

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

**Intervenções do Enfermeiro Especialista durante o
parto e impacte da episiotomia na qualidade de
vida da mulher, nos primeiros três meses após o
parto**

Ana Filipa Teixeira Grencho

2012



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

**Intervenções do Enfermeiro Especialista durante o
parto e impacte da episiotomia na qualidade de
vida da mulher, nos primeiros três meses após o
parto**

Ana Filipa Teixeira Grencho

Prof^a Maria Helena Bértolo

2012



"Para mudar o mundo é preciso mudar primeiro a forma de nascer."

Michel Odent

AGRADECIMENTOS

Os meus primeiros agradecimentos vão para a Professora Maria Helena Bértolo por todo o apoio, disponibilidade, acompanhamento e motivação durante a orientação dos EC e deste relatório.

À Senhora Enfermeira Paula Lopes pela orientação no local de estágio, pela partilha de conhecimentos, pela confiança demonstrada, pelo incentivo e pela amizade.

Às mulheres que aceitaram partilhar a sua experiência.

À minha família, pelo apoio, compreensão e pelos momentos em que estive menos presente.

RESUMO

Trata-se do relatório final de estágio do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Teve como finalidade analisar as competências desenvolvidas no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna, obstétrica e ginecológica, nomeadamente na UC de Estágio com Relatório. A competência específica foi contribuir para refletir sobre o impacte da episiotomia na qualidade de vida da mulher, nos três meses após o parto.

A temática escolhida foi contextualizada no modelo de cuidado transpessoal de Jean Watson. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, bem como a revisão sistemática da literatura, procurando conhecer a evidência científica existente sobre a temática em causa.

Ainda se efetuou trabalho de campo, em contexto de prestação de cuidados, com registo das interações com as puérperas em internamento, nos dois primeiros dias pós parto, e foi realizado contato telefónico, aos três meses após o parto. A informação recolhida foi submetida à técnica de análise de conteúdo, segundo Vala (1986), tendo-se realizado uma categorização *a priori*.

Os achados foram analisados e discutidos utilizando como referencial de categorias as dimensões da qualidade de vida apresentadas por King e Hinds (1998): funcionamento físico, funcionamento psicológico, funcionamento social e sintomas relacionados.

Este relatório possibilitou a reflexão sobre a prática de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstetrícia, procurando particularmente conhecer e explorar o fenómeno do impacte da episiotomia na qualidade de vida da mulher, durante os três meses após o parto.

Os achados revelaram que a episiotomia tem implicações na qualidade de vida da mulher após o parto, nomeadamente ao nível da dimensão física, relacional e sintomas associados.

Palavras-chave: cuidado transpessoal; parto; episiotomia; qualidade de vida; pós-parto.

ABSTRACT

This is the report of the final stage of the Master Course of Nursing Midwifery and Maternal Health. The goal was to analyze the developed skills in the specialized nursing care for maternal, obstetric and gynecological, particularly in the UC Internship with Report. The specific competence was to contribute to reflect on the impact of episiotomy in the quality of life of women in the three months after delivery.

The theme chosen was grounded in the model of transpersonal care of Jean Watson. We conducted a review of the literature, as well as the systematic literature review, seeking to know the existing scientific evidence on the topic in question.

Still was made fieldwork in the context of care, with record of interactions with mothers at the hospital, in the first two days after birth, and was performed a telephone contact at three months postpartum. The information collected was subjected to the technique of content analysis, according Vala (1986), and it was held *a priori* categorization.

The findings were analyzed and discussed using as reference category the dimensions of quality of life presented by King and Hinds (1998): physical functioning, psychological functioning, social functioning and symptoms related. This report allowed for reflection on the practice of skilled nursing care in obstetrics and maternal health, particularly seeking to know and explore the phenomenon of the impact of episiotomy in the quality of life of women at three months after delivery.

The findings showed that episiotomy has implications for the quality of life of women after childbirth, especially in terms of the following dimensions: physical, relational and symptoms related.

Key-words: transpersonal care; delivery; episiotomy; quality of life; post-partum.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

EC- Ensino Clínico

EESMOG – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

Enf^a – Enfermeira

FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España

HAPD – Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

ICM - International Confederation of Midwives

IM – intra-muscular

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

OE- Ordem dos Enfermeiros

OL – Orientadora do Local de estágio

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RN – Recém-nascido

SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
1. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	22
1.1. Competências gerais	24
1.2. Competência específica.....	36
2. O CUIDAR TRANSPESSOAL DE JEAN WATSON	38
2.1. Cuidar transpessoal	40
2.2. A escolha do modelo conceptual de Jean Watson.....	41
3. A EXPERIÊNCIA DE SER CUIDADA NO PARTO.....	44
3.1. Controvérsias sobre a realização da episiotomia.....	49
3.1.1. <i>Técnica de episiotomia</i>	52
3.1.2. <i>Tipos de episiotomia</i>	52
3.1.3. <i>Episiotomia: uso rotineiro e uso seletivo</i>	53
4. QUALIDADE DE VIDA	57
4.1. Dimensões da Qualidade de Vida	58
4.2. Enfermagem, qualidade de vida e impacte da episiotomia.....	59
5. IMPACTE DA EPISIOTOMIA PARA A QUALIDADE DE VIDA: CONSIDERAÇÕES À LUZ DA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA	61
6. METODOLOGIA	64
6.1. Revisão sistemática da literatura: processo de pesquisa.....	66
6.2. Trabalho de campo	66
6.2.1. <i>Caracterização das participantes</i>	69
6.3 Considerações éticas.....	69
7. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS DECORRENTES DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA E DO TRABALHO DE CAMPO	71
7.1. Revisão sistemática da literatura: quadro síntese das evidências encontradas.....	71
7.2. Achados do trabalho de campo em EC e aos três meses após o parto.....	76
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
BIBLIOGRAFIA	86

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da realização do 2º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Enquadra-se no 2º ciclo de estudos pós-graduados, que visa o desenvolvimento de competências profissionais específicas. Entende-se por competência um todo de conhecimentos, *skills*, experiência e atitude que um profissional demonstra quando está envolvido num leque de diferentes situações profissionais.¹ Como tal, a realização deste trabalho pretende ir ao encontro de algumas competências do 2º ciclo de estudos, nomeadamente, analisar e criticar o desenvolvimento do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem.¹

Penso que para ser competente não basta ser detentor de conhecimentos e capacidades. As competências desenvolvem-se, surgem pela aplicação adequada e congruente às situações concretas de trabalho, desses mesmos conhecimentos, que carecem de reflexão e interiorização para se concretizarem em aprendizagens.

Benner (2001) também esclarece em relação às competências em enfermagem e, no seu livro *De iniciado a Perito*, identifica cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem. Esta autora defende que independentemente dos conhecimentos obtidos através da formação, as competências desenvolvem-se ao longo da vida profissional no contexto de trabalho. Esses níveis são: Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito. Para esta autora, a progressão nos diferentes níveis acontece com o acumular de experiência e pela compreensão cada vez mais aprofundada acerca das situações com as quais se confronta até alcançar um nível de perícia máxima, em que a compreensão da situação é intuitiva. Assim, a enfermeira especialista pode ser considerada também perita, quando tem uma enorme experiência e compreende de maneira intuitiva cada situação. Contudo, nem todos os enfermeiros especialistas podem ser considerados peritos, uma vez que a experiência é considerada fundamental para atingir essas capacidades. E a experiência é adquirida em contexto e em situações de trabalho que pela sua diversidade e especificidade oferecem oportunidades

¹ APRESENTAÇÃO DO CURSO DE MESTRADO 2010/2011 Sessão letiva lecionada pela Profª Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho. ESEL, 2010

para a enfermeira acumular experiência. Benner (2001) também aponta um critério de resultado importante que caracteriza o nível de perito: a enfermeira perita faz análise e revisão da investigação em Enfermagem, e sua aplicação ao cuidar em enfermagem.

Este trabalho teve como ponto de partida a importância da investigação e sua aplicação na prática de cuidados e vice-versa, enquanto postura crítica que se exige na enfermagem e caminho para a perícia. O contexto geral da prática de cuidados é a área da Saúde Materna e Obstetrícia, pelo que irei procurar refletir sobre as competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, definidas pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.4) e desenvolvê-las no EC Estágio com Relatório, mais concretamente aquelas que estão de acordo com o exercício profissional do EESMOG em contexto de sala de partos, nomeadamente os descritivos de H2, H3 e H4:

H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Atendendo às competências a desenvolver, escolhi aprofundar uma temática relacionada com uma destas competências em particular. O ponto de partida para esta escolha foi ser uma temática relacionada com as competências a desenvolver na UC Estágio com Relatório, em contexto de sala de partos:

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

Um dos critérios de avaliação para esta competência é:

Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação (...)

As técnicas de reparação dizem respeito à realização da episiorrafia e, embora não esteja referido no regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EESMOG), esta reparação pode ser decorrente da realização da episiotomia, sendo este procedimento realizado pelo EESMOG durante o parto.

Contudo, recorrendo às competências essenciais para a prática básica das parteiras enunciadas pela International Confederation of Midwives (2010), a realização da episiotomia e episiorrafia são contempladas enquanto procedimentos básicos executáveis pela enfermeira parteira (de acordo com o anexo I Decreto-Lei nº 333/87, de 1 de outubro, em Portugal e termo “parteira” é equiparado ao título de Enfermeiro Obstetra ou Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica), do âmbito dos Cuidados durante o trabalho de parto e parto, mencionadas na competência V:

As Parteiras prestam cuidados de elevada qualidade, atendendo às particularidades culturais da Mulher e Família, durante o trabalho de parto, efetuando o parto de forma segura e dominando as situações de emergência, no sentido de maximizar a saúde da Mulher e seu Recém-Nascido.

Como tal, sendo a episiotomia um procedimento/intervenção/ação do EESMOG, é também uma questão de reflexão sobre a ação, nomeadamente, o que é que a evidência científica refere em relação ao seu uso generalizado

versus seletivo, em que circunstâncias, o que sustenta a decisão para a sua realização, mas também é uma questão de reflexão sobre as implicações para a mulher com episiotomia na sua qualidade de vida.

Assim, este trabalho pretende dar resposta à seguinte questão de investigação:

QUAL O IMPACTE DA EPISIOTOMIA NA QUALIDADE DE VIDA DA MULHER, NOS PRIMEIROS 3 MESES APÓS O PARTO?

Para contextualização inicial da opção por uma questão de carácter fenomenológico, é apresentada a teoria de cuidado transpessoal de Jean Watson, que se fundamenta em correntes filosóficas como a fenomenologia, o existencialismo.

Para esta autora os cuidados de enfermagem têm como ponto de partida o significado e conhecimento da experiência humana para a pessoa cuidada.

Os focos desta teoria são: enfermagem, caracterizada por cuidar como um imperativo ético e moral de relação transpessoal, as pessoas tidas como um todo, isto é, seres com mentes, emoções e corpo (como sujeito, tempo e espaço); a saúde, vista como experiência subjetiva de unidade e harmonia de mente, corpo e espírito associados; e meio ambiente a cujas atitudes de cuidar podem ser transmitidas (Watson, 2002).

A Teoria do Cuidado Transpessoal apresenta dez fatores de cuidado, os quais são a base para o cuidado transpessoal na sua visão holística. Aborda o ser humano como um todo biológico social e espiritual unido, que não pode ser fragmentado, e leva em consideração o profissional de enfermagem como ser humano. Nessa interação utente/profissional, é que se dá o processo de cuidado, cerne fundamental da enfermagem.

O tema abordado, a episiotomia, é um tema exclusivamente da esfera do feminino, não podendo estar mais de acordo com o contexto da área de mestrado em que está inserido este relatório.

A episiotomia é um procedimento antigo mas de discussão bastante atual uma vez que a evidência científica defende o seu uso com carácter restritivo, o que, por vezes, não acontece.

Assim, considero a perspetiva da mulher sobre o impacte da episiotomia para a sua qualidade de vida um fator favorável e um pequeno contributo para a mudança de práticas no sentido do que é preconizado pela evidência científica, ou seja, o abandono da episiotomia como procedimento de rotina no parto. Não só pelo que é apresentado pela evidência científica, maioritariamente em relação a alterações e complicações fisiológicas, tais como incontinência de esfíncteres (urinária e intestinal), dor e dispareunia, mas também atendendo às implicações para a qualidade de vida da mulher. Desta forma, considera-se fundamental que a opinião desta também seja cada vez mais valorizada como razão válida para a realização ou não deste procedimento. A ser realizado, a compreensão do impacte oferece contributos ao enfermeiro obstetra para compreender a mulher a quem presta cuidados especializados, ajudá-la e apoiá-la na recuperação do seu bem-estar que possa ter sido afetado pela realização da episiotomia.

A metodologia escolhida para a temática em causa é a revisão sistemática da literatura com recurso à plataforma EBSCO. Por ter sido uma preocupação o conhecimento da experiência vivenciada pelas utentes a quem se prestaram cuidados, elaborou-se o registo das interações com as puérperas durante o cuidado de enfermagem especializado em diários de campo dos quais, posteriormente, se efetuou análise de conteúdo. Aos três meses pós parto foi realizado contacto telefónico com as puérperas no sentido de se identificar quais as implicações da realização de episiotomia para a sua qualidade de vida.

A finalidade deste relatório é:

- Explicitar as competências adquiridas durante a realização da UC Estágio com Relatório
- Analisar o impacte da episiotomia na qualidade de vida da mulher, nos três meses após o parto

A elaboração do presente Relatório teve como principais objetivos:

- Analisar e refletir sobre o quadro de referência que esteve subjacente à prática de cuidados;

- Explicitar a metodologia escolhida para o desenvolvimento da competência específica selecionada;
- Refletir sobre os resultados obtidos e a sua pertinência para o desenvolvimento

de competências profissionais, pessoais, relacionais e éticas como futura enfermeira obstetra.

O capítulo 1 deste relatório de estágio efetua a análise das competências gerais desenvolvidas, procurando especificar uma temática escolhida pela autora.

A temática escolhida é contextualizada segundo o modelo de cuidado transpessoal de Jean Watson. No capítulo 2, uma vez que se trata de uma temática intrínseca ao parto, serão apresentadas algumas considerações sobre a experiência da mulher ao ser cuidada no parto e algumas controvérsias sobre a realização da episiotomia. A episiotomia é um procedimento realizado no momento da expulsão da apresentação fetal, que se encontra esclarecida enquanto técnica e argumentos para o seu uso seletivo, defendido pela evidência científica. Aborda-se ainda a temática da qualidade de vida e as implicações na mesma relacionadas com a realização da episiotomia, no capítulo 4. No capítulo seguinte são apresentadas considerações sobre o impacto da episiotomia para a qualidade de vida, à luz da revisão narrativa da literatura realizada.

No capítulo 6 encontra-se a metodologia. O objetivo será dar resposta à questão PICO elaborada, a partir de uma abordagem qualitativa, sendo a metodologia adotada a revisão sistemática da literatura e a realização de um trabalho de campo em contexto da prestação de cuidados.

De seguida, no capítulo 7, apresentam-se os achados resultantes da análise sistemática da literatura e do trabalho de campo realizado. Estes achados são também analisados e discutidos. O trabalho termina com a apresentação de algumas considerações finais, visando a resposta aos objetivos delineados e apresentação de algumas sugestões.

1. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo procuramos explicitar o desenvolvimento de competências preconizadas pela OE (2010) durante a realização do estágio no Bloco de Partos de um HAPD de Lisboa.

“A enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais”. (Benner, 2001, p.18) O meu desenvolvimento das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica aconteceu em contexto teórico e prático. O contexto prático traduziu-se nos diferentes ensinamentos clínicos realizados no final do 1º ano e durante o 2º ano curricular do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O contexto de EC é um contexto privilegiado para o desenvolvimento de competências pelas experiências. Benner (2001) defende que o desenvolvimento de conhecimentos consiste não só na acumulação de saber teórico (saber), mas também em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), adquirido ao longo da experiência clínica vivida e pelo seu registo. Ainda de acordo com a mesma autora, a experiência é necessária para a perícia. “Uma grande quantidade de conhecimento não referenciado está integrado na prática e no “saber fazer” das enfermeiras peritas. Mas esse conhecimento não poderá alargar-se ou desenvolver-se completamente se as enfermeiras não anotarem sistematicamente aquilo que aprendem a partir da sua própria experiência” (Benner, 2001, p. 40).

Esta afirmação traduz a importância do registo escrito das práticas, enquanto estratégia de organização do pensamento e das experiências, permitindo a reflexão sobre a prática e aquisição de conhecimentos. Esta ideia é defendida por Benner (2001) ao referir que “o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber-fazer), graças a estudos científicos fundados sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina” (p.32).

O desenvolvimento das minhas competências nesta área de cuidados teve o acompanhamento da Enfª ESMO orientadora. O papel deste agente de aprendizagem foi extremamente importante, uma vez que permitiu o

esclarecimento de todas as dúvidas, a demonstração prática e foi um estímulo para a minha aprendizagem, acompanhando-me e apoiando-me no processo de transição enquanto futura enfermeira especialista. Tal como Benner (2001) afirma “uma disciplina clínica necessita de pessoas peritas para modelar as transições dinâmicas entre o conhecimento pessoal e a situação clínica” (p 38).

Desta forma, atendendo à importância do relato escrito das aprendizagens realizadas, apresentar-se-á neste capítulo a descrição e análise das competências desenvolvidas durante a UC Estágio com Relatório.

Tal como está expresso no Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da OE, “o enfermeiro especialista (...) assume, no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher” (2010, p.1).

Assim, a Unidade Curricular Estágio com Relatório, que contextualiza o presente relatório, pretendeu o desenvolvimento destas competências, com especial incidência nas seguintes áreas de intervenção:

- Gravidez: assistência à mulher/casal a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal.
- Trabalho de Parto – assistência à mulher/casal a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto.
- Puerpério – assistência à mulher/família a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal.

Efetuei de seguida a análise de cada uma das competências que se pretendeu que fossem desenvolvidas no Estágio com Relatório, nomeadamente a 2, 3 e 4 do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Ordem dos Enfermeiros. Cada uma destas competências será apresentada com o descritivo correspondente e serão intituladas como

competências gerais. Por último, farei uma análise mais discriminativa referente a uma unidade de competência específica que pretendi desenvolver em particular, na qual se centrou de forma particular o meu trabalho de projeto, que será apresentada como competência específica.

O EC decorreu no Serviço de Obstetrícia, que incluiu a prestação de cuidados em Sala de Partos (predominantemente) e no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia.

1.1. Competências gerais

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

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

Os maiores contributos para o desenvolvimento desta competência foram obtidos durante a realização de Ensinos Clínicos anteriores ao EC- Estágio com Relatório, nomeadamente os EC III (Cuidados de Saúde Primários) e IV (Cuidados à Grávida/Casal em Situação de Risco Materno-Fetal). Nestes EC tive oportunidade de desenvolver junto da mulher/casal processos de educação em saúde, promoção da saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, planeamento familiar, saúde pré-concepcional, saúde pré-natal e promoção da saúde ginecológica da mulher, tanto em contexto de consultas de Enfermagem de Vigilância da Saúde Ginecológica como da Gravidez (EC III). No EC IV também tive oportunidade de conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher/família com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, nomeadamente: hipertensão (gestacional /induzida /crónica /síndrome HELLP), diabetes (pré-existente e gestacional), colestase gravídica.

Durante a realização do EC Estágio com Relatório procurei promover a saúde pré-natal junto das parturientes e família (representada na figura de acompanhante, uma vez que, no contexto de realização do EC, o acompanhamento da parturiente está limitado a apenas um acompanhante

durante o internamento), com ou sem patologia associada e/ou concomitante com a gravidez.

As intervenções no âmbito da promoção da saúde pré-natal traduziram-se essencialmente na partilha de informação e orientação sobre estilos de vida saudáveis, em contexto de hospitalização da Mulher na Sala de Partos como no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG).

Uma preocupação constante que norteou o meu desempenho foi informar sempre as clientes/casal sobre o objetivo de cada intervenção e proporcionar todas as informações e explicações que solicitaram.

Em relação ao diagnóstico precoce e prevenção de complicações de saúde da mulher em período pré-natal foi possível fazê-lo, principalmente no SUOG, às grávidas que recorreram a este serviço por alterações da sua saúde ou por indicação médica para avaliação do bem-estar fetal. As intervenções realizadas relacionaram-se com a observação e validação de sinais e sintomas identificados pela grávida como desviantes da normalidade, questionamento sobre desconfortos da gravidez, sinais e sintomas possíveis de indicar desvios da gravidez fisiológica, sinais e sintomas de alerta (contractilidade, perdas vaginais, dor, alteração da visão, diminuição dos movimentos fetais), consulta do boletim da grávida para recolher informações sobre a vigilância da gravidez, intercorrências e deteção de possíveis riscos associados, avaliação da tensão arterial, auscultação dos batimentos cardio-fetais, realização e avaliação de cardiotocografia, aconselhamento e esclarecimento de situações que estejam dentro da área de atuação da EESMOG e identificação e registo escrito das situações para referência ao médico obstetra. (No SUOG o atendimento das utentes inicia-se na triagem, realizada pela EESMOG, sendo posteriormente observadas por um médico obstetra).

As situações de abortamento aconteceram no serviço de internamento em Sala de Partos em caso de interrupção médica da gravidez (IMG) ou situações de aborto retido. A atuação relacionou-se com a monitorização do trabalho de abortamento, com a vigilância de perdas vaginais (quantidade e características), estado hemodinâmico, administração de terapêutica e monitorização do seu efeito, esclarecimento de dúvidas da mulher/casal, compreensão dos seus mecanismos de *coping* para detetar possíveis alterações do bem-estar psicológico e diagnosticar eventual necessidade de

intervenção de outros profissionais de saúde, proporcionando ambiente tranquilo e medidas de conforto de acordo com as solicitações, apoio emocional, procurando saber e satisfazer desejos da mulher/casal face ao desenrolar do processo, nomeadamente conhecimento do desejo de ver ou não o feto. Durante todo o EC não tive oportunidade de vivenciar uma situação de expulsão fetal decorrente deste tipo de situações.

Ainda no contexto de situação de abortamento, cooperei com a equipa médica no cuidado à mulher com complicações pós-aborto, nomeadamente intervenções como curetagem e situações de anemia. Perspetivando a promoção da saúde da mulher em situação de pós-aborto, procurei orientar e informar sobre alguns cuidados, tais como a vigilância da saúde e a utilização de um método de controlo da fecundidade da sua preferência, principalmente nas situações de aborto pós-IVG.

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

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

Por trabalho de parto entende-se o processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta e as membranas para o exterior do útero, através do canal de parto (Lowdermilk & Perry, 2008). Também segundo o conceito de Machado é o “conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior” (Machado, 2010, p. 320). Inicia-se com o aparecimento de contrações uterinas regulares, apagamento e dilatação progressiva do colo uterino e progressão da apresentação. O trabalho de parto envolve quatro estádios: 1) apagamento e dilatação do colo – inicia-se com a instalação de contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo (deste estádio fazem parte quatro fases: latente, ativa, desaceleração e descida da apresentação); 2) período expulsivo – inicia-se com a dilatação completa do colo e termina com a expulsão do feto; 3)

dequitação – após a expulsão do feto terminando com a expulsão da placenta;
4) puerpério imediato – desde a expulsão da placenta até duas horas após o parto, correspondendo ao período de recuperação e restabelecimento da homeostasia.

De seguida serão descritas as diversas aprendizagens, com as intervenções que conduziram ao desenvolvimento desta competência, de acordo com o 1º, 2º e 3º estágio do trabalho de parto. O 4º estágio será abordado na descrição e análise da competência seguinte.

O acompanhamento da mulher/casal durante o trabalho de parto foi uma oportunidade nova na minha prática de cuidados e foi extremamente gratificante, uma vez que acredito que o trabalho de parto e o parto constituem uma experiência muito importante na vida da mulher/casal. A minha atuação procurou proporcionar e garantir as condições para que a experiência do nascimento fosse o mais positiva possível, partindo preferencialmente da vontade e desejos da mulher/casal para a vivência desta experiência.

A maior parte das grávidas internadas neste serviço foram admitidas por início do trabalho de parto ou para indução médica do trabalho de parto. A maioria das gravidezes foi vigiada.

Na admissão da grávida/casal procurei realizar o acolhimento com tranquilidade e empatia, clarificando aspetos como a dinâmica do serviço e demonstrando disponibilidade para responder a dúvidas, manifestando essa disponibilidade tanto no momento da admissão/acolhimento como ao longo de toda a hospitalização. Na admissão também fez parte a consulta do processo clínico e de enfermagem da utente, consulta do Boletim da Grávida, para conhecer antecedentes pessoais, ginecológico e obstétricos, intercorrências da gravidez, dados da avaliação física realizada no SUOG (todas as utentes são encaminhadas do SUOG para a sala de partos após observação de enfermagem e/ou médica).

A admissão da grávida também obedece a alguns procedimentos de rotina, tais como, despojarem-se de todos os seus bens pessoais, realização de pesquisa da proteinúria e glicosúria ocasionais, autoadministração de laxante de contacto (para grávidas com membranas intactas, apesar de, segundo a OMS (1996, p.35) esta ser uma *prática claramente prejudicial ou ineficaz que deve ser eliminada*), avaliação e monitorização do bem-estar fetal

(questionando a grávida sobre percepção de movimentos fetais ativos, auscultação, monitorização e avaliação da frequência cardíaca fetal, informação à grávida/casal sobre posicionamentos a adotar no leito, favorecedores do bem-estar fetal (decúbitos laterais em detrimento do decúbito dorsal), punção venosa para colheita de sangue para análise laboratorial e para soroterapia [segundo a OMS também é uma *prática claramente prejudicial ou ineficaz que deve ser eliminada (1996, p.35)*].

Nenhuma das grávidas apresentou um plano de parto. No entanto, assumi um postura de questionamento à grávida/casal demonstrando disponibilidade para aceder às suas solicitações, expectativas, desejos e dúvidas com vista a proporcionar sempre resposta a esses aspetos, procurando ir ao encontro daquilo que esperavam para o seu parto e pós-parto, tal como: informar sobre os mecanismos de parto, como controlar o desconforto (nomeadamente utilização de massagem na região dorso-lombar, toque, administração de analgesia epidural), quem pretende que esteja presente no parto, estratégias de relaxamento e controlo da respiração, possibilidade de contacto pele-a-pele com o bebé após o parto, se for o desejo dos pais.

Nesta perspetiva, as minhas intervenções também estiveram condicionadas pelas normas existentes no serviço onde se realizou o EC, que muitas vezes não foram favoráveis à disponibilização de outras opções à grávida/casal com a finalidade de gerar uma experiência pré-natal positiva de acordo com os seus interesses e vontade (nomeadamente, proporcionar liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, como, por exemplo, deambulação e uso da bola de Pilates, uma vez que por exigência normativa do serviço as grávidas estavam condicionadas a posições horizontais no leito, variando entre os decúbitos lateral e semi-dorsal).

Durante o 1º estágio do trabalho de parto as intervenções realizadas foram a avaliação física da mulher, incluindo exame vaginal, cervicometria, avaliação da bacia materna, integridade das membranas, avaliação da estática fetal, avaliação contínua da contratilidade e interpretação dos resultados, avaliação do bem-estar fetal, com realização da monitorização cardíaca fetal contínua (externa e interna) e interpretação dos resultados (segundo a OMS (1996, p.35) a monitorização fetal deverá ser por meio de auscultação

intermitente enquanto *prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada*), monitorização da progressão do trabalho de parto fazendo o seu registo no partograma, desenvolvimento de medidas de suporte e alívio da dor durante o trabalho de parto e cooperação com outros profissionais na implementação de intervenções, solicitando a sua intervenção (sempre que a utilização de medidas não farmacológicas não foram eficazes solicitou-se a intervenção do anestesista de serviço afeto à sala de partos para prescrever terapêutica analgésica e/ou realizar analgesia sequencial/epidural).

A avaliação da descida e variedade fetal foram sentidas como dificuldades iniciais, mas foram progressivamente superadas, não se verificando no final do EC.

A realização da técnica de monitorização fetal interna foi das técnicas que me causou alguma apreensão inicial pela expectativa de dificuldade de execução da mesma, o que não se verificou, tendo tido oportunidade de a realizar várias vezes ao longo do EC, sem intercorrências.

A utilização de medidas não farmacológicas para controlo da dor/desconforto foi uma dificuldade inerente aos condicionalismos do serviço, que na sua maioria não puderam ser implementadas porque o serviço não oferecia as condições favoráveis para a sua implementação. A deambulação e a posição ereta da parturiente não são possibilidades neste serviço, ao contrário do que é preconizado pela OMS (1996, p. 35) e classificado como *práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas*: proporcionar liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto. As estratégias desenvolvidas foram direcionadas para a promoção do relaxamento, com ensino para o controlo da respiração (enquanto promotora do relaxamento, contributo para alívio da dor e melhoria da oxigenação tecidual e fetal), promoção da participação e envolvimento do convivente significativo, estimulando-o para a realização de massagens à parturiente (a maior parte das utentes referiu alívio e sensação de bem-estar com a realização de massagens e pressão manual na região lombar e demonstraram muita receptividade na realização das mesmas).

Para o diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher no primeiro estágio do trabalho de parto, contribuiu o desenvolvimento de competências no âmbito da vigilância do bem-estar

materno-fetal, através da avaliação do risco materno-fetal, sinais e sintomas verbalizados pela grávida, sem e com patologia associada ou concomitante com a gravidez (neste último caso foi dada especial atenção aos sinais e sintomas relacionados com a patologia pré-existente), registo de cardiocografia, referenciando as situações que se verificaram estar para além da área de atuação, como situações de desaceleração cardíaca fetal prolongadas e de lenta recuperação, sem resposta às intervenções realizadas de imediato.

Durante o 1º estágio do trabalho de parto a ingestão de alimentos estava restringida, verificando-se apenas para situações de indução de trabalho de parto sem sucesso. Nestes casos, as grávidas ingeriam uma refeição ligeira e retomava-se a indução.

A ingestão hídrica também era condicionada, com oferta de pequenas quantidades de água ou chá açucarado, com intervalos de cerca de três horas. Esta prática era justificada pela prevenção de aspiração de conteúdo alimentar, caso se verificasse a necessidade emergente de uma intervenção sob anestesia geral. A oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto é uma *prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada*, defendida pela OMS (1996, p.34). A oferta de água durante o parto também era uma solicitação comum por parte das parturientes, referindo grande satisfação e conforto na sua ingestão.

Por vezes, foi necessário recorrer à técnica de amniotomia (rotura artificial das membranas fetais), com a finalidade de favorecer a evolução do trabalho de parto, pelo que aproveitei as oportunidades de aprendizagem que surgiram para poder executar este procedimento. A amniotomia precoce de rotina no 1º estágio do trabalho de parto é, segundo a OMS (1996, p.36) uma *prática em relação à qual não existe evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que deve ser utilizada com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão*.

No segundo estágio do TP as intervenções centraram-se na execução do parto, em ambiente seguro.

Atendendo à estrutura física do serviço, o trabalho de parto e o parto decorrem em espaços físicos diferentes (sala de dilatação e sala de parto,

vulgo *box*). As técnicas realizadas foram adequadas e sempre com supervisão da Enf^a Orientadora, com autonomia progressiva na realização das mesmas.

A partir da completa dilatação do colo uterino, a prática adotada foi a estimulação da mulher para a realização de esforços expulsivos durante a contração, em decúbito lateral, até à descida e coroação da apresentação. Esta prática, relativa ao posicionamento, vai ao encontro do que defende a OMS (1996, p.35) enquanto *prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada*: estimular a adoção de posições de decúbito dorsal durante o trabalho de parto. Quando a mulher se encontrava acompanhada pelo seu convivente significativo o ensino foi feito incentivando o acompanhante para o seu envolvimento e participação orientando-o sobre a forma como poderia apoiar à grávida.

A posição adotada para a expulsão foi sempre a posição litotomia. Segundo a OMS (1996, p.35) o uso rotineiro de decúbito dorsal, com ou sem pernas, durante o trabalho de parto é uma *prática claramente prejudicial ou ineficaz que deve ser eliminada*. O posicionamento da grávida para a expulsão fetal acontecia preferencialmente com o coroamento da apresentação fetal à vulva.

No período expulsivo, de uma maneira geral, a parturiente era incentivada a manter os esforços expulsivos utilizando a manobra de Valsalva, durante a contração. Contudo, quando se verificava dificuldade por parte da grávida em coordenar e controlar os esforços foi dada orientação para fazer esforços de forma não dirigida. A utilização da manobra de Valsalva vai ao encontro das *práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas* da OMS (1996, p. 36): realização de esforços expulsivos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o 2º estágio do trabalho de parto. Também a FAME e a APEO (2009) advogam os esforços espontâneos em detrimento dos utilizados com manobra de Valsalva, uma vez que durante esta manobra produzem-se alterações fisiológicas que podem prejudicar o bem-estar fetal. A orientação para o recurso a esforços expulsivos dirigidos também se tornou necessária devido ao facto de, por vezes, a parturiente não ter perceção da contratilidade nem a vontade de fazer força pelo efeito da analgesia epidural.

Foram realizados 40 partos eutócicos (conforme Diretivas da União Europeia, artigo 27º da Diretiva 89/594/CEE de 30 de Outubro 1989). Houve ainda participação ativa em 6 partos, até à expulsão da apresentação, tendo-se verificado a necessidade de instrumentalização pela equipa médica.

A realização do parto obedeceu sempre ao uso de material, indumentária e uso de campos esterilizados, com desinfeção perineal.

Os partos realizados foram todos de apresentação cefálica, tendo-se verificado uma situação de distócia de ombros, resolvida com a manobra de McRoberts.

Verificaram-se algumas situações de RN com circular cervical, sendo implementadas as intervenções adequadas, sem intercorrências.

Após a expulsão fetal, procedeu-se a manobras de estimulação do RN, remoção de secreções da cavidade oral. De seguida procedeu-se à clampagem do cordão. De acordo com alguns estudos apresentados pela OMS (1996, p. 36), a clampagem precoce do cordão é uma *prática em relação à qual não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que deve ser utilizada com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão*. Contudo, sugere-se a clampagem do cordão após este deixar de pulsar, cerca de 3 a 4 minutos após o parto, pela inexistência de efeitos adversos onde esta prática é realizada e advogando-se também poder ser favorecedor da prevenção de anemia e deficiência em ferro no RN. Também segundo a FAME e APEO (2009) a clampagem do cordão quando deixa de pulsar ou 2 a 3 minutos após o nascimento, parece mais fisiológica, permitindo manter a respiração placentária e aumentar o volume sanguíneo do feto. Ainda de acordo com a American Academy of Pediatrics (Perlman, et al., 2010), há evidência de benefícios para o RN se a clampagem do cordão umbilical for realizada entre 30 segundos a 3 minutos após o parto, devido a pressão arterial mais elevada durante a estabilização, menor incidência de hemorragia intraventricular, menor necessidade de transfusões sanguíneas, embora aumente a possibilidade do RN realizar fototerapia.

Também foi oferecido ao pai/convivente significativo a possibilidade de cortar o cordão, numa perspetiva de participação, envolvimento e promoção da vinculação com o RN.

A avaliação física e a prestação dos cuidados imediatos ao RN no sentido de otimizar a sua saúde a adaptação ao meio extra-uterino também foram competências desenvolvidas.

Um dos aspetos que procurei desenvolver e praticar foi o contacto pele-a-pele, enquanto prática promotora da vinculação precoce. Neste serviço esta ainda é uma prática pouco realizada. Após o corte do cordão, é feita uma apresentação breve do RN à mãe e é transportado para uma sala adjacente à sala de parto, onde são prestados os cuidados imediatos ao RN (limpeza e estimulação, o RN é pesado e vestido, é feita administração de vitamina K, via IM, e de pomada oftálmica, colocadas pulseiras de identificação e eletrónica e regressa para a *box*, onde é colocado em contacto com a puérpera. Procurei praticar e implementar o contacto precoce pele-a-pele, sempre que previamente a mulher tenha manifestado essa vontade após questioná-la. Algumas mulheres demonstraram-se surpreendidas por esta possibilidade e na maioria dos casos manifestaram interesse. Esta é uma prática defendida de FAMO e APEO (2009) e OMS (1996, p.35) (*prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada*), mas pouco realizada no contexto do EC. Nalgumas situações foi inclusive dado início ao aleitamento materno durante o contacto pele a pele.

No caso de partos distócicos (instrumentais e cirúrgicos) a prestação de cuidados imediatos ao RN foi feita em cooperação com um Neonatologista. Foi possível treinar as seguintes medidas de suporte na adaptação ao meio extra-uterino: estimulação e limpeza, aspiração de secreções, aspiração gástrica, administração de O₂ por máscara facial e ventilação com pressão positiva com *neo-puff*.

No terceiro estágio do trabalho de parto foram desenvolvidas competências na realização da dequitação (principalmente com conduta expectante e por vezes com tração controlada do cordão e massagem externa uterina), exame de rotina da placenta e membranas para inspecionar integridade das mesmas, administração de ocitocina (conforme protocolo do serviço), avaliação do globo de segurança de Pinard e de perdas sanguíneas. Verificou-se uma situação de membranas fragmentadas, que foi referenciada à equipa médica, não se tendo verificado complicações, e uma situação de

retenção de membranas, com necessidade de intervenção (revisão da cavidade uterina com controlo ecográfico e curetagem).

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

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

O pós-parto, ou puerpério, é um período importante enquanto fase de adaptação a uma mudança na vida da mulher/casal e transição para a parentalidade. A EESMO tem um papel importante no apoio à mulher/casal neste processo de transição e promoção e proteção da saúde da mulher e do RN. O puerpério define-se como o período de seis semanas após o parto, que pode ser dividido em três períodos: imediato (primeiras 2 horas), precoce (até ao final da 1ª semana) e tardio (até ao final da 6ª semana).

O puerpério imediato compreende alguns aspetos essenciais no que se refere à planificação e prestação de cuidados de enfermagem especializados, em termos de promoção da saúde e diagnóstico precoce de complicações para a saúde da mulher e RN. As intervenções realizadas durante o puerpério imediato centraram-se na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, informando, esclarecendo e oferecendo ajuda prática à mulher/casal. Após a saída da *box*, a mulher ficava em repouso numa maca e a prioridade seguinte após a avaliação do seu bem-estar era o início do aleitamento materno, procurando que este acontecesse na 1ª hora de vida do RN. Neste sentido, foi oferecida ajuda prática quando necessário, proporcionadas informações sobre sinais de boa pega e aleitamento em regime de horário livre. Outro aspeto prioritário foi providenciar a presença do acompanhante para promover a relação da tríade, até à transferência da puérpera e do RN.

Outros aspetos desenvolvidos durante este estágio foram a vigilância do estado geral da puérpera e RN, vigilância de perdas pós-parto e características dos lóquios, estado hemodinâmico da puérpera, avaliação do globo de segurança de Pinard e localização do fundo uterino em relação à cicatriz

umbilical, intervenção/referenciação face a alterações/complicações pós-parto, promoção da eliminação vesical e ingestão hídrica e de alimentos antes da transferência.

Em relação ao RN, foi feita a avaliação da adaptação ao meio extra-uterino, exame físico, sucesso da pega e reflexos de sucção e deglutição, eliminação (mecônio e urina).

O EC V - Enfermagem em contexto de unidade de cuidados especiais de RN, contribuiu de forma particular para o desenvolvimento de competências no cuidado ao RN/família prematuro e/ou com patologia, no sentido de potenciar a saúde do RN e assegurar a sua adaptação à vida extra-uterina, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Os cuidados de enfermagem à mulher e RN relacionados com puerpério precoce foram especialmente desenvolvidos durante a realização do EC II. Estes cuidados compreenderam a avaliação do bem-estar físico e emocional, da involução uterina e lóquios, avaliação do processo de cicatrização da episiorrafia e/ou perineorrafia, apoio ao processo de aleitamento materno, capacitação da mulher/casal para os cuidados ao RN e auto-cuidado, identificar complicações pós-parto (físicas e/ou emocionais) e implementação de medidas de suporte emocional e psicológico, educação para a saúde e aconselhamento sobre sexualidade e contraceção após o parto/aborto, informação sobre a necessidade da consulta de vigilância da sua saúde após o parto. Neste contexto foi realizada uma visita domiciliária pós-parto à mulher/RN/família. A visita domiciliária à mulher/RN e família é uma forma de intervenção eficaz no sentido de promover os cuidados necessários à mãe e recém-nascido, potenciar o auto cuidado, melhorar a recuperação física e psicológica da mulher, detetar precocemente as possíveis complicações puerperais, ajudar uma maior adaptação em torno da família e do bebé e promover a continuidade de cuidados e seguimento de riscos identificados em internamento.

Em relação ao RN os cuidados desenvolvidos foram a realização do exame físico, alimentação, vacinação, vigilância de eliminação intestinal e vesical, educação para a saúde aos pais sobre vacinação, diagnóstico precoce e importância da vigilância da saúde do RN após a alta hospitalar e sinais e sintomas do RN que indiquem necessidade de procura dos serviços de saúde.

1.2. Competência específica

- Cuida a mulher durante o 2º estágio do trabalho de parto avaliando a necessidade de efetuar a episiotomia e, após a expulsão fetal, avalia a integridade do canal de parto, aplicando técnicas adequadas de reparação: episiorrafia ou perineorrafia.

Esta competência específica está associada à 3ª competência apresentada pela OE, que se relaciona com a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, durante o trabalho de parto e parto.

O desenvolvimento desta competência surge do interesse relacionado com a temática da episiotomia, procurando explorar este fenómeno, pelo que é a temática mais aprofundada deste trabalho/relatório de estágio.

A eventual necessidade de realização desta intervenção não é apresentada no Regulamento das Competências Específicas do EESMOG. Neste regulamento faz-se referência à reparação do canal de parto, mas não está contemplada a realização da episiotomia enquanto intervenção que origina essa necessidade de reparação. Por outro lado a International Confederation of Midwives (ICM, 2002) é mais explícita ao referir, no conjunto das *skills* básicas, que compete à parteira:

- Efetuar a episiotomia se necessário.
- Efetuar a episiorrafia se necessário.
- Inspeccionar a vagina e colo uterino para despistar lacerações
- Reparar lacerações vaginais/perineais e episiotomia.

No decorrer do EC – Estágio com Relatório, a opção pela realização da episiotomia teve como consideração principal a sua realização de forma seletiva, conforme a evidência científica disponível e apresentada neste relatório defende.

No início do EC apresentei o tema e objetivos do meu trabalho de projeto à Enfª Chefe e à Enfª Orientadora do Local de Estágio (OL), que se demonstraram muito recetivas. No início do EC a decisão na realização da

episiotomia coube à Enfª Orientadora, assumindo uma postura de aprendizagem das técnicas de incisão e sutura, uma vez que estas são também competências a desenvolver. Esteve sempre presente que a necessidade de optar pela episiotomia implica saber fazê-la e posteriormente fazer a sua reparação, ou seja, realizar a episiorrafia. No entanto, nesta fase inicial, a Enfª OL também teve uma conduta restritiva em relação à realização da episiotomia. Progressivamente adquiri mais autonomia na realização da episiotomia e da episiorrafia.

Na ausência da realização da episiotomia, verificaram-se situações de lacerações (todas de grau I ou II) ou períneos intactos. As lacerações de grau II foram suturadas, ou seja, foi realizada a perineorrafia.

O desenvolvimento desta competência não se limitou à execução técnica da episiotomia/episiorrafia/perineorrafia. O processo de desenvolvimento de competências implica a reflexão sobre e para a ação. Em relação à temática escolhida, a episiotomia surgiu como uma prática a ser questionada e objeto de reflexão e de investigação sobre as suas implicações para a mulher, nomeadamente na sua qualidade de vida nos três meses após o parto.

No serviço em que foi realizado o EC, a episiotomia é realizada por rotina, contrariando o que a evidência científica defende.

Durante a realização dos partos, senti por vezes alguma insistência para que a episiotomia fosse realizada, principalmente quando estavam presentes elementos da equipa médica.

A aferição sobre o desenvolvimento desta competência aconteceu em dois planos:

- a correta execução da técnica (episiotomia) e destreza na sua realização e reparação (episiorrafia), que foi alcançada e validada pela Enfª Orientadora do estágio ;

- a componente fenomenológica da episiotomia, na investigação sobre o impacto da mesma para a mulher nos primeiros três meses após o parto. A aferição deste plano foi o tema do trabalho de projeto realizado no EC Estágio com relatório, com recurso a uma revisão sistemática da literatura e de trabalho de campo que se integra neste relatório e que se apresenta de seguida.

2. O CUIDAR TRANSPESSOAL DE JEAN WATSON

A teoria de Jean Watson sobre cuidado é um modelo holístico de enfermagem que sugere que uma intervenção consciente em direção aos cuidados potencializa a cura e a integridade.

O modelo de Jean Watson (2002) é definido como *human care*, implicando um processo subjetivo e interativo, que envolve dois sujeitos (enfermeiro e utente) com transações de indivíduo para indivíduo, mais ou menos consciente de que estão a entrar no campo fenomenológico um do outro.

Este modelo inserido na Escola do cuidar, fundamenta-se em correntes filosóficas como a fenomenologia, o existencialismo e as ciências humanas e apresenta dez fatores cuidativos (Watson, 2002). Esses fatores são:

- 1) Formação de um sistema de valores humanístico-altruísta;
- 2) Estimulação da fé-esperança;
- 3) Desenvolvimento da sensibilidade para si e para os outros;
- 4) Desenvolvimento do relacionamento de ajuda-confiança;
- 5) Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos;
- 6) Uso sistemático do método científico de solução de problemas para tomar decisões;
- 7) Promoção do ensino-aprendizagem interpessoal;
- 8) Existência de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual sustentador, protetor e/ou corretivo;
- 9) Auxílio com a gratificação das necessidades humanas;
- 10) Aceitação das forças existenciais e fenomenológicas.

Para Watson (2002), todas as atividades de enfermagem devem orientar-se para o processo de cuidar, propondo uma filosofia e uma ciência dos cuidados, unindo racionalidade e sensibilidade. Para esta teórica o objetivo é a cura global da pessoa em situação de doença e a satisfação do prestador de ajuda, privilegiando no profissional de saúde a sua capacidade para comunicar, interagir e conhecer para então proporcionar o cuidado e tratamentos necessários.

Watson (2002) enuncia onze pressupostos, como premissas para a intervenção de enfermagem, a partir dos quais elaborou o modelo de enfermagem *human care*:

- 1) O cuidar e o amor são forças universais que compreendem a energia física primária e universal;
- 2) As pessoas necessitam umas das outras, mas frequentemente não se comportam adequadamente com quem as rodeia. Para que a humanidade sobreviva deveremos ser mais cuidadosos e alimentar o nosso humanismo;
- 3) Sendo a enfermagem uma profissão que cuida, a sua capacidade para manter o ideal e a ideologia do cuidar afetará o desenvolvimento da profissão e determinará a sua contribuição para a sociedade
- 4) O nosso comportamento é a expressão da vontade para cuidar e amar. Os enfermeiros devem tratar de si com gentileza e dignidade antes de podermos respeitar e cuidar dos outros com os mesmos princípios
- 5) A enfermagem sempre teve como ideal o cuidar na relação com pessoas que possuem preocupações relacionadas com a saúde-doença
- 6) A essência, o foco mais central e unificador da enfermagem é o cuidar
- 7) Cuidar ao nível individual ou de grupo tem sido menos enfatizado no sistema de saúde
- 8) O papel do cuidar está ameaçado pela crescente tecnologia médica e burocracia institucional
- 9) A preservação e o avanço do cuidar são os assuntos mais importantes para a enfermagem
- 10) O cuidar é um processo humano intersubjetivo que mantém vivo um senso comum de humanidade e só pode ser demonstrado na relação interpessoal, pelo que o humanismo de uma pessoa reflete-se na outra
- 11) A contribuição social, moral e científica da enfermagem para a sociedade baseiam-se no seu compromisso com os ideais do cuidar, na teoria, na prática e na pesquisa.

2.1. Cuidar transpessoal

Para Watson (2002) o cuidar é visto como um ideal moral da enfermagem. É, sobretudo, a essência da enfermagem, sendo característica fundamental a preservação da dignidade humana. Reflete também, que o cuidado se manifesta no encontro das pessoas que estão envolvidas no ato de cuidar, ou seja, na reciprocidade entre a equipe de enfermagem e a pessoa cuidada. Assim, o cuidado está relacionado com a interação entre seres humanos através da intersubjetividade, permitindo um encontro real e autêntico entre quem cuida e é cuidado, transcendendo o mundo meramente físico e material, fazendo contacto com o mundo emocional e subjetivo da pessoa (ibidem).

A enfermagem, na perspectiva desta autora, é principalmente cuidar da pessoa, que percebe e experiencia o mundo de uma forma diferente e tem como ideal o cuidar na relação com as pessoas: o cuidar transpessoal.

Este é um dos conceitos essenciais especificados no modelo de Watson. Esta autora entende por relação transpessoal uma forma específica de cuidar da pessoa, uma relação em que ambos, cliente e enfermeira, consideram o todo da pessoa e a sua forma única de estar no mundo. É a união espiritual entre duas pessoas em que ambas transcendem o “eu” (self) o tempo, o espaço e a história de vida de cada um (ibidem).

No cuidar transpessoal, o enfermeiro pode entrar na experiência da outra pessoa, e o outro pode entrar na experiência do enfermeiro. O ideal do cuidado transpessoal é o ideal de intersubjetividade, no qual ambas as pessoas estão envolvidas.

O cuidar começa quando o enfermeiro entra no espaço de vida ou campo fenomenológico de outra pessoa, sendo capaz de detetar a condição de ser da outra pessoa, sente estas condições no seu íntimo e responde à condição de tal forma que o recetor liberta sentimentos subjetivos e pensamentos que desejava libertar há muito tempo.

A relação transpessoal depende:

- Compromisso para promover a dignidade humana;
- A intenção e a vontade do Enfermeiro em afirmar a significância subjetiva da pessoa;

- A capacidade de o Enfermeiro compreender e detetar sentimentos e a condição íntima do outro;
- A capacidade do Enfermeiro avaliar e verificar a forma do outros estarem no mundo;
- A própria história de vida do Enfermeiro, relacionado com o crescimento pessoal, maturidade e desenvolvimento do ser enfermeiro.

A arte do cuidar transpessoal é o meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos, através da coparticipação total de nós próprios na Enfermagem.

O processo de cuidar transpessoal é amplamente arte, devido à forma como toca na alma das pessoas e sente as emoções e a direção a um elevado senso do eu e a um maior senso de harmonia na mente, no corpo e na alma.

Tal como Watson (2002) afirma:

Se o enfermeiro é capaz de cuidadosamente detetar a condição da alma, se sente esta emoção e esta união com o outro e, por sua vez, pode expressá-la como todo o cuidado, então o recetor liberta os sentimentos que tem ansiado e desejado expressar; assim a subjetividade humana é restabelecida. Isto é o que chamo de cuidar transpessoal. (p.120)

2.2. A escolha do modelo conceptual de Jean Watson

A teoria de Enfermagem de Watson é uma teoria que ajuda a “ver” mais claramente e pode ser útil na resolução de alguns problemas conceptuais empíricos na Enfermagem e nas ciências humanas no geral para visualizar os fenómenos numa nova ou diferente perspetiva. A preocupação da enfermagem deverá ser “a procura de verdades ocultas e de novos critérios, desenvolvimento de novos conhecimentos relacionados com o comportamento humano na saúde e na doença (...)” (Watson, 2002, p. 8).

Tal como Watson (2002) afirma, o desafio atual da enfermagem é mover-se além do objetivável, dedicando-se mais ao significado, identificar outras vias de conhecimento, investigar a área da experiência humana,

preservando o contexto humano e permitir o avanço do conhecimento acerca do mundo da experiência humana.

A totalidade da experiência humana constitui um campo fenomenológico, é o quadro de referência que pode ser conhecido apenas pela pessoa. O campo fenomenológico é a consciência mais as percepções do eu e dos outros; sentimentos, pensamentos, sensações físicas, crenças espirituais, desejos, objetivos, expectativas, considerações ambientais – tudo isto é baseado na história de vida de cada um.

É importante que a enfermeira procure conhecer o campo fenomenológico da pessoa alvo dos seus cuidados, procure conhecer a sua realidade. Uma forma de o fazer é através da empatia, para estabelecer uma relação de ajuda com a pessoa. Esta relação é uma relação de confiança, pressupõe conhecer o outro, o seu espaço e o seu campo fenomenológico.

Watson (2002) tem uma perspetiva fenomenológica existencial, que culmina numa relação interpessoal enfermeira/cliente.

Cuidar é assim intersubjetividade entre duas pessoas. É uma ciência humana de pessoas e de saúde humana, experiências de doença que são mediadas pelas transações humanas do cuidar profissional, pessoal, científico, estético e ético. O cuidado transpessoal constitui-se de tentativas transpessoais de humano para humano, para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, sofrimento, na dor e na existência, para ajudar o outro a ganhar autoconhecimento, controlo e auto restabelecimento no qual um sentido de harmonia interior é restituído, apesar das circunstâncias externas. O enfermeiro é assim um agente humanitário e moral, coparticipante ativo nas transações humanas do cuidar e a enfermagem é a ciência humana do cuidar.

É partindo desta posição, desta procura pelo significado dos acontecimentos para a pessoa, que surge este trabalho, procurando descobrir o significado de um fenómeno, nomeadamente o significado de uma intervenção para a pessoa submetida ao mesmo, num momento específico e especial da vida, ou seja, o impacte da episiotomia na qualidade de vida das mulheres após o parto.

O interesse em explorar o impacte associado à episiotomia para a mulher decorre também da identificação desta intervenção enquanto fator

gerador de mal-estar. Segundo Watson (2002), mal-estar não significa doença, significa sim uma desarmonia, inquietação no eu interior de uma pessoa ou na sua alma, a um dado nível, dentro das esferas da pessoa, significa que o Eu está separado do Me. Mal-estar conota uma incongruência no interior da pessoa, uma alma perturbada, leva ao mal-estar, e o mal-estar pode levar à doença. Segundo Watson (2002), o objetivo proposto pela enfermagem é “ajudar as pessoas a ganharem um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma” (p. 30). Experiências como o desenvolvimento de conflitos, sofrimento interior, culpa, desespero, perda, tristeza e o stresse podem levar ao mal-estar e causar doença. Deste modo, é importante que os enfermeiros tenham consciência do eventual mal-estar decorrente das alterações causadas pela gravidez e parto, bem como as decorrentes de intervenções ou procedimentos, como é o caso da episiotomia realizada intraparto, e o seu impacte para a qualidade de vida da mulher.

A enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica é o agente de cuidados à mulher por excelência e tem um papel crucial nos processos de transição associados à maternidade e parentalidade, ajudando a mulher a adotar comportamentos em prol da saúde, possuindo e procurando desenvolver sensibilidade para identificar problemas na mulher que poderão não ser visíveis aos nossos olhos. Pelo que, é importante a exploração de fenómenos associados à experiência e vivência de situações em torno do nascimento, pré, peri e pós-natal.

3. A EXPERIÊNCIA DE SER CUIDADA NO PARTO

A experiência de parir é única para qualquer mulher/casal. O trabalho de parto, o parto e o pós-parto são ricos em recordações e memórias que perduram para além do momento em que acontecem.

A experiência de dar à luz é fundamental para a vida da mulher. Anos depois do nascimento do bebé, ela lembra-se precisamente dos pormenores do trabalho de parto e das sensações quando a criança nasceu. Podemos falar com qualquer avó sobre o parto e, quase imediatamente, ela começa a falar da sua própria experiência. É pouco provável que qualquer experiência da vida de um homem seja comparável a esta. (Kitzinger, 1995, p. 21)

Tal como Kitzinger (1995) afirma, parir é uma experiência marcante para qualquer mulher. E será marcante por todos os momentos e acontecimentos que fizeram parte do seu trabalho de parto e parto, que se tornam inesquecíveis, recordações que acompanham para sempre cada mulher ao longo da sua vida, bem como o casal e os seus conviventes mais próximos.

Da mesma forma, os diferentes acontecimentos, interações e intervenções hospitalares que acontecem durante o trabalho de parto podem influenciar de forma positiva ou negativa a atitude da mulher, com consequências emocionais e comportamentais futuras. Fisher et al. (1997) defendem que as memórias sobre o parto permanecem vivas aos níveis cognitivo e psicológico, continuando a influenciar as perceções da mulher sobre a experiência vivida, durante muito tempo.

O trabalho de parto, parto e pós-parto são momentos emocionalmente e fisicamente desafiadores e exigentes para a mulher. Ao longo do trabalho de parto a mulher pode expressar sentimentos vários, como alegria e felicidade ou angústia e medo, que se podem intensificar ao longo da evolução do trabalho de parto, consoante o desconforto físico ou emocional sentido. Por isso é tão importante o apoio emocional e o contributo da enfermeira especialista de saúde materna neste sentido, uma vez que *“apreensão, incerteza, espera, expectativa, medo da surpresa prejudicam mais o doente do que o esforço físico”* (Nightingale, 2005, p. 59).

O parto é um período da vida humana marcado por profundas transformações fisiológicas, psicológicas, pulsionais, afetivas e sociais, pelo que compete à enfermeira especialista de cuidados de saúde materna e obstétrica, que cuida da mulher nesta fase da vida, otimizar a prática dos cuidados, aproximando-se da realidade e do mundo da mulher, ajudando-a na descoberta de si própria e na construção do seu projeto de vida.

Neste sentido, é de extrema importância o estabelecimento de uma relação terapêutica de ajuda entre a mulher e a EESMO que acompanha o trabalho de parto, com vista à promoção de uma assistência humanizada nos períodos pré, intra e pós natal. Este aspeto é defendido por Ramalho ao referir que:

Prover a interação efetiva da enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica com a parturiente e família é um imperativo ético na prestação de cuidados durante a maternidade. Este imperativo não é fácil de ser atingido, envolve persistência, tomada de consciência, atenção, vontade e treino. Mas é isso que as mulheres esperam de nós quando decidem ir ter os filhos no hospital. (Ramalho, 2009, p. 147)

Considero que cuidar da mulher/casal em trabalho de parto, requer à Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica competências humanas que permitam o desenvolvimento e o estabelecimento de uma relação de ajuda, mas também competências técnicas e instrumentais, baseadas na evidência científica. Neste sentido, enfoca-se a opinião de Ramalho (2009) quando afirma que:

O respeito, a empatia, a solicitude, a compreensão, a consideração, o carinho e o afeto, por si só, sem conhecimentos técnicos e científicos, não concretizam a finalidade desejada de cuidar/cuidado, podem até ameaçar a vida do doente. Encontrar o justo meio que permita integrar o comportamento afetivo-emocional e o técnico-instrumental como característica fundamental do cuidado, é uma meta a ser seguida pelos profissionais de enfermagem, só há

cuidado quando os dois aspetos existirem em harmonia e complementaridade. (Ramalho, 2009, p. 15)

Atualmente, o grande desafio dos profissionais de saúde da área de obstetrícia é assegurar a qualidade dos cuidados à parturiente, nos quais se incluem as medidas de apoio e conforto durante o trabalho de parto, aquelas que promovam um parto mais fisiológico e com maior satisfação possível para a mãe/companheiro/família, considerando também as intervenções técnico-instrumentais que se considerem necessárias e principalmente cientificamente válidas. Este último aspeto merece especial atenção, uma vez que ainda se sente necessidade de clarificar algumas intervenções na assistência ao parto enquanto apropriadas ou desnecessárias.

Desde a década de 30 do Séc. XX, o parto transitou de contexto. Deixou de ser um acontecimento da esfera do privado, em que o nascimento ocorria no domicílio, na unidade familiar, para passar a acontecer em contexto hospitalar, adquirindo um carácter medicalizado. É um facto que tanto os recursos tecnológicos e humanos como os conhecimentos técnicos e científicos presentes nos profissionais trouxeram benefícios para a obstetrícia, contribuindo para a diminuição acentuada das taxas de mortalidade e morbidade materna e fetal. No enquadramento nacional, segundo o relatório Eurostat, Portugal foi dos países que mais evoluiu nos últimos 15 anos, na diminuição da mortalidade perinatal (óbitos fetais de 28) ou mais semanas de gestação e óbitos de nados vivos com menos de 7 dias de idade) e na diminuição da mortalidade neonatal (óbitos de RN com menos de 28 dias de idade) (Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, 2006).

Por outro lado, a institucionalização do parto também desencadeou o aumento de intervenções por parte dos profissionais de saúde, muitas vezes inúteis e desnecessárias, perdurando ainda hoje o recurso a algumas delas, mesmo sem evidência científica que justifique algumas destas condutas. O uso da episiotomia por rotina é um exemplo. Alguns estudos realizados apontam para este intervencionismo exagerado em contexto hospitalar. Hodnett e Osborn (1989) revelaram que uma mulher com um parto de baixo risco, a parir pela primeira vez, num hospital de ensino, poderia ser atendida por até 16 pessoas durante 6 horas de trabalho de parto, e ainda assim ficar sozinha durante a maior parte do tempo. Os procedimentos rotineiros, mas não

familiares, a presença de estranhos e o isolamento durante o trabalho de parto e/ou parto causam stresse e este pode interferir na evolução do parto, prolongando-o e desencadeando o que foi denominado pela OMS (1996) como uma “*cascata de intervenções*”, que é o resultado de intervenções que podem levar ainda a mais intervenções e complicações. Por outro lado, há práticas que são demonstradas úteis e que continuam a carecer de estímulo para a sua implementação, como por exemplo estimular posições alternativas aos decúbitos durante o trabalho de parto e parto ou a monitorização cuidadosa do progresso do trabalho de parto através do uso do partograma da OMS.

Em 1996, a OMS reuniu um grupo de peritos perinatologistas, de cada uma das 6 regiões da OMS, que elaborou um Guia Prático para a Assistência ao Parto Normal. Segundo este guia, o objetivo da assistência no parto é ter uma mãe e um RN saudáveis, com o menor nível possível de intervenção. E que a intervenção, se necessário realizar, seja uma prática segura, identificando as quatro tarefas do profissional de saúde que acompanha o parto, nomeadamente a EESMO:

- Proporcionar apoio à mulher, ao seu companheiro e à sua família durante o trabalho de parto, no momento do nascimento e no pós-parto.
- Observar a parturiente; monitorizar o estado fetal e posteriormente o do recém-nascido; avaliar os fatores de risco; detetar os problemas precocemente.
- Realizar intervenções, como amniotomia e episiotomia, se necessário; prestar os cuidados ao recém-nascido após o nascimento,
- Encaminhar a parturiente a um nível de assistência mais complexo, caso surjam fatores de risco ou complicações que justifiquem.

Também neste documento, partindo da compreensão que há várias práticas comuns na condução do parto normal, com diferentes utilidades, risco ou benefício, são abordadas algumas das práticas mais comuns, fundamentando-as de acordo com a evidência científica disponível e o seu papel na condução do parto normal e classificadas em quatro categorias, e que devem ser consideradas pelos profissionais de saúde que acompanham o trabalho de parto, parto e pós-parto, nomeadamente a EESMO:

- Práticas que são demonstradas úteis e que devem ser estimuladas
- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas

- Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão

- Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado

Nesta última categoria insere-se o uso liberal/rotineiro da episiotomia, pelo que este tipo de técnica invasiva deve ser limitado aos casos estritamente necessários, advogando-se o seu uso de forma seletiva/restritiva.

De facto, a episiotomia é contemplada enquanto intervenção eventualmente necessária, pelo que a EESMO deverá receber treino adequado para a sua realização e posterior sutura, ou seja, realização da episiorrafia.

Mais uma vez, parece-me importante realçar que a abordagem desta intervenção, aconteça não apenas do ponto de vista da execução das técnicas (episiotomia e episiorrafia), bem como do sentido/experiência da intervenção para a puérpera o que permitirá à EESMO compreender o impacte na situação na vida da pessoa. Neste sentido Watson (2002) adverte que os enfermeiros, ao perspetivarem a enfermagem como ciência humana, podem escolher métodos que possibilitem acesso ao mundo subjetivo e interior dos significados e das experiências.

Para os peritos que elaboraram este guia, o enfermeiro obstetra é o prestador de cuidados de saúde mais adequado para ser responsável pela assistência à mulher durante a gestação de baixo risco e no parto normal, incluindo a avaliação de riscos e reconhecimento de complicações, também com melhor custo-eficácia. Os profissionais que prestam assistência obstétrica, como a EESMO, devem estar familiarizados tanto com as tarefas clínicas quanto com as de apoio, e ser capazes de realizar ambas com competência e delicadeza. Uma das tarefas de apoio da EESMO é apoiar a mulher/casal e oferecer todas as informações e explicações que esta deseje e necessite.

Cuidar da mulher/casal no parto pode ser uma combinação entre a abordagem tradicional médico-científica e a ciência humana. Implica e exige conhecimentos científicos, baseados na evidência, exige treino, perícia e rigor em procedimentos técnicos, que permitam avaliar e intervir junto da mulher em trabalho de parto e no parto, com vista a assegurar o bem-estar materno e fetal, objetivando o nascimento em condições seguras. Mas cuidar em enfermagem implica sobretudo adotar a abordagem da ciência humana,

combinando e integrando “a ciência com a beleza, a arte a ética e a estética de cuidar do Homem-pelo-Homem” (Watson, 2002, p. 35), adotando uma visão fenomenológica, procurando conhecer o significado da experiência para a pessoa, nomeadamente a experiência de ser cuidada no parto. Neste relatório procura-se explorar um fenómeno relacionado com a experiência de ter um filho, em particular o fenómeno da experiência de viver com uma sutura no períneo após o parto.

O conceito, vantagens e desvantagens da execução desta técnica serão abordados de seguida.

3.1. Controvérsias sobre a realização da episiotomia

Entende-se por episiotomia uma incisão cirúrgica no períneo com o objetivo de aumentar a abertura vaginal durante o parto (Borges, 2003).

Atualmente o termo episiotomia é usado como sinónimo de perineotomia, o termo etimológico. Perineotomia é um termo mais adequado para este procedimento pois diz respeito à incisão da região entre a vulva e o ânus (períneo) (Clearly-Goldman & Robinson, 2003) enquanto episiotomia se refere à incisão dos pudendos (Borges et al., 2003).

A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados em obstetrícia (ACOG cit. por Barclay e Vega, 2006). Também afirmado por Graça (2010) ao referir que depois da laqueação do cordão umbilical, a episiotomia é, entre todas as intervenções cirúrgicas, a mais frequentemente efetuada. Apesar da sua elevada prevalência, a episiotomia é uma intervenção relativamente recente, estando as primeiras datadas de 1920, enquanto intervenção de rotina para evitar lacerações² do períneo extensas e

² As lacerações do períneo podem ser roturas espontâneas ou associadas à episiotomia. Classificam-se em quatro graus, de acordo com as estruturas envolvidas:

grau I – fúrcula, pele, do períneo e mucosa vaginal

grau II – estruturas de grau I, fáscia e músculos do diafragma urogenital

grau III – estruturas de grau II e esfíncter rectal

grau IV – estruturas de grau III e mucosa rectal

complicadas (Graça, 2010). Historicamente, o propósito da realização deste procedimento era o de facilitar a conclusão do segundo estágio do trabalho de parto, com benefício para a mãe e para o recém-nascido. Os benefícios para a mãe traduziam-se na redução do risco de trauma perineal, tais como disfunção do pavimento pélvico e prolapso, incontinência urinária e disfunção sexual. Os benefícios potenciais para o feto seriam a redução do segundo estágio do trabalho de parto, uma vez que o parto espontâneo seria mais rápido, bem como a redução do parto instrumental (Reptke cit. por Barclay e Vega, 2006).

As referências mais antigas ao procedimento de episiotomia datam de 1742, quando a sua realização foi recomendada pela primeira vez em trabalhos de parto difíceis, tendo como objetivo a prevenção de roturas ou lacerações perineais graves (Nelson e Connor, 1742, cit. por Lappen e Gossett, 2010). Desde então, o uso da episiotomia foi defendido e rejeitado por vários autores. Em 1847, Dubois sugere uma incisão oblíqua (o equivalente à episiotomia mediolateral). Em 1857, o termo episiotomia é introduzido por Braun, que rejeita e desaconselha o seu uso, considerando-a desnecessária (Nugent, 1935 cit. por Borges, 2003). Também no início do séc. XX surgem mais considerações sobre as desvantagens deste procedimento, nomeadamente o risco elevado de infeções, mantendo-se alguns argumentos em sua defesa. Em 1920, voltam a surgir argumentos que advogam o uso da episiotomia. DeLee (1920, cit. por Lappen e Gossett, 2010) recomendava inequivocamente uma episiotomia mediolateral em nulíparas, em partos distócicos com *fórceps*. Entre 1915 e 1935, não obstante a falta de demonstração científica, a episiotomia foi encorajada profilaticamente para diminuir a morbilidade e mortalidade materna e fetal (Borges, 2003; Lappen e Gossett, 2010).

A justificação para o uso da episiotomia esteve também relacionada com considerações técnicas. Em 1986, Cunningham, Macdonald e Gant (cit. por Borges, 2003) justificam a episiotomia pela sua vantagem e facilidade de sutura em comparação com uma laceração.

A partir da década de 80, a comunidade obstétrica foi desafiada a praticar uma medicina baseada na evidência em relação à prática da episiotomia, decorrente de uma revisão realizada por Thacker e Banta (1983)

sobre benefícios e riscos da episiotomia. Estes autores constataram que apesar de 2/3 das mulheres nos EUA serem submetidas a episiotomia, não havia evidência definitiva da sua eficácia, especialmente numa perspectiva de utilização generalizada.

Atualmente, não há evidência científica que suporte o benefício do uso rotineiro e profilático da episiotomia. Borges et al. (2003) fizeram uma pesquisa e análise da evidência científica existente sobre as indicações da episiotomia alegadas para justificar a prática da episiotomia e as conclusões apontam para um uso controverso em todas estas situações, uma vez que carecem de evidência científica que suporte o seu benefício. Pelo contrário, existe mesmo uma evidência clara de que a episiotomia pode trazer algumas sequelas. Da revisão realizada por Borges et al. (2003) ressalta que a episiotomia “não só não diminui o risco de lesão do períneo, sob a forma de roturas de grau III e IV, como, inclusive, as suas complicações podem agravar ainda mais estas lesões.” A ACOG (cit. por Barclay e Vega, 2006) refere inclusive que o uso rotineiro da episiotomia tem resultado na desvalorização das suas consequências adversas, que incluem a extensão da mesma para uma laceração de 3º ou 4º grau, disfunção do esfíncter anal e dispareunia.

Contudo, o uso da episiotomia ainda é maioritariamente rotineiro, sustentado em objetivos contrariados pela evidência científica, que são a diminuição do risco de lesões perineais severas (lacerações de grau III e IV), prevenção do relaxamento pélvico, efeito protetor para o feto pela diminuição do impacto sobre a morbidade ou mortalidade do recém-nascido (por sofrimento fetal e distócia de ombros), favorecimento da cicatrização ou diminuição do risco de incontinência urinária (Borges et al., 2003; Lappen e Gossett, 2010).

Em relação à incontinência urinária, parece existir uma associação entre o aumento da incidência desta patologia e as lacerações anteriores em partos sem episiotomia. No entanto, não há resultados estatisticamente significativos que possam confirmar o eventual papel protetor da episiotomia nesta situação (Rockner et al., 1991 *cit. por* Borges, 2003), havendo outros estudos que consideram que a episiotomia não trouxe benefício nem agravamento desta patologia (Sleep, 1983; Klein et al., 1994, Thranov, et al., 1990 Allen, 1990 e Snooks, 1990 *cit. por* Borges, 2003)

3.1.1. Técnica de episiotomia

A episiotomia é sempre efetuada no períneo posterior, na zona entre o intróito vaginal e o ânus. Deve ser efetuada com recurso a anestesia que garanta analgesia eficaz para a incisão e posterior sutura. Se a parturiente não estiver sob anestesia epidural, a anestesia dos pudendos ou a infiltração local por planos são, geralmente, bastante eficazes (Graça, 2010).

Nas apresentações cefálicas, a episiotomia deve ser efetuada somente quando a apresentação distende ou “coroa” o períneo. Deste modo, diminui a extensão da incisão e o volume da hemorragia. No caso das apresentações pélvicas, parto gemelar ou aplicação de fórceps, poderão exigir que a episiotomia seja efetuada antes da apresentação distender o períneo. Em qualquer caso a incisão não deverá ser efetuada cedo demais para evitar que a quantidade de sangue perdido seja significativa (Graça, 2010).

3.1.2. Tipos de episiotomia

A episiotomia pode ter dois tipos de orientação, devendo a incisão ser sempre iniciada ao nível da fúrcula: mediolateral e mediana.

A episiotomia mediolateral é feita segundo um ângulo de 45° relativamente à linha mediana. As estruturas de referência são a fúrcula, mucosa, submucosa da vagina, fibras dos músculos transversos do períneo (superficial e profundo) e dos músculos pubo-coccígeos, e por vezes também são incluídas fibras do músculo bulbo-cavernoso. A principal vantagem da episiotomia médio-lateral em relação à episiotomia mediana é a incidência quase nula de lesões do esfíncter anal e do reto mas, em contrapartida, é habitualmente mais hemorrágica, mais difícil de reparar, estando associada a uma pior reconstrução anatómica, e é causa de maior no pós-parto (Borges, 2003).

A episiotomia mediana é realizada procedendo a uma incisão de 3 a 4 cm na rafe mediana a partir da fúrcula, envolvendo também a mucosa e a

submucosa da vagina e a aponevrose do núcleo perineal. Este tipo de episiotomia tem sido progressivamente abandonada porque tem associada riscos de se prolongar por lacerações do esfíncter anal e do reto, tanto no parto eutócico, geralmente na expulsão dos ombros, como no parto instrumental, fórceps e ventosa. Contudo, apresenta vantagens em relação à episiotomia mediolateral, como a escassa perda de sangue, os excelentes resultados anatômicos e dor reduzida no pós-parto (Graça, 2010; Scott, 2005).

A episiotomia mediana é predominantemente utilizada nos Estados Unidos da América e Canadá. A episiotomia mediolateral é preferencialmente realizada na Europa e América Latina (Borges, 2003; Scott, 2005).

3.1.3. Episiotomia: uso rotineiro e uso seletivo

Múltiplos estudos, retrospectivos e prospectivos, que fazem a comparação do uso rotineiro e seletivo da episiotomia, associam o uso seletivo a melhores resultados, tais como, diminuição das lesões severas (roturas de grau III e IV e complicações associadas), diminuição das lesões perineais posteriores, redução de complicações da cicatrização, redução da necessidade de sutura e um maior número de períneos intactos, embora se tenha verificado também um aumento de lacerações anteriores, sendo estas ligeiras, com menos dor associada e não implicam aumento da necessidade de reparação (Borges et al., 2003; Carroli e Belizan, 2008; Lappen e Gossett, 2010).

Existem dados suficientes que indicam que a episiotomia previne lacerações de grau I e II, podendo a própria episiotomia ser considerada uma lesão perineal de grau II. Embora não exista evidência que demonstre que este tipo de lacerações tenha sequelas a longo prazo, Larsson et al. (1991 cit. por Borges et al., 2003) mencionam que a incidência de infecção é significativamente maior no grupo das episiotomias, a cicatrização é pior, com complicações associadas em comparação com as lacerações espontâneas,

pelo que reconhecem que a episiotomia não traz vantagens ao nível da cicatrização de lacerações espontâneas de grau I e II.

As recomendações da ACOG (cit. por Barclay, 2006) também apontam no sentido do uso seletivo da episiotomia, baseadas em evidência científica e que orientam o seu uso de acordo com dois níveis de evidência: a evidência científica consistente refere que o uso restrito da episiotomia é preferível ao uso rotineiro e que a episiotomia mediana está associada a taxas mais elevadas de lesão do esfíncter anal e do reto do que a episiotomia mediolateral; a evidência científica inconsistente adverte que a episiotomia mediolateral pode ser preferível à episiotomia mediana em casos pontuais e que a episiotomia de rotina não previne lesões do pavimento pélvico relacionadas com incontinência.

No The Argentine Episiotomy Trial (1993 cit. por Larsson et al., 1991), um estudo prospetivo randomizado, onde se examinou particularmente o papel da episiotomia mediolateral na prevenção de lacerações graves, verificando-se que o uso deste tipo de episiotomia de forma seletiva diminuiu ainda mais a taxa de lacerações de grau III e IV. Os autores deste estudo concluíram que a episiotomia de rotina deve ser abandonada e que taxas de episiotomia superiores a 30% não se justificam.

Borges et al. (2003) referem também que “à luz da evidência disponível, é recomendada a realização seletiva da episiotomia, sendo de 30% o valor sugerido por alguns autores para a sua incidência. No entanto, é importante apostar no uso de técnicas não cirúrgicas que permitam uma distensão perineal progressiva, de modo a promover a integridade perineal, principalmente porque, a ideia de que um segundo estágio do TP prolongado seja prejudicial para o feto, é questionável e aparentemente deva ser abandonada” (p.453). Neste sentido, apresenta-se aqui a seguinte técnica não farmacológica para diminuir o trauma perineal durante o 2º estágio do trabalho de parto: a aplicação de compressas mornas no períneo. Atendendo aos resultados de uma revisão Cochrane (Aasheim et al., 2011) esta técnica revelou um efeito significativo na diminuição de ocorrência de trauma perineal, nomeadamente redução de lacerações perineais de III e IV grau. Na opinião destes autores, é um procedimento com aceitação entre parturientes e parteiras, pelo que deve ser oferecido às mulheres.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) recomenda taxas de episiotomia de 10%. Por outro lado, Henriksen, Bek, Hedegard e Secher (1992) sugerem taxas de 20% de episiotomia como sendo apropriadas. Mais recentemente Kropp, Hartwell e Althabe (2005) apontam para valores de 10% especificamente para mulheres nulíparas.

Ainda assim, Borges et al. (2003) apresentam dados referentes a uma análise de seis estudos randomizados, que teve como objetivo avaliar os efeitos do uso restritivo versus generalizado da episiotomia durante o parto vaginal, que revelou que esta era realizada em 72,7% no grupo generalizado e 27.6% no grupo restritivo.

Também foram efetuados estudos que traduzem esta realidade nos seus custos associados. Carroli et al. (2007) calcularam os ganhos monetários comparando uma política de uso seletivo da episiotomia com uma política de uso generalizado em dois países da América Latina. O uso seletivo significa uma poupança entre US\$ 6.5 e 12.5 em cada parto via vaginal sem episiotomia no sector público, apenas referente aos custos com o material de sutura. Num país como a Venezuela com 574.000 nascimentos por ano, dos quais cerca de 97% são no sector público, os ganhos ascenderiam a valores entre US\$ 3,5 e 7 milhões. A mesma estimativa feita para o Brasil traduz uma poupança entre US\$ 15 e 30 milhões.

Concluindo, a episiotomia deverá ser utilizada de forma seletiva, devendo por isso ser abandonado o seu uso generalizado ou por rotina, uma vez que não previne efetivamente as situações às quais tem sido tradicionalmente associada. Assim, deverá ser utilizada quando necessário, ou seja, para abreviar o período expulsivo por razões fetais ou para permitir um mais amplo campo para a intervenção obstétrica (Graça, 2010). Contudo, Borges et al. (2003) referem na sua revisão de literatura que, da análise feita a seis estudos randomizados, a restrição do número de episiotomias não está associada a índices de Apgar mais baixos e que segundo outro estudo realizado a longo prazo e por eles analisados, revelou não existir correlação entre alterações do QI e défices motores e a duração do 2º estágio do trabalho de parto. Ainda segundo estes autores, existem trabalhos que demonstram a ausência de benefícios da episiotomia quer na redução do 2º estágio do trabalho de parto como na prevenção do sofrimento fetal (avaliações baseadas

nos índices de Apgar, pH do cordão umbilical ou índices de admissões nas unidades de cuidados intensivos neonatais). Coombs et al. (1990 cit. por Borges et al. 2003) sugerem no seu estudo que a opção pela episiotomia mediolateral em partos vaginais distócicos poderia prevenir algumas roturas de grau III e IV, embora nem todas pudessem ser evitadas. Com base neste e em outros estudos apresentados no seu artigo de revisão, Borges et al. (2003) referem que é possível que haja alguma indicação para o uso da episiotomia, em especial nos partos com *fórceps* e Graça (2010) acrescenta outras indicações, como partos com ventosa, apresentação occipito-posterior, parto pélvico e distócia de ombros. Também Leeuw et al. (2007, cit. por Lappen e Gossett, 2010) na conclusão do seu estudo defendem o uso liberal da episiotomia mediolateral em partos vaginais instrumentais para prevenção de lesões perineais severas. Por outro lado, Murphy et al. (2008) concluem que o uso de episiotomia neste tipo de partos pode aumentar os riscos maternos, como hemorragia pós-parto, necessidade de analgesia e infecção perineal.

4. QUALIDADE DE VIDA

O conceito de qualidade de vida é um conceito de difícil conceptualização, não existindo uma definição universalmente aceite, uma vez que se trata de uma percepção pessoal, multidimensional e subjetiva. É um conceito utilizado tanto por leigos como por especialistas, das mais diversas áreas. Contudo, podemos afirmar que, independentemente da vertente em que este conceito é utilizado, demonstra o interesse e preocupação pelo bem-estar das pessoas.

A avaliação da qualidade de vida começou a ser investigada nos anos 60, sendo introduzida na investigação na área da saúde com o objetivo de avaliar o impacto específico não médico da doença, ou seja, avaliar a experiência de doença e a eficácia dos tratamentos (Canavarro et al., 2010; Sousa, 2002; Paredes et al., 2008). No campo da saúde e dos cuidados de saúde, o conceito de qualidade de vida começa a ganhar importância a partir dos anos 80 (Ribeiro, 1994; Canavarro et al., 2010). O interesse em avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde levou ao desenvolvimento de vários instrumentos de avaliação e de estudos que procuraram avaliar o impacto de determinadas doenças na qualidade de vida. A realização destes estudos demonstrou a necessidade de clarificar e desenvolver uma nova conceptualização do conceito de qualidade de vida, levando um grupo internacional de investigadores da Organização Mundial de Saúde a fazê-lo. Assim, este grupo chegou à definição de qualidade de vida como *“a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHO-QOL Group, 1995, 1995 cit. por Paredes et al., 2008).

A definição do conceito de qualidade de vida de Cella e Cherin (1988 cit. por Sousa, 2002) reforça o carácter subjetivo deste conceito, que se define pelo juízo que o indivíduo faz sobre o seu estado de saúde e as mudanças originadas na sua vida pela alteração da sua saúde, pelo que estes autores definem qualidade de vida como sendo *“a apreciação e satisfação que o doente tem com o seu funcionamento atual quando comparado com aquele que ele considera possível ou ideal”* (p. 48).

Subjacentes ao conceito de Qualidade de Vida estão os seguintes pressupostos: *“não é ausência de doença; manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade; define-se como uma configuração de bem-estar que é uma dimensão auto-percebida; abrange aspetos físicos, mentais, sociais e ambientais, sendo que há uma relação sistémica entre esses aspetos”* (Ribeiro, 1997 cit. por Sousa, 2002, p.49).

4.1. Dimensões da Qualidade de Vida

Como já foi dito anteriormente, a Qualidade de Vida é uma percepção multidimensional. Cella e Tulsy (1990 cit. por Sousa, 2002) procederam a uma análise de instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida e isolaram dez dimensões associadas a este conceito: preocupações físicas (sintomas), capacidade funcional (atividade), bem-estar familiar, bem-estar emocional, espiritualidade, satisfação com os tratamentos (incluindo preocupações económicas), orientações futuras (planeamento, esperança), sexualidade/intimidade (incluindo imagem corporal), funcionamento social e ocupacional.

Teixeira (1992 cit. por Sousa, 2002) acrescenta que a Qualidade de Vida se relaciona simultaneamente com a avaliação que a pessoa faz de estar livre de sintomas, de dor física, de perturbação emocional ou interpessoal; ter capacidade funcional mantida no que se refere às funções cognitivas, às atividades de vida diária, às alterações sociais e ao desempenho do papel profissional; com a presença de uma autoimagem positiva, sentimento de bem-estar e esperança no futuro.

4.2. Enfermagem, qualidade de vida e impacte da episiotomia

Para a enfermagem a preocupação com a qualidade de vida deve-se ao facto de este conceito refletir a essência da enfermagem, que inclui ajudar os clientes a sentirem-se confortáveis e proporcionar cuidados que aumentem o bem-estar, tendo em consideração os aspetos biológicos, sociais, culturais e espirituais da vida (Sousa, 2002). De facto, a promoção da qualidade de vida é um aspeto consagrado no Código Deontológico do Enfermeiro (artigo 82.º, alínea c) que refere que “o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 1998, p.2).

Ao debruçarmo-nos sobre a temática da qualidade de vida, podemos ter duas formas de abordagem. Uma abordagem biomédica, direcionada para aspetos relacionados com a doença/alteração da saúde e capacidade física da pessoa. De facto, diversos estudos têm sido feitos sobre a temática da episiotomia cuja abordagem é predominantemente biomédica, avaliando o impacte deste procedimento do ponto de vista das implicações fisiológicas, como por exemplo, dispareunia, dor e incontinência de esfíncteres. Outros numa abordagem mais qualitativa assumem uma abordagem holística, centrada no cliente, baseada no significado da experiência da doença e tratamento/recuperação.

Este trabalho tem como objetivo explorar o significado da episiotomia para a mulher, adotando este tipo de abordagem, procurando explorar o impacte desse procedimento para a qualidade de vida da mulher.

Para explorar o fenómeno em estudo, o binómio episiotomia e qualidade de vida, teremos como referência as seguintes dimensões da qualidade de vida e alguns indicadores que podem estar associados (adaptado de King, C; Hinds, P., 1998, cit. por Sousa, 2002), apresentadas no seguinte quadro:

Quadro 1 – Dimensões da qualidade de vida

Dimensões	Indicadores
Funcionamento físico	Atividades de vida diária, mobilidade, independência, exercício, capacidade de autocuidado.
Funcionamento psicológico	Percepção de bem-estar, satisfação com a vida, ansiedade, felicidade, tristeza, autoestima, autoimagem, autoconceito, sentimento de eficácia.
Funcionamento social	Funcionamento sexual, intimidade, manutenção de relações interpessoais, com a família e outros.
Sintomas relacionados	Níveis de fadiga ou energia, capacidade física e força, perturbações do sono e repouso, dor.

5. IMPACTE DA EPISIOTOMIA PARA A QUALIDADE DE VIDA: CONSIDERAÇÕES À LUZ DA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Além das complicações fisiológicas da episiotomia (hemorragia, incontinência urinária e fecal, disfunção do pavimento pélvico, dor) a episiotomia é essencialmente uma questão de género, uma vez que é realizada exclusivamente na mulher, pela sua própria condição feminina e a protagonista do parto.

Videla (1973 cit. por Riffel, 1997) relata, na sua pesquisa, que todas as puérperas de parto vaginal hospitalizadas, sem exceção, manifestam que a única situação que diminui o prazer do nascimento é a episiotomia e, três meses após, muitas relatam baixo interesse sexual devido, principalmente, à fadiga e a dor durante o coito em consequência da episiotomia. Trata-se de uma intervenção que afeta a integridade do pavimento pélvico, sendo um fator potencial para alterações da sexualidade feminina no pós-parto.

Graça (2010) também refere que os problemas mais comuns são de ordem cosmética, como a persistência de uma zona de fibrose ou ligeira assimetria perineal. Se a questão cosmética é comum, e se a cosmética aponta para questões relacionadas com autoestima e autoimagem, de que forma é que estas queixas são traduzidas pelas parturientes e têm impacte na sua qualidade de vida?

Estas considerações adquirem significado e fundamento quando se explora e analisa os significados e perceções atribuídos pela mulher sobre a prática da episiotomia, nomeadamente o seu impacte na qualidade de vida. Este trabalho, como já referimos, pretende explorar se esta questão é abordada e de que forma é feita em termos de impacte na qualidade de vida da mulher.

Como resultado da revisão narrativa realizada para este trabalho, encontram-se algumas implicações que ilustram o impacte da episiotomia na qualidade de vida das mulheres, que correspondem às diferentes dimensões apresentadas no Quadro 1.

Assim, Steen (2010) apresenta algumas consequências para a mulher decorrentes do trauma perineal, onde a episiotomia está incluída, que podem

ser classificadas em consequência negativas a curto e a longo prazo. As primeiras podem ser: dor e desconforto ao sentar, na micção e na dejeção; dificuldade na mobilização; capacidade para cuidar do bebê comprometida; contribui ainda para amamentação ineficaz; e insônia. As consequências a longo prazo apontadas são: depressão, exaustão materna; contribui para incontinência de stresse; dispareunia; afeta o relacionamento com o companheiro. O RCOG (2004) refere que “... *perineal trauma can have long term social, psychological and physical health consequences for women. Perineal pain and discomfort may disrupt breastfeeding, family life and sexual relationships*³.” Também Walker (1990 cit. por Steen, 2010) acrescenta “*pain and discomfort from perineal trauma can dominate the experience of early motherhood*⁴”.

Way (1998), num artigo sobre a construção social da episiotomia, aponta o interesse acerca da episiotomia de outras disciplinas para além da obstetrícia e da medicina e a sua relação com dimensões psicológicas, emocionais e psicosexuais, bem como a morbilidade a curto e a longo prazo, reconhecendo que estas dimensões estão presentes e o interesse na sua exploração, apontando autores que o têm feito, tais como Kitzinger (1985) e Sleep et al. (1984 e 1987). Da revisão de literatura realizada por Way (1998) numa perspetiva social sobre o significado da episiotomia, as implicações deste processo são a dor perineal (fator de risco potencial de situações adversas como disúria e evacuação dolorosa), dificuldade na mobilização, desconforto e dificuldade a pegar no bebê ao colo. Pode também ter impacte para a mulher ao nível da autoimagem, relacionamento conjugal e com o bebê (Kitzinger, 1986 cit. por Way, 1998), interferindo no desenvolvimento de autoconfiança da mulher no processo de aquisição de competências parentais.

Na conclusão do seu artigo, Way (1998) corrobora a importância das enfermeiras obstetras explorarem o impacte da episiotomia para além da perspetiva médica e biológica, ou seja, o impacte para a mulher: “*Midwives need to understand what an episiotomy means to a woman. Through research,*

³ O trauma perineal pode ter consequências a longo prazo para a mulher ao nível social, psicológico e físico. A dor perineal e o desconforto podem comprometer a amamentação, a vida familiar e o relacionamento sexual.

⁴ A dor e o desconforto provocados pela lesão perineal podem dominar precocemente a experiência da maternidade.

midwives need to develop their own body of knowledge of childbirth from the viewpoints of those who are actually experiencing it” (p. 116).

6. METODOLOGIA

A metodologia a utilizar terá como ponto de partida uma revisão sistemática de literatura. Para a realização da mesma será considerada a formulação da pergunta de investigação em formato PICO:

QUAL O IMPACTE DA EPISIOTOMIA NA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES, NOS PRIMEIROS 3 MESES APÓS O PARTO?

Participantes: mulheres

Intervenção: episiotomia

Outcome: impacte na qualidade de vida

A limitação temporal de três meses foi determinada ao pensar na obtenção de dados próximos do acontecimento da episiotomia, obtendo informações recentes da experiência em estudo.

Também foram considerados os possíveis momentos oportunistas para recolha de dados durante a realização dos Ensinos Clínicos. Estes momentos compreenderam períodos de internamento durante a gravidez, parto e pós-parto, ponderando-se também as deslocações ao Centro de Saúde, no âmbito da vigilância de saúde pós-parto que acontecem para a realização do teste de Guthrie, consulta de vigilância do recém-nascido (cerca de 15 dias de vida), consulta de pós-parto da mulher (4 a 6 semanas pós-parto), realização de vacinas (aos 2 e 4 meses de vida).

Sendo o período pós parto um momento de crise e de transição, caracterizado por adaptações e mudanças, parece-me pertinente explorar um dos fatores que pode trazer implicações para a qualidade de vida da mulher nesse período, e de que forma esse período poderá ser melhorado ao considerar também os resultados na decisão de realização do procedimento em estudo numa perspetiva não rotineira, como é preconizado e exposto anteriormente no enquadramento teórico.

Foi realizada uma pesquisa na EBSCO e onde as bases de dados consultadas foram: CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text.

Foram pesquisados os artigos em texto integral, publicados entre 2000 e 2012 com descritores relacionados com a pergunta PICO.

Como critérios de inclusão consideraram-se os artigos com:

- Redação em português, inglês, francês ou espanhol
- Foco na problemática delineada, procurando concordância com o tema em estudo e, por inerência, com a questão PICO.

- Data de publicação entre 01/01/2000 e 31/12/2011

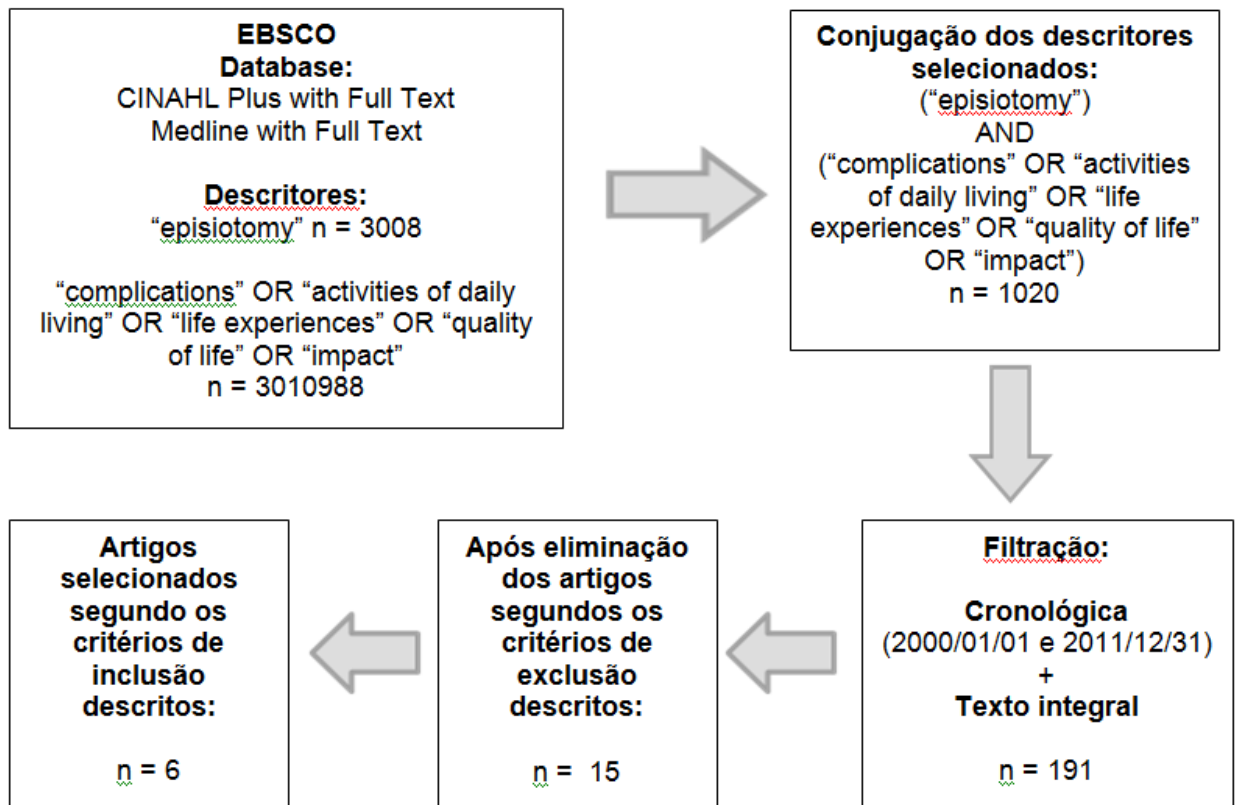
- De acordo com a temática os descritores selecionados foram os seguintes: *episiotomy; complications; activities of daily living; life experiences; quality of life; impact*

Os critérios de exclusão foram:

- Ausência de concordância com o objeto de estudo (considerando título e abstract dos artigos)

- Estudos referentes a partos distócicos (fórceps ou ventosas)
- Repetição nas duas bases de dados

6.1. Revisão sistemática da literatura: processo de pesquisa



6.2. Trabalho de campo

Considera-se importante conhecer qual o impacto que tinha tido a realização da episiotomia na qualidade de vida das mulheres pelo que obtivemos contributos decorrentes da realização dos diversos Ensinos Clínicos que fazem parte integrante do currículo académico do 2º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, considerando a realização de diários de campo para registar as interações com as utentes durante a prestação de cuidados de enfermagem em contexto de Ensino Clínico, nomeadamente o EC II, EC III e EC Estágio com Relatório. Neste último estágio, pensamos colher dados sobre a experiência de viver com uma

episiotomia no período de hospitalização decorrente do parto que foi por mim realizado (com supervisão da enfermeira orientadora). Quisemos ainda conhecer as suas repercussões aos 3 meses pós-parto, pelo que foi efetuada uma visita ao 1º ou 2º dia pós-parto, solicitando autorização para serem contactadas por mim, ao fim de três meses, telefonicamente, para conhecer o impacte da episiotomia na sua qualidade de vida.

A delimitação temporal em três meses após o parto deveu-se a dois fatores: tempo disponível para a realização do estudo no decurso do ensino clínico; ser um intervalo de tempo estudado e referido por autores consultados tanto na revisão narrativa como sistemática da literatura como um período em que pode ocorrer desconforto relacionado com a realização de episiotomia. Desta forma, procurou-se que houvesse conformidade entre a evidência disponível e o trabalho de campo realizado.

A técnica utilizada para a recolha de dados foi a pesquisa de terreno, através de conversas e interações, procurando privilegiar-se a informalidade (Costa, 2001).

Estas interações são aqui designadas como entrevistas informais, enquanto meio de inquirição qualitativa. “Informações de entrevistas informais são concedidas por meio de uma série de questões e linhas gerais de inquérito integradas numa conversação aparentemente natural com o entrevistado. A informação pode, então, ser vista como um relato das opiniões a que o entrevistado chegou, enquanto um resultado da interação com o investigador” (May, 2005).

Às puérperas entrevistadas em internamento foi solicitada autorização oral para novo contacto ao fim de três meses, por telefone, garantindo a confidencialidade das informações e do contacto telefónico disponibilizado. Nenhuma das utentes recusou participar. Para a seleção destas participantes foram considerados os seguintes critérios: utentes a quem foram prestados cuidados durante o trabalho de parto e parto pela autora, que tenham acedido a fornecerem dados tanto no internamento como telefonicamente. Os critérios de inclusão das participantes foram as mulheres terem tido partos eutócicos, com episiotomia, sem lacerações.

Para nortear a recolha de dados durante as interações e o contato telefónico, procedeu-se à elaboração de um guião, com as seguintes questões:

1) Gostaria que me falasse acerca do que foi para si ter realizado uma episiotomia (corte) durante o seu parto.

2) Considera que a sua qualidade de vida foi alterada pela realização deste procedimento?

Aos 3 meses:

3) Até este momento, descreva de que forma a existência de episiotomia tem interferido com a sua qualidade de vida.

Os dados foram recolhidos a partir das interações com as puérperas e por contato telefónico aos três meses após o parto, foram registados em diários de campo e submetidos posteriormente à análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa comum na investigação empírica. Tem como finalidade o tratamento de informação recolhida, com base numa lógica explicitada, sobre mensagens cujas características foram inventariadas ou sistematizadas (Vala, 1986). Neste trabalho, as categorias para a análise de conteúdo foram definidas *a priori*. A opção pela categorização *a priori* acontece quando “a interação entre o quadro teórico de partida do analista, os problemas concretos que pretende estudar e o seu plano de hipótese permitem a formulação de um sistema de categorias e o que lhe importa é a deteção da presença ou da ausência dessas categorias no *corpus*” (Vala, 1986).

As categorias de análise são as dimensões da qualidade de vida apresentadas no capítulo 4.

6.2.1. Caracterização das participantes

As participantes deste estudo foram mulheres a quem foram prestados cuidados de enfermagem especializados durante o EC III (1 participante) e o EC Estágio com Relatório (5 participantes), que cumpriram com os critérios de inclusão.

Em relação ao número de participantes deste estudo deveu-se ao facto de que as participantes da 1ª fase deveriam ser as mesmas da 2ª fase do estudo. Isto é, deveriam aceder a serem novamente serem contactadas ao fim de três meses (Agosto), o que só permitiu um espaço temporal de seleção de dois meses (de Março a Maio). Neste período, foram realizados 7 partos com episiotomia. Destas 7 puérperas só foi possível estabelecer contacto telefónico com 5 puérperas aos três meses após o parto.

A idade das participantes compreendeu-se entre os 20 e os 30 anos, a idade gestacional encontrou-se entre as 37 semanas+1 dia e as 40 semanas + 3 dias, o peso dos RN situou-se entre 2760g e 3570g, puérperas com 1ª e 2ª gravidez.

6.3 Considerações éticas

Na realização de estudos que requerem a recolha de informações junto de participantes, é importante adotar medidas que protejam e garantam os seus direitos e liberdades, ou sejam, princípios determinados por códigos éticos elementares no desenvolvimento e que foram considerados neste estudo.

Foi considerado o respeito pela autonomia, ou seja, a liberdade das participantes para consentir ou não em participar. Neste sentido, aquando da 1ª visita após o parto (ao 1º ou 2º dia) as participantes foram informadas por mim do objetivo da visita esclarecendo-as sobre a finalidade e solicitando o seu consentimento ou não para participar. Foi também solicitada autorização para serem contactadas telefonicamente ao fim de três meses para lhes serem colocadas mais questões.

Também não foi ignorado o direito à autodeterminação, que se refere à possibilidade de a pessoa decidir sobre a sua participação ou não sem se sentir obrigada a fazê-lo.

Atendendo ao direito à confidencialidade, foi assegurado às participantes o seu anonimato e a confidencialidade do contato telefónico disponibilizado, informando que este seria apenas utilizado com o objetivo de colocar questões relativas à temática em estudo.

A prestação de cuidados à mulher/casal durante o trabalho de parto, parto e pós-parto foi sempre norteadada por princípios éticos subjacentes à ética do cuidar, tais como, respeito, autonomia, beneficência e não maleficência.

7. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS DECORRENTES DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA E DO TRABALHO DE CAMPO

Apresentamos de seguida os dados relativamente aos estudos provenientes da RSL e do trabalho de campo.

7.1. Revisão sistemática da literatura: quadro síntese das evidências encontradas

Para apresentar a síntese de todos os artigos selecionados e que constituíram a essência da nossa análise foi elaborada uma tabela (Tabela 1).

Posteriormente a essa análise foi efetuado um cruzamento dos resultados dos vários artigos, que nos permitiram elaborar a nossa discussão e tecer algumas conclusões.

Tabela 1 – Síntese dos artigos selecionados

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	1. Safarinejad, M. R. ; Kolahi A. A.; Hosseini L. <i>“The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands.”</i> (2009) J Sex Med, 6: 1645-1667
Objetivos do estudo	Quantificar a relação entre o tipo de parto e subsequente incidência de disfunção sexual e prejuízo na qualidade de vida, na mulher primípara e cônjuge.
Participantes	N= 912 casais (167 no grupo parto vaginal com episiotomia)
Intervenções	Questionários (Female Sexual Function Index - FSFI, International Index of Erectile Function - IIEF e Short form-36 Health Survey - SF3-6)
Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Estudo observacional, analítico-prospetivo Método epidemiológico com estudos de coorte
Resultados	- Apresenta resultados em relação a três dimensões: função sexual, satisfação sexual e qualidade de vida

	<p>- A função sexual de cada membro do casal foi avaliada pelos questionários FSFI e IIEF.</p> <p>- O questionário FSFI foi aplicado às mulheres, avaliando 6 domínios da função sexual feminina nas 4 semanas anteriores: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, dispareunia.</p> <p>- O questionário IIEF foi aplicado aos homens, avaliando 5 domínios da função sexual: função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação coital, satisfação geral.</p> <p>- O questionário utilizado para aferir sobre a qualidade de vida (SF-36) avalia 9 categorias associadas ao estado de saúde, física e mental, referentes às últimas 4 semanas: saúde geral, mudança no estado de saúde, desempenho físico, limitações por estado físico de saúde, limitações por problemas emocionais, desempenho social, dor, energia/fadiga, bem-estar emocional.</p> <p>- Foram constituídos 5 grupos de acordo com o tipo de parto, sendo um deles “parto eutócico com episiotomia” (parto eutócico, parto eutócico com episiotomia, parto instrumental (fórceps/ventosa), cesariana eletiva, cesariana não eletiva)</p> <p>- Estes questionários foram aplicados às mulheres, em três períodos pós-parto: 3 meses, 6 meses e 9 meses.</p> <p>- Relativamente aos resultados do FSFI, aos 3 meses pós-parto, o grupo “parto eutócico com episiotomia” foi o 2º grupo com piores resultados, precedido do grupo “parto instrumental”, salientando-se como estatisticamente significativa a associação entre este tipo de parto e disfunção ao nível da excitação, orgasmo e satisfação sexual.</p> <p>- Em relação à satisfação das mulheres com a sua vida sexual aos 3 meses pós-parto, no grupo “parto eutócico com episiotomia”, estas foram as segundas menos satisfeitas (58%), precedidas pelo grupo “parto instrumental” (44%). (As mais satisfeitas apresentaram um valor de 82%)</p> <p>- Relativamente aos resultados do SF3-6, analisando a relação parto vaginal com episiotomia/qualidade de vida aos 3 meses, verificou-se uma diminuição na qualidade de vida em todas as categorias, mas com significado estatístico para as seguintes categorias:</p> <p>saúde geral: - 48,5%</p> <p>limitações por estado físico de saúde: - 49,1%</p> <p>limitações por problemas emocionais: - 49,8%</p> <p>desempenho social: - 47,7%</p> <p>energia/fadiga: - 49,2%</p> <p>- Comparando os resultados entre os diferentes grupos, aos 3 meses, o grupo “parto eutócico com episiotomia” apresentou os segundos piores resultados, só sendo ultrapassado pelo grupo “parto instrumental (fórceps/ventosa)”, em relação à qualidade de vida</p> <p>- Analisando os resultados deste estudo para os diferentes questionários, entre os grupos “parto eutócico” e “parto eutócico com episiotomia” aos 3 meses, verifica-se que o grupo “parto eutócico” apresentou melhores resultados, o que reforça as vantagens de um períneo intacto <i>versus</i> períneo com episiotomia, ainda que as diferenças entre resultados sejam ligeiras.</p> <p>- Segundo os autores este é o primeiro estudo prospetivo que avalia a</p>
--	---

	função sexual, a satisfação sexual e a qualidade de vida na mulher e seu cônjuge.
Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	<p>2.</p> <p>Andrews, V.; Thakar, R.; Sultan, A.; Jones, P.</p> <p><i>“Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia--a prospective study. “</i></p> <p>(2008)</p> <p>European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 137: 152-156</p>
Objetivos do estudo	Determinar a prevalência da dispareunia e dor perineal
Participantes	N=241 primíparas N=98 com episiotomia medio-lateral não complicada
Intervenções	Escala de dor visual analógica e verbal
Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Estudo observacional, analítico-prospetivo Método epidemiológico com estudos de coorte
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Dor perineal avaliada em atividades de vida diária (repousar, sentar, mover) ao 1º dia, ao 5º dia e à 7ª semana. - Ao 5º dia a dor ao sentar e em repouso é significativamente maior para o grupo submetido a episiotomia do que para as mulheres com laceração de 2º grau, não havendo diferença significativa para os dois grupos para a atividade “mover” . - Dispareunia avaliada às 7 semanas sem diferença significativa entre as mulheres com períneo intacto e com trauma perineal decorrente da episiotomia e por laceração do 2º grau.
Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	<p>3.</p> <p>Karaçam, Zekiye; Eroglu, Kafiye</p> <p><i>“Effects of episiotomy on bonding and mother’s health.”</i></p> <p>(2003)</p> <p>Journal of Advanced Nursing, 43(4): 384-394</p>
Objetivos do estudo	Analisar os efeitos da episiotomia na duração do segundo estágio do trabalho de parto, formação de lacerações espontâneas, repouso no pós-parto, dor perineal, vinculação mãe-bebê, níveis de atividade da mãe no período pós-natal, cicatrização, dispareunia e incontinência de stresse.
Participantes	N= 100 mulheres, com parto eutócico com e sem episiotomia medio-lateral

Intervenções	Questionários telefónicos e duas grelhas de observação.
Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Estudo observacional, analítico-prospetivo Método epidemiológico com estudos de coorte
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - A média de tempo decorrido entre o parto e o período de repouso é maior no grupo submetido a episiotomia. - A diferença do tempo decorrido entre o parto e o contacto entre mãe-bebé promotor da vinculação precoce é estatisticamente significativa maior para o grupo submetido a episiotomia do que para o grupo sem episiotomia. - A presença e intensidade da dor foram avaliadas no 1º dia, na 1ª e na 3ª semana após o parto. - A presença e a gravidade da dor foram maiores no grupo com episiotomia. - A diferença na incidência da dor na 1ª semana e a sua gravidade no 1º dia e na 1ª semana foi estatisticamente significativa, sendo maior e mais intensa no grupo com episiotomia. - A habilidade para desempenhar determinadas tarefas no período pós-natal também foi avaliada (capacidade para o auto cuidado e cuidar do bebé, arrumar a casa, aspirar e cozinhar). - Na 3ª semana pós-parto a maioria das mulheres, em ambos os grupos, revela-se capaz de retomar as suas atividades diárias e a maioria consegue sentar-se confortavelmente e levantar-se - Verificou-se uma diferença significativa entre os dois grupos para desempenhar tarefas e para sentar e levantar na 1ª semana pós-parto. - As mulheres com menor trauma perineal mostraram menos dificuldade em cuidar de si próprios e dos seus bebés, retomaram as suas atividades diárias mais precocemente e sentiram-se mais confortáveis a sentar e a levantar. - A reparação das episiotomias e das lacerações atrasam o repouso, a vinculação mãe-bebé e o início do aleitamento materno, sendo que a reparação da episiotomia demora mais tempo a realizar do que a suturar a laceração (a episiotomia pode provocar lacerações noutros locais, aumentando o tempo de reparação).
Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	<p>4.</p> <p>Declercq, Eugene; Cunningham, Deborah; Johnson, Cynthia; Sakala, Carol</p> <p><i>"Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: results of a national survey."</i></p> <p>(2008)</p> <p>Birth 35:1: 16-24</p>
Objetivos do estudo	Examinar as experiências pós parto relativamente a dor de acordo com o tipo de parto.
Participantes	N= 1573
Intervenções	Inquérito (via telefone e on-line)

Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Estudo observacional, analítico-prospectivo Método epidemiológico com estudos de coorte
Resultados	- Os resultados são apresentados discriminadamente para mulheres primíparas e múltiparas, com e sem episiotomia, em relação aos seguintes problemas apontados pelas mulheres no pós-parto: dor perineal, exaustão física e resposta à questão “a dor interfere com as atividades quotidianas?”, nos dois meses após o parto. - Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no grupo das múltiparas em relação à dor perineal e interferência desta nas atividades diárias.
Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	5. Arellano, E; Arrizón, A.; Soberanis, J.; Turanzas, M.; Cruz, J.; Andersson, N. “Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México.” (2008) Ver. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health 23(1): 44-50
Objetivos do estudo	Identificar os fatores associados a dispareunia entre 60 a 180 dias após o parto.
Participantes	N= 304 mulheres entre os 16 e 35 anos, com antecedentes de um ou dois partos, e que já tinham iniciado a sua atividade sexual. (Excluídas mulheres que já tinham dispareunia antes do parto, que apresentaram apenas depois do parto mas que já não se verificava na altura de aplicação do questionário e as mulheres em que tinha sido utilizados fórceps durante o parto.)
Intervenções	Questionários
Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Estudo observacional descritivo, com comparação entre grupos Método epidemiológico com estudos de casos-controlo
Resultados	- Das 304 mulheres, 152 referiram dispareunia. - Das 152 mulheres com dispareunia, 126 associaram a sua causa à episiotomia que realizaram durante o parto. - Os fatores que se revelaram causadores da dispareunia, foram as complicações decorrentes da episiotomia como a infeção, a deiscência da episiorrafia e o “estreitamento” do intróito vaginal.
Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	6. Rådestad, I., Olsson, A., Nissen, E., & Rubertsson, C. “Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up.” 2008 Birth 35 (2): 98-106
Objetivos do estudo	Informação sobre o início da atividade sexual durante o primeiro ano após

	o parto em mulheres com lacerações vaginais
Participantes	N = 2490 mulheres
Intervenções	Questionários
Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Estudo observacional, analítico com controlo de casos Método epidemiológico com estudos de coorte
Resultados	- A episiotomia influencia o início da vida sexual após o parto nos primeiros 3 meses. - O não início da atividade sexual aos 3 meses é determinado pela existência de lacerações e episiotomia, havendo uma diferença significativa entre o grupo com períneo intacto e o grupo com lacerações e/ou episiotomia.

7.2. Achados do trabalho de campo em EC e aos três meses após o parto

A partir das entrevistas informais realizadas, foi possível recolher as seguintes perceções em relação ao impacte da episiotomia para as mulheres entrevistadas:

No pós-parto (1^o e 2^o dia) foram elaborados registos de 5 participantes. Duas referiram como queixa principal dor ao sentar. Uma referiu desconforto nas mobilizações no leito, a deitar e a sair do leito. Duas negaram qualquer tipo de dor ou desconforto.

A necessidade de analgesia não ultrapassou os três dias após o parto.

Foi notória a preocupação com a permanência dos pontos de sutura. Esta era uma questão dominante, se seria necessário remover os pontos, muitas vezes colocada durante a realização da episiorrafia.

Até ao 1^o mês após o parto houve referência a desconforto e limitações na mobilização provocadas pela episiotomia, nomeadamente dor a sentar e dificuldade em adquirir posição confortável para amamentar.

Uma das entrevistadas referiu que, ainda que não se tenha verificado, teve algum receio de dor, relacionado com a satisfação das necessidades de eliminação intestinal.

Outra das entrevistadas afirmou sentir receio no reinício da actividade sexual com penetração. Contudo, nega ter qualquer tipo de desconforto ou dificuldade.

A existência de receios relacionados com eventuais complicações também sobressai numa das entrevistas, na qual a participante referiu que tinha conhecimento (através de amigas) de algumas complicações que poderiam existir, mas que não se verificaram consigo. Houve também referência à validação junto da equipa de enfermagem, das expectativas em relação à existência e permanência da dor (“as enfermeiras disseram que o último ponto é que dói mais e quando caísse passava” – E1)

Foi também referido a presença de prurido durante o primeiro mês após o parto, mas que aos três meses após o parto já não se verificava.

Também houve referência à dimensão estética. Uma das senhoras referiu que quando foi observada pela ginecologista foi-lhe dito que não havia alterações e que isso foi importante para ela.

Foi igualmente importante a avaliação clínica realizada na consulta médica após o parto, tendo sido referido por duas participantes. Uma das entrevistadas referiu que só após a avaliação médica é que reiniciou a sua actividade sexual.

Das 5 entrevistadas ao fim dos três meses após o parto todas negaram qualquer impacte na sua qualidade de vida, decorrente da episiotomia.

Watson (2001) perspectiva na enfermagem a procura do significado da experiência humana, das inter-relações, contextos e padrões dos fenómenos e desenvolvimento de novos conhecimentos. Neste trabalho, procurei o significado da experiência de ter feito uma episiotomia e relação desta com a qualidade de vida da mulher após o parto.

Da análise dos artigos reunidos através da revisão sistemática da literatura de acordo com os critérios estabelecidos, foi possível verificar alguns dados relativos ao impacte da episiotomia na qualidade de vida da mulher. Para a discussão dos dados teremos como referencial para análise o QUADRO 1 (adaptado de King e Hinds, 1998, cit. por Sousa, 2002).

Em relação ao impacte ao nível do funcionamento físico, quase todos os artigos fazem referência ao impacte negativo da episiotomia ao nível desta dimensão. Pela análise dos resultados é possível afirmar que as mulheres

associam a episiotomia a disfunções ao nível do funcionamento físico, nomeadamente, prejuízo sobre o nível de energia/fadiga^(1; 4), limitação para sentar e repousar pela dor associada, com resultados significativos ao 5º dia para um dos estudos⁽²⁾. Um outro estudo⁽³⁾ apresenta resultados idênticos, concluindo também que a capacidade para desempenhar tarefas domésticas (como autocuidado, cuidar do bebé, arrumar a casa, aspirar e cozinhar) e para sentar e levantar estão condicionadas pela episiotomia na 1ª semana pós-parto, retomando a normalidade no desempenho destas atividades mais tarde em relação às mulheres sem episiotomia. No estudo 4 conclui-se que esta interferência nas atividades quotidianas se verifica ainda ao fim de 2 meses após o parto.

Relativamente à dimensão “funcionamento psicológico” apenas um dos estudos⁽¹⁾ faz referência a resultados que vão ao encontro desta dimensão da qualidade de vida. Neste estudo, os resultados foram encontrados através de um questionário que aferia sobre a categoria “limitações por problemas emocionais”, verificando-se existir significado entre estas limitações e a episiotomia, com uma diminuição de 49,8% em relação ao período pré-natal.

Em relação ao funcionamento social os estudos abordam implicações ao nível do funcionamento sexual e da interação mãe-bebé.

Ao nível sexual, a episiotomia está associada a disfunções ao nível da excitação, orgasmo e satisfação sexual, aos três meses pós-parto⁽¹⁾. Outro estudo conclui que a episiotomia influencia o reinício da vida sexual nos três primeiros meses pós-parto⁽⁶⁾.

Em relação à interação mãe-bebé, foi encontrado um estudo que procura analisar os efeitos da episiotomia no processo de vinculação entre mãe-bebé, no pós-parto imediato⁽³⁾. Os resultados referem que a diferença do tempo decorrido entre o parto e o contacto entre mãe-bebé promotor da vinculação é estatisticamente significativo e maior para o grupo submetido a episiotomia do que para o grupo sem episiotomia, pelo que, pela necessidade de reparação da episiotomia e de reparação de lacerações associadas, há um atraso na promoção da vinculação entre mãe-bebé.

Por último, analisando os resultados para a dimensão “sintomas relacionados” estes apontam para a influência significativa da episiotomia na diminuição do nível de energia/fadiga⁽¹⁾.

Os estudos que avaliam a dor no pós-parto são concordantes ao concluir que a dor está associada à episiotomia e que a sua intensidade é maior nos partos com episiotomia ^(2; 3; 4). Um dos estudos especifica que a dor associada à atividade sentar é maior ao 5º dia, em relação aos partos com laceração ⁽²⁾.

A dispareunia é um tipo específico de dor abordado em vários estudos sobre episiotomia. As mulheres associam a dispareunia sentida à episiotomia, nomeadamente pelas complicações associadas a este procedimento, tais como, infecção, deiscência da episiorrafia e estreitamento do introito vaginal⁽⁵⁾. Nos estudos encontrados na pesquisa realizada, os resultados concluem que, quando avaliada às 7 semanas pós-parto não se verifica diferença significativa entre as mulheres com períneo intacto e com trauma perineal, decorrente da episiotomia e laceração do 2º grau ⁽²⁾.

Para a análise dos dados em contexto de EC e através das entrevistas realizadas, o fio condutor também foi o referencial teórico adotado. De facto, encontrou-se concordância entre os dados recolhidos e a sua categorização de acordo com as dimensões da qualidade de vida.

A presença de dor, prurido e as limitações na mobilização (sentar ou adquirir posição de conforto para amamentar) foram aspetos referidos como presentes no pós-parto inicial, até ao 1º mês após o parto. Estes dados revelam impacte ao nível das dimensões - funcionamento físico e sintomas relacionados.

Foi referido também a existência de expectativas em relação à forma como a episiotomia poderia ter implicações, o que é demonstrado pela verbalização de alguns receios, conceptualizados pela própria participante ou transmitidos por terceiros (amigas e enfermeiras), mas apenas também até ao primeiro mês pós-parto. Estes aspectos revelam as implicações na dimensão psicológica.

Aos três meses após o parto, todas as participantes consideraram que a sua qualidade de vida não foi alterada pela realização da episiotomia e que este procedimento não interferiu com a sua qualidade de vida.

Analisando os dados recolhidos pela revisão sistemática da literatura e junto das participantes (em contexto de EC e entrevistas) verifica-se existir concordância entre si.

Para as participantes, a episiotomia tem sobretudo impacte na qualidade de vida até ao primeiro mês após o parto. Este impacte é sobretudo ao nível físico, pelas referências à dificuldade na mobilização, e ao nível de sintomas relacionados com o procedimento, nomeadamente a dor.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório surgiu como uma exigência acadêmica mas, acima de tudo, permitiu a reflexão sobre as competências desenvolvidas enquanto EESMOG na prestação de cuidados especializados à mulher/casal em trabalho de parto.

O modelo de cuidado transpessoal de Jean Watson foi o fio condutor na prestação de cuidados. A escolha deste modelo deveu-se sobretudo à identificação com os valores desta teórica de enfermagem, nomeadamente, sensibilidade para o próprio e para com os outros, cuidar como um ideal moral da enfermagem, preocupação pela preservação da humanidade, dignidade e humanismo (Watson, 2002). Estes valores estiveram sempre presentes na prestação de cuidados especializados com vista ao desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

De facto, segundo esta autora, cuidar em enfermagem implica uma relação transpessoal, uma união com outra pessoa, com elevada consideração pelo todo da pessoa e pelo seu estar-no-mundo (Watson, 2002, p. 111), sendo a enfermeira uma coparticipante ativa nas transações de cuidados, procurando proteger e promover a dignidade e a humanidade da pessoa a quem presta cuidados, numa relação de reciprocidade.

Identifico-me com estes pressupostos, o que me levou a optar pela teoria de enfermagem de Jean Watson para enquadrar este relatório sobre as intervenções do enfermeiro especialista durante o parto. Também o facto de ser uma teoria que se coaduna com a exploração de fenómenos foi determinante, uma vez que também procurei uma melhor compreensão sobre o fenómeno de ter tido a experiência de ter sido submetida a uma episiotomia e ao seu impacte na qualidade de vida da mulher nos três meses após o parto.

A realização deste relatório teve também como finalidade repensar a execução por rotina da episiotomia. Após o que foi exposto acerca das desvantagens do uso rotineiro da episiotomia, acrescento que, por vezes, a rotina diminui a capacidade de refletir sobre a verdadeira necessidade da realização deste procedimento determinada perante cada parto em particular, a possibilidade de escolha, limita a vontade e o exercício criativo da liberdade, de

ambos os agentes envolvidos neste procedimento: quem executa e em quem é executada. Atendendo ao princípio e ao direito à autonomia nos cuidados de enfermagem, esta é a aptidão de fazer escolhas, tanto por parte do profissional como da pessoa cuidada. Entende-se por autonomia “capacidade de um indivíduo competente governar a sua própria vida e fazer escolhas com base na informação disponível” (Caldwell, Wasson, Brighton, Dixon, & Anderson, 2003). A autonomia, enquanto princípio essencial para a tomada de decisão, pressupõe informação, para uma decisão esclarecida. Pretendeu-se com este trabalho dar um pequeno contributo sobre o corpo de conhecimentos em relação ao impacte causado na qualidade de vida da mulher após o parto por ter-lhe sido realizado uma episiotomia, de forma a contribuir de alguma forma para a tomada de decisão da EESMOG na execução deste procedimento, de forma selectiva, de acordo com a evidência científica.

A revisão narrativa da literatura revelou a escassa existência de conhecimento acerca do fenómeno episiotomia e seu impacte na qualidade de vida da mulher. De facto, a maior parte do conhecimento existente refere-se às implicações fisiológicas da episiotomia numa perspetiva biomédica. Atendendo a que a enfermagem procura verdades ocultas e novos conhecimentos sobre o significado da experiência humana no âmbito dos cuidados de enfermagem (Watson, 2002), procurei conhecer a vivência das clientes relativamente ao impacte da episiotomia na qualidade de vida durante os três meses após o parto. Dado que este é um procedimento que faz parte da prestação de cuidados especializados de enfermagem de saúde materna e obstétrica e ginecológica e que se revelou pouco estudado.

Penso que a finalidade deste trabalho não procura resultados imediatos, mas poderá estimular a reflexão sobre o cuidado dos profissionais, procurando uma prática diferenciada, fundamentada e refletida e que possa substituir aquela que foi adquirindo uma forma de fazer generalizada, que é a episiotomia realizada por rotina, em muitas maternidades.

Pretende também contribuir para sensibilizar e alertar as enfermeiras especialistas de saúde materna e obstetrícia, para uma prática esclarecedora das mulheres que cuidam sobre uma intervenção específica realizada durante o parto, bem como acerca do impacte desta intervenção por si realizada para a

qualidade de vida dessas mulheres para que possa ajudar a refletir acerca do seu uso generalizado *versus* uso restritivo.

A episiotomia é um tema da esfera do feminino, pelo que é um tema que adquire toda a pertinência em ser explorado no âmbito dos cuidados de enfermagem à mulher. Cuidar em enfermagem implica conhecer as vivências dos fenómenos saúde-doença da pessoa cuidada, procurando conhecer o significado da experiência humana (Watson, 2002).

A literatura existente oferece poucos contributos para conhecer e explorar o fenómeno do impacto da episiotomia para a qualidade de vida da mulher após o parto.

A análise dos dados resultantes da revisão sistemática da literatura e da recolha de dados junto de mulheres submetidas a episiotomia procurou enriquecer o conhecimento deste fenómeno.

A episiotomia tem implicações na qualidade de vida da mulher após o parto. Estas implicações são mais predominantes até ao primeiro mês após o nascimento, caracterizando-se por alterações fisiológicas. As principais referências são ao nível da mobilização, dor e diminuição do nível de energia e fadiga.

Aos três meses após o parto, a principal implicação para a qualidade de vida encontra-se ao nível da dimensão relacional, nomeadamente ao nível sexual. A episiotomia está associada a disfunções ao nível da excitação, orgasmo e satisfação sexual, influenciando o reinício da vida sexual.

O período pós-parto é uma fase exigente, implicando mudanças, adaptações e reajustes a uma dinâmica pessoal e familiar diferente, com exigências ao nível da transição para a parentalidade.

Procurando a melhoria desta transição, considera-se que esta será menos dificultada se não houverem elementos estranhos que poderiam ter sido evitados, como algumas das implicações para a qualidade de vida resultantes da episiotomia, encontradas neste trabalho. Ponderar e refletir sobre as práticas de cuidados adotadas pelos profissionais de saúde de acordo com os conhecimentos científicos disponíveis, poderá ser um ponto de partida para a mudança das mesmas de forma a contribuir para a qualidade de vida da mulher, proporcionando bem-estar e contribuindo para o processo de transição para a parentalidade.

Uma das dificuldades sentidas foi a escassez de estudos relacionados com a temática, apontando a maioria para as implicações fisiológicas da episiotomia, mas não abordando as implicações para a qualidade de vida. Assim, sugere-se a realização de mais estudos nesta temática, com um número de participantes mais alargado.

A análise das competências desenvolvidas enquanto enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica foi outro aspeto importante e patente neste relatório.

As competências desenvolvidas tiveram como ponto de partida contextos de trabalho promotores do desenvolvimento experiencial e um processo reflexivo sobre a práxis, sobre o saber fazer e sobre o saber ser e estar. Um dos elementos muito importante neste processo foi a orientação da Enf^a Orientadora do Local de Estágio, enquanto esclarecedora de dúvidas, demonstração técnica, acompanhamento e estímulo para a aprendizagem.

A reflexão foi um instrumento imprescindível no decurso do desenvolvimento e aquisição de competências, tendo procurado refletir sobre a ação, sobre as possibilidades e limitações do contexto para a ação, procurando agir de modo fundamentado de acordo com o que a evidência científica defende enquanto práticas recomendadas. A fundamentação das práticas de enfermagem é indispensável para a aquisição de conhecimentos, desenvolvimentos de capacidades técnica e pensamento crítico, com vista a promover o desenvolvimento profissional e da enfermagem enquanto ciência.

O desenvolvimento de competências desenrolou-se ao nível técnico e ao nível da humanização dos cuidados à mulher/casal em trabalho de parto, reconhecendo este período como muito significativo na vida de uma mulher/casal, procurando promover o seu envolvimento e participação.

A reflexão sobre as situações de aprendizagem, à luz da evidência científica existente, revelou-se enriquecedor para o desenvolvimento de competências no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à mulher/casal durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério, e conseqüentemente, para o meu desenvolvimento profissional enquanto enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica. A realização deste estágio com relatório e deste relatório revelou-se muito compensador, uma vez que reflete o trabalho desenvolvido e as competências profissionais, pessoais,

relacionais e éticas enquanto enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica.

BIBLIOGRAFIA

Aasheim, V., Nilsen, A. B., Lukasse, M., & Reinar, L. M. (15 de Fevereiro de 2011). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* , 1-42.

Barclay, L., & Vega, C. (2006). Practice Guidelines Issued for use of episiotomy. *Obstet. Gynecol.* , 107, 957-962.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Borges, B. B., Serrano, F., & Pereira, F. (2003). Episiotomia: uso generalizado versus selectivo. *Acta Médica Portuguesa* , 16, 447-454.

Caldwell, C., Wasson, D., Brighton, V., Dixon, L., & Anderson, M. A. (2003). Personal autonomy: development of a NOClabel. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* , 14, 12-13.

Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). *Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQL*. Alicerces.

Carroli, G., & Belizan, J. (1999). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database for Sistematic Reviwes* , 3.

Clearly-Goldman, J., & Robinson, J. N. (2003). The role of episiotomy in current obstetric practice. *Seminars in Perinatology* , 7, 3-12.

Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal. (2006). *Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Costa, A. F. (2001). A pesquisa de terreno em sociologia. In A. S. Silva, & J. M. Pinto, *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 129-148). Porto: Edições Afrontamento.

FAME; APEO. (2009). *Iniciativa do parto natural: documento de consenso*. Loures: Lusociência.

Fisher, J., Astbury, J., & Smith, A. (1997). Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* , 5, 728-738.

Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação*. Lisboa: Lusociência.

Gil, A. C. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel-edições técnicas, lda.

Henriksen, T. B., Bek, K. M., Hedegard, M., & Secher, N. J. (1992). Episiotomy and perineal lesions in spontaneous vaginal deliveries. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* , 99(12), 950-954.

Hodnett, E. D., & Osborn, R. W. (1989). Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Research in Nursing and Health* , 12 (5), 289-97.

International Confederation of Midwives. (2010). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. ICM.

Kitzinger, S. (1995). *A experiência do parto*. Lisboa: Instituto Piaget.

Kropp, N., Hartwell, T., & Althabe, F. (2005). Episiotomy rates from eleven developing countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* , 91(2), 157-159.

Lappen, J., & Gosset, D. (2010). Changes in episiotomy practice: evidence-based medicine in action. *Expert Reviews of Obstetrics and Gynecology* , 5(3), 301-309.

Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1994). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Lowdermilk, D. L., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusodidacta.

Machado, M. H. (2010). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (pp. 320-328). Lisboa: Lidel-edições técnicas, lda.

May, C. (2005). Em que ponto nos encontramos em relação à informação? Ser reflexivo acerca da reflexividade na avaliação dos cuidados de saúde. In J. Latimer, *Investigação qualitativa avançada para enfermagem* (pp. 31-44). Lisboa: Instituto Piaget.

Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. Loures: Lusociência.

OMS. (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Genebra: OMS.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Paredes, T., Simões, M., Canavarro, M., Serra, A. V., Pereira, M., Quartilho, M. J., et al. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(1), 73-87.

Perlman, J. M., Wyllie, J., Kattwinkel, J., Atkins, D. L., Chameides, L., Goldsmith, J. P., et al. (5 de Novembro de 2010). Special Report - Neonatal Resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Pediatrics: Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 126(5), pp. 1319-1344.

Polit, D., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ramalho, A. A. (2012). *A experiência de sentir-se respeitada durante o trabalho de parto no hospital*. Lisboa: Formasau.

Ribeiro, J. L. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 12(2), 179-191.

Royal College of Obstetricians and gynaecologists. (2004). *Methods and materials used in perineal repair*. Green-top guideline 23, London.

Safarinejad, M. R., Kolahi, A. A., & Hosseini, L. (2009). The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *Journal of Sexual Medicine* , 6(6), 1645-1667.

Scott, J. R. (2005). Episiotomy and vaginal trauma. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* , 32, 307-321.

Sleep, J., & Grant, A. (1987). West Berkshire perineal management trial: three year follow up. *British Medical Journal* , 295, pp. 749-751.

Sleep, J., Grant, A., Garcia, J., Elbourne, D., Spencer, J., & Chalmers, I. (1984). West Berkshire perineal management trial. *British Medical Journal* , 289(6445), 587-590.

Sousa, M. M. (2002). *Sida: e a vida continua*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Thacker, S. B., & Banta, H. D. (1983). Benefits and risks of episiotomy; an interpretative review of the english language literature, 1860-1980. *Obstetric and gynecological survey* , 38(6), 322-338.

Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva, & J. M. Pinto, *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Way, S. (1998). Social construction of episiotomy. *Journal of Clinical Nursing* , 7, pp. 113-117.

World Health Organization. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: WHO.