o controle do profissional assistente, protegendo assim a musculatura do períneo. Esta manobra deve ser feita só quando o diâmetro suboccipito-frontal do feto for visível. A palma da mão do assistente é colocada no períneo, entre a região anal e coccígea da mulher aplicando uma pressão sobre a face e mento do feto através do períneo. A outra mão é colocada contra o polo

cefálico para controlar a velocidade da sua expulsão (Oppenheimer & Black, 2014). Posteriormente esta manobra foi modificada tendo sido descrita em 1976 no livro Williams Obstetrics na 15ª edição. Enquanto que a manobra de Ritgen original é feita no intervalo das contrações, a manobra de Ritgen modificada é realizada durante a contração (Greve, 2009).

Nos países escandinavos verificavam-se taxas de LGP das mais elevadas da Europa, sendo a Finlândia a exceção a esta regra (OECD, 2015). Acredita-se que a razão desta baixa incidência na Finlândia (< 1% nos partos eutócicos) seja devida ao uso de uma melhor técnica de proteção do períneo durante o parto (Laine, Rotvold & Staff, 2013; Leenskjold, Høj & Pirhonen, 2015). Nesta técnica, denominada por alguns estudos como manobra finlandesa (Fretheim *et al.*, 2011), a velocidade do desprendimento da cabeça fetal é controlada, exercendo-se pressão na cabeça fetal com uma mão, ao mesmo tempo que a outra mão protege o períneo apertando firmemente à volta do introito vaginal com o 1º e 2º dedos, enquanto os restantes dedos fechados fazem pressão contra o períneo posterior fazendo uma “garra” no queixo do bebé. Quando uma “boa garra” é efetuada, é pedido à mulher para que pare de fazer força e que respire rapidamente ou sobre, enquanto o profissional assistente do parto ajuda a que a passagem da cabeça do feto pelo introito vaginal decorra lentamente. Quando a maior parte da cabeça já está de fora, o anel vaginal é puxado para trás do queixo do bebé (Hals *et al.*, 2010; Laine, Skjeldestad, Sandvik & Staff, 2012; Leenskjold *et al.*, 2015).

Assim, quer na Noruega, quer na Dinamarca foram criados programas de treino e intervenção para reduzir a incidência de LGP, assente em 4 pontos fulcrais (Hals *et al.*, 2010; Laine *et al.*, 2012; Leenskjold *et al.*, 2015):

- Boa comunicação entre o profissional que assiste o parto e a parturiente;
- Posição de parto que permita visualização do períneo nos últimos minutos do 2º estágio do TP;
- Proteção do períneo nos últimos minutos dos esforços expulsivos com a manobra finlandesa (descrita anteriormente);
- Episiotomia medio-lateral (45 a 60º) só com indicação restrita a situações de asfixia fetal ou períneo rígido.

Quanto à eficácia de todas estas técnicas e abordagens, a evidência científica atual ainda é pouco conclusiva e insuficiente para recomendar uma prática específica.

Após a implementação dos programas de proteção perineal nos hospitais da Noruega e Dinamarca, os resultados obtidos foram publicados através dos estudos de coorte retrospectivos de Hals *et al.* (2010), Laine *et al.* (2012) e Leenskjold, *et al.* (2015). Estes estudos tiveram

intervenções, resultados e conclusões semelhantes entre si. Uma vez que os dois primeiros já se encontram analisados na RSL de Bulchandani, Watts, Sucharitha, Yates & Ismail (2015) vou reportar apenas o estudo conduzido por Leenskjold, *et al.* (2015). Neste estudo, após implementação do programa de proteção perineal num hospital Dinamarquês, foi reportada uma redução significativa na incidência de LGP, à semelhança dos estudos anteriores. O estudo incluiu um total de 1943 mulheres com partos vaginais (exclusão de parto gemelar) entre o início de 2012 e final de 2013. A comparação foi feita entre dados de 2012 (antes da intervenção) e de 2013 (pós-intervenção). Um ano após a implementação da intervenção, a proporção de mulheres com LGP decresceu de 4,4% para 1,7%, sendo esta redução mais pronunciada nas primíparas (7,2% para 2,9%). A taxa de episiotomias aumentou de 4,4% para 7,1% no total dos partos vaginais, não excedendo, no entanto, os 10% recomendados pela WHO (1996), obedecendo a uma política de episiotomias restritivas.

Para Bulchandani *et al.* (2015), estes estudos, efetuados nos países escandinavos, têm demonstrado que as técnicas de proteção perineal não devem ser consideradas isoladamente, mas como parte de uma série de intervenções coordenadas, entre as quais se destaca a capacitação da mulher para controlar a força exercida durante o período expulsivo facilitando, desta forma, a implementação de técnicas de proteção do períneo em diferentes posições de parto, com a condição de permitirem uma boa visualização do períneo (por ex. sentada na cama ou deitada em decúbito lateral). Por outro lado, num artigo crítico de Dahlen, *et al.* (2015) é referido que uma consequência não intencional destes programas e da sua generalização, é ditar as posições que a mulher deve adotar nos últimos minutos do período expulsivo, devido à exigência de visualização do períneo e aplicação da técnica de proteção perineal. Esta necessidade contraria a livre escolha da posição de parto pela mulher, que é tida como um fator de grande importância, para a melhoria da satisfação relativamente à experiência do parto, bem como, pelos seus benefícios fisiológicos e psicológicos (Priddis, Dahlen & Schmied, 2011; Nieuwenhuijze, de Jonge, Korstjens, Bude & Largo-Janssen, 2013; Thies-Lagergen, Hildingsson, Christensson & Kvist, 2014). Segundo o NICE (2016) não há qualquer evidência que apoie restrições à posição de parto, devendo permitir-se que as mulheres se movam livremente e escolham a sua posição de parto.

Na RSL da *Cochrane* conduzida por Aasheim *et al.* (2012) sobre técnicas para redução do trauma perineal durante o 2º estágio do TP, foi realizada uma meta-análise de três ERC (6617 mulheres) para comparar os resultados das técnicas *hands on/off*. Os resultados mostraram não haver diferenças estatisticamente significativas na incidência de lacerações de 3º e 4º grau ou na taxa de períneo íntegro, entre as duas técnicas. No entanto, a técnica *hands off* associou-se a

uma redução significativa na incidência de episiotomia. Os autores observam, porém, que as técnicas aplicadas nos vários estudos tinham definições muito variadas e mal descritas.

Na RSL conduzida por Bulchandani *et al.* (2015), foi realizada uma meta-análise de 3 ERC incluindo 6647 mulheres, que avaliavam a eficácia do suporte manual do períneo. Nesta meta-análise não foi encontrado qualquer efeito protetor desta técnica quanto à redução do risco de LGP. Na mesma RSL, foi realizada outra meta-análise incluindo três estudos não randomizados, com um total de 74744 mulheres, em que se encontrou uma significativa redução do risco de LGP. Apesar da evidência implícita na meta-análise dos ERC (de nível I) ser insuficiente para conduzir a mudanças na prática, perante os resultados da meta-análise dos estudos não randomizados (de nível II), os autores concluem que pode haver um benefício significativo numa política de cuidados *hands-on*.

Esta dicotomia na escolha da técnica "*hands on*" / "*hands off*" não fornece uma direção clara para os melhores cuidados, não tendo a evidência científica sido suficientemente forte, para que possam ser estabelecidas recomendações claras acerca das técnicas a aplicar durante o período expulsivo (Begley, 2014). Perante a descrição insuficiente das várias técnicas e a fraca qualidade metodológica dos diferentes estudos, a ACOG (2016) não estabeleceu recomendações sobre técnicas de suporte do períneo. No entanto, a RCOG (2014) considera que a proteção manual do períneo pode ter um efeito protetor contra as LGP. Albers *et al.* (2005) referem que a decisão clínica da abordagem *hands-on* ou *hands-off* seja tomada caso a caso e que possa variar consoante a experiência do profissional que assiste o parto, as características da grávida e as normas institucionais. Ter em consideração a aceitabilidade das mulheres para estas técnicas é também de fundamental importância na tomada de decisão clínica (Dahlen, *et al.*, 2015). Greve (2009) sugere que, para decidir por uma abordagem *hands-on*, pode ser necessário levar a cabo avaliações individuais que tenham em conta os fatores de risco para lacerações do períneo e o contexto em que o parto ocorre (indução do TP, uso de ocitocina, analgesia epidural, etc). Nos casos em que estes fatores de risco não se verificam, ou possam ser modificáveis, poderá ser importante dar às mulheres a possibilidade de passar por um processo de parto fisiológico, com o mínimo de intervenções, através de uma abordagem *hands off*.

Segundo Lowdermilk (2008c) e Leenskjold *et al.* (2015) para que o coroamento seja lento e gradual, de modo a que o períneo distenda lentamente, é importante que as mulheres mantenham o controlo dos esforços expulsivos através de técnicas respiratórias (por ex. soprando suavemente). A este propósito, Aasheim *et al.* (2011) concluem a sua RSL sugerindo que o autocontrolo da mulher, através de técnicas respiratórias para regular os esforços

expulsivos, possa ter mais benefícios do que todas as abordagens *hands-on*, sendo necessárias mais pesquisas.

Comunicação e suporte contínuo da grávida

Uma boa comunicação entre o enfermeiro obstetra e a mulher desempenha um papel central nos cuidados à mulher em TP (Dahlen *et al.*, 2015). Albers, *et al.* (2005, 2006) referem que, para que a expulsão da cabeça fetal seja lenta e controlada de forma a reduzir o trauma perineal, deve haver paciência por parte do profissional que assiste o parto e deve ser estabelecida uma comunicação eficaz entre este e a parturiente. Num estudo prospectivo de coorte realizado na Austrália, incluindo 6595 mulheres, foi pedido a enfermeiras obstetras, que preenchessem um formulário após o parto das mulheres que sofreram LGP, documentando alguns dos fatores intraparto que possam ter contribuído para a sua ocorrência, seguido de grupos de discussão para explorar melhor as suas experiências (Dahlen *et al.*, 2006). O estabelecimento de uma comunicação eficaz foi percebido como um dos fatores mais importantes para minimizar o trauma perineal. Um exemplo apontado, era dizer à mulher para respirar calmamente, sem efetuar esforços expulsivos durante a expulsão da cabeça fetal. As mulheres que não compreendiam a recomendação, por vezes continuavam os esforços expulsivos levando a uma expulsão pouco controlada (Dahlen *et al.*, 2006).

Para além da comunicação, outros fatores desempenham também um papel importante nas taxas de trauma perineal. Os cuidados baseados no relacionamento e no apoio e a assistência por parte de profissionais capazes de fornecer cuidados culturalmente sensível, são igualmente importantes para a melhoria da integridade perineal (Dahlen *et al.*, 2015). A ocorrência de um parto instrumentado aumenta significativamente o risco de lacerações graves do períneo (Pergialiotis *et al.*, 2014). Portanto, minimizar o trauma perineal passa também por “agarrar” todas as oportunidades e esgotar todas as estratégias para aumentar a probabilidade de ocorrência de um parto normal e seguro evitando a execução prematura de partos instrumentados (Moore & Moorhead, 2013). Um apoio eficaz da mulher e um ambiente propício ao desenrolar do TP podem reduzir a necessidade de um parto instrumentado (Hodnett *et al.*, 2012; Hodnett *et al.*, 2013). Sidebotham (2012) sugere uma lista valiosa de influências que podem ajudar a alcançar um TP normal: o ambiente, a capacitação (*empowerment*) da mulher, a exposição educativa da mulher à fisiologia do parto normal, a evidência científica e os cuidadores durante o parto. O enfermeiro obstetra deve ter sempre em mente o potencial

impacto que a sua atitude e cuidados vão ter na mulher e consequente TP (OE, 2015a), devendo constituir-se como defensor da mulher e do parto normal ou fisiológico (ICM, 2013).

Episiotomia Restritiva

Numa RSL com meta-análise da *Cochrane*, incluindo oito ERC (5541 mulheres) que comparavam os desfechos do recurso à utilização rotineira comparada com a utilização seletiva da episiotomia, verificou-se que uma política de episiotomia restritiva (com taxas de episiotomia de 28%) apresentava mais benefícios do que o seu uso rotineiro (taxas de episiotomia de 75%). A episiotomia restritiva relacionou-se com menor incidência de lacerações do períneo, menor necessidade de sutura e menos complicações de cicatrização. A única desvantagem encontrada na prática de episiotomia restritiva, foi um aumento do trauma perineal anterior (Carroli & Mignini, 2012). Este, no entanto, cursa habitualmente com menos hemorragia, menor necessidade de sutura e é menos doloroso do que o trauma do períneo posterior (Mattar, Aquino & Mesquita, 2007).

Segundo estudos já mencionados na fundamentação teórica, a episiotomia mediana associa-se fortemente a LGP e a eficácia da episiotomia médio-lateral para prevenir LGP mantem-se controversa. Assim, e na falta de melhor evidência, a ACOG (2016) mantém recomendações no sentido do seu uso restritivo, sendo o julgamento clínico a melhor orientação para a sua execução.

3.3.3. Prática Clínica – Integração da evidência científica e avaliação dos resultados

As necessidades globais de cuidados, bem como a tomada de decisão em saúde devem ser abordadas através de evidência que seja eficaz, mas também viável, apropriada e significativa para as populações, culturas e contextos específicos (Pearson & Craig, 2004; Jordan *et al.*, 2016). Como refere Ramalho (2005), um aspeto a não esquecer quando se parte para a prática clínica, é que a tomada de decisão no contexto dos cuidados é um processo complexo que resulta da experiência profissional em conjugação com os resultados dos estudos de investigação (evidência), com as circunstâncias do contexto de atendimento e com as particularidades dos utentes, como os seus desejos e escolhas.

As várias estratégias usadas para minimizar o trauma perineal foram fundamentadas na melhor evidência científica disponível que obtive na revisão da literatura, tendo a sua escolha sido influenciada pela filosofia, cultura e normas institucionais, experiência prática das minhas

orientadoras, preferências e características de cada mulher e respectivo TP, mas também pela experiência técnica que fui adquirindo ao longo do percurso formativo nos dois locais de estágio. Como defende Benner (2001), a teoria faculta o que pode ser esclarecido e formalizado. Contudo, a prática não é um processo fechado, mas sim uma realidade complexa com muito mais variáveis do que a teoria pode prever. Segundo a autora, para se desenvolver perícia é necessário que haja experiência e é este conhecimento próprio que vai definindo o indivíduo enquanto profissional. O saber teórico obtido nos estudos científicos foi essencial para fundamentar as intervenções, mas foi durante o desenvolvimento das mesmas que fui aprimorando o julgamento clínico, a tomada de decisão e o conhecimento prático.

Segundo Kopas (2014) nenhuma das técnicas estudadas para minimizar o trauma perineal parece explicar a grande variação nas taxas de trauma existentes entre locais de prestação de cuidados e entre cuidadores individuais, sendo estes últimos, um fator determinante dessas mesmas taxas. Na realidade, segundo os mesmos autores, pode acontecer que as práticas individuais que levam a baixa incidência de lacerações sejam parte da “arte de ser parteira” (conjunto de aptidões, atitudes e saberes individuais), arte essa que não pode ser prescrita, sendo assim muito difícil a sua avaliação por ERC. Considerando o acima exposto, ambos os campos de estágio foram de grande importância para o meu processo de aprendizagem e concretização do meu projeto individual. Apesar de algumas diferenças na abordagem e nos resultados, ambas as orientadoras foram para mim um modelo, já que a sua orientação e observação das suas práticas me permitiu desenvolver conhecimentos, competências e também a minha própria *arte* no sentido de minimizar o trauma perineal.

Uma vez que as práticas individuais de cuidar de cada EESMO, fazem parte dos fatores determinantes das taxas de trauma perineal, Kopas (2014) sugere que os EESMO devem aprender com os pares que obtêm melhores resultados de integridade perineal. Neste sentido foi importante para mim, perceber qual a experiência dos EESMO peritos nesta área, ao mesmo tempo que partilhava com eles os conhecimentos adquiridos através da evidência científica, numa perspectiva de formação informal entre “pares”, proporcionando momentos de discussão e partilha de conhecimentos e análise de práticas. Nos vários momentos de partilha de conhecimentos, vários EESMO foram unânimes quanto à importância dum condução mais fisiológica do TP e dum ambiente não apressado, como refere Albers *et al.* (2005, 2006), independentemente das técnicas usadas.

Para Albers *et al.* (2005), a escolha das estratégias para proteger o períneo durante o TP deve basear-se na individualidade de cada mulher tendo em consideração as suas características (presença ou ausência de fatores associados à ocorrência de trauma perineal), preferências e o

conforto proporcionado por cada estratégia. Assim, várias estratégias foram usadas em simultâneo no decorrer de cada TP sobretudo durante o 2º estágio. Estas, juntamente com fatores não modificáveis, intrínsecos às características e preferências individuais de cada mulher, condicionaram no meu entender, os resultados obtidos, sendo impossível isolar cada estratégia e fatores predisponentes para avaliar os mesmos resultados.

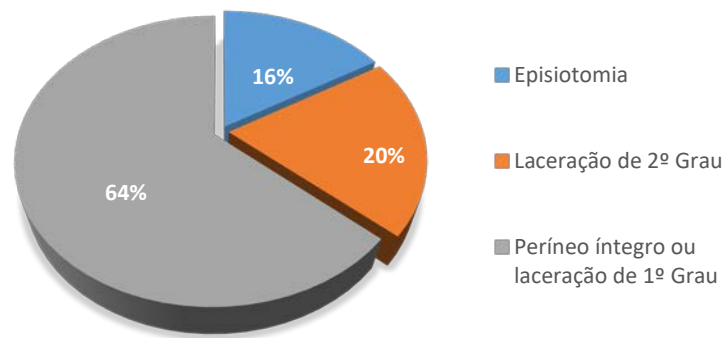
A tabela 1 mostra os resultados da integridade/ trauma perineal por contexto de estágio. Das 55 mulheres que assisti no 2º estágio do TP com culminar num parto eutócico, 21 apresentaram períneos íntegros, 14 apresentaram lacerações de 1º grau e 11 apresentaram laceração de 2º grau. Foram efetuadas 9 episiotomias medio-laterais. Houve 2 extensões da episiotomia, mas nenhuma atingiu o esfíncter anal. Não ocorreram lacerações de 3º nem de 4º grau.

Tabela 1: Integridade/ trauma perineal por contexto de estágio (CE)

Paridade por CE		Períneo íntegro	Laceração 1º grau	Laceração 2º grau	Episiotomia
1º CE	Primíparas+1º parto vaginal pós-cesariana (8+2)	2	1	1	6
	Múltiparas (11)	5	2	3	1
2º CE	Primíparas (19)	9	2	6	2
	Múltiparas (15)	5	9	1	0
Total (55)		21	14	11	9

Estes resultados, 35 (64%) mulheres com períneos íntegros ou lacerações de 1º grau, num total 55 mulheres (Gráfico 1), corroboram os encontrados nos estudos, em que taxas baixas de episiotomia se associam a maior probabilidade de obter períneos íntegros ou de ocorrerem lacerações mínimas (1º grau) (Daneecker, 2004), a menor incidência de trauma perineal e menor necessidade de sutura, sem diferenças significativas no que respeita a LGP (Carroli & Mignini, 2012). Nos dois contextos de estágio, as episiotomias que efetuei obedeceram a uma prática seletiva (total de 9 episiotomias – 16,4%) fazendo uso do julgamento clínico para cada caso em particular (ACOG, 2016). As principais indicações para a sua execução foram abreviar o período expulsivo por suspeita de sofrimento fetal, exaustão materna em partos difíceis e períneo rígido dificultando a progressão da apresentação.

Gráfico 1: Integridade/ trauma perineal

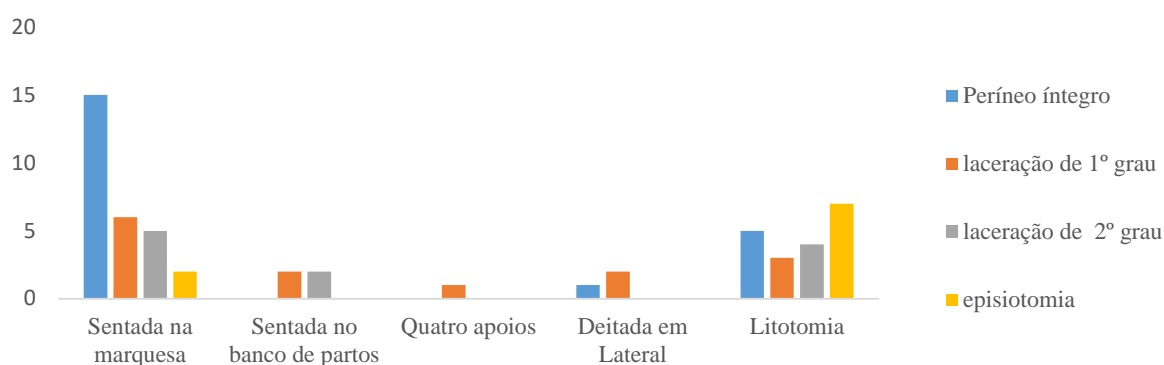


Oito das episiotomias foram efetuadas em mulheres que tiveram o seu 1º parto vaginal (nulíparas ou 1º parto vaginal após cesariana) corroborando os dados da literatura. Num estudo de Braga *et al.* (2014) as nulíparas tiveram uma probabilidade 4 vezes maior de ser sujeitas a episiotomia e, no estudo de Silva *et al.* (2012), mulheres com um ou mais partos vaginais anteriores tinham menos 55% de probabilidade de ser submetidas a episiotomia. Na realidade a primiparidade é um fator de risco para LGP (Pergialiotis *et al.*, 2014). Num estudo retrospectivo concluiu-se que a episiotomia medio-lateral poderia ter um efeito protetor de LGP nas primíparas (Räisänen, Vehviläinen-Julkunen, Gissler & Heinonen, 2009). No entanto os autores recomendam que, mesmo nestes casos, o ato seja executado de forma seletiva.

Na RSL de Lodge e Haith-Cooper (2016), os autores concluíram que as diferentes posições maternas adotadas durante o período expulsivo, afetavam o grau e incidência do trauma perineal. Dos 55 partos que assisti, 28 ocorreram numa posição sentada na marquesa, com uma elevação do tronco superior a 45° com pernas fletidas e pés apoiados, 4 em posição sentada no banco de parto, 1 na posição de 4 apoios, 3 em posição deitada na lateral e 19 em litotomia, mas com o tronco elevado a mais de 45°. As mulheres foram informadas do risco de trauma perineal associado a cada posição, sendo feitas sugestões fundamentadas nas vantagens associadas a cada posição para minimiza-lo ou para facilitar a progressão do TP. No entanto, a decisão final da posição para parir foi ditada pela preferência da mulher. Nas 4 mulheres que pariram em posição lateral ou de 4 apoios, descritas por Lodge e Haith-Cooper (2016), como sendo as que se associam a menor incidência e extensão do trauma perineal, ocorreram períneos íntegros ou lacerações de 1º grau. Quanto à ocorrência de trauma perineal no banco de partos, os estudos indicam um aumento da sua incidência e extensão (Lodge & Haith-Cooper, 2016). Estes riscos podem, no entanto, ser minimizados se a mulher não permanecer sentada no banco por mais de 20 minutos seguidos, alternando com outras posições (Thies-Lagergren *et al.*, 2011), o que foi

tido em consideração. Nesta posição apenas pariram 4 mulheres, tendo ocorrido 2 lacerações de 1º grau em multíparas e 2 lacerações de 2º grau em nulíparas. A outra posição que pode aumentar a incidência de trauma perineal, segundo os achados de Lodge e Haith-Cooper (2016), é a posição sentada na cama. No entanto, neste EC pude constatar um maior número de períneos íntegros e lacerações de 1º grau nesta posição (15 períneos íntegros e 6 lacerações do 1º grau para n= 28). A posição de litotomia foi a que mais frequentemente se associou a episiotomia (das 9 episiotomias efetuadas 7 foram em mulheres que pariram na posição de litotomia), enquanto nas posições alternativas – verticalizadas ou deitada em lateral - apenas foram efetuadas 2 episiotomias, o que está de acordo com os achados da RSL de Gupta *et al.* (2012) em que as posições verticalizadas e o decúbito lateral se associaram a uma redução nas taxas de episiotomia. A relação entre as posições adotadas e o tipo de trauma perineal está representada no gráfico 2.

Gráfico 2: Posições adotadas no período expulsivo e trauma perineal



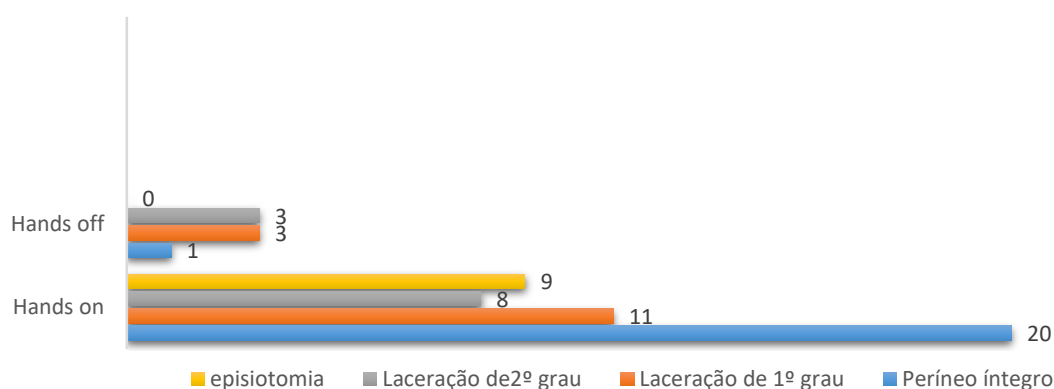
Na fase final do período expulsivo, no momento do coroamento fetal, tive com maior frequência uma abordagem ativa (*hands on*) com proteção manual do períneo, em detrimento da abordagem passiva (*hands off*), em que as mãos ficam afastadas do períneo e do polo fetal durante a expulsão da cabeça fetal. A proteção manual do períneo foi aplicada em 48 partos. A manobra “finlandesa” descrita por Leenskjold *et al.*, (2015), foi aplicada em 43 partos. Nos 5 partos em que tive dificuldade no posicionamento da mão, tal como é recomendado na manobra de proteção perineal anteriormente referida, apliquei a manobra de Ritgen modificada como descrita por Greve (2009) e Oppenheimer e Black (2014). Os resultados associados à aplicação destas manobras foram: 20 períneos íntegros, 11 lacerações de 1º grau, 8 lacerações de 2º grau, tendo sido realizadas 9 episiotomias (gráfico 3).

Esta técnica só é passível de ser utilizada em posições que permitam um bom acesso manual e visual do períneo. As mulheres foram alternando posições durante os esforços

expulsivos e nos minutos finais deste período, adotaram posições em que fosse possível o acesso ao períneo como sugerido nos estudos de Hals *et al.* (2010), Laine *et al.* (2012) e Leenskjold *et al.* (2015). Outro aspeto fundamental a ter em consideração durante a aplicação desta manobra, é o controlo dos esforços expulsivos exercidos pela mulher, pelo que foi crucial o estabelecimento de uma comunicação efetiva (Leenskjold *et al.*, 2015). Segundo Lowdermilk (2008c) para assegurar o nascimento lento da cabeça, o enfermeiro deve encorajar a mulher a controlar a sua necessidade de fazer força, orientando-a a fazer respirações breves e rápidas ou a expirar lentamente durante o coroamento fetal, enquanto deixa que as forças exercidas pelo útero expulsem o feto. Para Albers *et al.* (2005, 2006) uma técnica de parto vaginal calma e controlada, com ênfase na expulsão lenta e suave do feto requer um esforço conjunto da mãe e do EESMO, exigindo paciência e comunicação eficaz, sincronia e responsabilidade partilhada.

A técnica *hands off* depende fundamentalmente do controlo da mulher, sendo ainda mais importante a sua informação e capacitação prévia para o controlo dos esforços expulsivos durante o coroamento fetal. Isto requer treino antecipado e, geralmente, não é possível iniciar este processo durante o TP. Entender que a maioria das mulheres não está devidamente preparada nem capacitada para esta abordagem, foi o principal motivo que me levou a recorrer predominantemente à técnica “*hands on*”. A técnica *hands off* foi aplicada em 7 mulheres - 5 que pariram no banco de partos, 1 na posição de 4 apoios (pela dificuldade de acesso ao períneo nestas posições) e 1 na posição sentada na cama. Os resultados associados à sua utilização foram: 1 mulher com períneo íntegro, 3 com lacerações de 1º grau e 3 com lacerações de 2º grau, não tendo sido efetuada nenhuma episiotomia (Gráfico 3).

Gráfico 3: Abordagem *Hands on/ hands off* e trauma perineal



Estes dados estão de acordo com o encontrado por Aasheim *et al.* (2012), na sua revisão, em que a técnica *hands off* se associou a uma redução das taxas de episiotomia sem aumento

da incidência de trauma perineal grave, contribuindo para minimizar o trauma perineal uma vez que a própria episiotomia corresponde a um tipo de trauma perineal.

O calor húmido no períneo, com compressas humedecidas em soro fisiológico morno (ou irrigação de soro fisiológico morno), foi aplicado durante a fase ativa do 2º estágio de TP até o polo fetal começar a coroar, independentemente da posição de parto adotada pela mulher ou das abordagens *hands on / hands off* usadas posteriormente. Esta técnica foi aplicada em 20 das 55 mulheres que assisti durante o parto, tendo-se associado a 8 períneos íntegros, 4 laceração de 1º grau, 5 lacerações de 2º grau e 3 episiotomias. Este facto corrobora com os achados da RSL de Aasheim *et al.* (2012). No entanto, o que se destacou da utilização desta técnica, foi o aumento de sensação de conforto e alívio da dor perineal referido pelas mulheres. Esta abordagem teve grande aceitação por parte das mulheres, sendo elas próprias muitas vezes a pedir para continuar a aplicação de calor húmido, corroborando com um estudo realizado por Dahlen *et al.* (2007) em que as mulheres reportaram scores de dor perineal mais baixos, maior conforto e sensação de maior controle durante o 2º estágio do TP. Para Albers *et al.* (2005), esta técnica requer uma presença constante, o que é apreciado pelas mulheres, dando-lhes a sensação de atenção adicional. Os mesmos autores referem ainda que, esta presença constante proporciona uma maior intensidade de interação, o que pode influenciar positivamente a cooperação das mulheres.

Segundo a RCOG (2015), o conhecimento dos fatores predisponentes para LGP não permite prever

exatamente quais as mulheres que irão sofrer este tipo de lesão. Exemplo disso foi que nenhuma das mulheres que pariu RN com peso entre 3900 e 4200 gr (5 múltíparas e 2 nulíparas) teve lesões graves do períneo nem em nenhuma delas foi efetuada episiotomia. Destas, 6 apresentaram períneos íntegros ou lacerações mínimas (lacerações de 1º grau com reduzida necessidade de sutura) e 1 apresentou uma laceração de 2º grau. Uma dessas mulheres tinha ainda um fator de risco adicional, apresentando-se o feto em variedade OP. Todos estes fatores – nuliparidade, elevado peso do RN e variedade fetal OP – têm sido descritos em vários estudos como fatores de risco para lesão grave do períneo (Pergialiotis *et al.*, 2014). No entanto, é de realçar que todos estes partos foram conduzidos de forma lenta e controlada, o mais fisiologicamente possível, sem recurso ou com recurso mínimo e criterioso a perfusão ocitócica, uma vez que acelerar o TP com ocitocina tem sido descrito como um fator de risco para realização de episiotomia (Silva *et al.*, 2012) e para LGP (Pergialiotis *et al.*, 2014).

Segundo Albers *et al.* (2005), um pré-requisito importante para minimizar o trauma perineal prende-se com a existência de uma cultura institucional e obstétrica que favoreça a

“paciência” e uma conduta fisiológica do TP. A este propósito vale a pena mencionar que 25 mulheres (n=55) pariram sem perfusão ocitócica, sendo que 22 destas (88%) tiveram como resultados períneos íntegros ou lacerações mínimas (lacerações de 1º grau ou lacerações do períneo anterior com reduzida necessidade de sutura) comparando-se com os resultados de Silva *et al.* (2012) em que a não utilização de ocitocina diminuía em pelo menos 25% a probabilidade de realização de episiotomia, aumentando a ocorrência de lacerações de 1º grau. É ainda relevante mencionar que, apesar de se terem tomado medidas pouco interventivas durante o período expulsivo no sentido de o abreviar, a média de tempo global que as 55 mulheres apresentaram na fase ativa do 2º estágio do TP foi de 30 minutos, sendo que, naquelas a quem não se recorreu a ocitocina EV a média foi de 23 minutos. No entanto, este tempo foi muito variável de mulher para mulher (entre 10 e 90 minutos) mas a todas foi dada a oportunidade de terem um parto tranquilo, sem pressões e com apoio efetivo, tornando-se num momento mais satisfatório para as mesmas e, no final, com bons resultados perineais (períneos íntegros ou com lacerações mínimas). A única razão para abreviar o período expulsivo foi a ocorrência de exaustão materna, suspeita de sofrimento fetal ou a não progressão da descida fetal. Segundo Lowdermilk (2008c) e Kopas (2015), se o estado materno-fetal é tranquilizador e a progressão é contínua devem evitar-se intervenções prematuras para pôr fim ao 2º estágio do TP. Alguns profissionais especulam que a expulsão da cabeça fetal durante um período mais prolongado pode acarretar riscos neonatais (Leenskjold *et al.*, 2015). Por isso, durante todo este processo, o bem-estar fetal foi sempre assegurado e, apesar da prática restritiva de episiotomias e de todas as medidas para minimizar o trauma perineal, o índice de Apgar de todos os RN foi normal (superiores a 7 ao 1º minuto, 9 ao 5º minuto e 10 ao 10º minuto), o que está de acordo com os resultados obtidos em vários estudos (Daneecker, 2004; Carroli e Mignini, 2012; Hals *et al.*, 2010; Leenskjold *et al.*, 2015).

Como referido no subponto 3.2, a promoção de um parto normal foi uma constante durante este EC. A ocorrência de um parto instrumentado aumenta significativamente o risco de LGP (Pergialiotis *et al.*, 2014), pelo que minimizar o trauma perineal passa por esgotar todas as estratégias para que o parto seja normal (Moore & Moorhead, 2013) sem, no entanto, deixar de ter em conta a segurança da mulher e do feto referenciando as situações que ultrapassavam a área de competências do EESMO. Assim, das 59 mulheres que assisti durante o 2º estágio do TP apenas 4 delas necessitaram de intervenção médica para realização de partos distócicos (1 cesariana, 2 ventosas e 1 fórceps). Um apoio eficaz da mulher, especialmente se prestado por alguém do seu domínio afetivo, e um ambiente propício ao desenrolar do TP podem reduzir a necessidade de parto instrumentado (Hodnett *et al.*, 2012; Hodnett *et al.*, 2013). Foi, portanto,

extremamente importante o envolvimento do convivente significativo nos cuidados e a criação de condições ambientais favoráveis e acolhedoras. Do mesmo modo, “estar com” a mulher, mostrando presença e apoio também foi crucial, uma vez que esta presença aumenta a confiança e capacidade de *cooping* da mulher, com resultados diretos na forma como encara e desenvolve o seu TP (OE, 2015a).

Beckmann e Stock (2013) defendem que a massagem perineal no período pré-natal deve ser promovida e aconselhada às mulheres grávidas que não tenham contraindicações, a partir das 34 semanas, sendo esta mais uma estratégia que pode ajudar a minimizar o trauma perineal. A este propósito, a DGS (2015) indica que a massagem perineal pré-natal deve ser parte integrante dos CPNP. Nestes contornos integrei no plano de sessões do CPNP, dirigido à população grávida do 1º contexto deste estágio, a temática: “Massagem perineal pré-natal”. Apresentei a técnica a realizar pela mulher ou parceiro a partir das 34 semanas, sendo esta, uma oportunidade para promover o seu autocuidado e “possibilitar” às mulheres / casais uma participação mais ativa e informada durante a sua gravidez e TP (Swanson, 1991, 1993).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste estágio foram adquiridas e desenvolvidas competências na prestação de cuidados especializados à mulher/família a vivenciar processos de saúde /doença obstétrica e/ou ginecológica, que recorreu ao serviço de urgência, e durante os 4 estádios de TP. Foram promovidos cuidados de qualidade e culturalmente sensíveis, no sentido de otimizar os processos fisiológicos e diagnosticar e prevenir precocemente as situações que pudessem afetar negativamente a sua saúde.

A prestação de cuidados de qualidade por parte do EESMO é imprescindível para este “merecer a preferência dos clientes e ser reconhecido como um profissional de referência” (OE, 2011. p.2). O seu papel na defesa das mulheres e do parto normal é fulcral, sendo da sua competência preparar a mulher para uma experiência positiva do parto, promovendo uma prestação de cuidados holística (OE, 2015a).

Devemos ter sempre presente a responsabilidade humana que assumimos ao participar num acontecimento tão marcante como é o nascimento de um filho. Como refere Swanson (1991), cuidar é uma forma de se relacionar com o outro significativo, com o qual nos sentimos envolvidos e responsáveis. Assim, os cuidados devem ser concebidos e adaptados a cada mulher, tendo em conta os potenciais efeitos devastadores que uma experiência negativa no parto pode ter sobre a sua autoestima e sobre a sua capacidade para uma transição saudável para a maternidade, com consequente impacto sobre a restante família. Neste sentido, o EESMO com os seus conhecimentos, competências e atitudes que podem afetar positivamente a experiência das mulheres / famílias, desempenha um papel crucial na prestação de cuidados de qualidade na minimização do trauma perineal, sendo este o principal tema desenvolvido durante o EC.

Sintetizando a evidência científica e a experiência que obtive ao longo de todo o processo formativo, as principais estratégias para a minimização do trauma perineal prendem-se com a preparação prévia da mulher/casal para uma participação mais ativa no seu processo de cuidados, nomeadamente a educação sobre os benefícios e técnica de massagem perineal pré-natal; a promoção dum parto normal e fisiológico evitando intervenções desnecessárias; o estabelecimento de uma relação de apoio e comunicação eficaz com a mulher/convivente significativo; o conhecimento dos fatores de risco associados ao trauma perineal, minimizando os fatores modificáveis; uma prática judiciosa e restritiva de episiotomias; promoção de posições alternativas à posição de litotomia durante o período expulsivo; aplicação de calor

húmido no períneo e técnicas (abordagens) adequadas de proteção perineal durante o coroamento fetal.

A gestão das estratégias para minimizar o trauma perineal não constituiu uma tarefa fácil, não existindo “receitas” fixas de intervenções ou de abordagens durante o trabalho de parto, sendo necessário desenvolver “níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (Regulamento n.º 122/2011, p.8648). Uma vez que as lacerações do períneo se associam a uma série de fatores que podem ou não ser modificáveis ou previsíveis, a sua prevenção não depende apenas de técnicas de proteção perineal, devendo as decisões ser tomadas caso a caso e os procedimentos ser flexibilizados tendo em conta as preferências e características de cada mulher e de cada situação em concreto. Sendo o princípio da não maleficência uma das principais referências que guia as nossas intervenções, não faz sentido a aplicação de normas rígidas de atuação, sendo antes fundamental o exercício da arte e ciência do cuidar, com atenção à mulher e à sua vontade, aos seus fatores de risco e ao desenrolar do TP. O cuidado especializado em enfermagem obstétrica passa por este julgamento clínico, defensor da mulher e do parto fisiológico, que se quer de baixa intervenção em ambiente seguro e em prol dos seus desejos e necessidades, de forma a potenciar e maximizar a sua saúde e bem-estar, assim como a do seu filho / família.

A literatura científica revela que as mulheres que têm parto vaginal espontâneo, sem trauma ou com trauma mínimo do períneo, têm uma saúde melhorada no pós-parto, com menor taxa de readmissão hospitalar, menos dor perineal, pavimento pélvico mais forte, melhor função sexual, menos depressão e um ótimo estado funcional (Albers & Borders, 2007). Estes dados, assim como a análise dos resultados obtidos neste EC, fizeram-me refletir sobre a importância do EESMO que, com o seu cuidado e a sua arte, pode marcar a diferença com ganhos efetivos na saúde das mulheres, sendo a sua contribuição “inequívoca e insubstituível” (OE, 2011, p.27).

Estagiar em duas unidades hospitalares distintas (que não a minha), foi algo que concebi e por que lutei. As situações vivenciadas durante o EC-ER constituíram excelentes momentos de aprendizagem. Contactar com diferentes culturas organizacionais e diversos saberes, foi uma oportunidade única, permitindo-me tirar o máximo proveito para o desenvolvimento de competências. No entanto, ambas as unidades hospitalares ficavam longe da minha área de residência e em simultâneo desempenhava funções numa 3ª unidade hospitalar, pelo que a gestão do tempo foi uma limitação sentida. Outra dificuldade prendeu-se com a necessidade de me integrar em duas equipas multidisciplinares com metodologias de trabalho, protocolos, procedimentos e normas institucionais diferentes. Este processo requer uma readaptação, é moroso e implica algum retrocesso.

Para colmatar lacunas e ultrapassar dificuldades foi essencial consultar os protocolos vigentes em cada serviço, realizar constantemente pesquisas da literatura, mobilizando conhecimentos baseados na evidência científica para a prática de cuidados, conferindo-me maior capacidade de pensamento crítico na tomada de decisões. Foram também fundamentais os momentos de análise, reflexão e de partilha de conhecimentos com as enfermeiras orientadoras e com outros elementos da equipa.

Neste caminho em que a excelência é uma procura constante e o conhecimento está em contínuo desenvolvimento, as competências devem ser sistematicamente aperfeiçoadas acompanhando esta evolução. Assim, como futura EESMO, pretendo manter uma prática em constante atualização e fundamentada na melhor evidência científica disponível. Pretendo ainda dar a conhecer os resultados deste relatório nas instituições onde estagiei e naquela onde presto cuidados e continuar a desenvolver conhecimentos aprofundados da temática específica aqui abordada. É também minha pretensão a publicação de um artigo científico sobre as estratégias para minimizar o trauma perineal, tendo por base a revisão da literatura efetuada. Por último, considerando que a experiência prática é muito importante na “arte de obstetrícia”, pretendo realizar um estágio profissional de observação, num hospital da Finlândia, país onde se verificam baixas taxas de lacerações graves do períneo e de episiotomias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim V., Nilsen A.B., Lukasse M. & Reinar L.M. (2011). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 12. Art. No.: CD006672. **DOI:** 10.1002/14651858.CD006672.pub2
- Akobeng, A. K. (2005). Principles of evidence based medicine. *Archives of Disease in Childhood*, 90 (8), 837-840. **DOI:** 10.1136/adc.2005.071761
- Albers, L.L., Sedler, K.D., Bedrick, E.J., Teaf, D. & Peralta, P. (2005). Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 50(5), 365–372. **DOI:** 10.1016/j.jmwh.2005.05.012
- Albers, L.L., Sedler, K.D., Bedrick, E.J., Teaf, D. & Peralta, P. (2006) Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*, 33(2): 94–100. **DOI:** 10.1111/j.0730-7659.2006.00085.x
- Albers, L.L. & Borders, N. (2007) Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52(3), 246–253. **DOI:** 10.1016/j.jmwh.2006.12.008
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2006). Recommends Restricted Use of Episiotomies. Acedido a 20/02/2016. Disponível em <http://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2006/ACOG-Recommends-Restricted-Use-of-Episiotomies>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2009). ACOG Committee Opinion No. 441: Oral intake during labor. *Obstetrics & Gynecology*, 114, **DOI:** 10.1097/AOG.0b013e3181ba0649
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2016). Clinical Management Guidelines for obstetrician-Gynecologists. Practice Bulletin number 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics & Gynecology*,128(1), e1-e15. **DOI:** 10.1097/AOG.0000000000001523

- American Society of Anesthesiologists (2016). Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology*, 124, 270-300. Acedido a 03/03/2016. Disponível em <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/journal.aspx>
- Andrews, V., Thakar, R., Sultan, A.H. & Jones, P.W. (2008). Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia – A prospective study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 137(2), 152–156. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2007.06.005
- Beaven, O. (2004). Pesquisa de literatura. In J. V. Craig & R. L. Smyth (Eds). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros* (pp.47-84). Loures: Lusociência.
- Beckmann M.M. & Stock O.M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4. Art. No.: CD005123. DOI:10.1002/14651858.CD005123.pub3.
- Begley, C.M., Gyte, G.L., Murphy, D.J., Devane, D, McDonald, S.J. & McGuire, W. (2011). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD007412. DOI: 10.1002/14651858.CD007412.pub4.
- Begley, C.M. (2014). Intervention or interference? The need for expectant care throughout normal labour. *Sexual & Reproductive Healthcare*. DOI: 10.1016/j.srhc.2014.10.004
- Belizan, J. (1993). Routine vs selective episiotomy: a randomized controlled trial. *The lancet*, 342, 1517-1518. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)80085-6
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Borges, B., Serrano, F e Pereira, F (2003). Episiotomia: Uso generalizado versus seletivo. *Acta Médica Portuguesa*. 16, 447-454. Acedido a 10/12/2014. Disponível em www.actamedicaportuguesa.com/revista/index

- Braga, G. C., Clementino, S., Luz, P., Scavuzzi, A., Neto, C. & Amorim, M. (2014). Risk factors for episiotomy: a case-control study. *Rev Assoc Med Bras*, 60(5), 465-472. **DOI:**10.1590/1806-9282.60.05.015
- Brancato, R.M., Church, S., Stone, P. W. (2008). A meta-analysis of passive descent versus immediate pushing in nulliparous women with epidural analgesia in the second stage of labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 37 (1), 4-12. **DOI:** 10.1111/j.1552-6909.2007.00205.x
- Bulchandani, S., Watts, E., Sucharitha, A., Yates, D. & Ismail, K.M. (2015). Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*, 122, 1157–1165. **DOI:** 10.1111/1471-0528.13431
- Capra, F. (1982). *O Ponto de Mutação – A Ciência, a Sociedade e a Cultura emergente*. [s.l.]: Digital Source. Acedido a 20/12/2014. Disponível em <http://www.tattwa.org.br/livros/o%20ponto%20de%20mutacao-fritijof-capra.pdf>
- Carroli G & Mignini L. (2012). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD000081. **DOI:** 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
- Craig, J. V. (2004). Como fazer a pergunta certa. In J. V. Craig & R. L. Smyth (Eds). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros* (pp.25-45). Loures: Lusociência.
- Craig, J. & Smyth, R. (2004). Prefácio. In J. V. Craig & R. L. Smyth (Eds). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Dahlen, H., Homer, C., Cooke, M., Upton, A., Nunn, R. & Brodrick, B. (2007). “Soothing the ring of fire”: Australian Women’s and midwives’ experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery*, 25, 39-48.
- Dahlen, H., Mid, G., Priddis, H. & Thornton, C. (2015). Severe perineal trauma is rising, but let us not overreact. *Midwifery* 31, 1-8. **DOI:** org/10.1016/j.midw.2014.09.004.
- Dahlen, H., Ryan, M., Homer, C., Cooke, M. (2006). An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth. *Midwifery*, 23, 196-203. **DOI:** 10.1016/j.midw.2006.04.004

- Dannecker, C., Hillemanns, P., Strauss, A., Hasbargen, U., Hepp, H. & Anthuber (2004). Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83, 364-368. **DOI:** 10.1111/j.0001-6349.2004.00366.x
- Direção-Geral da Saúde (2015). Orientação da Direção-geral da Saúde nº 001/2015: *Trabalho de Parto Estacionário*. Acedido a 15/05/2015. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/orientacao-n12015-de-19012015-trabalho-de-parto-estacionario.aspx>
- El-Chaar, D. (2014). Avaliação da Saúde Fetal no Parto. In G. D. Posner, J. Dy, A. Y. Black & G. D. Jones (Coords). *Trabalho de Parto & Parto de Oxorn e Foote* (6ª ed.) (pp. 124-150). Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.
- European Resuscitation Council (2010). *Newborn Life Support – ERC Guidelines 2010 Edition*. Edegem: ERC.
- Euro-Peristat (2013). *European Perinatal Health Report – Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. Project with SCPE and EUROCAT. Acedido em 20/11/2014. Disponível em www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf
- Federación de Asociaciones de Matronas de España & Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (2009). *Iniciativa Parto Normal – Documento de Consenso*. Loures: Lusociência.
- Fonseca, S. (2016). Métodos de Indução do Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de saúde Materna e Obstétrica*. (pp. 356-367). Lisboa: Lidel
- Fretheim, A., Tanbo, T., Vangen, S., Reinar, L. M. & Rottingen, J. (2011). Use of manual techniques for perineal support in Norwegian maternity departments. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 23 (131), 2352 – 2354. **DOI:** 10.4045/tidsskr.11.0643
- Graça, L.M. (2010a). Monitorização fetal intraparto. In L. M. Graça. *Medicina Materno-Fetal* (4ªed) (pp. 339-355). Lisboa: Lidel

- Graça, L. M. (2010b). Episiotomia e lacerações perineais. In L. M. Graça. *Medicina Materno-Fetal* (4ªed) (pp. 697-700). Lisboa: Lidel
- Greve, T. (2009). Disturbing “New” Trends in Tear Prevention Threaten Midwives’ Autonomy. *Midwifery Today*, Issue 92. Acedido a 10 de janeiro de 2016, disponível em https://www.midwiferytoday.com/articles/Tear_Prevention.asp
- Gupta J.K., Hofmeyr G.J. & Shehmar M. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **5**: CD002006. **DOI**: 10.1002/14651858.CD002006.pub3
- Hals, E., Øian, P., Pirhonen, T., Gissler, M., Hjelle, S., E.B. Nilsen, E. B. ... Pirhonen, J. (2010). A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol*, 116 (4), 901–908. **DOI**: 10.1097/AOG.0b013e3181eda77a
- Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J. & Lohr, K. (2005). Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*, 293(17), 2141–2148. **DOI**:10.1001/jama.293.17.2141
- Hodnett, E.D., Downe, S. & Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art. No.: CD000012. **DOI**: 10.1002/14651858.CD000012.pub4.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. & Sakala, C. (2013) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD003766. **DOI**: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.
- Horton, R. & Astudillo, O. (2014). The power of midwifery (Comment). *The Lancet*, 384, p. 1075. **DOI**: org/10.1016/S0140-6736(14)60855-2
- International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Acedido em 15/10/2015, disponível em <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/education-coredocuments/essential-competencies-basic-midwifery-practice/>

- International Confederation of Midwives (2015). *Midwifery Services Framework: Guidelines for developing SRMNAH services by midwives*. Field-test version. <http://internationalmidwives.org/projects-programmes/midwifery-service-framework.html>
- International Council of Nurses (2012). *Closing the gap: From evidence to action*. Geneva: ICN. Acedido a 06/06/2017, disponível em <http://www.nursingworld.org/Research-Toolkit/ICN-Evidence-Based-Practice-Resource>
- Joanna Briggs Institute (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. *The Joanna Briggs Institute*. Acedido em: 10/11/2015. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewers_manual2014.pdf.
- Jordan, Z., Lockwood, C., Aromataris, E. & Munn, Z. (2016). The updated JBI model for evidence-based healthcare. The Joanna Briggs Institute. Acedido em 30/11/2016, disponível em <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html>
- Kattwinkel, J., Perlman, J. M., Aziz, K., Colby, C., Fairchild, K., Gallagher, J., (...), Zaichkin, J. (2010). Part 15: Neonatal Resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 122 (suppl 3), 909-919. **DOI:** 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971119
- Kemp, E., Kingswood, C.J., Kibuka, M. & Thornton, J.G. (2013). Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD008070. **DOI:** 10.1002/14651858.CD008070.pub2.
- Kérouac, S. et al (1996). *El pensamiento enfermo*. Barcelona: Masson.
- Kettle C. & Tohill S. (2011). Perineal care. *BMJ Clinical Evidence*, 04 (1401), 1-39. Acedido a 14/02/2016. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275301/>
- Kopas, M. L. (2014). A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59 (3), 264–276. **DOI:**10.1111/jmwh.12199

- Laine, K., Skjeldestad, F. E., Sandvik, L. & Staff, A. C. (2012). Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. *BMJ Open*, 2 (5), 1-10 **DOI:**10.1136/bmjopen-2012-001649
- Laine, K., Rotvold, W. & Staff, A.C. (2013). Are obstetric anal sphincter ruptures preventable? – Large and consistent rupture rate variations between the Nordic countries and between delivery units in Norway. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 92, 94-100. **DOI:** 10.1111/aogs.12024
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J. & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of systematic Reviews*, issue 10. Art. No.: CD003934. **DOI:** 10.1002/14651858.CD003934.pub4
- Leenskjold, S., Høj, L. & Pirhonen, J. (2015). Manual protection of the perineum reduces the risk of obstetric anal sphincter ruptures. *Danish Medical Journal*, 62 (5): A5075, 1-5. Acedido a 02/02/2016. Disponível em http://www.danmedj.dk/portal/page/portal/danmedj.dk/dmj_forside/PAST_ISSUE/2015/DMJ_2015_05/A5075
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República 1.ª Série*, N.º 181 (16-09-2015) 8059-8105.
- Levy L. & Bértolo, H. (2012). *Manual do Aleitamento Materno* (Ed. revista). Lisboa: Comité Português para a UNICEF
- Lodge, F. & Haith-Cooper, M. (2016). The effect of maternal position at birth on perineal trauma: A systematic review. *British Journal of Midwifery*, 24 (3), 172-180. **DOI:** 10.12968/bjom.2016.24.3.172
- Lowdermilk, D. L. (2008a). Capítulo 12 – Controlo do Desconforto. In D. L. Lowdermilk & S. E. Perry. *Enfermagem na Maternidade* (7ª Ed.) (pp. 355-387). Loures: Lusodidacta.
- Lowdermilk, D. L. (2008b). Capítulo 13 – Avaliação do Feto durante o Trabalho de Parto. In D. L. Lowdermilk & S. E. Perry. *Enfermagem na Maternidade* (7ª Ed.) (pp. 388-413). Loures: Lusodidacta.

- Lowdermilk, D. L. (2008c). Capítulo 14 – Cuidados de Enfermagem durante o Trabalho de Parto e Parto. In D. L. Lowdermilk & S. E. Perry. *Enfermagem na Maternidade* (7ª Ed.) (pp. 414-477). Loures: Lusodidacta.
- Mattar, R., Aquino, M. M. A. & Mesquita, M. (2007). A prática da episiotomia no Brasil. *RBGO*, São Paulo, 29 (1), 1-2. DOI: 10.1590/S0100-72032007000100001
- Moore, E. & Moorhead, C. (2013). Promoting normality in the management of the perineum during the second stage of labour. *British Journal of Midwifery*, 21 (9).
- Newman, M. & Roberts, T. (2004). Apreciação crítica I : É a qualidade do estudo suficientemente boa para utilizar os resultados? In J. V. Craig & R. L. Smyth (Eds). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros* (pp.86-113). Loures: Lusociência.
- National Institute for Health and Care Excellence (2016). *Clinical guideline: Intrapartum care for healthy women and babies*. Acedido a 10/12/2016. Disponível em www.nice.org.uk/guidance/cg190
- Nieuwenhuijze, J., de Jonge, A., Korstjens, I., Bude, L. & Largo-Janssen, M. (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, 29 (11), 107–114. DOI:10.1016/j.midw.2012.12.007
- Oppenheimer, L. & Black, A. (2014). Segundo Período do trabalho de Parto. In G. D. Posner, J. Dy, A. Y. Black & G. D. Jones (Coords). *Trabalho de Parto & Parto de Oxorn e Foote*, 6ª ed. (pp. 235-310). Porto Alegre: AMGH Ed. Ltda.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Acedido a 10/10/2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2012). “*Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada*” (Documento de Consenso). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Projeto da MCEESMO-OE – Maternidade com qualidade. Episiotomia: Realização seletiva ou rotineira*. Acedido a 10/11/2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Episiotomia_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Livro de Bolso – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Acedido a 15/06/2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
- Ordem dos enfermeiros (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 28/04/2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/health_glance-2015-en
- Organização Mundial da Saúde (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Acedido a 17/02/2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf
- Pearson, M. e Craig, J. V. (2004). Prática Baseada na Evidência em Enfermagem. In J. V. Craig & R. L. Smyth (Eds). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros* (pp.3-19). Loures: Lusociência. (Tradução do original inglês The Evidence-Based Practice – Manual for Nurses, 2002. Elsevier)
- Perdomini, F., & Bonilha, A. (2011). A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Texto Contexto Enfermagem*, 20 (3), 245-252. Acedido a 04/04/2016. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/72182/000822968.pdf?sequence=1>
- Pergialiotis, V., Vlachos, D., Protopapas, A., Pappa, K.& Vlachos, G. (2014). Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 125, 6-14. DOI: 10.1016/j.ijgo.2013.09.034

- Pirhonen T., Gissler M., Hartgill T., Pirhonen J. (2011). Experiences of expert midwives in a training program aimed at decreasing perineal tears. *Int J Nurs Midwif*, 3(6), 70-75. Acedido a 02/02/2016. Disponível em www.academicjournals.org
- Preston, H. L. & Fowler, G. E. (2016). Risk factors for and management of obstetric anal sphincter injury. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 26 (3), 65-71. **DOI:** 10.1016/j.ogrm.2015.12.004
- Priddis, H., Dahlen, H. & Schmied, V. (2011). Juggling instinct and fear: an ethno-graphic study of facilitators and inhibitors of physiological birth positioning in two different birth settings. *Int. J. Childbirth*, 1, 227-241. DOI: 10.1891/2156-5287.1.4.227
- Priddis, H., Dahlen, H. & Schmied V. (2013). Women's experiences following severe perineal trauma: a meta-ethnographic synthesis. *Journal of Advanced Nursing* 69(4), 748–759. **DOI:** 10.1111/jan.12005
- Räisänen, S.H, Vehviläinen-Julkunen, K., Gissler, M., Heinonen, S. (2009). Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand.*,88, 1365-1372. **DOI:** 10.3109/00016340903295626
- Regulamento nº 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da Republica 2.ª Série*, N.º 35 (18/02/2011) 8662 – 8666.
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – *Diário da República 2.ª Série*, N.º 35 (18/02/ 2011) 8648 – 8653.
- Ramalho, A. (2005). *Manual para redação de estudos e projetos de revisão sistemática da literatura com e sem metanálise*. Formasau: Coimbra.
- Renfrew, M., McFadden, A., A.Bastos, M.A., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F.(...) & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*, 384, 1129-1145. **DOI:** dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3

- Robinson, J. N. & Eckler, K. (2016). *Approach to episiotomy*. Acedido em 06/03/2016, disponível em www.uptodate.com
- Rodrigues, S. (2016). Tipo de Partos. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de saúde Materna e Obstétrica*. (pp. 376-381). Lisboa: Lidel
- Rogers, R.G., Leeman, L.M., Borders, N., Qualls, C., Fullilove, A.M., Teaf, D. ... Albers, L.L. (2014). Contribution of the second stage of labour to pelvic floor dysfunction: a prospective cohort comparison of nulliparous women. *BJOG*, 121, 1145-1153. **DOI:** 10.1111/1471-0528.12571
- Royal College of Midwives (2012). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour: Care of the Perineum*. Acedido a 5/06/2015, disponível em <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Care%20of%20the%20Perineum.pdf>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015). The Management of Third and Fourth Degree Perineal Tears. Green-top Guideline No 29 (3ª ed.). Acedido a 10 março de 2015, disponível em www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg2911022011.pdf
- Sandall J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4., Art. No.: CD004667. **DOI:** 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
- Sidebotham M (2012). Promoting normal birth the easy way. *The Practising Midwife*, 15(10), 23-25. Acedido a 20/02/2016. Disponível em <https://research-repository.griffith.edu.au/handle/10072/52204>
- Silva, F., Oliveira, S., Bick, D., Osava, R., Tuesta, E. & Riesco, M. (2012). Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth center. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2209-2218 **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2012.04133.x

- Smith, L.A., Price, N., Simonite, V. & Burns, E.E. (2013) Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13 (59), 1-9.
DOI: 10.1186/1471-2393-13-59
- Soong, B. & Barnes, M. (2005) Maternal position at midwife attended birth and perineal trauma: Is there an association? *Birth* 32(3), 164-169. **DOI:** 10.1111/j.0730-7659.2005.00365.x
- Sugy, R. E. (2014). *Capítulo 21 – Episiotomia, Lacerações, Ruptura e Inversão Uterina*. In G. D. Posner, J. Dy, A. Y. Black & G. D. Jones (Coords). *Trabalho de Parto & Parto de Oxorn e Foote*, 6ª ed.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40 (3), 161-166. Acedido a 10/05/2015 disponível em http://nursing.sites.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032548.pdf
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25, 352-357. **DOI:** 10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x
- Thies-Lagergren L., Kvist L.J., Christensson K., Hildingsson I. (2011) No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 11 (22), 1-9. **DOI:** 10.1186/1471-2393-11-22
- Thies-Lagergen, L., Hildingsson, I., Christensson, K. & Kvist, L. (2014). Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomized controlled trial. *Women Birth*, 26, 99-104. **DOI:**10.1016/j.wombi.2013.06.004
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.). Loures: Lusociência
- Walker, C., Rodriguez, T., Herranz, A., Espinosa, J.A., Sanchez, E., Espuna-Pons, M. (2012). Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma. *Int Urogynecol J*, 23,1249–1256. **DOI:** 10.1007/s00192-012-1675-5

- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Way, S. (2012). A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: Expectations, reality and returning to normality. *Midwifery* 28(5), 712–719. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.08.011>
- Williams A., Herron-Marx S. & Carolyn H. (2007). The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery*, 23, 392–403. **DOI:** 10.1016/j.midw.2005.12.006
- World Health Organization (1996). *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Geneva: Reproductive Health and Research – WHO. Acedido a 10/11/2014. Disponível em http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en
- World Health Organization (2013). *Counselling for maternal and newborn health care – A handbook for building skills*. Geneva: WHO – Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. Acedido a 20/02/2016, disponível em http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241547628/en/

APÊNDICES

Apêndice I – Guião orientador de observação e colheita de dados

1. Idade materna		2. Índice Obstétrico	
3. Estimativa de peso fetal (gramas)			
4. Frequência curso preparação p/ nascimento e parent (S / N)			
5. Início de Trabalho de Parto (Induzido / Espontâneo)			
6. Presença convivente significativo (S / N)?			
7. Analgesia epidural (S / N)?			
8. Duração trabalho de parto (horas)			
9. Duração fase ativa 2º estágio de TP – Esforços expulsivos (min)			
10. Meu acompanhamento da parturiente (1º e 2º estágio ou 2º estágio)			
11. Perfusão ocitócica no período expulsivo (ml/h)			
12. Freq Card Fetal tranquilizadora durante esforços expulsivos? (S / N)			
13. Posição materna no final do 2º estágio TP			
14. Técnicas de proteção do períneo			
Hands on	<input type="checkbox"/>	Hands off	<input type="checkbox"/>
Calor húmido no períneo	<input type="checkbox"/>		
15. Integridade perineal			
Íntegro	<input type="checkbox"/>	Laceração 1º Grau	<input type="checkbox"/>
		Laceração 2º Grau	<input type="checkbox"/>
Episiotomia	<input type="checkbox"/>	Laceração 3º Grau	<input type="checkbox"/>
		Laceração 4º Grau	<input type="checkbox"/>
16. Índice de Apgar do RN			
1º min		5º min	
		10º min	
17. Peso do RN (gramas)			
18. Observações ou outros dados relevantes			

Apêndice II – Síntese dos estudos incluídos na revisão da literatura

A revisão da literatura teve como questão de pesquisa: **Quais as intervenções que minimizam o trauma perineal decorrente do parto vaginal?**

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos completos, disponíveis nas bases de dados, que respondam à questão de pesquisa, no horizonte temporal de publicação entre 2006 e 2016.

A pesquisa bibliográfica foi efetuada nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, Cochrane Database Library, Medclatina, ScienceDirect, B-on, Scielo, e Google académico.

Segue-se a apresentação dos quadros cujo título é o nome original de cada estudo. A apresentação dos quadros inclui os autores, ano de publicação e fonte numa primeira coluna. Na 2ª coluna é apresentado o tipo de estudo, 3ª coluna os participantes, 4ª coluna os objetivos do estudo, as intervenções na 5ª coluna e por fim os resultados dos estudos e conclusões dos autores. A negrito apresento os resultados com mais relevância para a questão de pesquisas.

Quadro 1: An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth

Autores / Ano / Fonte	Dahlen H., Ryan M., Homer C., Cooke M. (2006) <i>Midwifery</i>
Tipo de estudo	Estudo de coorte prospectivo observacional
Participantes	Todas as 6595 que tiveram um parto vaginal no centro de partos e na sala de partos de um hospital em Sydney, entre abril de 1998 e março de 2000
Objetivos do estudo	Determinar os fatores de risco para a ocorrência de lacerações graves do períneo (lacerações de 3º e 4º grau) durante o trabalho de parto
Intervenções	Realização de um estudo de coorte prospectivo, com os dados do sistema de registros informatizados do hospital. Adicionalmente foi feita uma colheita de dados sobre as mulheres que sofreram traumatismos perineais severos. Foi utilizada a estatística descritiva e logística para avaliar fatores de risco para lacerações de 3º e 4º graus. As parteiras que cuidaram das mulheres que sofreram LGP (quer tenham feito o parto ou recebido o RN em partos realizados por obstetras) preencheram um formulário sobre as possíveis causas. As respostas escritas foram analisadas usando a análise de conteúdo. Posteriormente, grupos de discussão com parteiras foram realizados para explorar ainda mais as suas experiências.
Resultados do estudo/conclusões dos autores	A primiparidade (OR 3.98), o parto instrumentado (OR 1.92), o peso do RN (OR 2.64) e a etnia asiática (OR 1.83) relacionam-se significativamente com LGP. As parteiras identificaram diversos fatores, que elas acreditavam ter contribuído para a ocorrência de LGP, tais como, falta de uma comunicação efetiva com a mulher durante o parto (“a comunicação com a mulher foi vista como uma das formas mais importantes de minimizar o trauma perineal”), as diferentes posições adotadas durante o parto, técnicas de parto usadas, etnia e influências obstétricas.

Quadro 2: Episiotomy for vaginal birth (Review)

Autores / Ano / Fonte	Carroli, G., Mignini, L. (2012) <i>The Cochrane Collaboration – Cochrane Database of Systematic Reviews</i>
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura com meta-análise
Participantes	5541 mulheres envolvidas em 8 estudos randomizados controlados
Objetivos do estudo	Determinar os possíveis benefícios, riscos e custos da prática restritiva de episiotomia vs. prática de episiotomia de rotina. Determinar os benefícios e riscos do uso de episiotomia mediana comparado com episiotomia medio-lateral
Intervenções	Meta-análise de estudos randomizados controlados que comparavam a prática de: <ul style="list-style-type: none">• episiotomia restritiva medio-lateral vs. episiotomia rotineira medio-lateral;• episiotomia restritiva mediana vs. episiotomia rotineira mediana;• Episiotomia medio-lateral vs. mediana Não foram incluídos estudos quase-randomizados
Resultados do estudo/conclusões dos autores	<p>Existe uma evidência clara para que seja recomendada uma prática restritiva de episiotomias. A prática restritiva de episiotomia mostrou um menor risco de morbidades clinicamente relevantes, incluindo menor incidência de trauma perineal posterior, menor necessidade de sutura da lesão perineal e menos complicações na cicatrização ao 7º dia pós-parto.</p> <p>Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que respeita a lesão vaginal/perineal grave, dor, dispareunia e incontinência urinária.</p> <p>A única desvantagem associada ao uso de episiotomia restritiva é um risco aumentado de trauma perineal anterior.</p> <p>Não foram encontrados estudos, com qualidade metodológica, que comparassem a episiotomia mediana com a medio-lateral, no entanto, as comparações secundárias efetuadas nesta meta-análise, tanto para episiotomia medio-lateral restritiva vs. de rotina, como para, a episiotomia mediana restritiva vs. de rotina, mostraram resultados semelhantes à comparação global.</p> <p>A média de episiotomias executadas nos grupos de rotina foi de 75,15% e nos grupos restritivo foi de 28,40%.</p>

Quadro 3: Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Review)

Autores / Ano / Fonte	Aasheim, V., Nilsen, V., Lukasse, M., Reinar, L.M. (2012) <i>The Cochrane collaboration – Cochrane Database of Systematic Reviews</i>
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura com meta-análise
Participantes	11651 mulheres envolvidas em 8 estudos randomizados ou quase-randomizados
Objetivos do estudo	Avaliar o efeito das técnicas de proteção perineal durante o 2º estágio do TP na incidência e morbidade associadas ao trauma perineal
Intervenções	Meta-análises de estudos randomizados controlados que comparavam a prática de: <ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de compressas quentes no períneo vs. não aplicação de compressas ou <i>Hands off</i> (meta-análise de 2 estudos, 1525 mulheres) • Massagem vaginal vs. não utilização da massagem ou <i>hands off</i> (meta-análise de 2 estudos, 2147 mulheres) • <i>Hands on</i> vs. <i>hands off</i> (meta-análise de 3 estudos, 6617 mulheres) • Manobra de Ritgens modificada vs. não utilização da manobra (1 estudo com 1423 mulheres)
Resultados do estudo/conclusões dos autores	<p>Comprovou-se um efeito significativo da aplicação de compressas quentes no períneo na redução da incidência de lacerações de 3º e 4º grau (RR 0,48), mas não houve diferenças significativas na incidência de episiotomia nem de períneos íntegros. É um procedimento barato e aceitável pelas mulheres e parteiras.</p> <p>Comprovou-se um efeito significativo da massagem perineal vs. <i>hands-off</i> na redução da incidência de lacerações de 3º e 4º grau (RR 0,52), mas não houve diferenças significativas na incidência de episiotomia nem de períneos íntegros.</p> <p>Não houve diferenças significativas na incidência de lacerações de 3º e 4º grau nas abordagens <i>hands on</i> vs. <i>hands-off</i>, nem na incidência de períneos íntegros, mas registou-se uma significativa redução das taxas de episiotomia (RR 0,69) na abordagem <i>hands-off</i>. Os resultados devem ser interpretados com precaução devido à grande heterogeneidade de intervenções.</p> <p>Não houve diferenças significativas na incidência de lacerações de 3º e 4º graus nem na incidência de episiotomia quando aplicada a manobra de Ritgens modificada.</p>

Quadro 4: Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review)

Autores / Ano / Fonte	Gupta, J.K., Hofmeyr, G.J., Shehmar, M. (2012) <i>The Cochrane Collaboration – Cochrane Database of Systematic Reviews</i>
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura com meta-análise
Participantes	7280 mulheres envolvidas em 22 estudos randomizados ou quase-randomizados controlados
Objetivos do estudo	Avaliar os benefícios e riscos da adoção de diferentes posições, por mulheres sem analgesia epidural, durante o 2º estágio do TP.
Intervenções	Meta-análise de estudos randomizados ou quase-randomizados controlados que comparavam os resultados da adoção de qualquer posição vertical ou lateral durante o 2º estágio do TP, com a posição de supina ou litotomia, numa primeira análise. Numa segunda análise, foi feita comparação entre as posições verticais e a posição lateral.
Resultados do estudo/conclusões dos autores	<p>Em todas as mulheres, a adoção de qualquer posição verticalizada ou deitada em decúbito lateral, quando comparada com as posições supinas, registou-se:</p> <ul style="list-style-type: none">• Uma redução significativa da necessidade de partos instrumentados (RR 0.78)• Uma redução significativa da necessidade de episiotomias (RR 0.79)• Um aumento das lacerações perineais de 2º grau, mas sem diferenças no nº de lacerações perineais de 3º ou 4º grau• Um aumento significativo das mulheres com perda sanguínea estimada > 500 ml (RR 1.65)• Uma redução significativa dos padrões anormais de frequência cardíaca fetal <p>Os autores alertam que a qualidade metodológica dos estudos analisados foi variável, pelo que os resultados devem ser interpretados com precaução. Perante estes resultados (com benefícios claros para as posições verticais), e na ausência de estudos com melhor qualidade metodológica, os autores sugerem que as mulheres devem ser encorajadas a adotar a posição mais confortável para parir.</p>

Quadro 5: Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma

Autores / Ano / Fonte	Walker, C., Rodríguez, T., Herranz, A., Espinosa, J., Sánchez, E. & Espuña-Pons, M. (2012) <i>International Urogynecology</i>
Tipo de estudo	Estudo randomizado controlado
Participantes	191 mulheres com anestesia epidural distribuídas de forma aleatória por 2 grupos: modelo de parto tradicional (MPT) e modelo de parto alternativo (MPA)
Objetivos do estudo	Avaliar os efeitos de um modelo alternativo de parto na incidência de parto vaginal assistido e trauma perineal
Intervenções	As mulheres do grupo MPT (grupo de controlo) iniciavam esforços expulsivos logo que a dilatação ficava completa e o parto ocorria em posição de litotomia; as mulheres do grupo MPA (grupo experimental) seguiam um protocolo de mudanças posturais, começavam a fazer esforços expulsivos tardiamente e pariam numa posição lateral.
Resultados do estudo/conclusões dos autores	<p>O MPA associou-se a uma redução significativa de partos vaginais assistidos (42.1% no grupo MPT vs. 19.8% no grupo MPA), encontrando-se o MPT fortemente associado a parto vaginal assistido (OR 4.49).</p> <p>O MPA aumentou significativamente a taxa de períneos íntegros quando comparado com o MPT (40.3% vs. 12.2%).</p> <p>A taxa de episiotomia foi significativamente menor no MPA do que no MPT (21% vs. 51%).</p>

Quadro 6: Antenatal Perineal Massage for reducing perineal Trauma

Autores / Ano / Fonte	Beckman, M.M. & Stock, O.M. (2013) <i>The Cochrane Collaboration– Cochrane Database of Systematic Reviews</i>
Tipo de estudo	Revisão Sistemática da Literatura com meta-análise
Participantes	2497 mulheres incluídas em 4 estudos randomizados ou quase-randomizados controlados
Objetivos do estudo	Avaliar o efeito da massagem digital perineal pré-natal na incidência de trauma perineal durante o TP e morbidade subsequente
Intervenções	Meta-análise de estudos randomizados ou quase-randomizados controlados que comparavam a massagem perineal digital levada a cabo pela mulher ou pelo seu parceiro, pelo menos nas 4 semanas que antecederam o parto (grupo experimental), com a não realização de qualquer tipo de massagem (grupo de controlo)
Resultados do estudo/conclusões dos autores	<p>A massagem perineal associou-se a uma redução geral na incidência do trauma com necessidade de sutura, sendo esta redução estatisticamente significativa apenas nas mulheres sem parto vaginal prévio;</p> <p>Não houve qualquer redução significativa nas lacerações de 1º, 2º, 3º e 4º graus, apenas a incidência de episiotomia é que teve uma redução significativa. Apenas o sub-grupo das mulheres que fizeram massagem numa média de 1,5 vezes por semana tiveram uma redução estatisticamente significativa na incidência de episiotomia (16% de redução), quando comparadas com as mulheres que fizeram massagem com mais frequência.</p> <p>Os autores concluíram que todos os estudos eram de boa qualidade. Como tal, as mulheres devem ser consciencializadas do provável benefício da massagem perineal e fornecidas informações sobre como executar a massagem.</p>

Quadro 7: Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia (Review)

Autores / Ano / Fonte	Kemp E., Kingswood C.J., Kibuka, M., Thornton, J.G. (2013) <i>The Cochrane Collaboration – Cochrane Database of Systematic Reviews</i>
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura com meta-análise
Participantes	879 mulheres envolvidas em 5 estudos randomizados e quase-randomizados controlados
Objetivos do estudo	Avaliar efeitos fetais e maternos nas diferentes posições de parto (verticalizadas vs recumbentes) durante o 2º estágio do TP, em mulheres com analgesia epidural.
Intervenções	Meta-análise de estudos randomizados controlados que comparavam a adoção de qualquer posição vertical, durante o 2º estágio do TP (grupo experimental), com a adoção de posições reclinadas (grupo de controlo), de mulheres com analgesia epidural.
Resultados do estudo/conclusões dos autores	Não se registaram diferenças significativas entre os 2 grupos no que respeita a necessidade de recurso a parto instrumentado nem a cesariana quando analisados conjuntamente ou em separado, duração do segundo estágio do TP, nem no que concerne a resultados maternos ou fetais (trauma perineal com necessidade de sutura, necessidade de recurso a cesariana por sofrimento fetal, pH baixo no sangue do cordão, admissão à unidade de cuidados intensivos neonatais). Os autores concluem, no entanto, que a metodologia (estudos com amostras muito reduzidas) e os dados de cada estudo são insuficientes para que seja possível recomendar a melhor posição a assumir por mulheres com epidural no 2º estágio do TP, devendo estas ser encorajadas a assumir a posição em que se sintam mais confortáveis.

Quadro 8: Manual protection of the perineum reduces the risk of obstetric anal sphincter ruptures

Autores / Ano / Fonte	Leenskjold, S., Høj, L., Pirhonen, J. (2015) <i>Danish Medical Journal</i>
Tipo de estudo	Estudo de coorte após um programa intervencional
Participantes	Todas as 1943 mulheres com parto vaginal num hospital da Dinamarca entre janeiro de 2012 e dezembro de 2013 (excluídos partos gemelares e trabalhos de parto precipitados)
Objetivos do estudo	Avaliar o impacto do treino das parteiras e médicos num conjunto de atitudes a ter no final do 2º estágio do TP na incidência de lacerações do esfíncter anal
Intervenções	Programa de treino dos profissionais em 4 pontos fulcrais: <ul style="list-style-type: none">• Boa comunicação entre o profissional que assiste o parto e a parturiente• Suporte adequado do períneo durante os últimos minutos do período expulsivo• Adoção por parte da mulher de uma posição de parto que permita a visualização do períneo nos últimos minutos do período expulsivo• Execução de episiotomia medio-lateral (45 a 60°) apenas sob indicação restrita a situações de asfixia fetal ou períneo rígido Feita comparação estatística entre dados de 2012 (antes da intervenção) e de 2013 (pós-intervenção) com teste chi-quadrado e teste t de <i>Student</i> para valores significativos de $p < 0,05$
Resultados do estudo/conclusões dos autores	Verificou-se um aumento da incidência de episiotomias (4.4% para 7.1%); Verificou-se uma diminuição significativa das lacerações do esfíncter anal em todos os tipos de parto (4,4% para 1,7%), especialmente nas mulheres com primeiro parto vaginal (7,2% para 2.9%); Os autores concluem que os resultados deste estudo não permitem determinar qual dos 4 pontos fulcrais desta intervenção é o mais importante. Em conjunto, estes pontos permitem um parto mais lento e controlado da cabeça fetal contribuindo para reduzir a incidência de lacerações do esfíncter anal Síntese dos estudos incluídos na revisão da literatura.

Quadro 9: No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial

Autores / Ano / Fonte	Thies-Lagergren, L., Kvist, L., Christensson, K., Hildingsson, I. (2011) <i>BioMed Central</i>
Tipo de estudo	Estudo randomizado controlado
Participantes	1002 mulheres nulíparas na Suécia
Objetivos do estudo	Avaliar os efeitos da utilização do banco de parto durante o 2º estágio do trabalho de parto em nulíparas quanto ao número de partos instrumentados, aos resultados do trauma perineal e às perdas sanguíneas
Intervenções	1002 mulheres nulíparas foram alocadas de forma randomizada a ter o seu parto num banco de partos (grupo experimental) ou em qualquer outra posição (grupo de controlo). As mulheres do grupo experimental, foram informadas a não permanecerem sentadas no banco por períodos superiores a 20 minutos perante um 2º estágio do trabalho de parto prolongado, alternando com outras posições.
Resultados do estudo/conclusões dos autores	Não se verificaram diferenças significativas na proporção de partos instrumentados nos 2 grupos: 13.6% no grupo experimental e 16.4% no grupo de controlo A perda de sangue materna entre 500 e 1000 ml foi significativamente maior no grupo que utilizou o banco de parto (42,8%) do que no de controlo (35,4%) Não se registaram resultados perineais adversos (aumento do trauma perineal ou edema perineal) no grupo alocado ao banco de parto podendo até ser protetor relativamente à prática de episiotomia.

Quadro 10: Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis

Autores / Ano / Fonte	Bulchandani, S., Watts, E., Sucharitha, A., Yates, D., Ismail, K.M. (2015) <i>British Journal of Obstetrics & Gynecology</i>
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura com meta-análise
Participantes	Analisados 5 estudos randomizados controlados e 7 estudos não randomizados
Objetivos do estudo	Avaliar o efeito de uma abordagem <i>hands on</i> /suporte manual do períneo vs. <i>hands off</i> /ausência de suporte manual do períneo durante o 2º estágio do TP, no risco e grau de laceração grave do períneo
Intervenções	<p>Metanálise de todos os estudos randomizados e não randomizados que comparassem a abordagem <i>hands on</i> /suporte manual do períneo vs. abordagem <i>ad-hoc</i> ou <i>hands off</i> /ausência de suporte manual do períneo durante o 2º estágio do TP, no risco e grau de laceração grave do períneo.</p> <p>Foi utilizado como resultado primário a presença de lesão grave do períneo e como resultados secundários a incidência de lacerações de 1º e 2º grau, de lacerações com necessidade de sutura, de episiotomia e de períneos íntegros, hemorragia pós-parto</p> <p>Foram incluídos 5 ERC incluindo 6816 mulheres e 7 ENR a envolver 108 156 mulheres (4 destes foram apenas submetidos a avaliações qualitativas e 3 – envolvendo 74744 mulheres – foram submetidos a avaliação qualitativa e quantitativa)</p>
Resultados do estudo/conclusão dos autores	<p>A meta-análise dos estudos randomizados não demonstrou efeito protetor significativo das manobras de proteção manual (hands-on), nem diferenças na incidência de períneo intacto. A incidência de episiotomia foi significativamente mais elevada no grupo de <i>hands-on</i> em 3 destes estudos e a hemorragia pós-parto teve incidência significativamente mais elevada num dos estudos. Não houve diferença significativa no risco de lacerações de 1º e 2º graus nem na incidência de períneos íntegros entre os 2 grupos.</p> <p>A meta-análise dos estudos não randomizados mostrou uma diminuição significativa do risco de laceração grave do períneo quando era utilizada uma abordagem <i>hands-on</i> e uma incidência de episiotomia significativamente mais elevada no grupo <i>hands-on</i></p> <p>Os autores colocam a hipótese de a não existência de diferenças significativas na incidência de LGP nos RCTs se dever ao número reduzido de participantes nestes estudos, pelo que são necessários estudos randomizados controlados com o poder estatístico suficiente para comprovar o benefício apontado pelos estudos não randomizados.</p>

Quadro 11: The effect of maternal position at birth on perineal trauma: A systematic review

Autores / Ano / Fonte	Haith-Cooper, M. & Lodge, F. (2016) <i>British Journal of Midwifery</i>
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura
Participantes	23603 mulheres envolvidas em 7 estudos
Objetivos do estudo	Avaliar o efeito de diversas posições de parto na incidência e grau de trauma perineal
Intervenções	Meta-análise de 7 estudos (1 RCT e 6 estudos de coorte) que comparavam a incidência de trauma perineal (trauma perineal anterior e lacerações de 1º, 2º, 3º e 4º graus) consoante as diversas posições de parto)
Resultados do estudo/conclusões dos autores	<p>A maior incidência de períneos intactos ocorreu nas posições de 4 apoios e de joelhos, com valores de cerca de 50%;</p> <p>As posições de sentada, de cócoras e utilização do banco de parto foram as que mais frequentemente se associaram a trauma perineal (até 85.7% em primíparas) de algum grau.</p> <p>Os autores defendem que os enfermeiros-obstetras devem aconselhar as mulheres no período pré-natal sobre os benefícios de adquirir as posições de 4 apoios ou de joelhos durante o parto para aumentar as probabilidades de obter períneo intacto. As mulheres devem ser também alertadas para o aumento do risco de trauma perineal nas posições sentada / de cócoras e quando utilizam o banco de partos.</p> <p>No caso de utilização do banco de partos, os autores chamam a atenção dos enfermeiros obstetras para o tempo que as mulheres permanecem no banco durante o 2º estágio do trabalho de parto.</p>